

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

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER
(KONYA ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan:
Ali İmran YILMAZ

İstanbul, 2014

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

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNU
ETKİLEYEN FAKTÖRLER
(KONYA ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)**

Tezi Hazırlayan:
Ali İmran YILMAZ

Öğrenci No:
1107461168

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2014

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**112 Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunu Etkileyen Faktörler (Konya Örneği)**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldııkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 30.09.2014

Ali İmran YILMAZ

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

13.12.2014

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **1107461168** numaralı **Ali İmran YILMAZ**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**112 Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunu etkileyen Faktörler (Konya Örneği)**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 09.12.2014 tarih ve 2014/37 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

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



DANIŞMAN

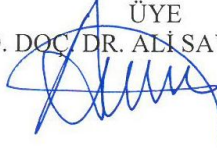
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN

ÜYE

YRD.DOÇ.DR. ERKUT ALTINDAĞ

ÜYE

YRD. DOÇ. DR. ALİ SAYGILI



Adı Soyadı : Ali İmran YILMAZ
Danışmanı : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2014
Alanı : İşletme Yönetimi (Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi)
Anahtar Kelimeler : 112 Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Müdahale, Hizmet Sunumu

ÖZ

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER (KONYA ÖRNEĞİ)

İnsan sağlığı, yaşadığı çevreyle bağlantılı olarak sürekli etkilenmekte istenmedik bazı olağan dışı durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Karşılaşılan bu tür olağandışı durumlara hızlı ve doğru müdahale insan hayatını kurtarmakta oluşabilecek zararları da en aza indirmektedir. Gelişmiş birçok ülkede olduğu gibi son yıllarda ülkemizde de bu doğrultuda kurumsallaşmaya gidilmiştir. Gerekli alt yapı hazırlanarak profesyonel ekiplerden oluşan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları kurulmuştur.

Ancak, ülkemizde 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının mesleki eğitimleri ile ilgili yetersizliklerin ve kurumsal yapılanmadan kaynaklanan sorunların olduğu, hizmetin gerektirdiği fiziksel alt yapı eksikliklerinin tam anlamıyla giderilemediği, iyi bir işgücü planlamasının yapılamadığı ve personeli motive edici unsurların yeterince kullanılmadığı görülmüştür. 112 acil sağlık hizmeti sunulan bireylerin büyük bir bölümünün acil müdahaleye ihtiyacı olmayan kişilerden oluştuğu ve bu hizmetin amacı dışında kullanıldığı saptanmıştır. Çalışanların önemli bir kısmının sağlığının yaptıkları işten dolayı olumsuz etkilendiği ve bu kişilerde birtakım psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların olduğu belirlenmiştir. Çalışanların sürekli olarak güvenlik problemi yaşadıkları bu nedenle şiddete maruz kaldıkları ve güvenlik güçlerinin kendilerine yeterli desteği sağlamadığı tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen verilerden hareketle daha etkili ve kaliteli bir hizmet sunumu için yapılması gerekenler hakkında önerilerde bulunulmuştur.

Name and Surname : Ali İmran YILMAZ
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master, 2014
Major : Business Management (Hospital and Health Care
Management)
Key Words : 112 Emergency Medical Services, Emergency Response,
Service Delivery

ABSTRACT

FACTORS AFFECTING THE PRESENTATION OF 112 EMERGENCY MEDICAL SERVICES (KONYA SAMPLE)

Human health, is affected lived continuously in conjunction with the desired environment may be faced with some unusual situations. Faced with such unusual situations that may occur in fast and accurate human intervention to save the life of damage is minimize the risk. Our country in recent years, as in many developed countries have been made to the institution in this direction necessary infrastructure team of professionals prepared 112 emergency services stations were established.

However, in our country 112 emergency medical services is as lack of vocational training of the employees and corporate structure resulting from the problems, not been fully physical infrastructure deficiencies as required by the service can not be made of a good workforce planning and staff are not used enough of a motivating factor. 112 emergency medical services offered by individuals made up of people who do not need a large part of the emergency response and were found to be outside the scope of this service. Because their work is an important part of the health of the employees negatively affected and some those people are determined to be of psychological and physical ailments. They live permanently security problem has been found that the employees therefore provide them adequate support to which they are exposed to violence and security forces. The data obtained from the results of the study were more effective action and make suggestions about lot to do for a quality service delivery.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

| | |
|------------------------|-----|
| İÇİNDEKİLER | iii |
| TABLolar LİSTESİ | v |
| ŞEKİLLER LİSTESİ | xi |
| KISALTMALAR | xi |
| GİRİŞ | 1 |

BİRİNCİ BÖLÜM

İLK YARDIM VE ACİL YARDIM KAVRAMLARI, 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ VE ACİL YARDIM SİSTEMLERİ

| | |
|---|----|
| 1. İLK VE ACİL YARDIM KAVRAMLARI | 5 |
| 1.1. İlk Yardım..... | 5 |
| 1.2. Acil Yardım | 6 |
| 1.3. İlk ve Acil Yardımın Önemi | 7 |
| 2. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ..... | 8 |
| 2.1. Dünya’da Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi | 8 |
| 2.2. Türkiye’de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi | 11 |
| 3. DÜNYADA UYGULANAN ACİL YARDIM SİSTEMLERİ | 12 |
| 3.1. Anglo-Amerikan Modeli | 13 |
| 3.2. Franko-German Modeli | 14 |

İKİNCİ BÖLÜM

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLAT YAPILANMASI VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN AŞAMALARI

| | |
|--|----|
| 1. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLAT YAPILANMASI | 15 |
| 1.1. İl Sağlık Müdürlükleri | 18 |
| 1.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlükleri | 19 |
| 1.3. İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimlikleri | 19 |

| | |
|---|-----------|
| 1.4. Hastane Acil Servisleri | 20 |
| 2. 112 KOMUTA KONTROL MERKEZLERİ | 22 |
| 3. 112 ACİL YARDIM İSTASYONLARI | 23 |
| 3.1. İstasyon Tipleri ve Fiziksel Özellikleri | 24 |
| 3.2. Ambulanslar ve Özellikleri..... | 25 |
| 3.3. Acil Sağlık Araçları | 27 |
| 3.4. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personel ve Özellikleri..... | 28 |
| 4. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ EĞİTİMLERİ | 32 |
| 4.1. Örgün Eğitim | 32 |
| 4.2. Hizmet İçi Eğitimler | 34 |
| 5. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN AŞAMALARI..... | 34 |

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KONYA İLİNDE 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERLER

| | |
|---|------------|
| 1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE SOSYO-KONOMİK ÖZELLİKLERİ | 41 |
| 2. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN EĞİTİM FAKTÖRLERİ | 50 |
| 3. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN KURUMSAL FAKTÖRLER | 57 |
| 4. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN İŞGÜCÜ VE ÇALIŞANLAR İLE İLGİLİ FAKTÖRLER..... | 70 |
| 5. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN İLETİŞİM FAKTÖRLERİ..... | 76 |
| 6. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN PSİKOLOJİK FAKTÖRLER..... | 80 |
| 7. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN GÜVENLİK FAKTÖRLERİ | 89 |
| 8. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ İSTATİSTİKİ VERİLER | 99 |
| SONUÇ | 105 |
| KAYNAKLAR | 111 |
| EKLER: | |

EK 1. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunu Etkileyen Faktörler

| | |
|--------------------------------------|-----|
| (Konya Uygulaması) Anket Formu | 116 |
|--------------------------------------|-----|

TABLolar LİSTESİ

| Tablo No. | Sayfa No. |
|--|-----------|
| Tablo 1. Türkiye’de Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Sayısı ile İstasyon Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı | 24 |
| Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Sayısı ile Ambulans Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı..... | 26 |
| Tablo 3. Katılımcıların Yaş Düzeyleri | 41 |
| Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı | 42 |
| Tablo 5. Katılımcıların Boy Dağılımı | 43 |
| Tablo 6. Katılımcıların Kilo Dağılımı..... | 43 |
| Tablo 7. Katılımcıların Medeni Durumları | 44 |
| Tablo 8. Katılımcılardan Evli Olanların Çocuk Sayıları..... | 45 |
| Tablo 9. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyleri | 45 |
| Tablo 10. Katılımcılardan Evli Olanların Eşlerinin Çalışma Durumları | 46 |
| Tablo 11. Katılımcıların Ailelerinin Aylık Gelir Durumları..... | 46 |
| Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Unvanları | 47 |
| Tablo 13. Katılımcıların Çalıştıkları Birimdeki Görevleri..... | 47 |
| Tablo 14. Katılımcıların Kurumlarındaki Toplam Görev Süreleri | 48 |
| Tablo 15. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri | 49 |
| Tablo 16. 112 ASH’de Görev Yaparken Eğitimlerine Devam Etmiş Olan Katılımcıların Mesleki Yönelimleri | 49 |
| Tablo 17. Katılımcıların Görev Yerlerinde İkamet Durumları | 50 |
| Tablo 18. Katılımcıların Öğrenim Görmüş Oldukları Mesleki Okullardaki Eğitim Seviyesini Yeterlilik Algıları | 51 |
| Tablo 19. Katılımcıların Meslekleriyle İlgili Öğrenim Görmüş Oldukları Okullardaki Mesleki Uygulamaları Yeterlilik Algıları | 52 |
| Tablo 20. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Bilgi ve Becerilerinin Seviyesini Yeterlilik Algıları..... | 52 |

| Tablo No. | Sayfa No. |
|---|------------------|
| Tablo 21. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Uyum Eğitimlerine Katılım Durumları..... | 54 |
| Tablo 22. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Kurslara Katılım Durumları | 55 |
| Tablo 23. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Hizmet İçi Eğitimlere Katılım Durumları..... | 55 |
| Tablo 24. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Hizmet İçi Eğitimler Hakkındaki Yeterlilik Algıları..... | 56 |
| Tablo 25. Katılımcıların Meslekleriyle ilgili yasal Düzenlemeleri Yeterlilik Algıları | 57 |
| Tablo 26. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlerdeki Hizmet Binalarının Durumu..... | 58 |
| Tablo 27. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlerdeki Hizmet Binalarının Fiziki Şartlarını Yeterlilik Algıları..... | 58 |
| Tablo 28. Katılımcıların Ambulanslardaki Donanımı Yeterlilik Algıları..... | 59 |
| Tablo 29. Ambulansların Fiziki Şartlara Dayanıklılık Durumları | 60 |
| Tablo 30. Katılımcıların Görevlerini Yerine Getirirken Malzeme, Araç, Gereç Sıkıntısı Yaşama Durumları..... | 61 |
| Tablo 31. Katılımcıların Müdahalede Buldukları Vakalarla İlgili Aciliyet Değerlendirmeleri | 61 |
| Tablo 32. Katılımcıların Çalışma Sistemlerinin Hizmet Sunumuna Uygunluğuyla İlgili Değerlendirmeleri..... | 63 |
| Tablo 33. Katılımcıların Nöbet İzinlerini Yeterlilik Algıları..... | 63 |
| Tablo 34. Katılımcıların Görev Sırasında Yemek İhtiyaçlarını Giderebilme Durumları..... | 64 |
| Tablo 35. Katılımcıların Yemek İhtiyaçlarını İstasyonlarında Giderebilme Durumları..... | 65 |
| Tablo 36. Katılımcıların Kurumlarındaki İdari Yapılanmadan Etkilenme Durumları..... | 66 |
| Tablo 37. Katılımcıların Kurumlarındaki İdari Yapılanma Algıları | 66 |
| Tablo 38. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlerdeki Sekretarya İşlerini Yapabilme Durumları..... | 67 |

| Tablo No. | Sayfa No. |
|--|------------------|
| Tablo 39. Katılımcıların İstasyonlarındaki Sekreteryaya İşlerinden Etkilenme Durumları | 67 |
| Tablo 40. 112 ASH İstasyonlarında Hekimlerin Çalışma Durumu | 68 |
| Tablo 41. Katılımcılar Açısından Hekimsiz Çalışmanın Hizmet Sunumuna Etkisi | 69 |
| Tablo 42. Katılımcıların Hizmet Sunumunun Fiziksel Zorluklarıyla Baş Etmede Cinsiyet Faktörünün Etkinliğini Değerlendirmesi | 70 |
| Tablo 43. Katılımcıların 112 ASH Sunumunda Görev Alan Bayan Çalışan Oranının Hizmet Sunumuna Etkisini Değerlendirmesi | 71 |
| Tablo 44. Katılımcıların İstasyonlardaki Personel Sayısını Yeterlilik Algıları | 71 |
| Tablo 45. Katılımcıların Eleman Yetersizliği Nedeniyle Fazla Mesai Yapma Durumları | 72 |
| Tablo 46. Katılımcıların Nöbet Sayılarıyla İlgili Yeterlilik Algıları | 73 |
| Tablo 47. Katılımcıların Günlük Vaka Sayılarıyla İlgili Yeterlilik Algıları..... | 73 |
| Tablo 48. Katılımcılar Açısından Vaka Yoğunluğunun Sunulan Hizmete Etkisinin Değerlendirilmesi | 74 |
| Tablo 49. Katılımcıların Sundukları Hizmet Nedeniyle Fiziksel Rahatsızlıklar Yaşama Durumları | 75 |
| Tablo 50. Katılımcıların Sundukları Hizmet Nedeniyle Yaşadıkları Fiziksel Rahatsızlıklar | 75 |
| Tablo 51. Katılımcıların Ekip Arkadaşlarıyla Uyum ve İletişim Durumları | 76 |
| Tablo 52. Katılımcıların Ekip Arkadaşlarıyla Bilgi Paylaşımı Durumları | 77 |
| Tablo 53. 112 Katılımcıların Komuta Kontrol Merkeziyle İletişim Durumları..... | 77 |
| Tablo 54. Katılımcıların Hastaları Sevk Ettikleri Hastanelerde Hasta Devriyle İlgili Sorun Yaşama Durumları..... | 78 |
| Tablo 55. Katılımcıların Hasta ve Hasta Yakınıyla İletişim Durumları | 79 |
| Tablo 56. Katılımcıların İşlerine Duygusal Bakış Açıları | 80 |
| Tablo 57. Katılımcıların Farklı Mesleklere Yönelim Durumları | 81 |
| Tablo 58. Katılımcıların Çalışma Sistemlerine Bakış Açıkları..... | 82 |
| Tablo 59. Katılımcıların Aldıkları Ücretleri Yeterlilik Algıları..... | 83 |

| Tablo No. | Sayfa No. |
|---|------------------|
| Tablo 60. Katılımcıların Görevlerindeki Başarıları Nedeniyle Maddi Olarak Ödüllendirilme Durumları | 84 |
| Tablo 61. Katılımcıların Görevlerindeki Başarıları Nedeniyle Manevi Olarak Ödüllendirilme Durumları | 85 |
| Tablo 62. Katılımcıların Psikolojilerinin Yaptıkları İşten Etkileme Durumu..... | 86 |
| Tablo 63. Hasta ve Hasta Yakınlarının Çalışanlara Karşı Davranış Durumları | 87 |
| Tablo 64. 112 ASH'deki Amirlerin Çalışanlara Karşı Davranış Durumları..... | 88 |
| Tablo 65. 112 ASH'deki İstasyon Sorumlularının Çalışanlara Karşı Davranış Durumları | 88 |
| Tablo 66. Katılımcıların Görev Yaptığı Bölgenin Fiziki ve Coğrafi Koşullarının Hizmet Sunumuna Etkisi | 89 |
| Tablo 67. Katılımcıların Çalışan Güvenliği Önlemlerini Yeterlilik Algıları..... | 91 |
| Tablo 68. Katılımcıların Hasta Güvenliği Önlemlerini Yeterlilik Algıları..... | 92 |
| Tablo 69. Katılımcıların Hasta Transportu Esnasında Hastalardan Şiddet Görebilme Durumları..... | 93 |
| Tablo 70. Katılımcıların Hasta Transportu Esnasında Hasta Yakınlarından Şiddet Görebilme Durumları..... | 94 |
| Tablo 71. Katılımcıların Hasta Transportu Esnasında Trafik Problemi Yaşayabilme Durumları | 95 |
| Tablo 72. Katılımcıların Ambulans Sürücüleriyle İlgili Güvenlik Algıları..... | 95 |
| Tablo 73. Katılımcıların Yerleşim Yerlerindeki Tehlikelere Karşı Alınan Güvenlik Önlemlerini Yeterlilik Algıları..... | 96 |
| Tablo 74. Katılımcıların Yerleşim Yerleri Dışındaki Tehlikelere Karşı Alınan Güvenlik Önlemlerini Yeterlilik Algıları..... | 97 |
| Tablo 75. Katılımcıların Kolluk Kuvvetlerinin Sağladığı Güvenliği Yeterlilik Algıları | 98 |
| Tablo 76. Araştırmada Kullanılan Sorulara Verilen Cevapların Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri | 99 |
| Tablo 77. ASH Sunumuna Etki Ettiği Düşünülen Çeşitli Faktörlerin Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi | 102 |

Tablo No.

