



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE 112
AMBULANSI İLE BAŞVURAN HASTALARDA, HASTA VE
YAKINLARININ SOSYOKÜLTÜREL VE SOSYOEKONOMİK
DÜZEYLERİNİN 112 KULLANIMINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Yıldız ONGUN

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2018



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE 112
AMBULANSI İLE BAŞVURAN HASTALARDA, HASTA VE
YAKINLARININ SOSYOKÜLTÜREL VE SOSYOEKONOMİK
DÜZEYLERİNİN 112 KULLANIMINA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Yıldız ONGUN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Halil İbrahim ÇIKRIKLAR

Bursa-2018

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
GİRİŞ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
1. Tanımlar	3
2. Tarihçe.....	5
2.1. Dünyada Acil Tıbbın Tarihçesi.....	5
2.2. Türkiye'de Acil Tıbbın Tarihçesi	5
2.3. Dünyada Ambulansların Tarihçesi.....	6
2.4. Türkiye'de Ambulansların Tarihçesi.....	6
3. Acil Sağlık Hizmetleri.....	7
3.1 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Akışı	9
3.2. Komuta Kontrol Merkezi	11
3.3 112 Acil Yardım İstasyonları	11
3.4. Hastane Öncesi ASH Çalışanları ve Görevleri	13
3.5. Ambulansların Sınıflandırılması	14
4. Acil Durumlar Nelerdir?	15
4.1. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Uluslararası Acil Durum Kriterleri.....	15
GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
BULGULAR.....	19
TARTIŞMA VE SONUÇ	35
KAYNAKLAR.....	39
EKLER	42
Ek-1: Veri Toplama Formu.....	42
TEŞEKKÜR.....	45
ÖZGEÇMİŞ	46

ÖZET

Acil ambulans sisteminin ve sevk zincirinin uygunsuz olarak kullanılması günümüz modern sağlık sisteminin sorunlarından biridir. Halkın bu hizmeti kullanım oranı kişilerin sosyoekonomik şartlarına, sağlık hizmetlerine ulaşım süresine, yaşına ve geçirdiği kazanın veya hastalığının derecesine göre değişebilir.

Çalışmamızda; üniversitemiz acil servisine 112 acil ambulans hizmetleri aracılığı ile başvuran hastaların ve hasta yakınlarının sosyokültürel, sosyoekonomik ve eğitim durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Acil servisimize 112 ambulansı ile başvuran 500 hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar, hasta yakınları ve 112 ekipleri ile görüşülerek hastaların verileri toplandı. Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir durumu, önceki ambulans kullanımları, sağlık güvencesi, çalışma durumu, şikayetleri ve tanısı gibi bilgileri toplanarak istatistiki analizi yapıldı.

Çalışmamızda ambulans kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu ve 65 yaş üstü grupta fazla olduğu saptanmıştır. Gelir düzeyi artışının uygunsuz ambulans kullanımını azalttığı görülmüştür. Daha önceden ambulans kullanımı olmayan hasta grubunun daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Yine bu grupta uygunsuz kullanım oranı daha yüksek oranda saptanmıştır. 112 aramalarında en yüksek oranın hasta yakınları tarafından aranma olduğu ve en düşük oranın ise hastanın kendisi tarafından aranması olduğu görülmüştür. Sonuç olarak; uygun ambulans kullanımı için eğitim, 112 ambulans sisteminden daha az yoğun ulaşım sistemlerinin geliştirilmesi mevcut durumda iyileşme sağlamak için değerlendirilmeyi hak etmektedir.

Anahtar kelimeler: Acil servis, 112, Ambulans.

SUMMARY

The Effect Of Socioeconomic and Socioculturel Levels Of Patient and Patient Relatives For Using 112 Who Admitted To Emergency Service With An Ambulance

Improper use of the emergency ambulance system and referral chain is one of the problems of today's modern healthcare system. People's use of this service may vary depending on the socioeconomic conditions of the persons, the time of access to health services, the age, and the degree of the accident or disease it has.

In our study; sociocultural, socioeconomic and educational status of the patients and their relatives who applied to the emergency department of our university through 112 emergency ambulance services were studied.

500 patients who were referred to our emergency department with an ambulance of 112 were included in the prospective study. Patients, their relatives and 112 teams were interviewed and the data of the patients were collected. Statistical analysis was conducted by gathering information such as gender, age, educational status, income status, previous ambulance usage, health insurance, working status, complaints and diagnosis.

We found that the use of ambulance in our study was higher in men and more in over 65 years old group. The increase in income level was seen to reduce the use of inappropriate ambulance. It has been seen that the patient group, which had not previously used ambulance, was more involved. The highest rate was found to be called by the patient's relatives and the lowest rate was found to be called by the patient himself. As a result; training for appropriate ambulance use, development of less dense transport systems than the 112 ambulance system deserves consideration in order to improve the current situation.

Keywords: Emergency service, 112, Ambulance.

GİRİŞ

Ülkemiz, ekonomik, sosyal, kültürel ve sağlık sistemi açısından gelişmekte olan ülkeler arasında sayılmaktadır. Gelişen teknoloji, değişen yaşam standartları gibi etkenler sağlık sisteminin de bu gelişime paralel olarak gelişmesini sağlamaktadır. Türkiye sağlık sistemi aile hekimliği, devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ile beraber üniversite hastanelerini kapsayan üç basamaktan oluşmaktadır. Bu basamak sistemi sevk zinciri ile çalışmaktadır. Bu sevk zincirinin amacı, sağlık hizmetine ait kaynakların doğru ve etkin kullanılmasını sağlamaktır (1). Acil ambulans sisteminin ve sevk zincirinin uygunsuz olarak kullanılması günümüz modern sağlık sisteminin sorunlarından biridir.

Acil ambulans hizmeti; kişinin hayatını tehdit eden durumlarda veya acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyulan hallerde, hastanın mümkün olan en hızlı şekilde acil servise ulaştırılması ve bu ulaşım sürecinde olay yerinden başlayarak acil servise kadar süren yaşam desteğinin sağlandığı önemli bir toplum sağlığı hizmetidir. Halkın bu hizmeti kullanım oranı kişilerin sosyoekonomik şartlarına, sağlık hizmetlerine ulaşım süresine, yaşına ve geçirdiği kazanın veya hastalığının derecesine göre değişebilir (2).

Acil servisler hastanelerin toplumla ilişkisinin en fazla olduğu bölümler olup acil servislerin hastalara hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet sunma zorunluluğu bulunmaktadır. Bu yüzden acil servislerin kesintisiz hizmet verebilmesi için fiziksel yapı ve personel gücü bakımından eksiksiz donatılması gerekmektedir (3). Son yıllarda, nüfus artışı ve iç göçlerin yanı sıra acillerin uygunsuz kullanılmasıyla birlikte aşırı hasta yoğunluğu gözlenmekte ve bundan dolayı sağlık hizmetlerinde aksaklıklar ortaya çıkmaktadır. Hasta sayılarının artmasına rağmen hastaların büyük bir çoğunluğu ayaktan tedavi edilmekte, çok az kısmı yatırılmaktadır (4,5). Acil servislerin uygunsuz kullanılmak istenmesinde sıra beklemeden aynı gün tetkik ve tedavi olabilme, tüm uzman doktorlara günün her saatinde ulaşabilme gibi faktörler rol oynamakla birlikte, hastanın sağlık sigortasının

gücüne, sağlık personeline ulaşım imkanı ve sağlık durumunun ciddiyetini algılamanın derecesine göre değişmektedir (6,7). Ayrıca acillerin gereksiz yere işgal edilmesi hastaların acil serviste daha uzun süre beklemelerine, sağlık durumu daha ciddi hastaların tanı, tetkik ve tedavilerinin gecikmesine, hizmet kalitesinde düşmeye ve doktor-hasta ilişkisinin zayıflamasına yol açmaktadır (8-10). Benzer uygunsuz kullanım, acil ambulans sistemi için de geçerlidir. Tüm ambulans çağrılarının yaşamı-organı tehdit eder nitelikte durumlar için yapılmış olması beklenemez (11).

Çalışmamızda; üniversitemiz acil servisine 112 acil ambulans hizmetleri aracılığı ile başvuran hastaların ve hasta yakınlarının sosyokültürel, sosyoekonomik ve eğitim durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

1. Tanımlar

Acil; Türk Dil Kurumu'na göre acil hemen yapılması gereken, ivedi, ivedili durumlar olarak tanımlanır. Acil durum ise Türkçe'ye İngilizce 'emergency' sözcüğünün karşılığı olarak giren ve hemen müdahale, reaksiyon gerektiren, beklenmeyen ve ciddi olay ya da durum ve haller karşılığı olarak kullanılan bir sözcüktür (12).

Acil tıbbi durum; birdenbire meydana gelen hastalık, iş kazası, trafik kazası, yüksekten düşme, afet vb. durumlar sonrası gibi hadiselerle oluşan ve yapılması gereken tıbbi müdahalenin gecikmesi halinde insan hayatının kaybı, önemli sağlık problemlerinin oluşması veya vücut bütünlüğünün bozulması riskinin oluşabileceği durumlardır. Kişiler beklenmedik bir anda tıbbi bakıma ihtiyaç duyabilirler. Bu nedenle acil tıbbi bakım 24 saat kesintisiz verilmelidir. American College of Emergency Physicians'a (ACEP) göre kendisini 'acil hasta' olarak değerlendiren ve bu nedenle acil servise (AS) başvuran her hasta acil vaka olarak kabul edilmelidir (13).

Acil tıp; hastaların yaşı cinsiyeti ve sosyoekonomik durumu gözetilmeksizin acil durumunu içeren yaralanma veya hastalığın tanısı ve tedavisinin sağlanması, gerektiğinde ileri tetkik ve tedavi amacıyla doğru yere yönlendirilmesini sağlayan klinik hizmetlerin bütünüdür. Bu hizmetler acil durumun olduğu olay yerinden başlayıp hastanın acil servise naklini ve acil servisten taburculuğuna veya ilgili bir kliniğe yatışına kadar geçen hizmet ve organizasyonun tamamını içermektedir. Bu olay yerinden başlayan ve hastanın taburculuğu veya yatışı ile sonlanan sürecin eksiksiz ve aksamadan yürütülebilmesi ancak iyi eğitilmiş yeterli sayıda personel ile gerçekleştirilebilir (14,15).

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH); Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne (ASHY) göre; acil sağlık hizmetleri acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile

olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır (16). Bu hizmetler lkemizde 112 ASH ve hastane acil servisleri tarafından verilmektedir.

Ambulans; ASH'nin sunumu esnasında ihtiyaç duyulan personel ve malzemeyi olay yerine en hızlı şekilde ulaştırmak veya olay yerinde acil sağlık hizmetlerini yürütmek üzere kullanılan kara, hava ve deniz araçlarına ambulans denir (17).

Acil Tıp Sistemleri; dünyada acil tıbbı temelde iki farklı yaklaşım mevcuttur. Bunlar Anglo-Amerikan sistemi ve Franko-German sistemidir.

Dünyada yeni açılan birçok acil tıp sistemi Anglo-Amerikan modelini benimsemektedir. Bu modelde hastalar daha yüksek kalitede bakım alabilmeleri için hastanelere taşınırlar. Hekim olmayan personel, örneğin sağlık teknikeri ve acil tıp teknisyenleri (ATT) sahada acil tıp hizmetini başlatarak kritik hastaları veya yaralıları hastanelerdeki acil servislere taşırlar. 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 st denetiliğinde çalışırlar. Avustralya, Kanada, Kosta Rika, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İsrail, Malezya, Hollanda, Yeni Zelanda, Nikaragua, Filipinler, Polonya, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Türkiye, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Anglo-Amerikan modeline adapte olan veya olmaya çalışan ülkeler arasında yer almaktadır (18).