Sayfa No.

| | |
|--|-----|
| Tablo 78. ASH Sunumuna Etki Ettiği Düşünülen Çeşitli Faktörlerin Mesleki Unvan Açısından Değerlendirilmesi..... | 103 |
|--|-----|

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:

Sayfa No:

| | |
|--|----|
| Şekil 1. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması..... | 15 |
| Şekil 2. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması..... | 18 |

KISALTMALAR

| | |
|----------------|---|
| AABT | : Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri: Paramedik |
| AASAAHY | : Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği |
| ABD | : Amerika Birleşik Devletleri |
| ASH | : Acil Sağlık Hizmetleri |
| ASHY | : Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği |
| ASKOM | : Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu |
| ATT | : Acil Tıp Teknisyenliği |
| C. | : Cilt |
| CPR | : Cardiyopulmonary resuscitation: Kalp Masajı ve Suni Teneffüsle Yeniden Canlandırma İşlemi |
| Dr. | : Doktor |
| GPS | : Global Positioning System: Küresel Konumlandırma Sistemi |
| KKM | : Komuta Kontrol Merkezi |
| km. | : Kilometre |
| KPSS | : Kamu Personeli Seçme Sınavı |
| m. | : Madde |
| RG | : Resmi Gazete |
| S. | : Sayı |
| s. | : Sayfa |
| SB | : Sağlık Bakanlığı |
| TC | : Türkiye Cumhuriyeti |

TL. : Türk Lirası
vb. : Ve Benzeri
YYLT : Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Sağlıklı yaşam her insan için önemli bir gereksinimdir. Günlük hayatın akışı içerisinde insan sağlığını etkileyen beklenmedik ve olağandışı bir durumla karşılaşıldığında mutlaka profesyonel bir yardıma gereksinim duyulmaktadır. Ülkemizde de bu gereksinime cevap verebilmek amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 acil sağlık hizmetleri yapılanmasına gidilerek bu konuda profesyonel yardım sunulması amaçlanmıştır ve bu amaca yönelik olarak teşkilat oluşturulmuştur. Ancak, 112 acil sağlık hizmetleri ortaya konan tüm bu çabalar neticesinde çok iyi işleyen sorunsuz bir sistem gibi görünse de, çeşitli zorluk ve sıkıntıların olduğu da yadsınamaz bir gerçektir. Bu düşüncelerden yola çıkarak, 112 acil sağlık hizmetleri sistemini ve Konya ilinde 112 acil sağlık hizmetleri sunumuna etki eden faktörleri inceleyebilmek için bu konu seçilmiştir.

- **Çalışmanın Amacı:** Bu çalışmada, 112 acil sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliğine katkıda bulunmak, hasta memnuniyetinin yanında personel memnuniyetini de arttırmak düşüncesiyle, Konya ilinde 112 acil sağlık hizmetleri sunumuna etki eden faktörlerin tespiti ve belirlenen sorunlara çözüm önerilerinde bulunulması amaçlanmıştır.

- **Çalışmanın Önemi:** Bireylerin hayatları boyunca sahip oldukları en değerli şeyin sağlık olduğu herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir. Dünyadaki doğal afetler, sosyo-ekonomik-kültürel gelişmeler insanı ve çevreyi etkilemekte, ölümleri, yaralanmaları, toplumdaki bireylerin sağlığını tehdit eden bir takım fiziksel ve ruhsal hastalıkları da beraberinde getirmektedir. İnsan sağlığının çeşitli nedenlerle bozulması, insan yaşamının kalitesini azaltmakta ve hayat şartlarını zorlaştırmaktadır. Toplumun sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla verilen, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesini içeren tüm hizmetler büyük bir maliyeti de beraberinde getirmektedir.

Beklenmedik ve olağandışı tehlikelere maruz kalındığı durumlarda oluşabilecek ölümler, yaralanmalar, sakatlanmalar ve maddi kayıplar zamanında yapılacak etkin ve doğru tıbbi müdahale sayesinde azaltılabilmektedir. İlk ve acil

yardım bu nedenle büyük önem arz etmektedir. İlk yardım uygulamaları herkes tarafından yapılabilen uygulamalardır. İlk yardımın yeterli olmadığı durumlarda ise profesyonel kişiler ve ekiplerce yapılan acil yardıma ihtiyaç vardır. Ülkemizde de bu amaca yönelik olarak, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri yapılanmasına gidilmiş olup, bu doğrultuda çalışmalar yürütülmektedir. Her ilin sağlık müdürlüğü bünyesinde İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliklerine bağlı, Komuta Kontrol Merkezleri ve ihtiyaç duyulan noktalarda 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları açılmıştır. Bu istasyonlar haberleşmede, hasta nakletmede ve acil müdahalede gerekli olan araç gereç ve malzemeyle donatılmış, bu araç gereç ve malzemeyi kullanacak personel planlaması yapılmıştır. Bütün bu çalışmalar neticesinde, beklenmedik ve olağandışı durumların sebep olduğu ölüm ve yaralanmaların büyük ölçüde önüne geçilerek en aza indirilmiştir. Sunulan hizmetin sağlık alanında vatandaş memnuniyetini üst seviyelere çıkarması, teşkilata verilen önemin artmasını sağlayarak toplumda daha kaliteli hizmet beklentisi oluşmuştur.

- **Çalışmanın Planı:** Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ilk yardım ve acil yardım kavramları üzerinde durularak, 112 acil sağlık hizmetlerinin tarihçesi kısaca anlatılmış dünyada uygulanan acil yardım sistemlerine değinilmiştir. Bu bölümde teorik açıklamalar yapılarak literatür tarama tekniği ve kişisel yorumlardan faydalanılmıştır.

İkinci bölümde acil sağlık hizmetlerinin teşkilat yapılanması ve acil sağlık hizmetlerinde görev alan personelin eğitimleri konusunda bilgi verilerek 112 acil sağlık hizmetlerinin aşamaları anlatılmıştır. Bu bölümde de birinci bölümde olduğu gibi teorik açıklamalar yapılmış, literatür tarama tekniği ve kişisel yorumlardan faydalanılmıştır.

Üçüncü bölüm ise saha araştırması kısmından oluşmaktadır. Konya ili genelinde 112 acil sağlık hizmetleri sunumuna etki eden faktörler araştırılmış, elde edilen bulgular analiz edilerek yorumlanmış, tespit edilen olumsuz faktörlere yönelik çözüm önerilerinde bulunulmuştur.

- **Kullanılan Metot ve Teknikler:** Bu çalışma teorik ve uygulama olmak üzere iki kategoriden oluşmaktadır. Teorik kısımda ilgili literatür taraması tekniğinden faydalanılmıştır. Uygulama kısmında ise alan araştırması ve anket

tekniki kullanılmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formu ile toplanmıştır. Araştırmanın evreni Konya ili merkez ve ilçelerindeki istasyonlarda görev yapan yaklaşık 800 sağlık çalışanıdır. Araştırmanın örneklemini bu istasyonlarda görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 210 kişi oluşturmaktadır. Anket formunda 15'i demografik soru olmak üzere, 112 acil sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen faktörlere yönelik toplam 73 soru yer almaktadır. Veriler araştırmacı tarafından anket formlarının dağıtılıp belirli bir süre sonra geri alınması yoluyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) kullanılmış, kişisel bilgi, deneyim, gözlem ve yorumlara yer verilmiştir.

- **Karşılaşılan Zorluklar ve Sınırlamalar:** Araştırma Konya il merkezi ve ilçelerinde bulunan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan yaklaşık 800 personelin 210'unu kapsamaktadır. Araştırmada 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında dönüşümlü olarak 24 saatlik nöbet usulü çalışılması nedeniyle tüm çalışanlara aynı anda ulaşılamamıştır. Konya genelindeki istasyon sayısının fazlalığı (60 adet), bu istasyonların büyük bölümünün il merkezinden bir hayli uzak olması, birbirinden farklı noktalarda yer alması anketin yapılma süresinin uzamasına neden olmuştur. Anket için her istasyona gidilmesinin gerekmesi, gidilen istasyondaki ekibin alanda görevde olması ve istasyonlardaki vaka yoğunluğu anket çalışmasını sınırlandırmıştır. Çalışanların önemli bir kısmı yapılan çalışmayı önemsememiş, çeşitli nedenlerle araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir. Ayrıca, 112 acil sağlık hizmetlerinin teşkilat yapısının son yıllarda oluşturulmuş olması ve buna bağlı olarak ilgili literatür yetersizliği araştırmayı zorlaştıran bir başka unsur olmuştur.

- **Varsayımlar:** Bu çalışmanın varsayımları şunlardır:

- i. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bir kısmı yeterli mesleki bilgi ve beceriye sahip değildir.
- ii. 112 acil sağlık hizmetlerinde personel planlaması hizmetin gereklerine göre yapılmamıştır.
- iii. 112 acil sağlık hizmetlerinin yeterli alt yapısı yoktur.

- iv. 112 acil sağlık hizmetleri amacı dışında kullanılmaktadır.
- v. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iletişimle ilgili sıkıntıları vardır.
- vi. 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları yaptıkları iş nedeniyle fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar.
- vii. 112 acil sağlık hizmetlerinde güvenlik önlemleri yetersizdir.

BİRİNCİ BÖLÜM

İLK YARDIM VE ACİL YARDIM KAVRAMLARI, 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ VE ACİL YARDIM SİSTEMLERİ

1. İLK VE ACİL YARDIM KAVRAMLARI

1.1. İlk Yardım

İnsanın mutlu ve huzurlu bir hayat sürebilmesi fiziksel ve ruhsal sağlığıyla doğrudan alakalıdır. Bireyler günlük yaşamlarını sürdürürken, gerek kendilerinden gerekse çevresel etkilerden kaynaklanan birtakım ani gelişen, olağandışı fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarıyla karşılaşabilirler ve başkalarının yardımına ihtiyaç duyabilirler. “İlk yardım; Herhangi bir kaza veya hayatı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun kötüye gitmesini önleyebilmek amacı ile olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır.”¹ İlk yardımı acil yardımdan ayıran en önemli özellik, sadece profesyoneller tarafından değil, ilk yardım uygulama konusunda bilgisi olan herkes tarafından yapılabilir olmasıdır.

İlk yardım uygulayıcısı, insan vücuduyla ilgili temel bilgilere sahip olmalı, olaylar karşısında kendisi ve çevresinin güvenliğini dikkate alarak sakin davranabilmelidir. Olayı dikkatli bir şekilde değerlendirmeli, ne yapacağını bilerek çabuk karar verebilmelidir. Hemen 112 Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) ekipleriyle iletişime geçerek, etraftaki kişileri organize edebilmeli, çevredeki imkânları en iyi şekilde kullanarak doğru müdahaleyi yapabilmelidir. Herhangi bir kaza ya da olay anında bu özellikleri taşıyan bir ilk yardımcı yok ise derhal 112 ASH ekipleri aranarak onların direktifleri doğrultusunda hareket edilmelidir. İlk yardımda temel amaç, hayatı tehlikeye düşüren durumu ortadan kaldırarak yaşamsal fonksiyonların

¹ Türkiye Cumhuriyeti (TC) Sağlık Bakanlığı (SB) Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi İlk Yardım Modülleri, Ankara, 2008, s. 16

devamını sağlamak ve yaralının durumunun kötüleşmesinin önüne geçerek iyileşmesine katkıda bulunmaktır.

İlk yardımda üç temel uygulama vardır. Bu uygulamalar şunlardır:

- **Hasta ve Çevre Güvenliği:** İlk yardımcı öncelikle kendi güvenliğinden emin olmalıdır. Daha sonra olay yerini değerlendirmelidir. Kaza yerinde hastanın ve çevrenin güvenliğini sağladıktan sonra hareket etmeli, durumun kötüleşmesini önlemek için girişimde bulunmalıdır. Tüm bunları yaparken güvenlik ön planda tutulmalı ikincil kazalara sebebiyet verilmemelidir.

- **İletişim:** Mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde, iletişim araçları veya kaza yerinde bulunan diğer kişiler aracılığıyla, 112 ASH ekipleriyle ve ilgili diğer kuruluşlarla iletişime geçilerek gerekli yardım sağlanmalıdır. Burada dikkat edilmesi gereken en önemli unsur, iletişim esnasında paylaşılan bilgilerin eksiksiz, açık, net ve anlaşılır şekilde olmasıdır. Aksi takdirde iletişim kurmak güçleşecek beklenen yardımın gecikmesine neden olacaktır.

- **Müdahale:** Güvenlik ve iletişim sağlandıktan sonra yaralılara sakın bir şekilde hızlıca müdahalede bulunularak 112 ASH ekiplerinin gelmesi beklenmelidir. İlk yardımcı, bilmediği ve emin olmadığı müdahaleleri yapmaktan kaçınmalıdır. Bilmeden yapılan her müdahalenin hasta veya yaralının durumunu daha da kötüleştirebileceği unutulmamalıdır.

1.2. Acil Yardım

Acil yardım, ilk yardımın yetersiz kaldığı durumlarda profesyonel ekiplerce verilen ve ilk yardımın bir sonraki aşamasını teşkil eden yardımdır. “Acil yardım; ASH konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünüdür.”¹ Başka bir ifadeyle acil yardım, tıbbi yardım olarakta adlandırılabilir. Ülkemizde acil yardım hizmetlerini, konusunda profesyonelleşmiş olan 112 ASH’ye bağlı ekipler ile hastane acili ve diğer servislerde görev yapan sağlık personeli sunmaktadır. Acil yardım temel ilkyardım uygulamalarını içermekle birlikte kendine has yapılanması olan,

¹ TC SB, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY), Resmi Gazete (RG), S. 24046, 2000, madde (m.) 4

farklı durumlara özel uygulamaları içinde barındıran daha geniş kapsamlı bir sistemdir.

1.3. İlk ve Acil Yardımın Önemi

Sağlıklı yaşam, hayatını sürdüren her birey için en değerli ve vazgeçilmez hazinedir. Ancak insan hayatı bazen beklenmedik ve olağandışı tehlikelere maruz kalabilmekte, en değerli hazinemiz olan sağlığımız tehlikeye düşebilmektedir. Çoğunlukla ani gelişen bu tür durumlar insan sağlığını etkilemekte, hızlı ve profesyonel müdahale gerektirmektedir. Erken ve doğru müdahale insan sağlığıyla ilgili oluşabilecek olumsuz durumların ortadan kaldırılmasında, ölümlerin önlenmesinde ve sakatlıkların azaltılmasında büyük bir değere sahiptir. Sağlığımızı etkileyen olağandışı durumlarda ASH'ye erişim, her toplum için önemli bir gereksinim ve beklentidir.

Dünyadaki ve ülkemizdeki ölüm nedenleri incelendiğinde ilk ve acil yardımın önemi daha iyi anlaşılabilir. “Dünyada en sık karşılaşılan ölüm nedeninin dolaşım bozukluğuna bağlı kalp hastalığı olduğu görülmektedir. Erişkin ölümlerinin %60'ından fazlası ani kalp durması ile sonuçlanan koroner kalp hastalığından kaynaklanmaktadır.”¹ Bu tür rahatsızlıkların dakikalarla ifade edilecek kadar kısa sürelerde acil müdahale gerektirmesi ve müdahalenin yeterince hızlı yapılamaması ölüm nedenleri içerisinde ilk sırada yer almasına neden olmuştur. Ülkemizde de bu durumun pek farklı olmadığı ölümlere en çok dolaşım sistemi hastalıklarının sebep olduğu görülmektedir. “ 2013 yılı verilerine göre Türkiye'deki ölümlerin %39,8'i dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanmıştır.”² Ülkemizde sıkça görülen kalp krizi vakalarında ölümler genellikle ilk 15 dakika içinde meydana gelmektedir. İlk 15 dakika içerisinde acil müdahalesi yapılan hastaların büyük bölümü hastanelere yetişme imkânı buldukları için hayatta kalmaktadırlar. Bu tip acil durumlarda hastaya yapılacak acil müdahalelerin, ölümleri büyük oranda azaltacağı açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. “Yine trafik kazalarının yoğun olarak yaşandığı ülkemizde 2012

¹ F. Levi-F. Lucchini-E. Negri-C. La Vecchia, “Trends in Mortality From Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases In Europe and Other Areas Of The World”, Heart, Cilt (C.) 88, Sayı (S.) 2, 2002, s. 119-124

² Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>, (08.05.2014)

yılı verilerine göre 1.296.636 trafik kazası gerçekleşmiş, bu kazalar neticesinde 3750 kişi hayatını kaybetmiş ve 268.102 kişi yaralanmıştır.”¹ Trafik kazalarında hızlı ve doğru yapılan acil müdahaleler ölümleri %20 ile 25 oranında azaltmıştır.

Trafik kazalarında karşılaşılan en ciddi yaralanmalar travmalar nedeniyle oluşmaktadır. Bu travmalar içerisinde en önemli olanı kafa travmasıdır. “Kafa travması gelişmiş ülkelerde ölümün en önemli nedenlerinden birisidir. Trafik kazalarına bağlı ölümlerin % 75’inde ve tüm multi travmalı hastaların da % 80’inde kafa travması izlenir. Yine ciddi travmatik beyin yaralanması, gelişmiş ülkelerde 45 yaş üstü mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri arasındadır.”² Ciddi kafa travmalı hastaların hemen hemen yarısı kaza yerinde ve ilk dakikalarda hayatlarını kaybetmektedirler. “Kaza ve yaralanmalardan sonra meydana gelen ölümlerin %10’unun ilk 3-5 dakikada, %54-60’ının ise ilk 30 dakikada meydana geldiği Moe Tolgen ve Lund tarafından saptanmıştır. Bu durum, pek çok ülkede sistemli bir ilkyardım organizasyonunun kurulmasına zemin hazırlamıştır. Olay yerindeki ilk müdahalenin yetkili kişilerce yapılması ve uygun taşıma yöntemlerinin kullanılmasıyla ölüm ve sakatlık oranının büyük ölçüde azalacağı anlaşılmıştır.”³ Ülkemizde de bu doğrultuda çalışmalar yapılarak teşkilatlandırılmış, müdahale yetersizliği sonucu meydana gelen ölümlerin ve sakatlanmaların önüne büyük ölçüde geçilmiştir.

2. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ

2.1. Dünya’da Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Bireyler insanlık tarihi boyunca karşılaştıkları ciddi sağlık sorunlarında hep bir başkasının yardımına ihtiyaç duymuşlardır. Toplumsal hayatın bir gereği olarak toplumu oluşturan fertler bu konuda birbirlerine yardımcı olmuş, kazalar, savaşlar ve afetler sonucu yaralanan ve acil sağlık sorunlarıyla karşılaşan hasta ve yaralılar için

¹ TC Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü Trafik Güvenliği Dairesi Başkanlığı, Trafik Kazaları Özeti, 2012; <http://www.kgm.gov.tr/SiteCollectionDocuments/KGMdocuments/Trafik/TrafikKaza%200Zet2012.pdf>, (24.02.2014)

² W. Pickett-K. Simpson-R. J. Brison, “Rates and External Causes Of Blunt Head Trauma In Ontario: Analysis and Review Of Ontario Trauma Registry Datasets”, Chronic Diseases In Canada, C. 25, S.1, 2004, s. 32

³ N. Demirhan, Türkiye’de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü, İstanbul, 2003, s. 22

hayatı kurtarma ve devam ettirme yönünde çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır. "Acil sağlık hizmetlerinin bilinen tarihsel gelişim sürecine baktığımızda ise 1487 yılında İspanyol Ordusunun savaşlarda yaralıları taşıma amacıyla ambulansa benzeyen atlı arabaları kullandığı, 1732 yılında ağızdan-ağza ilk ventilasyon uygulamasının yapıldığı, 1797 yılında Napolyun'un Ordusunun Prusya seferi sırasında yaralıları triyaj yapılarak yardım istasyonlarına taşınması için ilk hastane öncesi sistemi tasarlandığını ve atlı arabalarla hasta ve yaralıların taşındığını görmekteyiz.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de 1860'lı yıllarda, sivil savaşın sona ermesiyle birlikte çok kötü durumdaki savaş yaralıları saha organizasyonu yapılarak taşınmıştır. 1865-1869 yılları arasında ABD'de sivil ambulans hizmetleri sırasıyla Cincinnati ve Newyork'ta başlatılmış, hastanelere hasta ve yaralıların taşınmasında özel tasarlanmış araçlar kullanılmıştır.1878 yılında ilk sivil ambulans organizasyonu Londra'da kurulmuştur. Takip eden senelerde, İngiltere ve İskoçya'da kilise yardım örgütleri Kraliçe Victoria'nın izniyle, savaş yaralıları için ilk yardım konularında teşkilatlanma ve kitap çıkarma izni alınmış daha sonra da ilk ambulans birlikleri kurulmaya başlanmıştır.1897 yılında ilk defa Londra'da sürekli görev yapan bir ambulans servisi hizmet vermeye başlamıştır.

Birinci Dünya Savaşı sırasında ilk yardım amaçlı çeşitli uygulamalar olmuştur. Bu uygulamalardan biri olan ve Sır Hugh Owen-Thomas tarafından geliştirilen atel uygulaması sayesinde femur kırıklarına bağlı mortalite oranlarında %20 ile %80 arasında azalma sağlanmıştır. Askeri çatışmalar, hasta taşımada ve tedavide birçok yeniliği beraberinde getirmiştir. Bunların arasında en belirgin olanı tıbbi taşıma için uçakların kullanılmasıdır. Bilinen ilk tıbbi amaçlı hava taşıma işlemi, 1915 yılında Sırp Ordusunun Arnavutluk'tan geri çekilmesi sırasında olmuştur. Birinci ve ikinci dünya savaşlarında çok sayıda hasta ve yaralı, kara ambulansları, trenler ve gemilerin yanında uçak ve helikopterler ile hastanelere taşınmıştır. Daha sonraki yıllarda özellikler de Güney Kore ve Vietnam savaşları sırasında askeri helikopterler yoğun bir şekilde yaralıları taşıma amacı ile kullanılmıştır. Almanya ve İskandinav ülkelerinde hava kurtarma örgütleri kurularak ve bu hizmetlere yönelik personel yetiştirilmesine başlanılmıştır.

1958 yılında Doktor (Dr.) Peter Safar ağızdan-ağza ventilasyonun diğer manüel havalandırma yöntemlerine göre daha iyi olduğunu göstermiştir. Ağızdan-ağza ventilasyonun ve kardiyak masajın etkinliğinin gösterilmesi cardiopulmonary resuscitation (CPR) için başlangıç olmuş, ‘yaşam zinciri’ geliştirilmek suretiyle acil bakım sistemleri oluşturulmuştur. 1960 yılına gelindiğinde ise CPR’ın etkili olduğu gösterilmiş. Kısa bir süre sonra da acil sağlık sistemi programları geliştirilmiştir. Burada hastane tabanlı mobil koroner yoğun bakım ünitesine sahip ambulanslar, hastane öncesi kalp hastalıklarını tedavi etmek için kullanılmaya başlanmıştır. Bu yeni modernize ASH programları Columbia, Los Angeles, Seattle ve Miami gibi şehirlerde başarı hikâyelerini tetiklemiştir.

1966 yılında Ulusal Araştırma Konseyi, ‘Kaza sonucu ölüm ve sakatlık-modern toplumun ihmal hastalığı’ adında bilimsel bir makale yayımlamış. ‘Beyaz Kitap’ olarak da bilinen bu eser hastane öncesi bakımın iyileştirilmesi konusunda katalizör olmuştur. 1968’de Newyork’taki St. Vincent Hastanesi’nde ülkenin ilk mobil koroner yoğun bakım ünitesi açılmış, program önce hekimler daha sonra da paramedikler tarafından kullanılmaya başlanmıştır. Sonrasında ise ABD’de acil durumlar için 9-1-1 telefon ve faks numarası acil çağrı numarası olarak hizmete alınmıştır.

1970 yılına gelindiğinde ise Cincinnati Üniversitesi’nde Acil Tıp Anabilim dalı açılmıştır. Takip eden yıllarda akademik Acil Tıp Derneği, hekimler için model bir ASH eğitim programı hazırlamıştır. 1990 yılında ABD’de travma bakım sistemi planlama ve geliştirme yasası kongreden geçirilmiş 1 yıl sonra da Ambulans hizmetleri akreditasyon komisyonu tarafından, ambulans hizmetleri için standartlar ve kriterler belirlenmiştir.”¹ ASH konusundaki dünyadaki tüm bu çalışmalar ve uygulamalar acil tıbbın gelişimine öncülük etmiş bu günkü seviyesine gelmesine katkıda bulunmuştur.

¹ J. O. Page, "The History Of Modern EMS", 1997; <http://www.emsedsem.org/ctemsi/HISTORY%20OF%20EMERGENCY%20MEDICAL%20SERVICES.pdf>, (31.05.2014)

2.2. Türkiye’de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

Türkiye’de ASH’nin tarihine bakıldığında son yıllara gelinene kadar bu hizmetlerle ilgili herhangi bir yasal düzenlemenin ve yeterli alt yapının oluşturulamadığı görülmektedir. Osmanlı İmparatorluğu’nun son yıllarında ve TC’nin ilk yıllarında bazı girişimler olmuşsa da bu girişimler örgütlü ve etkin bir ASH teşkilatının kurulabilmesi için yeterli olmamıştır. “Osmanlı İmparatorluğu, 1863 yılında İsviçre’de Kızıllıhaç teşkilatının kurulmasıyla ortaya çıkan 1864 tarihli sözleşmeyi imzalamış hemen arkasından da 1867’de Serdar Ekrem, Dr. Ömer Paşa, Tıbbiye Nazırı Dr. Marko Paşa, Dr. Abdullah Bey ve Dr. Kırımlı Aziz Bey öncülüğünde Hilal-i Ahmer Cemiyeti kurulmuştur.”¹ Cumhuriyetin ilanı ile birlikte Hilal-i Ahmer, Besim Ömer Paşanın da katkılarıyla 1925 yılında ilk hemşirelik ve hastabakıcı okulunu açmıştır. Hilal-i Ahmer, 1928 İzmir depreminde kurtarma ve tedavi hizmetleri vermiş, 1935’te Türk Kızılayı adını almıştır.

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunla, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların ayağına kadar götürülmesi amaçlanmıştır. 1982 anayasasıyla da tüm vatandaşların eşit ölçüde yararlanabilmesi için sağlık hizmetleri devlet güvencesi altına alınmıştır. 1985 yılında turistik bölgelerde ve bazı ana arterlerde genellikle trafik kazaları için kullanılan, araç telefonu ile ulaşılabilen, herhangi bir merkezden yönetilmeyen, gezici ambulans ekipleri denenmiştir. 1986 yılında Ankara, İstanbul ve İzmir büyükşehir belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför desteğiyle, SB’nin hekim ve tıbbi malzeme desteği sayesinde 077 Hızır Acil Servis kurularak, doktorlu hasta taşımacılığına benzeyen bir sistem ülkemizde kullanılmış, şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır.

1993 yılında acil tıp teknikerleri için eğitim programı açılmıştır. İlk ve acil yardım hekimler için yeni bir uzmanlık dalı olmuş, Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesinde ilk ve acil yardım anabilim dalları açılarak uzmanlık eğitimi vermeye başlamıştır. 1994 yılında hastane öncesi sağlık hizmetlerinde 077 Hızır Acil’den 112 Acil Yardım ve Kurtarma sistemine geçilmiştir. 1994-1995 yıllarında

¹ R. Ege, Kaza Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım, Ankara, 1995, s. 2

İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 ekipleri kurularak telsiz ağı yenilenmiş, telefon santralleri oluşturulmuştur. Proje çerçevesinde yönetim yapısı da değiştirilmiştir.

1996 yılı ve sonrasında Sağlık Bakanlığına bağlı okullarda ilk yardım ve acil bakım teknisyenliği bölümü açılmıştır. 2000 yılında Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY) çıkarılmıştır. 2004 yılında İlk defa Sağlık Bakanlığı’nın 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT) ve Acil Tıp Teknisyeni (ATT)’lerin atamaları yapılmıştır. 2000 yılında çıkarılan ASHY’de 2007 yılında değişiklik yapılarak 28. maddesine AABT ve ATT’lerin görev, yetki ve sorumlulukları eklenmiştir. 2009 yılında AABT ve ATT’lerin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği hazırlanarak Yetişkin Uygulama ve Çocuk Uygulama Kılavuzu’nda AABT ve ATT’nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma haline getirilmiştir.

3. DÜNYADA UYGULANAN ACİL YARDIM SİSTEMLERİ

Dünyada ki acil yardım uygulamaları ülkelerin kendi şartları ve olanaklarıyla alakalı olarak çeşitlilik gösterebilmektedir. Ancak acil yardım ekiplerinin genel olarak sahada uyguladığı üç farklı yöntem şekli vardır. Bunlar; kap ve götür (scoop and run), kal ve oyna (stay and play), kal ve oyna-kap ve götür (stay and play, scoop and run) yöntemleridir. “Dünyanın bilinen büyük ambulans hizmetlerinden biri olan Toronto Acil Sağlık Sistemleri 1883’ten günümüze kadar farklı aşamalardan geçerek günümüze kadar gelmiştir. Amerika’da genel olarak uygulanan sistem “kap ve götür” sistemidir. 911 ile aranan çağrı merkezlerinde ilk önce vakanın durumu hazırlanan soru listesi takip edilerek ortaya konur ve araç gerekmediği durumlarda telefonda talimatlar verilerek kişilere yardım edilir. Önceki yıllarda iki donanımlı olan araçlar tek tipe indirilerek tam donanımlı ambulanslar kullanılmaya başlanmıştır. Bunun yanı sıra hastaneler arası nakil yapan, kitlesel kazalarda kullanılan otobüs ambulanslar, kalabalık içerisine girebilecek mini ambulanslar, taksi tipi mobil ambulanslar ve dağ bisikletleri gibi farklı özellikteki araçlarla farklı durumlarda hizmet verilmektedir.

Hollanda ise 80 civarında devlet ve özel sektöre ait ambulans hizmeti bulunmaktadır. Ülke 26 bölgeye ayrılmıştır. Her bölgede 112 numarası ile bağlantı

kurulabilecek bir komuta kontrol merkezi bulunmaktadır. Bu merkezlerde, çeşitli servisler ve gelen çağrıya göre yönlendirilebilecek ambulanslar bulunmaktadır. Hizmet kalitesi açısından dikkate alınan standart, vakaların % 90'ına 15 dk. içerisinde cevap verilmesidir. Ambulanslarda iyi eğitilmiş paramedik ve sağlık hizmeti bilgisi olan şoför bulunmakta ve asıl uygulama şekli kal ve oyna olsa da her ambulansın aynı standart hizmeti sunamayabileceği ihtimali ile halen kap ve götür sistemi uygulanmaktadır. Bunun yanı sıra her travma merkezinde bir özel kurtarma ambulansı, dört hastane ambulansı ve bir helikopter bulunmaktadır. On ayrı gruptan oluşan ve doktorlu olan bu ekipler, ülke genelinde hizmet vermekte ve hastaneyi sokağa taşımaktadır. Bu hastalar, hastaneye gitmeden stabilize edilmekte ve %80'i doktorlu ambulans ile hastaneye taşınmaktadır.”¹ Dünyada ASH örgütlenmesinde kullanılan belli başlı iki model vardır. Bu modeller, Anglo-Amerikan modeli ve Franko-German modelidir.

3.1. Anglo-Amerikan Modeli

Anglo-Amerikan Modeli kap ve götür (scoop and run) modelidir. “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 AABT, ATT sahada acil tıp hizmetini başlatırlar ve 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 üst denetçiliğinde çalışırlar. ABD, Kanada, İngiltere, Hollanda, İrlanda, Polonya, İsrail, Malezya, Güney Kore, Tayvan, Avustralya ve Türkiye gibi ülkeler bu modeli benimseyen ülkelerdendir.”²

¹ H. Jan ten Duis-C. van der Werken, "Trauma Care Systems In The Netherlands", International Journal Of The Care Of The Injured, C. 34, S. 9, 2003, s. 723

² T. L. Thomas, "Developing and Implementing Emergency Medicine Programs Globally", Emergency Medicine Clinics Of North America, C. 23, S. 1, 2005, s. 179

3.2. Franko-German Modeli

Franko-German Modeli kal ve oyna (stay and play) modelidir. “Bu modelde hastane hastaya götürülür 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 Fransa, Almanya, Avusturya, İsviçre, Finlandiya, Norveç, İsveç ve Rusya gibi ülkelerde yaygın kullanılan bir modeldir.”¹

¹ Thomas, s. 179

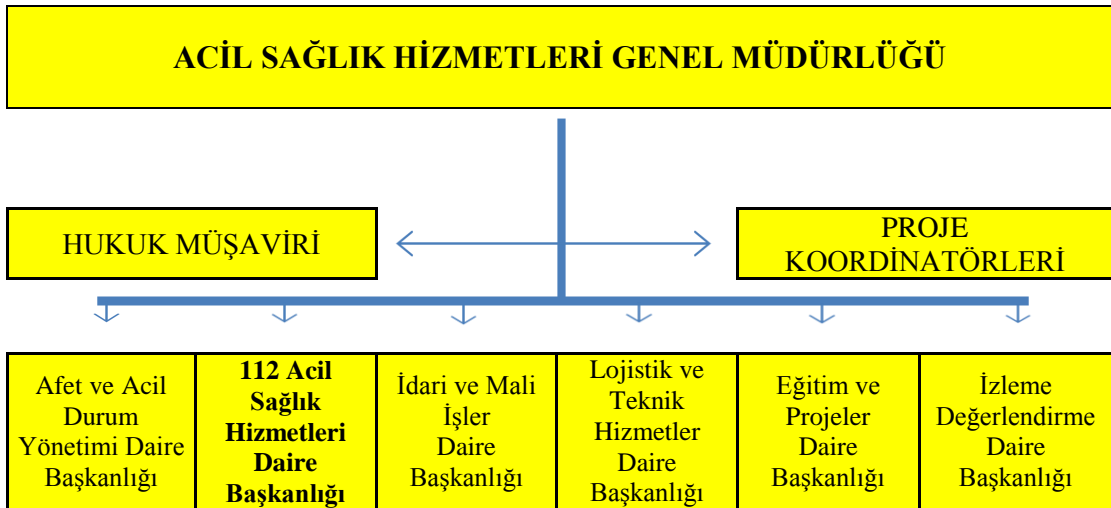
İKİNCİ BÖLÜM

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLAT YAPILANMASI VE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN AŞAMALARI

1. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TEŞKİLAT YAPILANMASI

Ülkemizde kamu yönetiminin yeniden yapılandırılması ve sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulması amacıyla oluşturulan ve Aralık 2003 tarihinde kamuoyu ile paylaşılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinde planlayıcı ve denetleyici yönü ağır basan bir örgütlenme amaçlanmış, bu doğrultuda 2011 yılında 663 sayılı SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yayınlanmıştır. SB ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile SB teşkilatı yeniden yapılandırılmış, ASH Daire Başkanlığı, ASH Genel Müdürlüğü'ne dönüştürülmüş ve bu genel müdürlüğe bağlı 112 ASH Daire Başkanlığı oluşturulmuştur.