Franko-German modelinde hastane hastaya getirilir ve yüksek bakım sağlamak için acil doktorları ve teknoloji sahaya taşınır. Bu modelde, acil doktorları (sıklıkla anestezi uzmanları) hastane öncesinde acil bakım hizmetini üstlenirler (genellikle resüsitasyon ve ağrı kontrolü). 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'de yaygındır (18).

2. Tarihçe

2.1. Dünyada Acil Tıbbın Tarihçesi

Ayrı bir uzmanlık dalı olarak acil tıp ilk defa 1960 yılında ABD'nde ortaya çıkarak tüm dünyaya yayıldı. 1966'da Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi'nin yayınladığı 'Kazalarda Ölüm ve Sakatlıklar: Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı' yazısı çok ses getirdi, bu yazıda Vietnam'da yaralanan bir askerin New York'ta vurulan bir sivilden daha çok yaşama şansı olduğundan bahsediliyordu. Bu yazıyla beraber acil tıp hizmetleri yeniden ele alındı ve otoyol güvenliği yasası çıktı. O zamana kadar acil servislerde branş hekimleri rotasyon şeklinde çalışıyor, çoğu zaman hemşirelerin yönettiği acil servislere davet usulünce geliyorlardı. Acil servisler personel ve ekipman bakımından yetersiz ve kontrolsüz birimlerdi. Branş hekimlerinin giderek kalabalıklaşmaya başlayan acil serviste çalışırken asli işlerini yapamaz hale gelmeleri ve birden fazla branşı ilgilendiren komplike vakaların artması sonucunda kendi branş bilgileri dahilinde hastaları sonlandıramadıklarının görülmesi üzerine ilk Acil Tıp Ana Bilim Dalı Cincinnati Üniversitesi'nde 1970'de kuruldu (19).

2.2. Türkiye'de Acil Tıbbın Tarihçesi

Türkiye'de acil tıbbın gelişimi gerçek anlamda 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nin daveti ile Türkiye'ye gelen ABD'li bir acil tıp uzmanı olan Dr. John Fowler'ın çalışmaya başlaması ile olmuştur. Dr. John Fowler'ın etkin çabaları sonucu, Dr. Yıldırım Aktuna'nın Sağlık Bakanı olduğu, Süleyman Demirel Başbakanlığındaki Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete'de 93/4270 karar sayısı ile yayınlanmış ve 'İlk ve Acil Yardım' adıyla bir ana dal kurulmuştur. Kuruluşunda 3 yıllık bir ana dal olarak tanımlanan İlk ve Acil Yardım, 24 ay ana dal 18 ay rotasyon şeklinde planlanmıştır. Günümüzde bu süre 39 ay ana dal 9 ay rotasyon şeklinde 2015 yılında güncellenmiştir. Türkiye'de ilk olarak 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat

Üniversitesi'nde İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı kurulmuştur. Bu anabilim dalları 1994 yılında ilk asistanlarını alarak eğitime başlamışlardır (19).

2.3. Dünyada Ambulansların Tarihçesi

Tarihte ambulans hizmetlerinin kullanılmaya başlanmasının ilk olarak Napolyon döneminde 1797 Prusya savaşı sırasında cephede olduğu görülmüştür. Dönemin baş cerrahı Baron Larrey savaş alanında yaralanan askerlerin taşınması amacıyla sıhhiye ekipleri kurmuştur (20).

ABD'de ambulans hizmetleri 19. yüzyılda sivil savaş döneminde askeriye tarafından savaş alanından yaralı askerlerin atlı arabalarla saha hastanelerine taşınması ile başlanmıştır. Savaş sonrası sivil olarak ilk olarak Cincinnati'de özel bir hastane kendi bünyesinde oluşturmuş, şehir genelinde ilk olarak ise New York'da gelişmiştir (21-23). Avrupa'da benzer gelişmeler yine 19. yüzyılda Londra'da başlamıştır.

İkinci dünya savaşından sonra ABD'de toplumun artan sosyoekonomik seviyesi trafik kazalarının ve kalp hastalıklarının sıklığını artırmış, bunun sonucu olarak da ambulans hizmetleri daha önemli hale gelmiştir (24). 1965 ve 1966 yıllarında otoyol kazaları ile ilgili raporlar hazırlanmış ve kazaların azaltılmasına yönelik tekliflerde bulunulmuştur (22). Aynı yıl ABD Kongre'si 'Ulusal Karayolu Güvenlik Yasası' ile devleti etkin acil yardım sistemi ve ulusal karayolu yapısında risk azaltmaya yönelik fonlar geliştirmeye zorunlu kılmıştır. 1973 yılında yine Kongre 'Acil Tıbbi Servisler Sistemi Yasası'nı kabul etmiştir (24,25).

Ambulans amacıyla helikopter kullanılması ise ilk kez Kore Savaşı'nda denenmiş, Vietnam Savaşı'nda geliştirilmiştir (26,27). ABD'de 1970 yılında ilk olarak askeri helikopter, sivil tıbbi sağlık personeli ile acil sağlık hizmetlerinde kullanıma girmiştir. Bugün acil yardım, hastaneler arası nakil ve organ nakli hizmetlerinde özel donanımlı helikopterler kullanılmaktadır. Ambulans uçakları ise 200 kilometreden uzak mesafeler için hizmet vermektedir (24,28,29).

2.4. Türkiye'de Ambulansların Tarihçesi

Ülkemizde acil yardım amaçlı ambulans kullanımı oldukça eskidir. 1913 yılında İstanbul Belediyesi Sağlık Müdürlüğü'nün görevlerini belirleyen

yönetmelikte, acil ambulans hizmeti kuralları günümüz sistemine yakın özellikte tanımlanmıştır (24). Ancak zaman içerisinde ambulans hizmetleri acil yardım özelliğini yitirmiştir. Ülkemizde 1980'lere kadar ambulanslar hastaneler veya belediyelere bağlı olarak birbirinden bağımsız olarak taşıma hizmeti vermiştir.

1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde başlatılan ambulans hizmeti sonrasında, 1986'da Sağlık Bakanlığı organizasyonu ile '077 Hızır Acil Servis' numarası belirlenmiş ve Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyeleri ile ortak bir çalışma yapılarak acil sağlık hizmeti sunmaya başlanmıştır. Bu aşamada hizmet sunan personel hastanede çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelinde oluşmakta ancak bu personelin hastane öncesi acil sağlık girişimleri konusundaki eğitimi yetersiz kalmaktaydı.

14 Mart 1994'de Hızır Acil Servisi, Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak '112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri' olarak değiştirilmiş ve çeşitli düzenlemelerle günümüzdeki organize haline gelmiştir. Ülkemizde ücretsiz olarak aranabilen acil sağlık yardım numarası 112'dir. Tüm illerimizde 112 hizmeti sunulmaktadır. Bu numara arandığında Komuta Kontrol Merkezi'nde (KKM) görevli çağrı karşılama personeli tarafından gelen çağrı değerlendirilir ve uygun şekilde görevlendirme yapılması için danışman hekimlere iletilir. Danışman hekimler, hastaneye nakledilmesi gereken hastaların gidebileceği hastaneye, hastalığın türü, yatak doluluk oranı, mesafe vb. kriterleri göz önüne alarak ambulans personeli yönlendirmektedir. Aynı zamanda naklin gerçekleşeceği hastane aranarak hastanın durumu, ihtiyaç duyabileceği tedavi ve tahmini varış süresi hakkında bilgi verilmektedir (30).

3. Acil Sağlık Hizmetleri

Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği, acil tıp uzmanlığının henüz resmi olarak tanınmadığı 1968 yılında, acil bakım kalitesini iyileştirme amacıyla küçük bir grup doktor tarafından ABD'de kuruldu. Acil tıp uzmanlığının 23. uzmanlık dalı olarak 1979 yılında tanınması üyeleri için

önemli bir dönüm noktası oldu. ACEP günümüzde kanıta dayalı klinik tıp politikalarının geliştirilmesi, acil tıp araştırmalarına finansman sağlama, acil bakım ve afete hazırlık konusunda halka eğitimi verilmesi ve eğitim konferansları, ders kitapları, internet tabanlı eğitim, profesyonel referanslar ve süreli yayınlar ile tıp eğitimine katkı sağlamaktadır (37).

ACEP acil tıp hizmetlerinin kalitesini artırmak ve ortak bir standart sağlamak için acil tıp hizmetleri kılavuzu adı altında bazı kriterler belirlemiştir. Bu kriterler aşağıda belirtilmiştir:

- Toplumun her bireyi için ulaşılabilir olmalı,
- Hastane öncesi, acil servis ve diğer yataklı tedavi bölümlerindeki hizmetler arasında tam ve kesintisiz bir işbirliği olmalı,
- Hasta değerlendirilmesi ve tedavisi en uygun ve en kısa yoldan yapılmalı,
- Hastaların tanı ve tedavileri için gerekli tüm ekipmanlar acil servis içinde bulunmalı,
- Acil bakım hizmetlerinin asıl öğelerinden olan hekim, hemşire ve yardımcı tıbbi personelin birbiri ile ve diğer bölüm personeli arasında uyumlu bir iş bölümü olmalıdır.
- Acil servis doktorları; günde 24 saat haftada 7 gün hizmet sağlar,
- Zaman çok önemli bir öğe olup, zamanı uygun kullanmak acil bir durumu önleyebilir ve hayat kurtarabilir.
- Her tıbbi acil; önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama olmak üzere 4 ana öğeyi içerir.
- Bir yaralanma veya herhangi bir tıbbi problemten sonraki ilk dakikalar en önemli zaman dilimidir ve buradaki anahtar nokta; ne yapacağını bilmek, sakin kalmak ve gerekli olanı uygulamaktır.
- Özellikle hastane öncesi dönemde ciddi acil hastalık veya travmalı hastaların yönetiminde acil tıbbi yardım hattını aramak en önemli işlerden biridir (38).

Acil tıp çalışanları klinik hizmetler dışında, bazı idari hizmetler de sunmaktadır. Bu hizmetler:

- Hastane dışı acil tıp sistemlerinin koordinasyonu
- Afet hazırlıklarının parçası olmak
- Acil servis liderliği
- Acil servis ekipman ve fiziki şartlarının düzenlenmesi
- Acil servis çalışanlarının düzenlenmesi
- Acil servis politika ve girişimlerinin düzenlenmesi
- Acil servis bütçe sürecinin düzenlenmesi
- Acil servis çalışanlarının sürekli eğitiminin düzenlenmesi
- Diğer sağlık tesisleri arasında koordinasyon sağlamak (39).

3.1. Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Akışı

Acil Sağlık Yardımı Çağrısı: Hizmete ulaşmada ilk aşama, acil sağlık yardımı gerektiren durumlarda merkeze yapılan başvuru niteliğindeki çağrıdır. Çağrı merkeze, ücretsiz aranabilen 112 numaralı telefon aracılığı ile veya diğer iletişim araçları vasıtası ile yapılır. Çağrı, merkezin gerekli hizmeti değerlendirmesi ve planlayabilmesi için olay yeri ve niteliği bilgilerinin yanında hasta ya da yaralı sayısı gibi bilgileri de içerir.

Çağrının Değerlendirilmesi: Merkez, topladığı bilgiler ışığında, talebin acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğini değerlendirir. Değerlendirme yetkisi çağrıyı alan tabibe aittir. Tabip, talebin acil sağlık hizmeti gerektirmediğine kanaat getirir ise, talebi reddetme yetkisine sahip olup, bu takdirde talebin nasıl karşılanabileceğini bildirmekle de yükümlüdür.

Yönlendirme: Acil sağlık hizmeti içinde belirtilen istasyonlar, acil servisler ve destek hizmetleri gerektiğinde, merkez tarafından yönlendirilir. Yönlendirme, yardım talebinin ulaşmasını takiben, merkez tarafından mevcut iletişim sistemi ile en kısa sürede, talebin mahiyetine en uygun ve / veya en yakın birim veya birimlerin görevlendirilmesi suretiyle yerine getirilir. Ayrıca merkez, durumun niteliğine göre ihtiyaç duyduğu diğer kuruluşları da hizmetlerini yönlendirebilmeleri maksadıyla bilgilendirir.

Talebin Yönlendirilen Birim Tarafından Karşılanması: Merkez tarafından yönlendirilen birim en kısa sürede olay yerine ulaşır. Olay yerine ulaşan ekip, yönlendirme sırasında ve olay yerinde edindiği bilgiler ışığında acil sağlık

yardımını gerçekleştirir. Bu müdahale sırasında hizmeti sunan ekip tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan hastanın ambulans ile nakline karar verilir. Hizmet olay yerinde verilmiş ve hastanın daha ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı bulunmuyor ise, ekip sunduğu hizmet ile ilgili bilgileri merkeze bildirir.

Nakil: Ekip, nakle karar verirse, nakil başlamadan merkez ile iletişime geçerek, gerektiğinde hastanın durumuna en uygun acil servis hakkında yönlendirme ister. Merkez, hizmet kapsamında yer alan acil servislerin o andaki kapasiteleri ışığında, ekibi yönlendirir. Merkez, yönlendirmeyi takiben, gerektiğinde acil servisi olay hakkında bilgilendirir. Nakil sırasında gerekli görülüyor ise, tıbbi müdahale sürdürülür. Nakil sırasındaki tıbbi müdahalenin yürütülmesi için, bilgi desteğine ihtiyaç duyulur ise, uygun kurum ve kuruluş ile merkez üzerinden veya iletişim imkanı var ise doğrudan temas kurulur.

Acil Servise Nakil: Hasta acil servise, tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlandıktan sonra gerekli bilgilendirmeyi takiben nakledilir.

Acil Servis Tarafından Yürütülecek İşlemler: Acil servis, hastanın ihtiyaç duyacağı hazırlıkları, nakil işlemi gerçekleşmeden önce yerine getirir. Acil servis, hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşuna ve hastanın diğer özelliklerine bakmaksızın, stabilizasyon sağlanıncaya kadar bütün tıbbi hizmetleri sunar. Vakanın tedavisinin başka bir sağlık kuruluşunda sürdürülmesi, mevzuat veya bu kuruluşun tıbbi-teknik imkanları açısından zorunlu ise, hastanın sosyal güvenlik durumuna en uygun kuruluş ile mutabakat sağlandıktan sonra, tıbbi bakım ve tedavisine devam edilmesi için, acil servis sorumlu tabibi merkezden sevk işleminin gerçekleştirilmesini ister. Merkezin sevk yükümlülüğü, ilgili kuruluşların sevk imkanlarının yeterli olmadığı durumlarda ve sadece acil yardım talebi ile hizmete başvuran hastalar için mevcuttur. Merkez, göndereceği ekip ile hastanın sevkini gerçekleştirir. Ancak, sevk işlemi, ambulans ekibinin dışında başkaca personel ve araç desteği gerektiriyorsa, sevk eden kuruluş gerekli desteği sağlar.

Sunulan Hizmet ile ilgili Bildirimlerin Yapılması: Acil sağlık hizmeti sunan bütün özel / kamu kurum ve kuruluşları, gerçek kişiler ve bunlar tarafından kurulan sağlık kurum ve kuruluşları, merkeze periyodik şekilde, aylık olarak gerekli bildirimini yaparlar (16).

3.2. Komuta Kontrol Merkezi

Ambulans sağlık hizmetlerinin sağlanması sistemin ana yöneticisi Komuta Kontrol Merkezi'dir. İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı bir birimdir. Gelen acil aramalar karşılanır, gelen ağrı acil ise ona uygun ambulans zaman kaybetmeksizin harekete geçirilir ve uygun hallerde gerekli ise sevk koordinasyonu ve hasta nakli yönetimi sağlanır. Bütün bu sistemin sorumlusu o günün nöbetçisi olan danışman doktordur. KKM tarafından merkeze gelen çağrılar karşılanır. Yapılmış olan çağrıya gereklilik halinde uygun sayıda ve nitelikte ekip yönlendirilir. Alınan ağrı ve ulaştırılan sağlık hizmetine yönelik her durum kayıt altına alınıp arşivlenir (31,32).

KKM'nin görevleri aşağıda sıralanmıştır:

- 112 ambulans çağrılarının değerlendirilmesi
- Ambulans ekibinin olay yerine yönlendirilmesi
- Hasta yakınlarına ilk yardım bilgisi verilmesi
- Hastane acil servisleri ile koordinasyon
- 112 ambulans ağrı kayıtlarının tutulması
- Olağan dışı durumlarda koordinasyon ve olay yönetimi
- Diğer kurumlarla işbirliği
- Rapor hazırlama (33).

3.3. 112 Acil Yardım İstasyonları

112 acil yardım istasyonları, 112 ASH ekiplerinin hazır bulunduğu, KKM tarafından değerlendirilen acil çağrıların telsiz ya da telefon ile bu ekiplere bildirildiği birimlerdir. İstasyonlar, ASH sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla müdürlüğün teklifi ve valiliğin onayı ile kurulur. Ancak,

lüzumu halinde il sınırları dışında da valiliklerin teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın (SB) onayı ile istasyon açılabilir. Ambulans istasyonu, çağrı merkezine bağlı olarak faaliyet gösteren ambulans ve ekibinin bekleme yerini ifade eder. Ambulans istasyonları neredeyse tüm ülkelerde sağlık kuruluşları, itfaiye binaları veya bu işe uygun binalarda hizmet vermekte ve görev yaptığı bölgenin merkezi bir yerinde konuşlanmaktadır. İstasyonlarda ASH konusunda eğitim görmüş sağlık ekibi ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapar.

112 ASH istasyonları verdikleri hizmete göre üç tipe ayrılırlar. Bunlar, A, B ve C tipi istasyonlardır.

A tipi istasyon: 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulan, idari ve özlük hakları bakımından İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği'ne bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. Bu istasyonlar, ekip içerisinde hekim bulunanlar A1 tipi istasyon, ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise A2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

B tipi istasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve ASH verilen, kadrosu ve özlük hakları bakımından bünyesinde bulunduğu kuruma ve ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlı olan, ekip içerisinde hekim bulunan istasyonlardır. Bu istasyonlardan; hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

C tipi istasyon: İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı acil yardım istasyonlarıdır.

İstasyonlarda ASH konusunda eğitim görmüş sağlık ekibi ile tıbbi donanımlı ambulanslar görev yapar. İstasyonlarda görev yapan personelin standart donanımları başhekimlik tarafından; iaşe, ibate ve güvenlikleri, içinde buldukları kuruluşlar tarafından sağlanır. 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 malzeme bulunur. İstasyonların, Bakanlıkça bu hizmete özel inşa edilen ve yukarıda sayılan özellikleri taşıyan tesislerde faaliyet göstermesi esastır. Bakanlığa ait mevcut sabit sağlık tesislerinden, bu tesislerin de yeterli olmadığı durumlarda, diğer özel ve resmi kurum ve kuruluşlarına ait tesislerden de önceden izin almak kaydıyla yararlanılabilir (34).

3.4. Hastane Öncesi ASH Çalışanları ve Görevleri

Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında 26369 sayı ile yayınlanan 'Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre acil yardım ambulanslarında en az bir hekim ve ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) ve bir sağlık personeli olmak üzere en az üç personel görev yapar, gerekiyorsa ekibe şoför eklenir denmektedir. Hekim bulundurulmayan ambulanslarda hasta kabininde nakil esnasında hastaya müdahale etmek üzere görev yapan personelden en az biri AABT olmak zorundadır (35).

Hekim: Ambulansta çalışmaya başlayan ilk doktorlar acil tıp üzerine ayrıca eğitim almamış pratisyen hekimlerden oluşmaktaydı. İlerleyen tarihlerde Acil Hekimliği Sertifika Programları ve Sağlık Bakanlığı onayıyla zorunlu Temel Eğitim Modülü, Erişkin İleri Yaşam Desteği Kursu, Çocuk İleri Yaşam Desteği Kursu ve Travma İleri Yaşam Desteği Kurslarını başarıyla tamamlayan pratisyen hekimler görev almaya başladı (35).

Paramedik: İlk defa 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde ön lisans düzeyinde eğitim almaya başladılar ve Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri unvanını aldılar. 2004 yılında 112 ASH'de görev almaya başladılar. 15 Mart 2007 tarihli ASH Yönetmeliği'nde değişiklik yapılmasına dair yönetmeliğin 28. Madde a bendinde paramediklerin yetki ve sorumlulukları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- İV girişim yapmak,
- Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak,
- Oksijen uygulaması yapmak,
- Endotrakeal (ET) entübasyon uygulaması yapmak,

- Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) ve defibrilasyon yapmak,
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
- Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak,
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon yapmak,
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak (35)

Acil Tıp Teknisyeni: İlk defa 2000 yılında Sağlık Meslek Liseleri bünyesinde eğitim alıp, 112 ASH'de 2004 yılında aktif görev almaya başladılar. 15 Mart 2007 tarihli Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 28. Madde b bendinde ATT'nin yetki ve sorumlulukları aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- İV girişim yapmak,
- Oksijen uygulaması yapmak,
- ET entübasyon uygulaması yapmak,
- KPR ve defibrilasyon yapmak,
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
- Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak,
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon yapmak,
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak (35)

Sürücü: Ambulanslarda sürücü kadrosu 2000'li yıllara kadar mevcuttu. Bu yıllardan sonra ATT ve paramediklere güvenli sürüş teknikleri eğitimleri verilmeye başlandı. Böylece ATT ve paramedikler sağlık bakımları görevlerinin yanı sıra ambulans sürme görevini de üstlendiler (35).

3.5. Ambulansların Sınıflandırılması

7 Aralık 2006 yılında 26369 sayılı resmi gazetede 'Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre ulaşım tiplerine göre ambulanslar hava, kara ve deniz

ambulansı olarak üçe ayrılmıştır. Kara ambulansları da kullanım yerine göre hasta nakil ambulansı, özel donanımlı ambulans ve acil yardım ambulansı olarak üçe ayrılmaktadır. Acil yardım ambulansı beyaz renkli olup kırmızı fosforlu şerit ile çevrelenirken, hasta nakil ambulansları ise lacivert fosforlu şerit ile çevrelenmiştir (36).

4. Acil Durumlar Nelerdir?

4.1. Dünya Sağlık Örgütü'ne Göre Uluslararası Acil Durum Kriterleri

Dünya Sağlık Örgütü, 1948'de Cenevre'de kurulan ve Birleşmiş Milletler'e bağlı olarak toplum sağlığıyla ilgili uluslararası çalışmalar yapan örgüttür. Bu çalışmalarla beraber sağlık alanında uluslararası normlar geliştirmesi de görev tanımları arasındadır. Yol gösterici olması amacıyla WHO acil tıbbi durumları 32 parametre olarak sınıflamıştır.

Tablo-1: WHO acil durum kriterleri (40)

1. Akut batın	2. Akut masif kanamalar
3. Renal kolik	4. Dekompresyon hastalığı
5. İntihar Girişimi	6. Suda boğulma
7. Trafik kazası	8. Isı çarpması
9. Tecavüz	10. Akut psikotik tablolar
11. Yenidoğan komaları	12. Ani felçler
13. Menenjit, ensefalit, beyin absesi	14. Başlamış doğum faaliyeti
15. Ciddi yanıklar	16. Astım krizi, akut solunumsal problemler
17. MI, aritmi, hipertansiyon	18. Yüksekten düşme
19. Terör, sabotaj, kurşunlanma, bıçaklanma	20. Omurga ve alt ekstremitte kırıkları
21. Ciddi alerji ve anafilaksi	22. Zehirlenmeler
23. Donma, soğuk çarpması	24. Migren veya kusma, bilinç kaybıyla

25. Ciddi göz yaralanmaları	26. Elektrik çarpması
27. Ciddi iş kazaları	28. Bilinç kaybına neden olan her durum
29. Ciddi genel durum bozukluğu	30. Yüksek ateş
31. Diyabetik, üremik koma	32. Genel durum bozukluğu + dializ hastalığı



GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız 25.01.2018 ile 30.06.2018 tarihleri arasında acil servisimize ambulans ile getirilen 500 hasta incelenerek yapılmış prospektif bir çalışmadır. Çalışmamız için T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 23.01.2018, Karar no: 2018-2/26) onay alındı.