Şekil 1. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Şeması



Kaynak: TC SB, Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı, Ankara, 2012

Ülke genelinde ASH'nin yürütülmesi için ASH Genel Müdürlüğü'nün çeşitli görevleri vardır. Bu görevler aşağıda sıralanmıştır.

- “Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek.
- Hastane öncesi ASH'ye ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak.
- Kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak.
- Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbî kurtarma ve ASH'yi ilgili tüm taraflarla işbirliği ve koordinasyon içinde sağlamak.
- Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği içinde sağlık ve insani yardım faaliyetlerine katılmak.
- Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.
- Toplumun ilk yardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek.
- Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak.
- Afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbî ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek.
- Bakan tarafından verilen benzeri görevleri yapmak.”¹

¹ TC SB ASH Genel Müdürlüğü, ASH Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge, Ankara, 2012, m. 6

ASH Genel Müdürlüğü'ne bağlı bulunan ASH Daire Başkanlığı'nın görevleri de yeniden düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre ASH Daire Başkanlığı'nın görevleri aşağıda sıralanmıştır.

- “Hastane öncesi ASH'yi ülke genelinde planlamak, ilgili hizmet birimlerinin nitelik, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek, iller ve bölgeler arasındaki koordinasyona yönelik düzenlemeleri yapmak.
- Kara, hava ve deniz ambulans hizmetlerinin standartları ile çalışma usul ve esaslarını belirlemek.
- Ambulans ve acil sağlık araçlarının standartları ile çalışma usul ve esaslarını belirlemek.
- 112 ASH'yi uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirmek.
- Hizmet amacına yönelik organizasyon ile mal ve hizmet alımları ile ilgili planlama yapmak.
- ASH alanında ulusal ve uluslararası kuruluşlarla işbirliğini geliştirmek ve ortak çalışmalar yürütmek.
- ASH alanında mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek.
- ASH alanında faaliyet gösteren, ambulans hizmeti veren resmi, özel kurum ve kuruluşları denetlemek, il sağlık müdürlükleri tarafından denetlenmesini sağlamak.
- Türkiye genelinde ASH Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) çalışmalarını planlamak, ASKOM çalışma usul ve esasları ile standartlarını belirlemek, koordine etmek ve denetlemek.
- Görev alanı ile ilgili olarak yöneticisi tarafından verilen diğer görevleri yerine getirmek.”¹

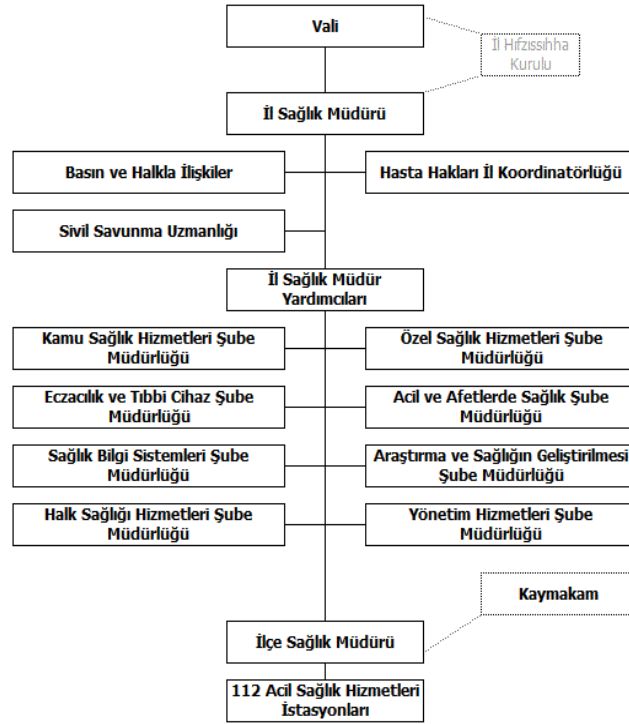
¹ TC SB ASH Genel Müdürlüğü, ASH Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine Dair Yönerge, m. 12

1.1. İl Sağlık Müdürlükleri

İllerde, bakanlıklar ve bağlı kuruluşların taşra teşkilatının en üst yöneticileri, görev alanları ile ilgili olarak valiyeye karşı sorumludurlar. Taşra teşkilatı genelindeki hizmetlerin bütünlüğünün ve uyumunun sağlanması amacıyla, Kanun Hükmünde Kararname ile İl Sağlık Müdürü, ilin en üst amiri konumunda ki valinin sağlık müşaviri ve bakanlığın validen sonra ildeki en üst yöneticisi olarak belirlenmiştir.

Sağlık müdürlüğü, ASH'nin yürütülmesinden sorumlu olduğu gibi kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarının koordinasyonunu sağlamakla da yükümlüdür. Sağlık müdürlüğü il genelindeki sağlık hizmetlerinin yürütülmesini izler ve değerlendirir. İl ve ilçe sağlık müdürlüğü bakanlıkça yürütülen görevleri il ve ilçe düzeyinde yerine getirir, yapılan düzenlemelere uyumu denetler ve gerekli müeyyideleri uygular. Taşra teşkilatında yer alan ASH birimleri temel hizmet ve destek hizmet birimlerinden oluşur. İllerde faaliyet gösteren bütün ASH birimleri ve hizmetle ilgili diğer birimler sundukları hizmet açısından il sağlık müdürlüğüne karşı sorumludur.

Şekil 2. İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.konyasm.gov.tr/icerik/detay/155>, (01.05.2014)

ASH'nin üç tane temel hizmet ve dört tane de destek hizmet birimi vardır. Temel hizmet birimleri, Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği ve hastane acil servisleridir. Destek hizmet birimleri ise birinci basamak sağlık kuruluşları (sağlık ocakları, sağlık evleri vb.), yataklı tedavi kurumları (devlet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri vb.), sağlık hizmeti veren kamu kurumları ve özel ambulans servisi birimleridir.

1.2. Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlükleri

Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü ASH'nin temel hizmet birimlerinden birisidir. “Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, müdürlük adına ASH ile ilgili çalışmaları koordine eden planlayan, ildeki tüm ambulansların ruhsatlandırma ve denetimini yapan, hastane acil servislerini koordine eden ve denetleyen, il düzeyindeki ilk yardım eğitimlerinin verilmesini organize eden ve bununla ilgili ilk yardım eğitim merkezlerinin ruhsatlandırılması ve denetimini yapan, il sağlık afet planlarının hazırlanması ve uygulanmasının koordinasyonunu sağlayan, ASH ile ilgili tüm verileri toplayan ve değerlendiren birimdir.”¹ Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü görevlerini yerine getirirken il düzeyindeki koordinasyon çalışmaları, ASH koordinasyon komisyonu tarafından yürütülmektedir.

1.3. İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimlikleri

İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimlikleri ASH'nin temel hizmet birimlerinden en önemli olanıdır. Çünkü 112 ASH'nin sevk ve idaresinin yapıldığı temel birimdir. İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimleri tıp doktorları arasından seçilir. “Ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonu, uygulanması ve bakanlıkça belirlenen hedefler doğrultusunda çalışmalarının değerlendirilmesi konusunda Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak görev yapar.

İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği'nin görevleri şunlardır:

- Acil bakım hizmetine katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlar.

¹ TC SB, ASHY, RG, S. 25412, 2004, değişik m. 8

- Merkez ve istasyonlar ile ambulans servisinin tüm birimlerini ve personelini sevk ve idare eder.
- Hizmetin sürekliliği ve geliştirilmesi için gerekli personel, bina, araç ve malzemenin sağlanması amacıyla mali kaynak temini ve kullanılması için gerekli planlama ve organizasyonu yapar.
- Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve istasyonlarda kullanılan tüm araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlar.
- İlin coğrafi özelliklerine, nüfusa ve ihtiyaca göre yeterli sayıda kara, hava ve deniz ambulansları ile acil sağlık araçları ve hizmet araçları bulundurur.
- Hizmetle ilgili tüm kayıt ve istatistikleri tutar.
- KKM ve acil yardım istasyonları başhekimliğe bağlı olarak çalışır.”¹

1.4. Hastane Acil Servisleri

ASH'nin temel hizmet birimlerinden bir başkası da hastane acil servisleridir. Acil servisler, “sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan, 24 saat kesintisiz ASH sunan birimlerdir. Hastaneler acil servisin devamı olarak çalışır. Kamuya ve özele ait tüm yataklı tedavi kurumları 24 saat kesintisiz ASH verirler.”² KKM tarafından yönlendirilen hasta ve yaralılar hastanelerin acil servisleri tarafından karşılanarak ilk tıbbi müdahaleleri yapılır. Özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, acil başvurularının tamamını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Acil servis, profesyonel sağlık ekipleriyle hastanın stabilizasyonu sağlanıncaya kadar bütün tıbbi hizmetleri sunar. Başvuran her hasta için acil tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır. Acil servisler, hastaya hastane öncesi bakım sağlayan ambulans hizmetlerini destekler ve gerekirse tıbbi yönlendirme sağlar.

Hasta veya yaralılar, durumuna göre en yakın veya en uygun acil servise uygulamadaki yönetmeliklere uygun olarak taşınır. Hasta veya yaralı herhangi bir acil servise ambulans ile taşınıyorsa gelişleri ile ilgili bilgilendirme, KKM aracılığı ile mutlaka yapılmalıdır. Nakil sırasında gerekli görülüyor ise, tıbbi müdahale

¹ TC SB, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, S. 872, 2005, m. 5

² TC Milli Eğitim Bakanlığı ASH, ASH'nin Yapısı, Ankara, 2011, s. 37

sürdürülür ve bilgi desteğine ihtiyaç duyulur ise uygun kurum ve kuruluş ile KKM üzerinden veya iletişim imkânı var ise doğrudan temas kurulur. Hasta ya da yaralıyı taşıyan ambulans ve personel, hasta bilgilerini ve hastaya yapılan işlemleri kaydetmeli bir örneğini acil servisteki ilgililere teslim etmelidir.

Tüm acil servis çalışanları kendi bölgelerinde bulunan hastane öncesi tıbbi bakım protokollerini bilmelidir. Hasta veya yaralı olduğunu ifade ederek acil servise gelen veya getirilen tüm hastalar, aksi ispat edilinceye kadar potansiyel acil olarak kabul edilmeli, bir hekim tarafından bir bütün olarak değerlendirilmelidirler. Acil servise müracaat eden bir hasta veya yaralının bakımı, hastanın taburcu edilmesi, ilgili bölüme yatırılması veya başka bir kuruma sevk edilmesi ile biter. Acil servisler hastaların yatırılarak tedavi edildikleri birimler değildir; ancak hasta ve yaralılar en fazla 48 saat süre ile yatırılarak gözlem altında tutulabilirler. Acil servise başvuran hasta veya yaralılar ilk değerlendirilmelerinin ardından gerekli stabilizasyonları sağlanıp ilk girişim ve tedavilerine başlanarak ilgili bölüme nakledilmelidirler. Acil serviste bir hekim tarafından değerlendirilip gerekli ise tetkik ve müdahalesi yapıldıktan sonra yatışı gerekli olmayan hastalar taburcu edilebilirler.

Acil serviste tıbbi müdahale yapıldıktan sonra ileri tıbbi bakım ve tedavi konusunda yetersizlik söz konusu ise hasta yeterli donanıma sahip başka bir hastaneye nakledilmelidir. Nakil, ancak hastanın stabilizasyonu sağlandıktan sonra yapılmalıdır. Bir hastanın başka bir hastaneye sevki gerektiğinde sevki uygun görülen hastane ile koordinasyon sağlanmalıdır. Nakil için her türlü girişimin uygulanabileceği acil yardım veya nakil ambulansı hazırlanmalı ve sevk kâğıdı hasta ile beraber gönderilmelidir. Hayati tehlikesi ve sakatlık tehlikesi taşıyan hastalar, kurumun imkânları ölçüsünde uygun bakımları, stabilizasyonları ve tedavileri yapılmadan başka bir hastaneye sevk edilmemelidir.

2. 112 KOMUTA KONTROL MERKEZLERİ

Acil yardım çağrılarının karşılandığı, acil müdahale işleminin koordinasyonunun yapıldığı, il ambulans servisine bağlı tüm ambulansların sevk ve idare edildiği merkezdir. Acil hastalık ve yaralanma durumlarında, ambulans istemi için tek bir merkeze çağrı yapılmaktadır. Ülkemiz için bu çağrı merkezinin telefon numarası 112'dir. Bu numaraya her türlü telefon ile kısa sürede ücretsiz olarak ulaşılabilir. KKM'nin birçok ülkedeki genel adı, çağrı merkezidir. KKM, acil çağrılarının ulaştığı ve bu çağrılarının kayda geçirildiği vakalara uygun araç ve ekiplerin yönlendirildiği bir teknolojik alt yapıya sahiptir. Bu merkezlerde, insan hatasını en aza indirecek şekilde kurulmuş bir elektronik haberleşme programı bulunmaktadır. KKM'deki tüm işlemler (veri girişi, veri depolama, raporlama, istasyon ekipleri, ilgili kurum ve kuruluşlar ile iletişim vb.) 112 haberleşme operasyon yazılım programı sayesinde bilgisayar ortamında gerçekleştirilmektedir.

KKM, İl Ambulans Servisi Başhekimliği'ne bağlı olarak çalışır. Merkezler, ilin nüfusu, acil sağlık çağrı sayıları, istasyon sayıları ve ilin özelliklerine göre yeterli sayıdaki personel, teknik donanım ve yazılım alt yapısı ile birlikte uygun bir fiziki ortamda kurulur. KKM tüm ambulansları yönetme kabiliyetine sahiptirler. Ayrıca diğer merkezler ve hastanelerin ilgili birimleri ile iletişim içerisinde. KKM'nin görevleri ise şunlardır:

- “Merkeze ulaşan acil sağlık çağrılarını değerlendirmek, çağrılara göre verilmesi gereken hizmeti belirleyerek yeterli sayıda ekibi olay yerine yönlendirmek, hizmet ile ilgili her türlü veriyi kayıt altına almak, saklamak ve değerlendirmek.
- İl düzeyindeki kendisine bağlı istasyonların acil yardım, hasta nakil, özel donanımlı ambulanslar, hava ve deniz ambulansları, acil sağlık araçları ile hizmet araçlarının sevk ve idaresini yapmak.
- Hastaneler arasındaki koordinasyonu sağlayarak hasta sevk sisteminin düzenli olarak işlemlerini sağlamak, başta yoğun bakım yatakları olmak üzere kritik yatak ve birimler ile personelin takibini yapmak.
- Hizmetin verilmesi sırasında, hizmete katılan kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak.

- Olağandışı durumlar ve afetlerde diğer kurumlarla işbirliği içerisinde olay yerine yeterince ambulans ve acil sağlık aracını görevlendirmek, hastane koordinasyonunu sağlamak, gerektiğinde ildeki tüm ambulansları ve özel ambulans servislerini sevk ve idare etmek.
- Başhekimlikçe verilen diğer görevleri yapmak.”¹

KKM çalışanları, KKM nöbetçi sorumlu hekimi, KKM hekimi, KKM çağrı karşılama personeli (AABT, ATT, hemşire), veri hazırlama kontrol işletmeni, teknik destek elemanı, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetliden oluşur. Çalışan personel, KKM'de işleyişin 24 saat kesintisiz sürdürülmesi için nöbet sistemi ile çalışırlar.

3. 112 ACİL YARDIM İSTASYONLARI

112 acil yardım istasyonları, 112 ASH ekiplerinin hazır bulunduğu KKM tarafından değerlendirilen acil çağrılarının 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 Bakanlığının onayı ile istasyon açılabilir. “Ambulans istasyonu, çağrı merkezine bağlı olarak faaliyet gösteren ambulans ve ekibinin bekleme yerini ifade eder.”² 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. “Ülkemizde 112 ASH kurulduğundan buyana 112 Acil yardım istasyonu sayısı sürekli artarak 2012 yılı sonunda 1863 istasyona ulaşmıştır.”³ Bu sayı halen artarak devam etmektedir.