Hastane bünyesinde erişkin ve çocuk acil servisleri ayrı olup, erişkin acil serviste tüm yaş grup travma hastalarına ve 18 yaş ve üzeri dahili problemi olan hastalara bakılmaktadır. Çocuk acil serviste ise 18 yaş altı travma dışı hasta grubuna bakılmaktadır. Çalışmaya; bu çalışmaya katılmayı kabul eden ve erişkin acil servise ambulans ile başvuran 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edildi.

Hastalar ve yakınları ile görüşülerek ve hastayı taşıyan 112 ekibi tarafından doldurulmuş olan vaka kayıt formları incelenerek çalışmaya alınan vakalar için oluşturulmuş standart formlar araştırmacı tarafından dolduruldu (Ek-1). Formlara her bir vaka için aşağıdaki veriler kaydedildi;

- Hastanın yaşı
- Cinsiyeti
- Sağlık güvencesinin olup olmadığı
- Daha önce ambulans kullanımının olup olmadığı
- Kendine ait aracı olup olmadığı
- Yalnız / yakınlarıyla yaşama durumu
- Doğum yeri
- Oturduğu ilçe
- Gelir durumu
- Eğitim durumu
- Çalışma durumu / Mesleği
- 112 ile irtibata geçen hasta yakınının;
 - Hasta ile yakınlığı
 - 112'yi arama şikayeti

- Gelir ve eğitim durumu
- Hastayı getiren 112 ekibinin;
 - Hastayı alış şikayeti
 - Ön tanısı
- Acil serviste;
 - Triaaj kodu
 - Hastanın nihai tanısı

Gelir durumu beyanı 'gelirim giderimden az / gelirim giderime denk / gelirim giderimden fazla' ifadeleriyle değerlendirildi. Eğitim durumları okur yazar değil / okur yazar-ilk okul mezunu-orta okul mezunu / lise mezunu / yüksek öğretim mezunu şeklinde gruplandı.

112 ile irtibata geçenler hasta, akrabası, iş arkadaşı, dış merkez, arkadaşı ve bakım evi olarak gruplandı.

Hastaların şikayetleri ve tanıları travma, kardiyak aciller, GİS acilleri, solunum acilleri, toksikoloji, nörolojik aciller, dahili aciller, göz acilleri, enfeksiyon, yeşil alan, psikiyatrik aciller, ürogenital aciller, dermatolojik aciller, obstetrik aciller, hematolojik aciller, KBB acilleri ve diğerleri olarak sınıflandı.

Çalışma sonucunda elde edilen veriler Microsoft Office 2010 excel programına kaydedildi. İstatistiksel analizinde SPSS 17.0 istatistik programı kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamız 25.01.2018 ile 30.06.2018 tarihleri arasında acil servisimize ambulans ile getirilen 500 hasta incelenerek yapılmıştır. Bu hastaların % 59,20'si (n=296) erkek, % 40,80'i (n=204) kadın idi (Tablo-2).

Tablo-2: Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n (%)
Erkek	296 (59,20)
Kadın	204 (40,80)
Toplam	500 (100)

Çalışmaya katılanların medyan yaşı 46 (18:100) yıl idi.

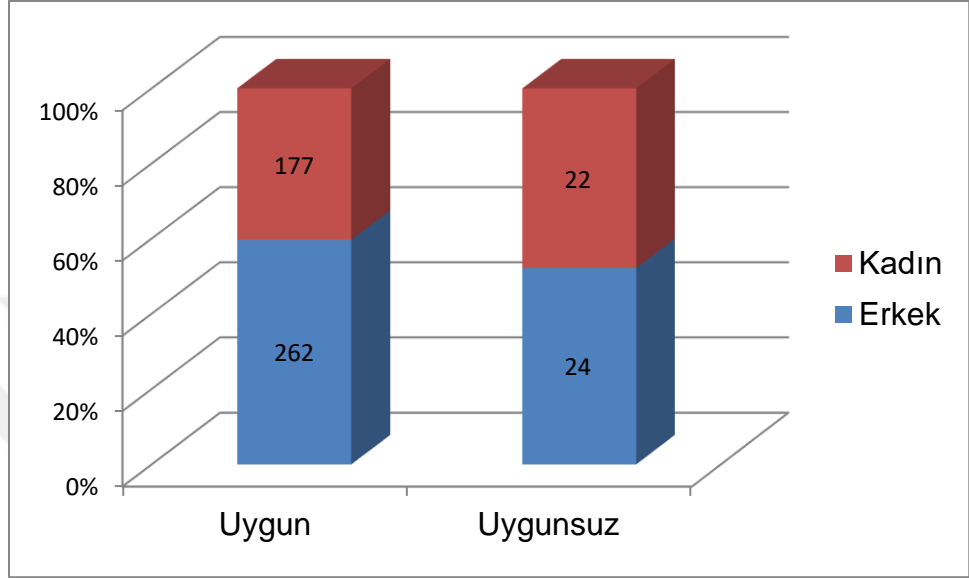
Hastaların ambulans kullanımlarının uygunluğu değerlendirildiğinde; çalışmaya alınan 500 hastanın 15 tanesinin (%3) ambulans kullanımının uygunluğu nihai tanılarına ulaşamadığı için değerlendirilemezken, 439 hasta (%90,5) 112 ambulansını uygun olarak kullanmış, 46 hasta (%9,5) 112 ambulansını uygunsuz olarak kullanmıştır şeklinde değerlendirilmiştir. (Tablo-3)

Tablo-3: Ambulans kullanım uygunluğu

	n	%
Uygun Kullanım	439	90,50
Uygunsuz Kullanım	46	9,5
Toplam	485	100

Çalışmamızdaki 286 erkek hastanın 262 tanesi (%59,7) ambulansı uygun olarak kullanırken, 24 tanesinde (%52,2) ambulansın kullanımını uygunsuz olarak değerlendirildi. Çalışmamızdaki 199 kadın hastanın 177

tanesi (%40,3) ambulansı uygun olarak kullanırken, 22 tanesinde (%47,8) ambulansın kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. Çalışmaya alınan hastalarda ambulans kullanımı cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. (p:0,325) (Şekil-1)



Şekil-1: Cinsiyete göre ambulans kullanımı

Çalışmamızdaki hastaların yaşları ile 112 ambulansı kullanımlarının uygunluğu karşılaştırılarak değerlendirildiğinde; 485 hastanın 373 tanesinin (%76,9) 65 yaşın altında olduğu, 112 tanesinin (%23,1) 65 yaşın üstünde olduğu görülmüştür. 65 yaş ve altında olan 373 hastanın 329 tanesinin (%74,9) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 44 tanesinin (%95,7) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. 65 yaşın üzerinde olan 112 hastanın 110 tanesinin (%25,1) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 2 tanesinin (%4,3) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. 65 yaş üzerindeki %98,20'si ambulansı uygun olarak kullanırken 65 yaş ve altındakilerde bu oran %88,20 olup ambulans kullanım durumu yaşa göre farklılık göstermektedir. (p: 0,002) (Tablo-4)

Tablo-4: Yaşa göre ambulans kullanım durumu

	Ambulans kullanımı	
	Uygun	Uygunsuz
=<65 yaş	329(%88,20)	44(%11,80)
>65 yaş	110(%98,20)	2(%1,80)

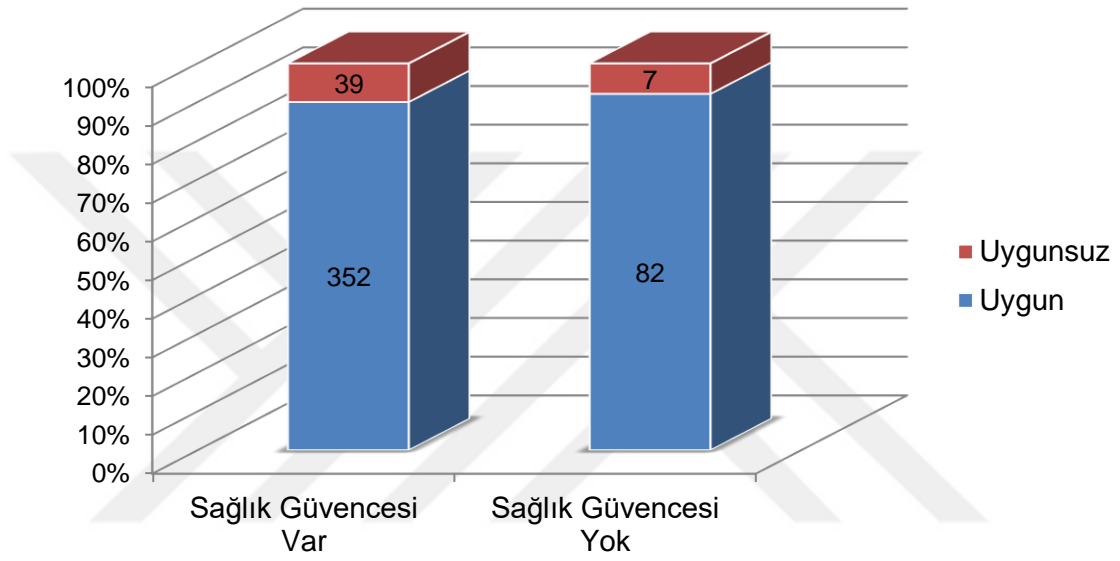
Çalışmamızdaki hastaların yaşları ile ambulans kullanımlarının uygunluğu birlikte değerlendirildiğinde; median (maksimum-minimum) değerleri tablo-4'de olduğu gibi değerlendirilmiştir. Ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilen grupta median yaş 49 (18:100) yıl, ambulans kullanımı uygun olmayan grupta median yaş 42.50 (18:84) yıl olarak bulunmuştur. Ambulans kullanımının uygun olmadığı grupta median yaş ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilen gruba göre daha yüksektir. (p:0,016) (Tablo-5)

Tablo-5: Hastaların yaşları ile ambulans kullanım uygunlukları değerlendirildiğinde median (maksimum-minimum) değerleri

	Ambulans kullanım uygunluğu	
	Uygun	Uygunsuz
Median	49	42,5
Minimum	18	18
Maksimum	100	84