¹ TC SB, ASHY, RG, S. 24046, 2000, m. 9

² TC SB, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (AASAAHY), RG, S. 26369, 2006, m. 4

³ TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013, s. 86

Tablo 1. Türkiye’de Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Sayısı ile İstasyon Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı

| Yıl | 2002 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|---------|--------|--------|--------|--------|
| 112 Acil yardım İstasyonu Sayısı | 481 | 1317 | 1375 | 1710 | 1863 |
| 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus | 137.231 | 55.096 | 53.617 | 43.698 | 40.594 |
| 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı | 796 | 1.305 | 1.507 | 1.568 | 1.734 |

Kaynak: TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013

Konya ilindeki istasyon sayısına da 112 ASH kurulduğundan bu yana ihtiyaca göre her yıl yenileri eklenmiş sürekli artarak günümüze gelmiştir. “Konya ilinde 2013 yılı itibariyle 23’ü merkezde 42’si ilçelerde olmak üzere toplam 65 adet ASH istasyonu bulunmakta olup, personel eksikliği sebebiyle bu istasyonların 58 adedi aktif olarak hizmet vermektedir.”¹ 112 ASH istasyonlarında, ambulans ve ambulanssta 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. Konya ilinde tam anlamıyla bu standartlara uygun 112 ASH istasyonu bulunmamaktadır.

3.1. İstasyon Tipleri ve Fiziksel Özellikleri

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

- **A Tipi İstasyon:** 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulmuş, 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. “Konya ilindeki aktif 58 istasyondan 10 tanesi A1 tipi geriye kalan 48 tanesi ise A2 tipi istasyonlardır. A1 tipi 10 istasyonun 5 tanesinde hekim bulunmaktadır.”²

¹ Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

² Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

- **B Tipi İstasyon:** 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 istasyonlar, hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılır. Konya ilinde B tipi istasyon bulunmamaktadır.

- **C Tipi İstasyon:** İhtiyaca göre günün belirlenen saatlerinde sadece ambulans hizmeti verilen, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı acil yardım istasyonlarıdır. “Konya ilinde 1 adet C tipi istasyon (motorize ekip) bulunmaktadır.”¹

3.2. Ambulanslar ve Özellikleri

Ambulans, acil yardım veya hasta nakli amacıyla kullanılan ve bu amaca uygun malzemeye donatılmış ulaşım aracı olarak tanımlanabilir. Ambulanslar, ulaşım şekline göre kara, hava ve deniz ambulansları olarak; kara ambulansları da kullanım amacına göre acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı ve özel donanımlı ambulanslar olarak sınıflandırılır.

- **Kara Ambulansları:** 112 ASH’ de hizmetin tamamına yakını bu ambulanslarla verilmekte hava ve deniz ambulansları ise ihtiyaç duyulduğunda kullanılmaktadır. “Ülkemizde 2012 yılı verilerine göre 1.863 112 ASH istasyonunda 3.346 adet ambulans görev yapmaktadır. Nüfusa oranlandığında ambulans başına 22.602 kişi düşmektedir. 112 acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısı ise 965’dir.”²

¹ Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

² TC SB, Sağlık İstatistikleri Yılı 2012, Ankara, 2013, s. 82-83

Tablo 2. Türkiye’de Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Sayısı ile Ambulans Başına Düşen Nüfus ve Vaka Sayısı

| Yıl | 2002 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|--|---------|--------|--------|--------|--------|
| 112 Acil yardım Ambulansı Sayısı | 618 | 2.235 | 2.547 | 2.766 | 3.346 |
| 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus | 106.809 | 32.466 | 28.945 | 27.015 | 22.602 |
| 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Vaka Sayısı | 620 | 769 | 814 | 969 | 965 |

Kaynak: TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013

112 ASH’de kullanılan üç çeşit kara ambulansı vardır. Bunlar:

- *Acil yardım ambulansı:* Her türlü acil durumda, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ve yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekibe, donanımına sahip kara aracıdır. “Konya ilinde 2013 yılı verilerine göre 73 adedi 112 ASH’de 53’ü hastanelerde olmak üzere 126 adet acil yardım ambulansı bulunmaktadır. Özel sağlık kurumlarında ise 24 adet acil yardım ambulansı vardır.”¹

- *Hasta nakil ambulansı:* Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılan teknik ve tıbbi donanıma sahip kara aracıdır. Konya ilinde acil yardım ambulansı olarak hizmet veren araçlar gerekli durumlarda hasta nakil ambulansı olarak kullanılmaktadır.

- *Özel donanımlı ambulanslar:* Hasta veya yaralıların yaş, fiziksel ve tıbbi durumları ile ambulansların görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliğine göre özel olarak tasarlanmış ve buna göre ekip ve ekipmanla donatılmış araçlardır. “Ülkemizde 2012 yılı verilerine göre 291 adet kar paletli ambulans bulunmaktadır.”² “Konya ilinde 2 adet Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerine ait ambulans, 2 adet evde bakım ambulansı, 3 adet kar paletli ambulans, 2 adet 4 sedyeli ambulans, 1 adet yoğun bakım (obez) üniteli ambulans, 2 adet motosiklet ve 1 adet kuvöz ambulans olmak üzere 13 adet özel donanımlı ambulans bulunmaktadır.”³

¹ Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

² TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013, s. 84

³ Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği, Arşiv Belgeleri, 2014

- **Hava Ambulansları:** Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık yetkili biriminden çalışma ve uçuş izni almış, gerekli tıbbi donanıma sahip uçak ve helikopterlerdir. “Ülkemizde 2012 yılı verilerine göre 4 adet uçak ve 17 adet helikopter ambulans bulunmaktadır.”¹ Konya ilinde ise 1 adet helikopter ambulans görev yapmaktadır.

- **Deniz Ambulansları:** Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Denizcilik Müsteşarlığından çalışma izni almış ve gerekli tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır. “Ülkemizde 2012 yılı verilerine göre 4 adet deniz ambulansı görev yapmaktadır.”²

3.3. Acil Sağlık Araçları

112 ASH’de ambulansların haricinde hasta taşımanın dışında kullanılan bazı acil sağlık araçları da vardır. “Acil sağlık aracı, acil sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç duyulan personel ve malzemeyi en hızlı şekilde ulaştırmak ve olay yerinde görev yapmak üzere kullanılan her türlü kara, hava ve deniz aracıdır. Olay yerinde tıbbi müdahale, teknik ve lojistik destek için kullanılacak olan bu araçlar motosiklet, bisiklet, doktor aracı, medikal kurtarma aracı, organ nakli aracı, mobil komuta kontrol aracı, mobil haberleşme aracı, mobil sağlık aracı ve benzeri araçlar olup, hasta taşıma amaçlı kullanılamaz. Bu araçlar aşağıda belirtilen genel özelliklere sahip olmalıdır:

- Işıklı ve sesli uyarı sistemi.
- Haberleşme cihazları (Telsiz, telefon gibi).
- Aracın kullanım amacını belirten fosforlu yazı ve işaretler.
- Aracın kullanım amacına uygun tıbbi ve teknik donanım.

Acil sağlık araçları sadece ambulans servisleri ve sağlık kurumları bünyesinde ve amacına uygun olarak kullanılabilir. Başka kişi ve kuruluşlarca kullanılamaz.”³

¹ TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013, s. 84

² TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013, s. 84

³ TC SB, AASAAHY, m. 6

3.4. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personel ve Özellikleri

Türkiye’de 112 ASH ambulanslarında çalışan sağlık personeline bakıldığında, ilk yıllarda hekimler ve şoförlerin görev yaptığı daha sonraki yıllarda hekim, hemşire, sağlık memuru, ATT, AABT’nin sistemde yer aldığı görülmektedir. 112 ASH’de ekiplerin hekimlerin yanında AABT ve ATT’lerden oluşması amaçlanmış olsa da ülkemizdeki hekim sayısının yetersizliği, yetişmiş ve bu hizmetlere alınmış AABT ve ATT sayısının azlığı, diğer sağlık çalışanlarının da bu hizmetlerde görev almasına neden olmuştur. 112 ASH’deki tüm sağlık çalışanları hizmetin sağlıklı ve kesintisiz yürütülmesi amacıyla tek tip kıyafetle nöbet usulü çalışırlar ve kendilerine verilen çeşitli görevleri icra ederler.

- **İstasyon Sorumlu Hekimi:** İstasyonlarda ki günlük işlerin yerine getirilmesinden, ambulans malzeme araç gereç ve personelden sorumlu olan istasyonla diğer kurumlar arasında koordinasyonu sağlayan kişidir. İstasyon personelinin birinci derecede disiplin ve sicil amiridir. İstasyondaki 112 ambulans hizmetlerinin uyum içerisinde ve tüm personelin koordinasyonu ve katılımı ile sürdürülmesinden sorumludur. B tipi istasyonlarda istasyon sorumlu hekimi, aynı zamanda entegre sağlık kuruluşunun acil servis sorumluluğunu da üstlenir.
- **İstasyon Nöbetçi Hekimi:** Nöbet ekibinin amiridir. Nöbetçi olduğu gün istasyondaki 112 ambulans hizmetlerinin uyum içerisinde ve tüm personelin koordinasyonu ve katılımı ile sürdürülmesinden sorumludur.
- **İstasyon Sorumlu Sağlık Personeli:** İstasyon sorumlu sağlık personeli, istasyon sorumlu hekiminin teklifi ile istasyonda görev yapan sağlık personeli arasından seçilen kişidir. İl ambulans servisi başhekimliğinin onayı ile görevlendirilir.
- **İstasyon Nöbetçi Sağlık Personeli (AABT, ATT, Hemşire, Sağlık Memuru):** 112 acil yardım istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş sağlık personelidir.

- **İstasyon Sorumlu Sürücüsü:** İstasyon sorumlu sürücüsü, istasyon sorumlu hekiminin teklifi ile istasyonda görev yapan sürücüler arasından seçilen kişidir. İl ambulans servisi başhekimliğinin onayı ile görevlendirilir.

- **İstasyon Nöbetçi Sürücüsü:**112 acil yardım istasyonunun usulüne uygun planlama ve onay ile yayımlanmış nöbet cetveline göre görevlendirilmiş sürücüdür. Şoför ise kullanacağı araca uygun sürücü belgesine sahip, temel ilk yardım eğitimi sertifikası almış personeli ifade eder. 112 ASH içerisinde görev yapan şoför sayısı yeterli şoför alımı olmaması nedeniyle oldukça azalmış olup, oluşan şoför açığı ise diğer sağlık personeli tarafından doldurulmuştur.

- **Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği - Acil Tıp Teknisyenliği (AABT, ATT):** Üniversitelerin, hastane öncesi acil hizmetlerinin profesyonel kişilerce verilmesini sağlamak amacıyla açtıkları, İlk ve Acil Yardım (paramedik) ile AABT bölümlerinden mezun olanlara SB tarafından AABT unvanı verilir. Bu bölümlere kayıt yaptıracak öğrencilerde Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından yayınlanan üniversitelere giriş kılavuzunda yer alan 233. madde ön koşul olarak aranmaktadır. “233. maddeye göre bu programa alınacak öğrencilerin, üniversitelerin tıp fakültelerinden, sürücü belgesi almaya engel olmayan bir beden yapısı ve ruh sağlığına sahip olduklarını belgeleyen rapor almaları, program gereği 2. sınıfta araç kullanmanın zorunlu olması sebebiyle kayıt tarihinde 17 yaşını tamamlamış ancak 23 yaşından gün almamış olmaları, erkek öğrenciler 165 cm’den kız öğrencilerde 160 cm’den kısa olmamak, boy uzunluğunun santimetre olarak ifade edilen değerinden 5 fazla veya 15 noksan kilo ağırlığında olmak, kurtarma ve taşıma işlerinde iki kişilik bir ekipte çalışırken sedyedeki bir hastayı ekip arkadaşı ile birlikte taşıyabilecek beden ve fizik yeterliliğe sahip olmaları gerekmektedir.”¹

Hasta veya yaralılara danışman hekim desteği ile acil yardım uygulayan, Millî Eğitim Bakanlığına bağlı sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümünden mezun olan kişilere ise SB tarafından ATT unvanı verilir. Bu liselere girebilmek için ilgili kuruluşlardan sağlık raporu almak zorunludur. AABT ile ATT’ler, ASH’de acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla, bakanlıkça belirlenen sertifikalı

¹, Yükseköğretim Programlarının Koşul ve Açıklamaları; <http://www.osym.gov.tr/dosya/1-69318/h/kosultablo3ve4-baski--572013.pdf>, (15.04.2014)

eğitim programlarını tamamladıktan sonra hasta veya yaralıları gerekli müdahaleleri yapabilirler. ASH'nin yeniden yapılandırılması amacıyla AABT ile ATT'lerin müdahale yetkilerine 5 Temmuz 2005 tarihli ve 25866 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5371 sayılı Kanun ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda ek fıkra ile yer verilmiştir.

“AABT, bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak, aşağıdaki görevleri yapar:

- İntravenöz girişim yapmak.
- Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak.
- Oksijen uygulaması yapmak.
- Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
- Kardiyopulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak.
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hâle gelmesini sağlamak.
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak.
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.

AABT'ler ile ATT'ler, acil yardım ve hasta nakil ambulanslarında sağlık personeli, KKM'de çağrı karşılama personeli olarak ve hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışırlar. ATT gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak görev yapar.”¹ Ancak Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı sağlık meslek liselerinin acil tıp dalında okuyan öğrenciler 18 yaşını doldurmadıklarından ambulans sürüş teknikleri ile ilgili yeterlilik kazanamamaktadır. Bu nedenle öğrencilerin hazır bulunuşluk seviyelerini artırmak için seçmeli ders olarak ambulans sürüş teknikleri dersi uygulamaya konulmuştur. SB ise ambulans sürüş teknikleri ile ilgili sertifika eğitimi ile bu açığı kapatmaya çalışmaktadır. “ATT'ler, tıbbi danışman koordinasyonu ve onayı ile bakanlıkça yapılacak düzenlemelere uygun olarak aşağıdaki görevleri yapar:

¹ TC SB, ASHY, RG, S. 26463, 2007, değişik m. 28

- İntrevenöz girişim yapmak.
- Oksijen uygulaması yapmak.
- Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.
- Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak.
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak.
- Temel yaşam desteği uygulaması sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak.
- Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hâle gelmesini sağlamakla görevlidirler.”¹

Acil bakım olay yerinde başlar, hastaneye taşınma sırasında devam eder ve hasta yada yaralı tıbbi olanaklara sahip bir yere nakledildikten sonra biter. AABT ve ATT öncelikle kendisinin ve hastanın emniyetini koruyarak alanda hastanın sorununu tanıyıp, durumunu değerlendirir ve uygun acil bakımı sunar.

• **112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hemşire ve Sağlık Memurları:**

Hemşire ve sağlık memurları 112 ASH içerisinde eşitli düzeylerde görev yetki ve sorumluluğa sahiptirler. 112 ASH'nin kuruluşunda ve sonrasında sistemin işleyiş ve yürütülmesinde önemli katkıları olmuştur. Mevcut durumda ATT ve AABT'lerin göreve başlamaları nedeniyle 112 ASH bünyesinde görev yapan hemşire ve sağlık memuru sayısı oldukça azalmıştır. Halen çalışanlar ise istasyonlarda ve çoğunlukla da idari birimlerde görevlerini sürdürmektedirler. Hemşire ve sağlık memurları sağlık personeli sınıfında çalıştıklarından, 08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı resmi gazetede yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinin 6 maddesinde yer alan hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarına sahip olmakla birlikte, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesinin 9-11-14 maddelerinde sağlık personeline yönelik görev, yetki ve sorumluluklardan da sorumludurlar.

¹ TC SB, ASHY, RG, S.26463, 2007, değişik m. 28

4. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ EĞİTİMLERİ

4.1. Örgün Eğitim

Hastane öncesi acil bakım eğitimi Türkiye’de ilk kez 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi öncülüğünde başlatılmıştır. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu bünyesinde AABT adı altında açılan bu program Türkiye için hastane öncesi acil bakım alanında atılmış ilk ve en önemli adımlardan biri olmuştur. Bu eğitim programı, Kanada Cambrian Collage ile ortaklaşa hazırlanan proje gereği Kanada’dan alınmış ve Türkiye için uyarlanmıştır. Daha sonraki yıllarda diğer üniversiteler de aynı eğitim programıyla eğitim öğretime başlanmıştır. Bu programın misyonu, hastane öncesi acil sistemi ile uyumlu kavram ve beceriyle donatılmış, sevecen, profesyonel davranış ve karar verebilme yeteneği sergileyen, en son teknoloji ve yenilikleri takip edebilen mezunlar yetiştirmek; vizyonu, acil tıp sisteminin önemli parçası olan hastane öncesi acil bakım hizmetlerini sunan paramediklerin kalitesini, son teknoloji ve eğitim olanakları kullanarak en üst seviyeye çıkarmak olarak belirlenmiştir. “Bugün 54 Üniversitede 74 programı bulunan paramedik mesleğinin toplam kontenjan sayısı 4944 öğrenci (neredeyse 5000) olmuştur. Paramedik okulları ülkemizde 1993 yılında açılıp ilk mezun verilen 1995 yılından bu yana toplamda yaklaşık 6400 mezun vermiştir. 2013 yılı itibariyle de her yıl 2200’den fazla mezun verecektir.”¹

AABT’lerin meslek dersleri hasta ve yaralıların hastane öncesi dönemde ihtiyaç duydukları acil bakım gereksinimlerini karşılayacak nitelikte hazırlanmıştır. Bunlar temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, ambulans donanımlarının kullanımı, hasta ve yaralıların alanda değerlendirilmesi, taşınması, pediatrik aciller, doğum, psikiyatrik aciller, geriyatrik aciller gibi konuları kapsamaktadır. “İnsan hayatı üzerinde bu derece önemli bir görevi icra eden paramediklerin aldıkları tıbbi eğitimlerin iki yıl gibi kısa süreli olması ve tıbbi bilgilerinin daha yüzeysel olması acil sağlık gibi önemli bir hizmetin sunumunda yetersizlikleri de beraberinde getirmektedir. Acil tıbbi müdahalede bu kadar önemli bir sorumluluğu üstlenen

¹ Ç. Uz, "Yaklaşan Tehlike; Paramedik Mesleği Enflasyonu"; <http://www.attyiz.biz.tr/haber/1077/yaklasan-tehlike-paramedik-meslegi-enflasyonu.html>, (06.05.2014)

paramediklerin tıbbi eğitimlerinin daha kapsamlı, nitelikli ve içerikli olması kaçınılmaz gerçeklerdendir.”¹ Mevcut personelin durumu düşünüldüğünde bunun henüz sağlanamadığı görülmektedir. “Acil tıbbi hizmetlerin görülmesinde ve hastaların daha kaliteli ve daha güvenilir bir acil sağlık hizmeti alabilmesi için Paramediklerin dört yıllık bir fakülte eğitiminden geçirilerek tıbbi alt yapıları tam anlamıyla güçlendirilmelidir. Hastaları daha iyi bir şekilde değerlendirebilecek tıbbi bilgiye sahip olmaları için mesleki eğitimleri boyunca gerek teorik alt yapılarının gerekse uygulamalı eğitimlerinin ciddi, disiplinli ve özveriyle sağlanması gereklidir.”²

112 ASH'nin ortaöğretim düzeyinde yardımcı sağlık elemanı ihtiyacını karşılamak için 1996 yılında sağlık meslek liselerinin 87 sinde ATT bölümü açılmış ve 2000 yılında ilk mezunlarını vermiştir. Kurulduklarında SB bünyesinde faaliyet gösteren sağlık meslek liseleri 26.01.2006 tarih ve 5450 sayılı kanunla Milli Eğitim Bakanlığına devredilmiştir. Ülkemizdeki sağlık meslek lisesi sayısı ise hiçte azımsanamayacak düzeydedir. “Türkiye genelinde 341’i devlete, 166’sı özel sektöre ait olmak üzere toplam 507 sağlık meslek lisesi bulunmaktadır. Devlete bağlı sağlık meslek liselerinde 81 bin öğrenci eğitim görürken, özel sağlık meslek liselerinde ise yaklaşık 15 bin öğrenci eğitim görmektedir.”³ Günümüzde 507 sağlık meslek lisesinde yaklaşık 272 civarında ATT bölümü mevcuttur. Bu bölümlerin kontenjan sayısı ise yaklaşık olarak 7728 civarındadır. “2011-2012 öğretim yılda sağlık meslek liselerinin ilk yardım bölümlerinden mezun olan öğrenci sayısı ise 3934’tür.”⁴ Her iki meslek gurubunda da öğrenciler gerekli mesleki bilgiyi okulda gördükleri bir kısmı uygulamalı olan derslerden edinebilmektedirler. Ancak öğrenci sayısındaki yoğunluk, bölgesel farklılıklar, uygulama alanındaki eksiklik ve yetersizlikler gibi nedenler eğitim kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

¹ T. Kılıncı, "ASH'de Paramediklerin Rolü ve Hastane Öncesi ASH'nin Yönetimi, SB İstanbul 112 Acil Servis Başhekimliği", 2012; <http://www.112acilservis.net/acil-saglik-hizmetlerinde-paramediklerin-rolu-ve-hastane--oncesi-acil-saglik-hizmetlerinin-yonetimi-makale,6.html>, (23.05.2014)

² E. Tentillier-C. Heydenreich-A. M. Cros-V. Schmitt-J. M. Dindart-M. Thicoipe, "Use Of The Intubating Laryngeal Mask Airway In Amerngency Pre-hospital Difficult Intubation", Resuscitation, C. 77, S. 1, 2008, s. 30-34

³ U. A. Salman, "Sağlık Meslek Liseleri Sağlıksız Büyüyor "; http://www.radikal.com.tr/turkiye/saglik_meslek_liseleri_saglıksız_buyuyor-1147909, (11.11.2013)

⁴ TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013, s. 148

4.2. Hizmet İçi Eğitimler

Mesleki bilgilerin tazeliği, ASH'deki yeniliklerin takibi, bilgi ve beceri eksikliklerin giderilmesi açısından hizmet içi eğitimler oldukça önemlidir. Hizmet içi eğitimler ASH'de görev yapan tüm personeli kapsayan ve tüm personele verilen eğitimlerdir. 112 ASH'nin omurgasını oluşturan AABT ve ATT'ler için mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programları şunlardır;

- Ambulans kullanımı ve bakımı eğitim programı (AABT/ATT)
- Temel eğitim programı (AABT/ATT)
- Erişkin ileri yaşam desteği eğitim programı (AABT)
- Çocuk ileri yaşam desteği eğitim programı (AABT)
- Travma ileri yaşam desteği eğitim programı (AABT)

AABT'lerin bu eğitim programlarının tamamına katılımları zorunludur. ATT'ler için zorunlu eğitim programları ise ambulans kullanımı ve bakımı eğitimi programı ve temel eğitim programlarıdır ve bu programlara AABT'ler ile birlikte katılabilirler. AABT'ler, temel eğitim programı, erişkin ileri yaşam desteği eğitim programı, çocuk ileri yaşam desteği eğitim programı ve travma ileri yaşam desteği eğitim programlarını en geç üç yıl içinde tamamlamak ve sertifika almak zorundadır.

5. 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN AŞAMALARI

112 ASH istasyonunda sunulan hizmetin aşamalarını vakalara yapın müdahaleler oluşturur. Her bir müdahale bir aşamayı oluşturur. Aşamaları oluşturan bu müdahaleler aşağıda sıralanmıştır.

- Vaka ihbarının alınması.
- İhbarın değerlendirilmesi.
- Çıkış kararının verilmesi.
- Adres bilgilerinin alınması.
- İlgili istasyona vaka çıkışının bildirilmesi.
- İlgili istasyonun çıkış ihbarını alması.
- Ekibin ambulansa binmesi.

- Ambulansın vaka mahalline yönlendirilmesi.
- KKM'den ayrıntılı adres bilgilerinin alınması.
- Vaka mahalline ulaşılması.
- Vakanın muayenesi.
- Tıbbi müdahalenin yapılması.
- Hastanın hastaneye nakline karar verilmesi.
- Hastanın ambulansa alınması.
- Hastanın en yakın hastaneye nakli.
- Nakil halinde tıbbi müdahale yapılması.
- Hastanın ambulandan indirilmesi.
- Hastanede ilgili birime teslim edilmesi.
- Hastane personeline yapılan müdahaleler hakkında bilgi verilmesi.
- Ambulansa binilmesi.
- İstasyona dönüş yapılması.
- Aracın temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin yapılması.
- Kullanılan tıbbi cihaz ve malzemelerinin kontrolü.
- Eksik malzemenin tamamlanması.
- Vaka bilgilerinin ilgili defterlere kayıt edilmesi.
- Vaka bilgilerinin KKM'ye bildirilmesi.
- Ekibin telsiz takip ve bekleme için istasyonda beklemesi.

Yukarıdaki aşamalar doğrultusunda 112 ASH dokuz kategoride incelenebilir.

- 112 acil yardım çağrısı.
- Çağrının değerlendirilmesi.
- İletişim ve yönlendirme.
- Çağrının yönlendirilen birimlerce karşılanması ve vakaya ulaşım.
- Olay yeri değerlendirme, muayene ve müdahale.
- Hastaneye nakil.
- İstasyona dönüş.
- Araç temizliği ve dezenfeksiyonu, malzeme kontrolü.
- Sunulan 112 ASH ile ilgili kayıt ve bildirimlerin yapılması.

Bu kategoriler aşağıda açıklanarak detaylı olarak izah edilmiştir.

- **112 Acil Yardım Çağrısı:** 112 ASH süreci acil yardım çağrısının alınmasıyla başlar. “Acil yardım 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 yapılmaktadır. Çağrı, merkezin gerekli hizmeti değerlendirmesi ve planlayabilmesi için olay yeri ve niteliği bilgilerinin yanında, hasta ya da yaralı sayısı gibi bilgileri de içermelidir.”¹

- **Çağruların Değerlendirilmesi:** Acil yardım çağrı merkezi, topladığı bilgileri göz önünde bulundurarak, talebin ASH gerektirip gerektirmediğini değerlendirir. Değerlendirme yetkisi çağrıyı alan hekime aittir. Hekim, acil yardım talebinin ASH gerektirmediğine karar verirse, talebi reddetme yetkisine sahip bulunmaktadır. “ASH gerektiren vakalarda ise ambulans görevlendirilmesi şu şekilde olmalıdır:

- Acil müdahale olmadığında ölümcül olabilen (urgency) aciller
- Acil müdahale olmadığında zaman içinde ölümcül olabilen (emergency) aciller
- Yerde müdahale gerektiren aciller
- Normal taşıt araçları ile taşınmadığı için ambulans görevlendirilen vakalar
- Diğer; Grup içinde sahipsiz, kimsesiz olduğu veya çeşitli sosyal endikasyonlarla (intihar girişimi, uyuşturucu, alkol kullanımı vb.) kendi başına bırakılmayacak durumda olan vakalar yer almaktadır.

Son iki grubun 112 ASH tarafından mutlaka elenerek, nakil ambulanslarına yönlendirilmesi gerekmektedir.”²

- **İletişim ve Yönlendirme:** Acil yardım talebinin acil çağrı merkezine ulaşmasının hemen akabinde 112 ASH’nin ilgili birimleriyle hemen iletişime geçilerek gerekli yönlendirmeler yapılır. “Yönlendirme, yardım talebinin ulaşmasını takiben, merkez tarafından olası iletişim sistemi ile en kısa surede, talebe en uygun ve en yakın birim veya birimlerin görevlendirilmesi süreci ile yerine getirilir. Ayrıca

¹ TC SB, ASHY, RG, S.26463, 2007, değişik m. 18

² A. H. Türkdemir, Danışman Hekimlik ve Vakaya Uygun Ekip Görevlendirme, 3. Ambulans Rallisi ve ASH Kongre Kitabı, Ankara, 2007, s. 131

acil çağrı merkezi, durumun niteliğine göre gereksinim duyduğu diğer kuruluşları da bilgilendirmektedir.”¹

• **Çağrının Yönlendirilen Birimlerce Karşılanması ve Vakaya Ulaşım:**112 ASH sürecindeki bu kategori gelişim sırasına göre üç aşamadan oluşmaktadır. Bu aşamalar şunlardır:

- *Hazırda Bekleme-Pasif Dönem:* İstasyon personelinin istasyonda vaka beklenirken geçen zamanıdır. Bu dönemde en çok dikkat edilmesi gereken husus, vaka bildirimleri için iletişim kanallarının takip edilmesidir. Dinlenme sürecinde yapılacak faaliyetler çıkış süresini uzatmayacak nitelikte olmalıdır.
- *Vaka Verilmesi ve Çıkış:* Nakil sürecinin gerçek anlamda olabildiğince hızlı gerçekleştirilmesi gereken sürecidir. Bunun haricindeki süreçlerde hız olası tehlike risklerini artırmaktadır.
- *Vakaya Ulaşım:* Hizmetteki amacın bir bölümü hasta ya da yaralıya en hızlı zamanında en güvenli şekilde ulaşmaktır. Ekip tarafından gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır. Hastaya ulaşmaya kadarki sürüş süresince sesli ve görsel uyarı işaretlerinin açık olması fark edilmeyi ve yolun açılmasını kolaylaştıracaktır.

• **Olay Yeri Değerlendirme, Muayene ve Müdahale:**112 ASH sürecindeki bu kategori de gelişim sırasına göre üç aşamada değerlendirilir. Bu aşamalar şunlardır:

- *Olay Yeri Değerlendirme:* Olay yeri hızlıca değerlendirilmeli, ekip güvenliği ve hasta güvenliği sağlandıktan sonra müdahaleye başlanmalıdır. Tehlike hissedilen durumlarda emniyet güçlerinden yardım istenmelidir.
- *Muayene ve Müdahale:* Travmalı hastalarda travmanın yeri, şekli ve oluşturduğu hasarın belirlenmesi önceliklidir. Travmalı hastaların tamamının acil olarak kabul edilmesi ve hastaneye nakledilmesi gerekmektedir. Medikal vakalarda ise hasta ekip tarafından değerlendirilmeli, hastanın şikâyetleri ve hasta yakınlarının gözlemleri dikkate alınmalıdır. Değerlendirme sonucunda, hastanın ileri tıbbi girişime ihtiyacı var ise hastanın ambulans ile nakline karar verilmekte ve bu konuda merkez bilgilendirilmektedir.

¹ TC SB, ASHY, RG, S. 24046, 2000, m. 20 (değişik m.: S. 25412, 2004)

- **Ambulansa Nakil:** Hastanın ilk görüldüğü yerden ambulansa nakledildiği süreçtir. Hastayı gördüğü andan itibaren tıbbi sorumluluğunu üstlenmiş olan ekip, nakil kararı ile hastanın taşıma sürecinin de sorumluluğunu üstlenmiş olur.

- **Hastaneye Nakil:** “Ekip, nakle karar verir ise, nakil başlamadan merkez ile iletişime geçerek, gerektiğinde hastanın durumuna en uygun acil servis hakkında yönlendirme istemektedir. Merkez, hizmet kapsamında yer alan acil servislerin o andaki kapasiteleri ışığında, ekibi yönlendirmektedir. Merkez, yönlendirmeyi takiben, gerektiğinde acil servisi olay hakkında bilgilendirir. Nakil sırasında gerekli görülüyor ise, tıbbi müdahale sürdürülmektedir. Nakil sırasında tıbbi girişimin yürütülmesi için, bilgi desteğine gereksinim duyulur ise; uygun kurum ve kuruluş ile merkez üzerinden veya iletişim olanağı var ise doğrudan temas kurulmaktadır. Hasta acil servise, tıbbi değerlendirme ve gerektiğinde stabilizasyon sağlandıktan sonra gerekli bilgilendirmeyi takiben nakledilmektedir.”¹ Temelde hayati riskler söz konusu olmadığı sürece ambulans hareket halinde iken hastaya müdahale edilmemesi gereklidir. Seyir halinde iken hastanın ve ekibin sabitlenmiş olması gereklidir.

Vakanın hastaneye teslim edilmesi aşamasında ise hastaneye ulaşıldığında tüm güvenlik önlemleri alınarak hasta araçtan indirilmelidir. Hastaya yapılan tüm müdahaleler, kullanılan ilaçlar, hastanın durumu ve nakil süresince gözlenen değişiklikler vaka formuna kaydedip sözlü olarak hastanede vakayı teslim alan hekime iletilmelidir. Vaka formu ambulans ekibi tarafından imzalanmalı ve hastanın teslim edildiğine dair hekimin imzası da alınmalıdır.

- **İstasyona Dönüş:** Vaka hastaneye teslim edildikten ve hastanedeki işlemler bittikten sonra yeni bir görevlendirme yapılmadıysa, ekip istasyona dönüş kurallarına uyarak bekleme noktasına dönüş yapar.

- **Araç Temizliği ve Dezenfeksiyonu, Malzeme Kontrolü:** Ambulansın bir sonraki vakaya hazır olmasını sağlamak için yakıt ihtiyacının giderilmesi, temizlenmesi ve dezenfekte edilmesi sağlanmalıdır. Vakada kullanılan tıbbi

¹ TC SB, ASHY, RG, S. 24046, 2000, m. 22-23

cihazların çalışıp çalışmadığı kontrol edilmeli kullanılan tıbbi sarf malzemelerden eksik olanları depodan alınıp yerine konulmalıdır.

- ***Sunulan 112 Acil Sağlık Hizmetiyle İlgili Kayıt ve Bildirimlerin Yapılması:*** 112 KKM’de acil yardım çağrısının alınmasıyla birlikte kayıt işlemleri başlar. 112 ASH sürecinin tamamı, ilgili 112 ASH istasyonu ekibi tarafından ilgili formlara ve bilgisayar programlarına kaydedilir ve bu bilgiler KKM’ye iletilir. Vakayla ilgili tüm bilgiler ile 112 ASH sürecinin her aşaması KKM’deki özel kayıt programları ve sistemlerine baştan sona kaydedilir. KKM’de tüm telefon işlemlerinin bilgisayar üzerinden gerçekleştirildiği 112 acil ihtiyaçlarına özel bütünleşmiş çağrı merkezi uygulaması geliştirilmiştir. Arayan telefon numaraları kontrol edilmekte ve daha önce gerçekleştirilen görevler geçmişe yönelik olarak anında listelenmektedir. Gerekli bağlantıların sağlanması durumunda sabit telefon numaralarının adres bilgisine otomatik olarak ulaşılabilir. Genel aramalar için binlerce telefon numarası ve kullanıcılara özel hızlı arama butonları tanımlanabilmektedir. Hatta bekleyen çağrı adetleri on-line olarak görülebilmektedir.