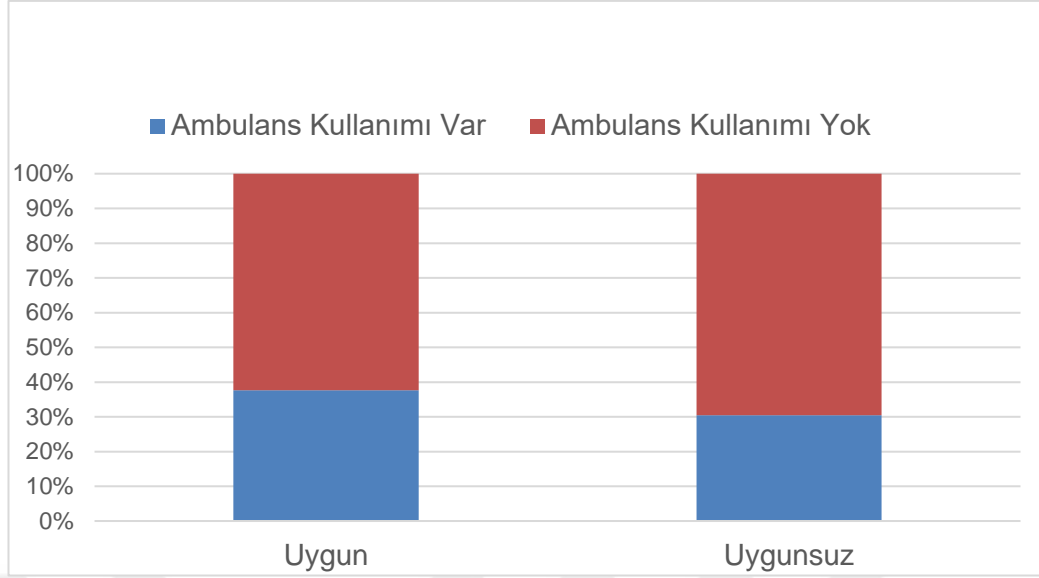
Çalışmamızdaki sosyal güvence bilgisine ulaşılabilen 480 hasta değerlendirildiğinde; 391 hastanın (%81,5) sosyal güvencesinin mevcut olduğu, 89 hastanın (%18,5) ise herhangi bir sosyal güvencesinin mevcut

olmadığı belirlenmiştir. Sosyal güvencesi mevcut olan gruptaki 391 hastanın 352 tanesinin (%81,1) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 39 tanesinin (%84,8) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayan gruptaki 89 hastanın 82 tanesinin (%89,9) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 7 tanesinin (%7,8) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. (p:0,542) (Şekil-2)



Şekil-2: Sağlık güvencesi ambulans kullanımı karşılaştırılması

Çalışmamızdaki 484 hastanın 305 tanesi (%63,0) 112 ambulansını ilk defa kullandığını belirtirken, 179 tanesi (%37,0) 112 ambulansını daha önce bir veya birden fazla sayıda kullandığını belirtmiştir. 112 ambulansını ilk defa kullanan gruptaki 305 hastanın 273 tanesinin (%62,3) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 322 tanesinin (%69,6) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. 112 ambulansını daha öncede kullanmış 179 hastanın 165 tanesinin (%37,7) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 14 tanesinin (%30,4) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. (p:0,333) (Şekil-3)



Şekil-3: Önceden Ambulans Kullanımı Değerlendirmesi

Çalışmamızdaki 484 hastanın 181 tanesinin (%37,4) kendisine ait aracı bulunurken, 303 hastanın (%62,6) kendisine ait aracı olmadığı tespit edilmiştir. Kendisine ait aracı olan 159 hastanın (%36,3) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, aracı olmayan 279 hastanın (%63,7) ambulans kullanımı uygun bulunmuştur. Kendisine ait aracı olmayan 24 hastanın (%52,2) kendi aracı olan 22 hastanın (%47,8) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. (p:0,124) (Tablo-6)

Tablo-6: Hastaların kendi aracı olma durumuna göre ambulans kullanımı

Kendine ait aracı var mı?	Ambulans kullanımı	
	Uygun n(%)	Uygunsuz n(%)
Hayır	279(%63,70)	24(%52,20)
Evet	159(%36,30)	22(%47,80)

Hastaların yaşam koşulları değerlendirildiğinde 480 hastanın 367 tanesinin (%76,5) yakınları ile birlikte yaşadığını, 113 tanesi (%23,5) ise yalnız başına yaşadığını ifade ettiği belirlendi. Yakınları ile birlikte yaşayan

gruptaki 328 hastanın (%75,6) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 39 hastanın (%84,8) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. Yalnız yaşamakta olan gruptaki 106 hastanın (%24,4) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 7 hastanın (%15,2) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. (p:0,162) (Tablo-7)

Tablo-7: Yaşam koşullarına göre ambulans kullanımı

Yaşam koşulları	Ambulans kullanımı	
	Uygun n(%)	Uygunsuz n(%)
Yalnız yaşıyor	106 (%24,4)	7 (%15,2)
Yakınlarıyla yaşıyor	328 (%75,6)	39 (%84,8)

Yakınları ile birlikte yaşayan hastalarda ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilenlerde evde yaşayan kişi sayısının median değeri 3 (2:5) kişi olarak, ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilenlerde 3 (2:8) kişi olarak bulunmuştur. Akrabaları ile birlikte yaşayanlar içerisinde (n:360) yapılan analizde ambulans kullanımı grupları arasında birlikte yaşanan kişi sayısına göre fark bulunmamıştır. (p:0,124)

Hastaların yaşadıkları ilçelere göre dağılımı incelendiğinde; en fazla %38,9 ile Nilüfer ilçesinden (n:184), en az Gemlik (n:2), İznik (n:2), Keles (n:2) ilçelerinde oturdukları görüldü. (Tablo-8)

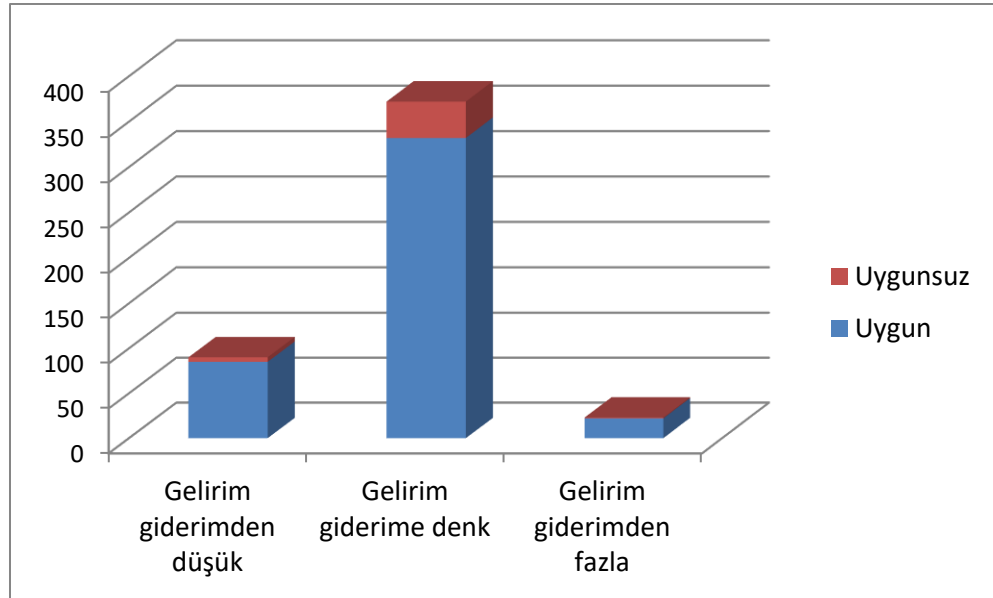
Tablo-8: Hastaların yaşadıkları ilçelere göre dağılımı

	n	%
Nilüfer	184	38,9
Osmangazi	125	25,8
Yıldırım	48	9,9
Karacabey	21	4,3
Mustafakemalpaşa	9	1,9
Büyükorhan	5	1

Gürsu	3	0,6
Mudanya	5	1
Gemlik	2	0,4
İznik	2	0,4
Keles	2	0,4
İnegöl	4	0,8
Bursa dışı	69	14,2

Hastaların gelir durumları değerlendirildiğinde; 372 hasta (%76,7) 'gelirim giderime denk' , 90 hasta (%18,6) 'gelirim giderimden düşük' , 23 hasta ise (%4,7) 'gelirim giderimden fazla' ifadesini tercih etmiştir.

Hastaların gelir durumları ile ambulans kullanımlarının uygunlukları değerlendirildiğinde; gelir durumu düşük olan 85 hastanın (%19,4) geliri giderine denk olan 332 hastanın (%75,6) gelir düzeyi yüksek olan 22 hastanın (%5) ambulans kullanımı uygun bulunurken; gelir düzeyi düşük olan 5 hastanın (%10,9) geliri giderine denk olan 40 hastanın (%87,0) gelir düzeyi yüksek olan 1 hastanın (%2,2) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. Hastaların gelir durumuna göre ambulans kullanımları arasında anlamlı fark yoktur. (p:0,221) (Şekil-4)

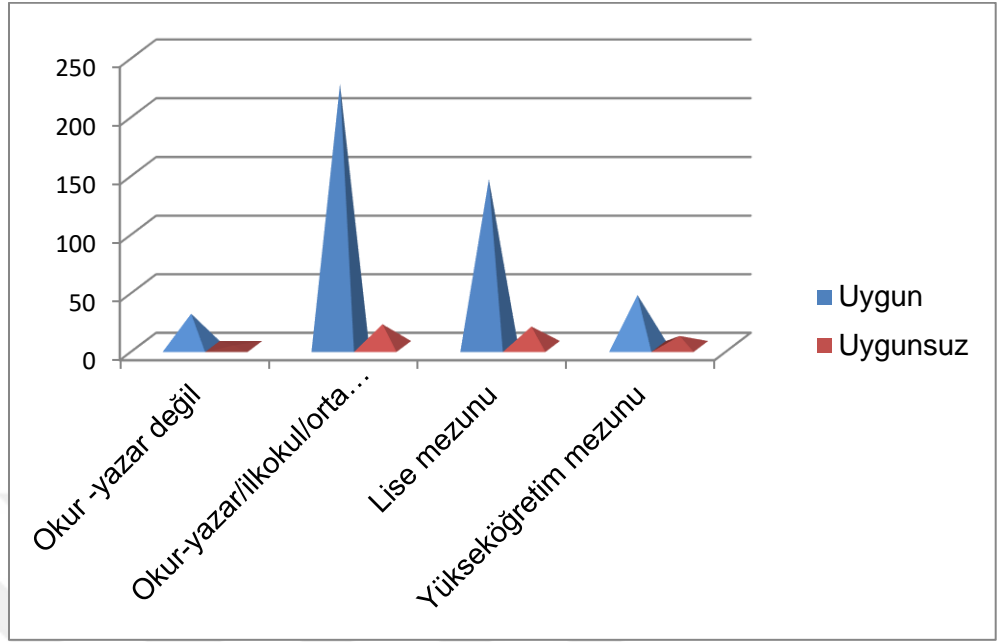


Şekil-4: Hastaların gelir durumuna göre ambulans kullanımı

Hastaların eğitim durumları değerlendirildiğinde 29 hastanın (%5,8) okur-yazar olmadığı, 47 hastanın (%9,4) okur-yazar olduğu, 78 hastanın (15,6) ilkokul mezunu, 122 hastanın (%24,4) ortaokul mezunu, 167 hastanın (%33,4) lise mezunu, 35 hastanın (%7,0) yüksek okul mezunu, 21 hastanın (%4,2) üniversite mezunu ve 1 hastanın (%0,2) yüksek lisans / doktora mezunu olduğu görülmüştür.

Ambulans kullanımının uygunluğu değerlendirilebilen 485 hastanın (%97) eğitim durumları gruplandırılarak değerlendirildiğinde; okur-yazar olmayan 29 hasta (%6,0), okur-yazar / ilkokul mezunu veya ortaokul mezunu olan 243 hasta (%50,1), lise mezunu olan 160 hasta (%33,0), yüksek öğretim mezunu olan 53 hasta (%10,9) olduğu görülmüştür.