Tüm çağrıların santrale ulaştığı andan itibaren ses kayıtları tutulmakta, hasta ve ekipler ile yapılan telsiz görüşmeleri kayıt altına alınmaktadır. Ses kayıtları tüm sistem ile entegre olarak çalışmaktadır. Tarih, zaman, operatör, telefon numarası gibi birçok özelliğe göre arama yapılabilmesinin yanında ses kayıtlarının protokol numaraları ile eşleştirilmesi sayesinde ilgili göreve ait ses kayıtlarına arama yapmadan doğrudan ulaşılabilir.

Bilinmeyen adresler sayısal haritalar üzerinde aranabilmektedir. Olay bölgesinin küresel konumlandırma sistemi (GPS) koordinatları verildiğinde vaka adresinin nokta olarak tespiti yapılabilmektedir. Önemli referans noktalarının haritaya eklenebilmesi ile adres bulma ve tarifinde kolaylık sağlanmaktadır. Olay bölgesi harita üzerinde işaretlenerek ekiplere aktarılabilir. “Geliştirilen özel araç takip cihazları sayesinde ambulansların GPS uyduları ile 7 gün 24 saat sayısal haritalar üzerinde izlenmesi, hızlarının, hareket saatlerinin, duraklama yaptıkları yerlerin ve sürelerin takibi sağlanabilmektedir. Mobil bilgisayarlar için geliştirilen

112 acil yazılımları ile vaka adresleri ekiplere yazılı olarak aktarılmakta ve koordinatlar gönderilerek olay bölgesi harita üzerinde gösterilmektedir.

Hastaneler ile internet üzerinden kurulan bağlantı sayesinde KKM'den hastanelerdeki boş yatak durumları ve nöbetçi personelin takibi sağlanmaktadır. Hastanelere yerleştirilen ekranlar sayesinde ambulans yolda iken vaka bilgileri Hastaneye otomatik olarak aktarılabilir. Böylece hastanenin önceden bilgi sahibi olması ve hasta yolda iken hazırlık yapmasına olanak sağlanmaktadır. Vakaların hastaneye bırakıldıktan sonraki durumları on-line ve geçmişe yönelik olarak takip edilebilmektedir.

Özel sektöre ait birçok ambulans hizmeti kuruluşunda da hasta nakil işlemleri için gerekli randevu ve iş planlarının program üzerinden takibi sağlanmıştır. Hasta nakil araçları GPS uyduları üzerinden izlenerek sürekli kontrol altında tutulmaktadır. Sunucular, bilgisayarlar, güç kaynakları, network altyapısı gibi sistem için gerekli her türlü donanım ve yazılım ihtiyaçları yerinde yapılan incelemeler sonrasında projelendirilmiştir. Güvenlik ve yedekleme için özel yazılım ve donanımlar kullanılmaktadır. Tüm kayıtların düzenli olarak yedeklenmesi sağlanmaktadır.”¹

¹ O. Kaplan, GPS GPRS ve GIS Teknolojileri Kullanılarak 112 Acil Yardım Merkezi Otomasyon Sistemi Tasarımı, Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Kayseri, 2006, s. 25

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

KONYA İLİNDE 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERLER

1. KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE SOSYO-EKONOMİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıdaki alt başlıklarda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve problem olduğu düşünülen konularda önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Yaş Düzeyleri

| Yaş | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|------------|--------------|
| 18-25 | 102 | 48,6 |
| 26-35 | 76 | 36,2 |
| 36-45 | 21 | 10,0 |
| 46-üstü | 11 | 5,2 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 3'te yer alan yaş gurupları çalışanların sahada gözlemlenen yaş oranları dikkate alınarak 4 grup olarak hazırlanmıştır. Birinci yaş grubundaki aralık konuyla ilgili analizin kolay yapılabilmesi için dar, dördüncü yaş grubu ise yine aynı nedenden dolayı geniş tutulmuştur.

112 ASH'de görev alabilmek için ilgili meslek liselerinin ATT bölümlerini bitirmek ve Kamu Personeli Seçme Sınavı (KPSS)'den gerekli puanı almak yeterli olmaktadır. Öğrenciler 16-17 li yaşlarda liseyi bitirerek KPSS'ye başvurmakta ve yeterli puanı alanlar sağlık görevlisi olarak atanmaktadırlar. Ülkemizde 112 ASH teşkilatlanmasının 10-15 yıllık bir geçmişinin olması, ayrıca hizmetin uzmanlaşmış personeli olan ATT ve AABT'lerin özellikle son yıllarda yoğun şekilde atanmaya başlamaları nedeniyle, bu hizmet gurubunda çalışanların neredeyse yarısı 18-25 yaş

gurubunda yer almakta ve teşkilat genellikle genç çalışanlardan oluşmaktadır. Teşkilattaki 35 yaş altı çalışanların oranı %80'lerin üzerindedir.

Kurumdaki genç personel yapısının dinamizminin yanında iş tecrübe ve deneyiminin yetersizliği hizmetin sunumunda bazı sıkıntılara neden olabilmektedir. 35 yaş üstü çalışanların neredeyse tamamı 112 ASH ve istasyonları kurulmadan önce Sağlık Bakanlığı'nın diğer kurum ve kuruluşlarında çalışan personel olup, 112 ASH'nin kuruluş aşamasında bir şekilde görev almış ve halen bu hizmetlerde geçici görevli olarak çalışan kişilerdir. İş tecrübe ve deneyiminin fazlaca olduğu bu kişilerin kurumda kadrolu personel olarak çalıştırılması hem personelin psikolojisine, hemde hizmet sunumunun kalitesine olumlu katkı sağlayacaktır.

Tablo 4. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı

| Cinsiyet | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|------------|--------------|
| Erkek | 89 | 42,4 |
| Kadın | 121 | 57,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada katılımcıların çoğunluğunun kadın çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. 112 ASH'ye personel yetiştiren okullardaki öğrenci profilinin bayan ağırlıklı olması ve ilgili kadrolara personel alımındaki planlamanın yetersizliğinden dolayı erkeklerden çok bayan personelin işe alınması, böyle bir durumun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Mevcut sistemde bazı bayanların fiziksel güçlerinin yetersizliği, güvenlik kaygıları, ambulanslarda sürücü olarak çalışmak istememeleri, hamilelik, doğum ve süt izinleri gibi konular hizmetin yürütülmesinde sıkıntılara neden olabilmektedir. 112 ASH'nin çalışma sistemi göz önünde bulundurulduğunda çalışanların cinsiyet dağılımının, mevcut yapının tam tersi olması gerektiği veya en azından her iki cinsiyet gurubu arasında dengelenmesi gerektiği görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Boy Dağılımı

| Boy (cm) | Erkek Sayısı | Kadın Sayısı | Toplam Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|--------------|--------------|-------------|------------|
| 150-160 | 0 | 38 | 38 | 18,1 |
| 161-170 | 17 | 76 | 93 | 44,3 |
| 171-180 | 58 | 7 | 65 | 31,0 |
| 181-üstü | 14 | 0 | 14 | 6,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>89</i> | <i>121</i> | <i>210</i> | <i>100</i> |

Tablo 5’de yer alan boy gurupları çalışanların sahada gözlemlenen boy oranları dikkate alınarak, son grup hariç onarlı guruplar şeklinde ve 4 grup olarak hazırlanmıştır. Araştırmada katılımcıların boy dağılımı incelendiğinde çalışanların boylarının uzunluğu konusunda herhangi bir standardın olmadığı göze çarpmaktadır. Erkek personelin boylarının ağırlıklı olarak 170-180 cm. bayan personelin ise 150-170 cm. arasında toplandığı görülmektedir. Erkek çalışanların boy oranlarındaki tutarlılık kadın çalışanlara göre daha fazladır. Bazı erkek çalışanların boylarının 180 cm.den daha fazla olduğu görülmektedir. Boy uzunluğu boy kısalığıyla kıyaslandığında, belli sınırlar dâhilinde boy uzunluğunun hizmet sunumuna olumsuz bir etkisinin olmadığı görülmektedir. Bayan çalışanların 1/5’nin boyu ise 160 cm.nin altındadır. Boy ölçüsünün vücut ağırlığıyla olan ilişkisi düşünüldüğünde düşük boy ölçüsünün hizmet sunumunda çok da avantajlı bir durum olduğu söylenemez. 112 ASH’deki düşük boy ölçüsüne sahip personelin oranını düşürmek ve bir standart oluşturabilmek için, bundan sonra hizmete personel alımlarında mutlaka boy standardı oluşturulmalı, bu standarda göre personel alımı yapılmalıdır.

Tablo 6. Katılımcıların Kilo Dağılımı

| Kilo (kg) | Erkek Sayısı | Kadın Sayısı | Toplam Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|--------------|--------------|-------------|------------|
| 40-50 | 0 | 25 | 25 | 11,9 |
| 51-65 | 14 | 77 | 91 | 43,3 |
| 66-80 | 37 | 15 | 52 | 24,8 |
| 81-95 | 36 | 3 | 39 | 18,6 |
| 96-üstü | 2 | 1 | 3 | 1,4 |
| <i>Toplam</i> | <i>89</i> | <i>121</i> | <i>210</i> | <i>100</i> |

Tablo 6’da yer alan kilo gurupları çalışanların sahada gözlemlenen vücut ağırlıkları dikkate alınarak ilk ve son gurup hariç olmak üzere on beşerli guruplar şeklinde 5 grup olarak hazırlanmıştır. Tablo 6’dan da anlaşıldığı gibi katılımcıların

boy oranlarıyla bağlantılı olarak kilo standardının da olmadığı, personelin vücut ağırlığının çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Erkek çalışanların kilolarının 65-95 kg. aralığında, kadın çalışanların kilolarının ise 50-65 kg. aralığında yoğunlaştığı anlaşılmaktadır. Erkek çalışanların vücut ağırlıklarının boylarıyla orantılı olduğu görülmektedir.

Bayanlarda ise erkeklere oranla daha farklı bir durum söz konusudur. Bayan çalışanların 1/5'inin vücut ağırlığı 50 kg.ın altındadır. Kendi ağırlığı 50 kg.ın altında olan bir çalışanın sağlıklı bir şekilde hastaları sedyeye taşınması ve ekip arkadaşlarına uyum göstermesi beklenemez. Bu nedenle sunulan hizmetin mesleki bilgi ve becerinin yanında belirli bir fizik gücü ve ekip uyumu gerektirmesi, hem kadın hem de erkek çalışanların kilo ve boylarının 112 ASH'nin gerektirdiği fiziki standartları karşılaması gereklidir. Bu standartları taşımayan personelin istasyonlar yerine başka birimlerde çalıştırılması istasyonlardaki personelin iş uyumu, sunulan hizmetin kalitesi ve personelin sağlığı açısından daha yararlı olacaktır.

Tablo 7. Katılımcıların Medeni Durumları

| Medeni durum | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|------------|--------------|
| Bekâr | 93 | 44,3 |
| Evli | 117 | 55,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 7'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan personelin yarıya yakını bekâr çalışanlardan oluşmaktadır. Bekâr çalışan oranının bu kadar yüksek oluşunun nedeni ise 112 ASH'nin genç personel yapısıdır. Tablo 3 ve tablo 14'te de görüldüğü gibi katılımcıların neredeyse yarısı 25 yaşın altındadır ve birçoğu da henüz 1-2 yıllık çalışanlardan oluşmaktadır. Bölgenin kültürel yapısı gereği genellikle bir iş sahibi olduktan ve belirli bir yaşa geldikten sonra evlenilmektedir. Araştırmanın yapıldığı bölgede evlenme yaşının 25 yaşın üzerinde olduğu bu yaşın altındaki evliliklerin çok seyrek olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Katılımcılardan Evli Olanların Çocuk Sayıları

| Çocuk sayısı | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|------------|--------------|
| Yok | 17 | 14,5 |
| 1 | 47 | 40,2 |
| 2 | 36 | 30,8 |
| 3-üstü | 17 | 14,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>117</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcılardan evli olanların küçük bir kısmı hariç hepsinin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olmayan evlilerin ise önemli bir bölümünü yeni evliler oluşturmaktadır. 112 ASH’de ağırlıklı olarak bayanların çalışıyor olması çocuk sayısını etkilemiştir. 112 ASH çalışanlarının genellikle 1 ya da 2 tane çocuk yaptığı görülmektedir. 2’nin üzerinde çocuk yapan çalışanların genellikle eşi çalışmayan erkekler olduğu gözlemlenmiştir. Evli personelin büyük bölümünün eşinin de çalışıyor olması bu ailelerin gelir seviyesini yükseltmiş, bölgenin kültürel yapısının da etkisiyle çocuk yapmaya teşvik etmiştir. Ancak, evli çiftlerin her ikisinin de çalışıyor olması bu sayıyı sınırlandırmıştır.

Tablo 9. Katılımcıların Aylık Gelir Düzeyleri

| Aylık gelir (TL) | Sayı | Yüzde(%) |
|------------------|------------|--------------|
| 750-1500 | 8 | 3,8 |
| 1501-2000 | 64 | 30,5 |
| 2001-2500 | 119 | 56,7 |
| 2501-3000 | 12 | 5,7 |
| 3001-üstü | 7 | 3,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 9’de yer alan gelir gurupları 112 ASH’de görev alan çalışanların unvanları dikkate alınarak 5 grup olarak hazırlanmıştır. 112 ASH’nde görev yapan çalışanların aylık kazançları unvanlarına göre değişiklik göstermekle birlikte 1501 ile 2500 TL. arasında değişmektedir. Başka kurumlardan geçici personel olarak gelen bazı ambulans sürücülerinin aylık kazancı bu rakamın altına inebilmektedir. 112 ASH’de görev yapan AABT ve az sayıdaki hekimin aylık kazancı ise 2500 TL.nin üzerindedir.

Aylık kazancın miktarını etkileyen unsurlar ise unvan ve buna bağılı olarak alınan maaş ile birlikte döner sermaye ödemeleridir. Diğer sağıık kurumlarında çalışan personelin aylık gelirleriyle kıyaslandığıında, 112 ASH çalışanlarının döner sermaye performans ödemelerinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Tablo 10. Katılımcılardan Evli Olanların Eşlerinin Çalışma Durumları

| Eşiniz çalışıyor mu | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------------|------------|--------------|
| Çalışıyor | 80 | 68,4 |
| Çalışmıyor | 37 | 31,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>117</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcılardan evli olanların 2/3'nün eşi bir işte çalışmaktadır. Eşi çalışmayan personelin büyük bölümünün erkek çalışanlardan oluştuğu ve özellikle ambulans sürücüleri olduğu gözlemlenmiştir. Bölgenin sosyo-kültürel yapısı nedeniyle eğitim ve gelir düzeyi düşük çalışanların eşlerinin genellikle bir işte çalışmadığı ev hanımı olduğu görülmektedir. Evlendikten sonra göreve atanan bazı çalışanların eşleri, yer değışikliği nedeniyle işlerini bırakmak zorunda kalmışlardır. Eşi hiç çalışmayan bayan çalışanların ise genellikle atanmadan önce evlendikleri anlaşılmaktadır.

Tablo 11. Katılımcıların Ailelerinin Aylık Gelir Durumları

| Ailenin aylık geliri (TL) | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------------------|------------|--------------|
| 750-1500 | 7 | 3,3 |
| 1501-2500 | 84 | 40,0 |
| 2501-3500 | 41 | 19,5 |
| 3501-4500 | 48 | 22,9 |
| 4501-üstü | 30 | 14,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 11'de yer alan ailenin aylık kazancıyla ilgili gelir gurupları, tahmini gelir seviyesine göre ve aralık geniş tutularak beş grup şeklinde hazırlanmıştır. Araştırmada eşi çalışmayan veya düşük ücretlerle çalışan katılımcıların ailelerinin aylık gelirini kendi gelirleri olarak belirttikleri görülmüştür. Evli olan personelin 2/3'ünün eşinin çalışıyor olması bu ailelerin aylık gelir seviyesini 2500 TL. nin üzerine çıkarmıştır. 4501 TL. ve üzeri gelire sahip aileler ise genelde kurumda

çalışan hekimlerin aileleridir. Bekâr olan ve anne babasıyla oturan personelin ise ailelerin geliyise, ailede başka çalışanların olup olmamasına göre değişiklik göstermektedir.

Tablo 12. Katılımcıların Mesleki Unvanları

| Unvan | Sayı | Yüzde(%) |
|-----------------------------|------------|--------------|
| Hekim | 6 | 2,9 |
| Sağlık memuru, hemşire, ebe | 16 | 7,6 |
| AABT | 35 | 16,7 |
| ATT | 126 | 60,0 |
| Şoför ve diğer Unvanlar | 27 | 12,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 12 ve 13’de yer alan meslek ve görev gurupları 112 ASH de mevcut durumda görev alan çalışanların unvan ve görevleri dikkate alınarak 5 grup şeklinde hazırlanmıştır. Tablo 12’den de anlaşıldığı gibi katılımcıların ve 112 ASH çalışanlarının çoğunluğunun 112 ASH’de acil müdahale konusunda lise düzeyinde profesyonelleşmiş personel olan, ATT unvanlı çalışanlardan oluştuğu görülmektedir. Acil müdahale konusunda önlisans düzeyinde profesyonelleşmiş personel olan AABT’ler ise ATT’lerin 1/4’ü kadardır. Önlisans eğitimlerini AABT bölümlerinde tamamlamış olan bazı ATT’lerin ise unvan değişikliği yapmadığı için unvanlarının hala ATT olarak görüldüğü gözlemlenmiştir. Esasen 112 ASH bu iki unvana sahip personelden oluşturulmaya çalışılsa da personel yetersizliği ve eksikliği gibi nedenlerden dolayı sağlık memuru, hemşire, veri hazırlama kontrol işletmeni, şoför, hizmetli gibi çeşitli unvanlara sahip personele de bu hizmetlerde görev verilmektedir. 112 ASH’de görev yapan az sayıdaki hekim ise belirli istasyonlarda ve idari birimlerde görevlerini yapmaktadırlar.