Okur-yazar olmayan 29 hastanın 28 tanesinin (%6,4) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 1 hastanın (%2,2) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Eğitim durumu okur-yazar / ilkokul mezunu veya orta okul mezunu olan 243 hastanın 224 tanesinin (%51,0) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 19 hastanın (%41,3) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Eğitim durumu lise mezunu olan 160 hastanın 143 tanesinin (%32,6) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 17 hastanın (%37,0) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Yüksek öğretim mezunu olan gruptaki 53 hastanın 44 tanesinin (%10,0) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 9 hastanın (%19,6) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Ambulans kullanımı uygun olarak ve uygunsuz olarak değerlendirilen gruplar arasında eğitim durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır. (p:0,126) (Şekil-5)



Şekil-5: Hastaların eğitim durumuna göre ambulans kullanımı

Çalışmamızdaki 484 hastanın 197 tanesi (%40,7) bir meslek dalında çalışmakta iken, 287 hastanın (%59,3) şu an çalışmadığı bulundu. Çalışan grupta 266 hastanın (%60,7), çalışmayan grupta 172 hastanın (%39,3) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken; çalışan grupta 21 (%45,7) çalışmayan grupta 25 (%54,3) hastanın ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Ambulansın uygunsuz kullanıldığı grupta çalışan oranı yüksek olarak bulunmuştur. (p:0,048)

Çalışmamızdaki hastaların 112 ambulansı ile irtibata geçen yakınlarının hastalar ile yakınlık düzeyleri değerlendirildiğinde; 387 hastanın 267 tanesinin (%69,9) hastanın akrabası, 40 tanesinin (%10,3) iş arkadaşı, 45 tanesinin (%11,6) hastanın arkadaşı, 23 tanesinin (%5,9) diğer sağlık kurumlarından (diyaliz merkezi, fizik tedavi merkezi vb.), 4 tanesinin (%1,0) bakımevi personeli, 2 tanesinin (%0,5) hastanın komşusu olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki 6 hasta (%1,6) 112 ambulansı ile irtibata geçen kişinin kendisi olduğunu belirtmiştir. 112 ile irtibata geçen kişiye göre hastaların ambulans kullanım uygunluğu değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,166). (Tablo-9)

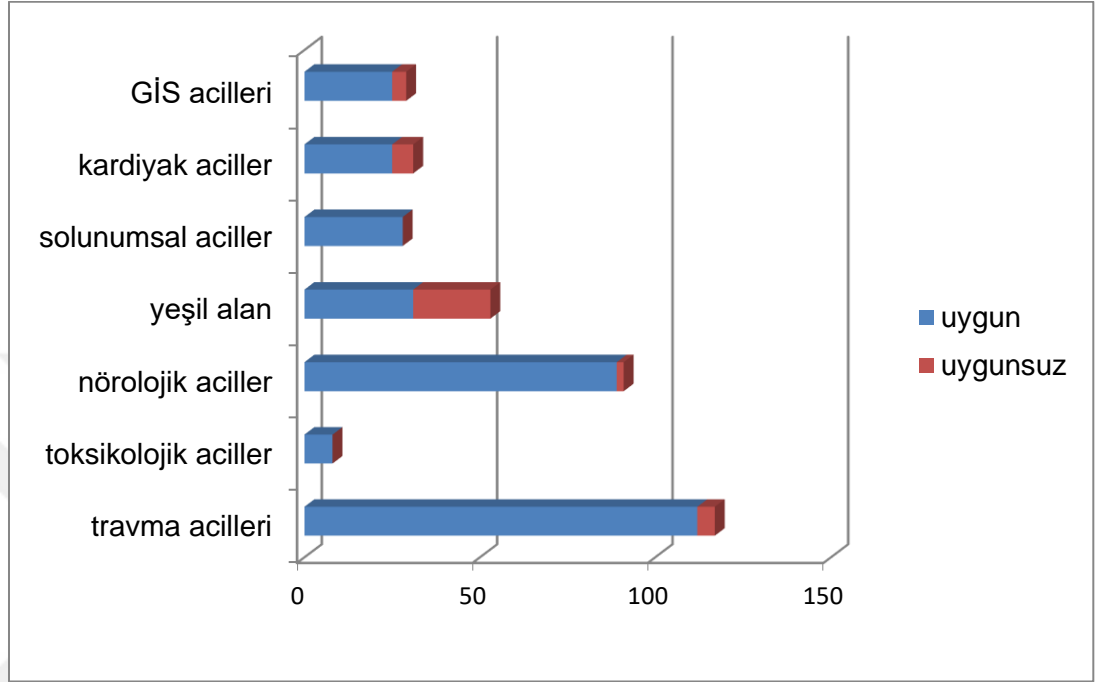
Tablo-9: 112 ile irtibata geçen kişiye göre hastaların ambulans kullanımı

112 ile irtibata geçen	Ambulans Kullanımı n(%)		Toplam n(%)
	Uygun	Uygunsuz	
Kendisi	5(%1,4)	1(%2,5)	6(%1,6)
Akrabası	236(%68,0)	31(%7,5)	267(%69,0)
İş arkadaşı	36(%10,4)	4(%10,0)	40(%10,3)
Dış merkez	23(%6,6)	0(%0,0)	23(%5,9)
Arkadaşı	41(%11,8)	4(%10,0)	45(%11,6)
Bakımevi personeli	4(%1,2)	0(%0,0)	4(%1,0)
Komşusu	2(%0,6)	0(%0,0)	2(%0,5)

112'yi arama şikayetleri değerlendirildiğinde; 357 hastanın 117 tanesi (%32,8) travma, 91 tanesi (%25,5) nörolojik şikayetler, 53 tanesi (%14,8) yeşil alan şikayetleri, 31 tanesi (%8,7) kardiyak şikayetler, 29 tanesi (%8,1) GİS şikayetleri, 28 tanesi (%7,8) solunumsal şikayetler ve 8 tanesi (%2,2) toksikolojik şikayetler olarak tespit edilmiştir.

112'yi travmatik şikayetler için arayan 112 hastanın (%35,2) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 5 tanesinin (%12,8) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi (p:0,005). Nörolojik aciller için arayan 89 hastanın (%28,0) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 2 tanesinin (%5,1) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi (p: 0,002). Yeşil alan şikayetleri için arayan 31 hastanın (%9,7) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 22 tanesinin (%56,4) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi (p<0,001). Kardiyak şikayetler için arayan 25 hastanın (%7,9) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 6 tanesinin (%15,4) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi (p:0,129). GİS şikayetleri için arayan 25 hastanın (%7,9) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 4 tanesinin (%10,3) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi (p: 0,540). Solunumsal şikayetleri için arayan 28 hastanın (%8,8) hepsinin ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirildi (p: 0,057). Toksikolojik şikayetler için arayan 8 hastanın

(%2,5) hepsinin ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirildi (p: 1,00). Hastaların 112'yi arama şikayetine göre istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmuştur. (p<0,001) (Şekil-6)



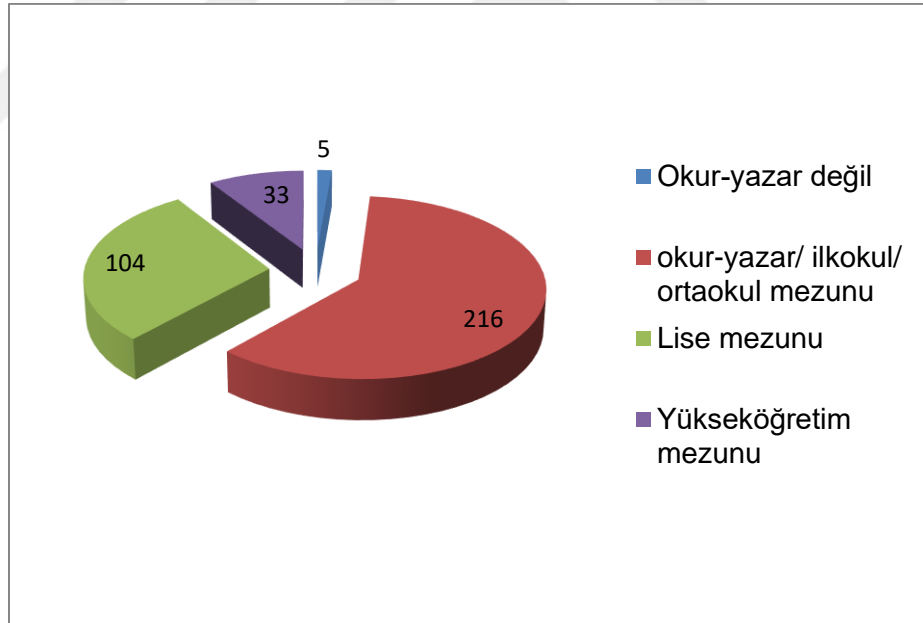
Şekil-6: 112 arama şikayetlerine göre ambulans kullanımının değerlendirilmesi

Çalışmamızdaki hastaların 112 ambulansı ile irtibata geçen yakınlarının gelir durumu değerlendirildiğinde, 359 hasta yakınından; geliri giderine denk olan 272 hasta yakını (%75,8), geliri giderinden düşük olan 76 hasta yakını (%21,2) ve geliri giderinden fazla olan 11 hasta yakını (%3,1) olduğu belirlenmiştir. Geliri giderine denk olan gruptaki 243 hastanın (%75,9) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 29 hastanın (%74,4) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Geliri giderinden düşük olan 69 hastanın (%21,6) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 7 hastanın (%17,9) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Geliri giderinden fazla olan 8 hastanın (%2,5) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 3 hastanın (%7,7) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. (p:0,194) (Tablo-10)

Tablo-10: Hasta yakınlarının gelir durumuna göre 112 ambulansı kullanımı

Gelir durumu (112'yi arayan)	Ambulans kullanımı	
	Uygun n(%)	Uygunsuz n(%)
Gelirim giderimden düşük	69 (%21,6)	7 (%17,9)
Gelirim giderime denk	243 (%75,9)	29 (%74,4)
Gelirim giderimden yüksek	8 (%2,5)	3 (%7,7)

Hastaların 112 ambulansı ile irtibata geçen yakınlarının eğitim durumları değerlendirildiğinde; 358 hasta yakınınının 33 tanesi (%9,2) yüksek öğretim mezunu grubunda, 104 tanesi (%29,1) lise mezunu grubunda, 216 tanesi (%60,3) okur-yazar / ilkokul veya ortaokul mezunu grubunda ve 5 tanesi (%1,4) ise okur-yazar olmayan grubunda bulunmuştur. 112'yi arayan kişinin eğitim durumuna göre istatistiki olarak fark bulunmuştur. (p:0,020) (Şekil-7)



Şekil-7: Hasta yakınlarının eğitim durumuna göre dağılımı

Yakını okur-yazar / ilkokul mezunu / ortaokul mezunu grubunda olan 193 hastanın (%60,5) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 23 hastanın (%59,0) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Yakını lise mezunu grubunda olan 97 hastanın (%30,4) ambulans kullanımı

uygun olarak değerlendirilirken, 7 hastanın (%17,9) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Yakını yüksek öğretim mezunu grubunda olan 24 hastanın (%7,5) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilirken, 9 hastanın (%23,1) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Yakını okur-yazar olmayan grupta olan 5 hastanın (%1,6) ambulans kullanımı uygun olarak değerlendirilmiştir. 112'yi arayanlar içerisinde eğitim durumu yükseköğretim olanların oranı ambulansın uygunsuz olarak kullanıldığı grupta daha yüksek bulunmuştur. (p:0,005)

Çalışmamızdaki hastaların acil servisteki tanıları değerlendirildiğinde; travma acilleri olarak değerlendirilen 186 hasta (%38,4), kardiyak aciller olarak 51 hasta (%10,5), gastrointestinal sistem (GİS) acilleri olarak 21 hasta (%4,3), solunumsal aciller olarak 41 hasta (%8,5), toksikolojik aciller olarak 11 hasta (%2,3), nörolojik aciller olarak 68 hasta (%14,0), dahili aciller olarak 14 hasta (%2,9), göz hastalıkları acilleri olarak 4 hasta (%0,8), enfeksiyon hastalıkları acilleri olarak 10 hasta (%2,1), yeşil alan hastası olarak 46 hasta (%9,5), psikiyatrik aciller olarak 10 hasta (%2,1), ürogenital aciller olarak 1 hasta (%0,2), dermatolojik aciller olarak 4 hasta (%0,8), obstetrik aciller olarak 2 hasta (%0,4), hematolojik aciller olarak 1 hasta (%0,2), kulak burun boğaz (KBB) acilleri olarak 2 hasta (%0,4), diğer aciller olarak 6 hasta (%1,2) ve tedavi ret ile takip ve tedavisi sonlandırılmış hasta olarak 7 hasta (%1,4) tespit edilmiştir. (Tablo-11)

Tablo-11: Hastaların nihai tanılarına göre dağılımı

Nihai tanı	n (%)
Travma	186 (%38,4)
Kardiyak aciller	51 (%10,5)
GİS acilleri	21 (%4,3)
Solunumsal aciller	41 (%8,5)
Toksikolojik aciller	11 (%2,3)
Nörolojik aciller	68 (%14,0)
Dahili aciller	14 (%2,9)

Göz acilleri	4 (%0,8)
Enfeksiyon acilleri	10 (%2,1)
Yeşil alan	46 (%9,5)
Psikiyatrik aciller	10 (%2,1)
Ürogenital aciller	1 (%0,2)
Dermatolojik aciller	4 (%0,8)
Obstetrik aciller	2 (%0,4)
Hematolojik aciller	1 (%0,2)
KBB acilleri	2 (%0,4)
Diğer	6 (%1,2)

Acil servise getirilişinde 112 ekibi tarafından konan ön tanıları değerlendirilen 484 hastanın ön tanıları ile acil serviste konan nihai tanıları karşılaştırıldığında travma nedenli getirilen 192 hastanın (%39,7), 175 tanesinde nihai tanı da travma idi. 4 hastanın (%0,8) nörolojik acil, 3 hastanın (%0,6) göz acili, 8 hastanın (%1,6) yeşil alan, 2 hastanın da (%0,4) tedavi ret olarak değerlendirildiği görüldü.

Kardiyak acil ön tanısıyla getirilen 49 hastanın (%10,1) 28 tanesinde (%5,8) son tanı da kardiyak acil idi. Bunun dışında konan tanıları 2 hastada (%0,4) GİS acilleri, 4 hastada (%0,8) solunumsal aciller, 8 hastada (%1,7) yeşil alan, 5 hastada (%1,0) psikiyatrik aciller ve 2 hastada (%0,4) tedavi ret olarak değerlendirildi.

GİS acilleri ön tanısıyla getirilen 23 hastanın (%4,8) 14 tanesinde (%2,9) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 1 hastanın (%0,2) son tanısı dahili acil, 1 hastanın (%0,2) son tanısı enfeksiyon acili, 4 hastanın (%0,8) son tanısı yeşil alan, 3 hastanın (%0,6) son tanısı diğer şikayetler olarak belirlendi.

Solunumsal acil ön tanısıyla getirilen 35 hastanın (%7,2) 29 tanesinde (%6,0) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 3 hastanın (%0,6) son tanısı travma, 2 hastanın (%0,4) son tanısı kardiyak acil, 1 hastanın (%0,2) son tanısı nörolojik acil olarak belirlendi.

Toksikolojik acil ön tanısıyla getirilen 18 hastanın (%3,7) 9 tanesinde (%1,9) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 1 hastanın (%0,2) son tanısı travma, 1 hastanın (%0,2) son tanısı yeşil alan, 1 hastanın (%0,2) son tanısı psikiyatrik acil, 3 hastanın (%0,6) son tanısı dermatolojik acil, 1 hastanın (%0,2) son tanısı obstetrik acil ve 2 hastanın da (%0,4) tedavi ret olarak değerlendirildiği belirlendi.

Nörolojik acil ön tanısıyla getirilen 97 hastanın (%20,0) 61 tanesinde (%12,6) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 6 hastanın (%1,2) son tanısı travma, 12 hastanın (%2,5) son tanısı kardiyak acil, 1 hastanın (%0,2) son tanısı GİS acili, 3 hastanın (%0,6) son tanısı solunumsal acil, 2 hastanın (%0,4) son tanısı toksikolojik acil, 5 hastanın (%1,0) son tanısı dahili acil, 3 hastanın (%0,6) son tanısı enfeksiyon acili, 1 hastanın (%0,2) yeşil alan, 2 hastanın (%0,4) son tanısı psikiyatrik acil, 1 hastanın da (%0,2) tedavi ret olarak değerlendirildiği belirlendi.

Dahili aciller ön tanısıyla getirilen 19 hastanın (%3,9) 2 tanesinde (%0,4) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 8 hastanın (%1,7) son tanısı kardiyak acil, 2 hastanın (%0,4) son tanısı GİS acili, 2 hastanın (%0,4) son tanısı solunumsal acil, 1 hastanın (%0,2) son tanısı nörolojik acil, 1 hastanın (%0,2) son tanısı enfeksiyon acili, 1 hastanın (%0,2) son tanısı yeşil alan, 1 hastanın (%0,2) son tanısı tedavi ret ve 1 hastanın da (%0,2) son tanısı diğer şikayetler olarak belirlendi.

Göz acilleri ön tanısıyla getirilen 2 hastanın (%0,4) 1 tanesinde (%0,2) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 1 hastanın (%0,2) son tanısı travma olarak değerlendirildiği belirlenmiştir.

Enfeksiyon acili ön tanısıyla getirilen 8 hastanın (%1,7) 1 tanesinde (%0,2) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 3 hastanın (%0,6) son tanısı solunumsal acil, 3 hastanın (%0,6) son tanısı yeşil alan, 1 hastanın (%0,2) son tanısının diğer şikayetler olarak değerlendirildiği belirlendi.

Yeşil alan ön tanısıyla getirilen 29 hastanın (%6,0) 21 tanesinde (%4,3) nihai tanısı ön tanısıyla uyumlu bulunmuştur. 1 hastanın (%0,2) son tanısı GİS acili, 2 hastanın (%0,4) son tanısı dahili acil, 4 hastanın (%0,8) son

tanısı enfeksiyon acili, 1 hastanın (%0,2) son tanısı hematolojik acil olarak değerlendirildiği belirlendi.



TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil ambulans hizmetleri bireyin yaşamını tehdit eden veya acil sağlık bakımını gerektiren durumlarda nakil süresince bireyin yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmesine yardımcı olan ve mümkün olan en kısa sürede acil servislere ulaşımını sağlayan çok önemli bir halk sağlığı hizmetidir. Ambulans hizmetlerinin kullanımı bireyin yaşı, geçirdiği kaza veya hastalığın derecesi, sağlık kurumuna varış süresi ve kişinin ekonomik durumuna göre değişkenlik gösterir. Ambulans hizmetini kullananlar genellikle akut hasta veya ağır yaralıdır ve bu hastaların acil servislerde yatış süreleri daha uzundur (41).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki ambulans hizmetlerinin sunumu ve toplumların ambulans kullanım oranları birçok koşula bağlı olarak farklılık göstermektedir. Kuzey Avrupa ülkelerinde yılda her 1000 kişiden 77-101'i ambulans hizmetlerinden yararlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise yılda 1000'de 11-139 olarak bildirilmiştir. Türkiye'de ambulans hizmetlerinin sunumundaki gelişmeler 1980 sonlarında başlamış, 1994 yılında da '112 acil yardım ve kurtarma' adı altında yeni bir sistem devreye sokulmuştur (41).

'UÜTF acil servisine 112 ambulansı ile başvuran hastalarda hasta ve yakınlarının sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerinin 112 kullanımına etkisinin araştırılması' adı altında yaptığımız çalışmamızda 5 aylık bir süre içerisinde başvuran 500 hastanın %59,20'sinin erkek %40,8'inin kadın olduğu görülmüştür. Hastaların ortalama yaşı ise 46 olarak bulunmuştur. İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirildiği bir çalışmada yine benzer şekilde ambulans kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu ve 65 yaş üstü grupta fazla olduğu saptanmıştır (41). Kawakami ve ark. (42) tarafından Japonya'da yapılan bir çalışmada 70-79 yaş aralığındaki hastaların ambulans başvuru oranının daha sık olduğu görülürken, cinsiyet olarak ise kadın cinsiyetin daha sık başvurduğu görülmüştür. Rucker ve ark. (43) tarafından Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada ise ambulans ile yapılan başvuruların erkeklerde ve 65 yaş üstü grupta daha sık

olduğu görülmüştür. Bu alışmalar ile kıyaslandığında çalışmamız literatür ile uyumludur ancak yaş ortalamasının diğer ülkelere göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Hastaların gelir durumları ile ambulans kullanımlarının uygunlukları değerlendirildiğinde; yıllık gelir düzeyi giderinden düşük olan 5 hastanın (%10,9) geliri giderine denk olan 40 hastanın (%87,0) gelir düzeyi yüksek olan 1 hastanın (%2,2) ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. Billittier ve ark. (44) tarafından yapılan bir çalışmada yıllık geliri 15000 dolar ve altında olan hastalarda %59 oranında uygunsuz ambulans kullanımı olduğu görülmüştür. Yine Rucker ve ark. (43) tarafından yapılan çalışmada yıllık gelir düzeyi 50000 dolar ve üzerinde olan hastalarda uygunsuz ambulans kullanım oranlarının %17,4 ile diğer gelir gruplarına kıyasla en düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışmalara ve benzer şekilde de bizim çalışmamıza dayanarak gelir düzeyi artışının uygunsuz ambulans kullanımını azalttığı görülmektedir.

Okur-yazar olmayan hastaların %2,2'sinin ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Eğitim durumu okur-yazar / ilkokul mezunu veya orta okul mezunu olan hastaların %41,3'ünün ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Eğitim durumu lise mezunu olan hastaların %37,0'sinin ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Yüksek ğretim mezunu olan gruptaki hastaların %19,6'sinin ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Rucker ve ark. (43) tarafından yapılan çalışmada lise ve yüksek okul düzeyindeki eğitimi olan hasta gruplarında uygunsuz ambulans kullanımının en düşük oranda olduğu görülmüştür. Çalışmamızın literatür ile bu bakımdan uyumlu olduğu görülebilir.

112'yi arama şikayetleri değerlendirildiğinde; hastaların %32,8'i travma, %25,5'i nörolojik şikayetler, %14,8'i yeşil alan şikayetleri, %8,7'si kardiyak şikayetler, %8,1'i GİS şikayetleri, %7,8'i solunumsal şikayetler ve %2,2'sinin de toksikolojik şikayetler sebebiyle başvurduğu görülmüştür. Kıdak ve ark. nın (41) yaptığı çalışmada ise acil servise 112 aracılığı ile başvuran hastaların en sık olarak %20,2 oranı ile kardiyovasküler hastalıklara bağlı

başvurduğu, en düşük oranda ise jinekolojik ve obstetrik şikayetler sebebi ile başvurduğu görülmüştür. Üniversitemiz hastanesinin çevre yolu üzerinde yer alması ve trafik kazalarının çok sık görülmesi sebebi ile travmaya bağlı başvuruların sık olması açıklanabilir.

Hastaların yaşam koşulları değerlendirildiğinde %76,5'inin yakınları ile birlikte yaşadığı, %23,5'inin ise yalnız başına yaşadığı görülmüştür. Yakınları ile birlikte yaşayan gruptaki hastaların %84,8'inin ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. Yalnız yaşamakta olan gruptaki hastaların ise %15,2'sinin ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirildi. Kawakami ve ark. (42) tarafından yapılan çalışmada ise yalnız yaşayan hastalardaki uygunsuz ambulans kullanımının yakınları ile birlikte yaşayan gruba kıyasla %5 oranında daha fazla olduğu görülmüştür. Bu açıdan değerlendirildiğinde çalışmamız literatür ile benzer bulunmamıştır. Bu durumun Türk toplumunun yapısal farklılıklarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızdaki hastaların %63,0'ü 112 ambulansını ilk defa kullandığını belirtirken, %37,0'si 112 ambulansını daha önce bir veya birden fazla sayıda kullandığını belirtmiştir. 112 ambulansını ilk defa kullanan gruptaki hastaların %69,6'sının ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilirken, 112 ambulansını daha öncede kullanmış hastaların %30,4'ünün ambulans kullanımı uygunsuz olarak değerlendirilmiştir. Kawakami ve ark. nın (42) yaptığı çalışmada daha önceden ambulans kullanımı olmayan hasta grubunun daha fazla oranda olduğu görülmüştür. Yine bu grupta uygunsuz kullanımın oranı daha yüksek oranda saptanmıştır.

Çalışmamızdaki hastaların 112 ambulansı ile irtibata geçen yakınlarının hastalar ile yakınlık düzeyleri değerlendirildiğinde; hastaların %69,9'unun hastanın akrabası, %10,3'ünün hastanın iş arkadaşı, %11,6'sının hastanın arkadaşı, %5,9'unun diğer sağlık kurumlarından (diyaliz merkezi, fizik tedavi merkezi vb.), %1,0'inin bakımevi personeli, %0,5'inin hastanın komşusu olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki hastaların %1,6'sı ise 112 ambulansı ile irtibata geçen kişinin kendisi olduğunu belirtmiştir. Kıdak ve ark. nın (41) yaptığı çalışmada en yüksek oranın hasta yakınları tarafından

aranma olduğu ve en düşük oranın ise hastanın kendisi tarafından aranması olduğu görülmüştür. Keskinoglu ve ark. (45) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise yine benzer şekilde en yüksek oranda ambulansın hasta yakınları tarafından arandığı görülmüştür.

Sonuç olarak kritik hasta transferinde 112 etkin bir rol oynamakta olup, özellikle yaşlı hastalar hastaneye ulaşımında 112'yi tercih etmektedirler. 112 hastanelere sevk zincirinin en önemli basamağını oluşturmaktadır. Tüm hastanelerin acil servislerine 112 aracılığıyla yapılan sevklerde gerekli koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması hayati önem arz etmektedir. Çalışmanın sonuçları, bazı sosyoekonomik faktörlerin, (yaş, cinsiyet, gelir durumu ve bir otomobile sahip olma gibi) bireyin kararsızlık durumlarında bir ambulans çağırma kararını etkilediğini göstermektedir. Uygun ambulans kullanımı için eğitim, 112 ambulans sisteminden daha az yoğun ulaşım sistemlerinin geliştirilmesi mevcut durumda iyileşme sağlamak için değerlendirilmeyi hak etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Sağlık Bakanlığından, Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 16/10/2009, Yayımlandığı Resmi Gazete No: 27378.
2. Eagle J, Rideout E, Price M, McMann C, Wonnacot E. Misuse of emergency department by elderly population: Myth or reality. J Emerg Nurs 1993;19:212-8.
3. Holliman CJ. Designing a new emergency medicine facility. Acil Tıp Dergisi 2001; 1(1): 57-60.
4. Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, Hackman BB, Weslowski VB. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. Ann Emerg Med 1991; 20(9): 980-6.
5. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of non emergency patients out of an emergency department: A 5-year study. Ann Emerg Med 1995; 25 (2): 215-23.
6. Weinick RM, Zuvekas SH, Cohen JW. Racial and ethnic differences in access to and use of healthcare services, 1977 to 1996. Medi Care Res Rev 2000; 57(Suppl 1): 36-54.
7. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emerg Med J 2001; 18(6): 482-7.
8. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Non urgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med 2004; 11(12): 1302-10.
9. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. Emerg Med Australas 2005; 17(5-6): 472-9.
10. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. Croat Med J 2003; 44(5): 585- 91.
11. Morgans A, Burgess S. Judging a patient's decision to seek emergency healthcare: clues for managing increasing patient demand. Aust Health Rev. 2012 ;36:110-4.
12. Türk Dil Kurumu <http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?> (Erişim tarihi:30.06.2018).
13. American College of Emergency Physicians. Definition of emergency medicine and the emergency physician. Ann emerg med 1986;15(10);1240-1.
14. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Definition of emergency medicine and emergency physician. Ann Emerg Med. 1986; 15:1240-1.
15. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS. Definition of emergency medicine. Acad Emerg Med. 1998; 5(4):348-51.
16. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&i

- d=998:2014-05-06-07-26-42&catid=2:ymelik&Itemid=33 (Erişim tarihi: 30.06.2018).
17. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği Resmi Gazete: 07.12.2006 – 26369.
 18. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp Disaster Med. 2003;18(1):29-35.
 19. www.acilci.net/acil-tip tarihi (Erişim tarihi:30.06.2018).
 20. Brewer L A. "Baron Dominique Jean Larrey (1776-1842) Father of Modern Military Surgery, Innovator, Humanist." J Thorac Cardiovasc Surg. 1986; 92:6:1096-98.
 21. Boyd D R. The conceptual development of EMS systems in the United States, Part 1. Emerg Med Serv. 1982;11:19-23.
 22. Curry G J. The immediate care and transportation of the injured. Bull Amer Coll Surg. 1959; 44:32- 34.
 23. Haller J S. The beginnings of urban ambulance service in the United States and England. J Emerg Med. 1990; 8:743-75.
 24. Özşahin A, İnan F, Sofuoğlu T. Olay yeri değerlendirilmesi ve hasta nakli. Taviloğlu K, Ertekin C, Güloğlu R. Travma ve resüsitasyon kursu. 1. Baskı, İstanbul: Lodos Yayıncılık. 2006: 21-42.
 25. Göksoy E, Özşahin A. Hastane öncesi travma organizasyonu. Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M. (ed). Travma. 1. Baskı, Ohan matbaacılık Ltd. Şti. 2005:47-64.
 26. Melton JTK, Jain S, Kendrick B, Deo SD. Helicopter emergency ambulance service (HEAS) transfer: an analysis of trauma patient case-mix, injury severity and outcome. Ann R Coll Surg Engl. 2007;89:513-6.
 27. Neel SH. Helicopter evacuation in Korea. US. Armed Forces Med J. 1955; 6:691-702.
 28. Bieniek R B. Role of Air medikal helikopter. In: Campbell J E, ed. Basic trauma life support. New Jersey: Brady. 1995:347-9.
 29. Campbell J E. Critical trauma situations: 'load and go'. In: Campbell J E, ed. Basic trauma life support. New Jersey: Brady. 1995:287-91.
 30. Özel G. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. Kekeç Z (editör). Tüm yönleriyle acil tıp. Adana: Nobel Kitapevi; 2010. 11-23.
 31. 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev Ve Çalışma Yönetmeliği. Resmi Gazete:16 Mayıs 2014. Sayı;29002.
 32. Www.ankara112.gov.tr/TR,411/komuta-kontrol-merkezi.html. (Erişim tarihi: 01.07.2018).
 33. İnan H.F, Sofuoğlu T. Acil Sağlık Hizmetleri. Ertekin C, Çertuğ A, Atıcı A, Coşkun A, Aydınlı F, İnan H F ve ark. Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Eğitim Kitabı. 1. Baskı, Ankara: Onur Matbaacılık Ltd. Şti, 2006: 1-9.
 34. <https://bursaism.saglik.gov.tr/TR,39135/112-acil-yardim-istasyonlari.html>. (Erişim tarihi: 01.07.2018).
 35. Kekeç Z. Tüm Yönleriyle Acil Tıp: Tanı Tedavi Ve Uygulama Kitabı. Adana Nobel Kitabevi; 2010:11-23.
 36. TC Sağlık Bakanlığı.7/12/2006 tarih ve 26369 sayılı ambulanslar ve acil sağlık araçları ile ambulans hizmetleri yönetmeliği.
 37. <https://www.acep.org/aboutus/about> (Erişim tarihi: 02.07.2018).

38. What to do in an emergency. American College of Emergency Physicians. June 2003. <http://www.acep.org> (Erişim tarihi: 02.07.2018).
39. Schneider SM , Hamilton GC , Moyer P , Stapczynski JS . Definition of emergency medicine. Acad Emerg Med. 1998;5(4):348-51.
40. <http://www.medlineacil.com/Uluslararası32Parametre> (Erişim tarihi: 02.07.2018).
41. Kıdak L, Keskinoglu P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z. İzmir İlinde 112 Acil Ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi 2009;19(3):113-9.
42. Kawakami C, Ohshige K, Kubota K, Tochikubo O. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. BMC Health Services Research 2007 7:120.
43. Rucker DW, Edwards RA, Burstin HR, O'Neil AC, Brennan TA. Patient-specific predictors of ambulance use. Ann Emerg Med April 1997; 29:484-91.
44. Richards JR, Ferrall SJ: Inappropriate use of emergency medical services transport: comparison of provider and patient perspectives. Acad Emerg Med. 1999, 6: 14-20.
45. Keskinoglu P, Sofuoğlu T, Ozmen O, Gündüz M, Ozkan M. Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. Archives of gerontology and geriatrics 2010; 50: 356-60.

EKLER

Ek-1: Veri Toplama Formu

UÜTF Acil Servisine 112 Ambulansı İle Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyoekonomik ve Sosyokültürel Düzeylerinin 112 Kullanımına Etkisi

Tarih:

Anket No:

1-Hasta protokol no:

2-Yaş:

3-Cinsiyet:

- a) Erkek
- b) Kadın

4-Sağlık güvencesi

- a) Var
- b) Yok

5-Daha önce ambulans kullanmış mı?

- a) Hayır
- b) Evet:kez

6-Kendine ait aracı var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

7-Yaşam koşulları

- a) Yalnız yaşıyor
- b) Yakınlarıyla yaşıyor:kişi(hasta ile birlikte)

8-Doğum yeri:

9-Oturduğu yer(ilçe):

10-Gelir durumu:

- a) Gelirim giderimden düşük
- b) Gelirim giderime denk
- c) Gelirim giderimden fazla

11-Eğitim durumu:

- a) Okur yazar değil
- b) Okur yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Yüksek okul mezunu
- g)Üniversite mezunu
- h)Yüksek lisans/doktora

12- Şu anda çalışıyor mu?

- a) Hayır
 - b) Evet
- Mesleği nedir?

112 ile İrtibata geçen; (geldiyse)

13- Hasta ile yakınlığı;

14- 112 arama şikayeti;

15- Gelir durumu:

- a) Gelirim giderimden düşük
- b) Gelirim giderime denk
- c) Gelirim giderimden fazla

16-Eğitim durumu:

- a) Okur yazar değil
- b) Okur yazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Yüksek okul mezunu
- g)Üniversite mezunu
- h)Yüksek lisans/doktora

112 Hastayı Alan Ekip;

17-Hastayı alış Şikayeti;

18- Ön tanısı;

Acil Servis;

19-Nihai tanı;



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkıları ve çalıőmamın gerçekleşmesinde, asistanlık eğitimim süresince yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübesinden yararlanma olanağı sağlayan, tez danışmanım sayın Doç. Dr. Halil İbrahim ÇIKRIKLAR'a, değerli hocalarım; Prof. Dr. Erol ARMAĞAN'a, Prof. Dr. őule AKKÖSE AYDIN'a, Prof. Dr. őahin ASLAN'a, Doç. Dr. Özlem KÖKSAL'a, Uzm. Dr. Fatma ÖZDEMİR'e ve Uzm. Dr. Aslıhan DURAK'a sonsuz saygı ve őükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimi süresi boyunca her zaman saygı, sevgi ve dayanışma içerisinde acil serviste birlikte çalıőtığımız değerli asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma, her konuda sabırla yardımcı olan, destekleyen, benimle birlikte bu süreci yaşayan aileme desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Nevşehir'de doğdum. 2003'te Denizli Sarayköy Anadolu Lisesi'ni bitirdim. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 2012 yılında mezun oldum. 2013'te Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi almaya başladım. Evli ve bir çocuk sahibiyim. Yabancı dil olarak ileri düzey İngilizce bilmekteyim.