Tablo 13. Katılımcıların Çalıştıkları Birimdeki Görevleri

| Görev | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------|------------|--------------|
| Hekim | 6 | 2,9 |
| Sağlık Memuru | 7 | 3,3 |
| AABT | 27 | 12,9 |
| ATT | 126 | 60,0 |
| Şoför | 44 | 21,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcıların birimlerindeki görevleri incelendiğinde, 112 ASH’de çalışan hekim ve ATT’lerin sadece kendi meslekleri ile ilgili görev yaptıkları görülmektedir. AABT ve kurumda geçici görevli olarak çalışan Sağlık Memurları ise kendi mesleklerinin yanında ambulans sürücülüğü de yapmaktadırlar. Kurumda esasen ATT ve AABT’lerin kendi mesleklerinin yanında ambulans sürücülüğü de yapmaları esas olsa da bu sahada tam olarak uygulanamamıştır. ATT’lerin çoğunun bayan olması ve sürücülük deneyimlerinin yetersizliği ambulans sürücülüğü konusunda isteksiz davranmalarına neden olmuştur. Kurumdaki şoför eksikliği geçici görevli personelle halledilmeye çalışılmıştır. Geçici görevli olarak çalışan personelin bazıları ise sağlık personeli olmayan kişilerdir. ATT ve AABT’lerin sürücülük konusunda teşvik edilmesi ve ambulans sürücülerinin tamamen sağlık personelinden oluşması iş uyumu ve güvenliği açısından daha faydalı olacaktır.

Tablo 14. Katılımcıların Kurumlarındaki Toplam Görev Süreleri

| Kurumdaki toplam çalışma süresi (yıl) | Sayı | Yüzde(%) |
|---------------------------------------|------------|--------------|
| 1-2 | 98 | 46,7 |
| 3-5 | 52 | 24,8 |
| 6-10 | 44 | 21,0 |
| 11-20 | 12 | 5,7 |
| 21-üstü | 4 | 1,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 14’de yer alan personelin çalışma süreleriyle ilgili gruplar çalışanların yaş düzeyleri dikkate alınarak, artan aralıklı guruplar şeklinde ve 5 grup olarak hazırlanmıştır. Katılımcıların kurumlarındaki toplam çalışma süreleri değerlendirildiğinde, mevcut personelin önemli bir bölümünün son birkaç yılda mesleğe atanmış olmasıyla bağlantılı olarak katılımcılardan %46,7’sinin 1-2 yıl, %24,8’inin ise 3-5 yıldır kurumlarında görev yaptığı görülmektedir. Mesleki çalışma süresinin tecrübe ve deneyim de etkilediği göz önünde bulundurulduğunda personelin önemli bir bölümünün yeterli mesleki tecrübeye sahip olmadığı görülmektedir. Daha eski ve daha tecrübeli çalışanlar ise genellikle ATT ve AABT dışındaki personelden oluşmaktadır. Kurumdaki ATT ve AABT dışındaki tecrübeli sağlık personelinin başka sağlık kurumlarına gönderilmiş olması ise iş tecrübesi anlamında bir eksiklik oluşturmuştur.

Tablo 15. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri

| Eğitim durumu | Sayı | Yüzde(%) |
|--------------------|------------|--------------|
| Lise | 116 | 55,2 |
| Önlisans | 65 | 31,0 |
| Lisans | 19 | 9,0 |
| Lisansüstü-Doktora | 10 | 4,8 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH’de çoğunlukla lise mezunu çalışanlar görev yapmaktadırlar. Lise mezunu çalışan sayısı tüm çalışan sayısının yarısından fazladır. Lise mezunlarının büyük bölümünü ATT’ler oluşturmaktadır. Katılımcılardan 1/3’ünü önlisans mezunları oluşturmaktadır. Önlisans mezunu çalışanların tamamı tablo 12’de de görüldüğü gibi AABT olarak görev yapmamaktadırlar. 112 ASH’deki önlisans mezunlarının, AABT sayısının neredeyse iki katına yakın olması, lise mezunu ATT’lerin eğitimlerine devam ettiklerini ve öğrenim seviyelerini yükselttiklerini göstermektedir. 112 ASH’de hekimlerin dışında sayısı değişmekle birlikte her meslek grubundan lisans mezunu çalışan vardır. Hekimlerden başka lisansüstü veya doktora yapmış olan personel sayısı ise çok azdır.

Tablo 16. 112 ASH’de Görev Yaparken Eğitimlerine Devam Etmiş Olan Katılımcıların Mesleki Yönelimleri

| En son bitirilen okul | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| İlköğretim | 10 | 4,8 |
| Sağlık Meslek Lisesi (ATT) | 92 | 43,8 |
| Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği-Eşdeğer Bölümler (AABT) | 34 | 16,2 |
| Sağlıkla İlgili Diğer Bölümler | 29 | 13,8 |
| Tıp Fakültesi | 6 | 2,9 |
| Sağlık Programları Dışındaki Diğer Okullar | 39 | 18,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 16 tablo 12 ile birlikte değerlendirildiğinde, ATT’lerin ön lisans eğitiminde kendi mesleklerinin üst öğrenimi sayılan AABT bölümünü tercih etmenin yanında, diğer sağlık bölümlerini de tercih ettikleri görülmektedir. AABT bölümlerindeki kontenjan kısıtlılığı ATT’lerin diğer sağlık alanlarına yönelmelerine neden olmuştur. Çalışanların 1/5’inin en son bitirdiği okul sağlık programları dışındaki diğer okullardır. Bu okullar içerisinde ağırlığı Anadolu Üniversitesine bağlı

açık öğretim, iktisat ve işletme fakülteleri oluşturmaktadır. Eğitimlerine devam eden ATT ve AABT'lerin tıp fakültelerine hiçbir şekilde yönelmedikleri görülmektedir. 112 ASH'de çalışan personelin büyük bölümünü oluşturan ATT'lerin önlisans eğitiminde AABT bölümlerine geçişleri kolaylaştırılmalıdır. AABT'lere ise tıpkı hemşirelerde olduğu gibi kendi alanlarında lisans tamamlama hakkı verilerek eğitim seviyeleri yükseltilmelidir. 112 ASH'de az da olsa ilköğretim mezunu çalışanlarda vardır. Bunlar genellikle ambulanslarda şoförlük yapan geçici görevli hizmetli ya da şoför kadrolu personeldir.

Tablo 17. Katılımcıların Görev Yerlerinde İkamet Durumları

| Çalıştığınız yerleşim yerinde mi ikamet ediyorsunuz | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Evet | 132 | 62,9 |
| Hayır | 78 | 37,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'nin çalışma sisteminin 24 saatlik nöbetler şeklinde olması, personelin genç çalışanlardan oluşması, birçoğunun bekâr olması, küçük ilçeler ve kırsal alanlardaki ikamet getirmiş olduğu sıkıntılar çalışanları il merkezi ve büyük ilçe merkezlerinde ikamete zorlamış işlerine geliş-gidiş yapmaya yöneltmiştir. Araştırmada da katılımcıların 1/3'nün çalıştığı yerde ikamet etmediği nöbetlerine geliş-gidiş yaptıkları görülmektedir. Çalıştığı yerde ikamet edenlerin büyük bölümünü ise il merkezi ve büyük ilçe merkezlerinde oturan çalışanlar oluşturmaktadır.

2. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN EĞİTİM FAKTÖRLERİ

Araştırmanın bu bölümünde katılımcıların mesleki bilgi ve beceri düzeyleriyle 112 ASH çalışanlarının sunmuş oldukları hizmeti etkileyen eğitim faktörleri incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıdaki alt başlıklarda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve 112 ASH sunumuna olumsuz etki ettiği düşünülen eğitim faktörleri konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 18. Katılımcıların Öğrenim Görmüş Oldukları Mesleki Okullardaki Eğitim Seviyesini Yeterlilik Algıları

| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda yeterli mesleki eğitimi aldım | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 21 | 10,0 |
| Katılmıyorum | 33 | 15,7 |
| Kararsızım | 22 | 10,5 |
| Katılıyorum | 90 | 42,9 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 44 | 21,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablodan da anlaşıldığı gibi katılımcıların % 63,9'u mesleğiyle ilgili okumuş olduğu okulda yeterli mesleki eğitimi aldığını, 1/4'ü ise bu okullarda yeterli mesleki eğitimi alamadığını belirtmiştir. Bu durum mesleki okullarda eğitimin bir standardının olmadığını, eğitim alınan okula göre bilgi ve beceri seviyesinin değiştiğini göstermektedir. Sunulan hizmetin hayati önemi ve ciddiyeti düşünüldüğünde verilen mesleki eğitimin istenilen seviyede olmadığı görülmektedir. Zaten bu yetersizlikte sahada kendini göstermekte, personel arasındaki iş uyumunu bozmakta ve hizmet sunumunda sıkıntılara neden olmaktadır. 112 ASH ile ilgili eğitim veren lise ve yüksekokulların bu konuda yeterince başarılı olamadıkları ve öğrenciye gerekli mesleki bilgi ve beceriyi tam olarak veremedikleri görülmektedir. Bu okulların uyguladıkları eğitim politikalarını gözden geçirerek kapasitelerini zorlamak yerine, kendi imkân ve olanaklarını iyileştirmeye odaklanmaları, eğitimci eksikliklerini bir an evvel gidererek öğrencilere yeterli mesleki eğitim olanaklarını sağlamaları gerekmektedir.

Tablo 19. Katılımcıların Meslekleriyle İlgili Öğrenim Görmüş Oldukları Okullardaki Mesleki Uygulamaları Yeterlilik Algıları

| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda gerektiği kadar mesleki uygulama yapabildim | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 21 | 10,0 |
| Katılmıyorum | 59 | 28,1 |
| Kararsızım | 29 | 13,8 |
| Katılıyorum | 61 | 29,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 40 | 19,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH, mesleki teorik bilginin mesleki uygulamayla birlikte sunulduğu hizmetlerdir. Bu nedenle bu hizmetlerde mesleki uygulamaları yapabilmek oldukça önemlidir. Meslek okullarının öğrencilerine mutlaka yeterli mesleki uygulama olanağını sağlaması gerekir. Tablo 19’da da görüldüğü gibi mesleği ile ilgili okumuş olduğu okulda yeterli mesleki uygulama yapabildiğini belirten katılımcıların oranı %50’nin altındadır. Bu durum, mesleki okulların ciddi bir kısmının yeterli uygulama olanaklarının olmadığını, öğrencilere bu yüzden mesleki uygulamaların yaptırılmadığını göstermektedir. Meslek okullarındaki idareciler mesleki uygulama koşullarının oluşturulması konusunda sağlık kuruluşlarıyla daha etkin işbirliğine gitmelidirler. Hastanelerde ise uygulama yapan stajyer öğrencileri bedava işgücü gibi görme anlayışı değiştirilmeli, öğrencilere mesleki uygulama ile ilgili gerekli destek sağlanmalıdır. Çünkü bu öğrenciler mezun olduklarında yine bir şekilde bu kurumlarda görev yapacaklardır.

Tablo 20. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Bilgi ve Becerilerinin Seviyesini Yeterlilik Algıları

| Hizmet sunumunda görevimle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahibim | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 5 | 2,4 |
| Katılmıyorum | 16 | 7,6 |
| Kararsızım | 24 | 11,4 |
| Katılıyorum | 109 | 51,9 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 56 | 26,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada sorulan bu soruda, katılımcıların görevleriyle ilgili bilgi ve becerilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Tablo 20’de de görüldüğü gibi katılımcıdan %78,6’sı hizmet sunumunda göreviyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olduğunu belirtmiştir. Kalan kısmın bilgi ve beceri yetersizliği ise personelin mesleğiyle ilgili okumuş olduğu okulun yetersiz eğitiminin yanında hizmet içi eğitimlerin ve görevdeki tecrübe eksikliğinin bir sonucudur. Bazı çalışanların mesleklerine gerekli ilgi ve alakayı göstermemesi, yaptıkları işi isteyerek ve severek yapmaması da bu sonucu etkilemektedir. Personelin genç yaşta olmasından kaynaklanan sorumluluk bilincinin yetersizliği, altyapı yetersizlikleri, hizmet sunumundaki karşılaşılan güçlükler gibi nedenler böyle bir durumun oluşmasına katkıda bulunmuştur.

Araştırmada elde ettiğimiz bulgularla Tosun ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmanın sonuçları da personelin eğitim, bilgi ve beceri yetersizliklerinin tespiti konusunda paralellik göstermektedir. “Tosun ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre, çalışmaya katılan stajyer sağlık astsubaylarının %79,6’sı hiç defibrilatör kullanmadığını, %33,3’ü hiç kanama kontrolü yapmadığını, %53,7’si hiç kırık stabilizasyonu yapmadığını belirtmiştir. Askeri sağlık personeli olarak karşılaşma olasılıkları daha yüksek olan “Ateşli Silah Yaralanmasına Müdahale” konusunda kendini yeterli algılayanlar ise %72,2’dir. 10 soruluk bilgi sınavında soruların tamamını doğru yanıtlayan olmamış ve doğru yanıt sayısı ortalaması 5.9 ± 1.3 (en az 3, en fazla 9) tür.”¹

Konunun önemli olan bir başka boyutu da çalışanlardan bazılarının mesleki bilgi ve beceri eksikliklerini kendilerinin bile kabullenmiş olmasıdır. “Batı’nın yaptığı çalışmada da, Konya’daki 112 ASH çalışanlarının olay yerinde vakalara yaptıkları müdahalelerin algoritmaya uygunluğunun çok düşük düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Çalışma neticesinde kardiyovasküler sistem hastalıklarında yapılan müdahalelerin sadece %11,9’u, solunum sistemi hastalıklarında %2,6’sı, zehirlenme-ilaç intoksikasyonlarında %5,5’i algoritmaya uygun bulunmuştur. Nörolojik hastalıklar, travmalar, metabolik hastalıklar ve diğer hastalık gruplarında yapılan

¹ U. Tosun-Ç. Kızılkın-S. Kılıç-M. Özer-N. Yıldırım, “Yeni Mezun Paramediklerin İlk ve Acil Yardım Teorik/Uygulamalı Eğitim Düzeyi ve Yeterlilik Algıları” TAF Preventive Medicine Bulletin, C. 8, S.4, 2009, s. 291

müdahaleler ise algoritmaya uygun değildir.”¹ Buna rağmen bu kişilerin sahada çalışmaya devam ediyor olması hizmet alanlar açısından çeşitli risklerin oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bilgi ve beceri yetersizliği tespit edilen personelin ilgili kurslara ve hizmet içi eğitimlere alınarak bilgi ve beceri eksikliklerinin giderilmesi sunulan hizmetin kalitesi ve güvenilirliği açısından faydalı olacaktır.

Tablo 21. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Uyum Eğitimlerine Katılım Durumları

| Görevime ilk başladığımda uyum eğitimi aldım | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 37 | 17,6 |
| Katılmıyorum | 43 | 20,5 |
| Kararsızım | 13 | 6,2 |
| Katılıyorum | 57 | 27,1 |
| Kesinlikle katılıyorum | 60 | 28,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada katılımcıların 1/3’ünden fazlasının görevlerine ilk başladıklarında işe uyum eğitimi almadıkları görülmektedir. Çalışanların bilgi ve beceri eksikliklerini belirli ölçüde bertaraf etmeyi ve personelin işe uyumunu kolaylaştırmayı amaçlayan uyum eğitimlerinin verilmemiş olması ciddi bir eksikliklerdir. 112 ASH teşkilatının ilk kuruluş aşamasında ve sonraki yıllarda teşkilatın yapılanma dönemi olması nedeniyle uyum eğitimleri yeterince önemsenmemiş gerektiği kadar yapılamamıştır. Ancak, son yıllarda 112 ASH’nin öneminin kavranmış olması, vatandaş odaklı hizmet anlayışının getirdiği hizmette kalite beklentisi yetkilileri bu konuda daha titiz davranmaya sevk etmiştir. Personeldeki bilgi ve beceri eksiklikleri görülerek ve personelin bu konudaki talebi dikkate alınarak bu eğitimler daha sık yapılmaya başlanmıştır. Göreve yeni başlayan her çalışanın mutlaka bu uyum eğitimlerini alarak işe başlaması çalışanların işe kolay uyum sağlaması açısından bir gerekliliktir.

¹ S. Batı, SB’ye Bağlı Hastane Öncesi ASH’de Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı YYLT, Konya, 2012, s. 88

Tablo 22. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Kurslara Katılım Durumları

| Görevimle ilgili kurslara düzenli olarak katılıyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle katılmıyorum | 5 | 2,4 |
| Katılmıyorum | 21 | 10,0 |
| Kararsızım | 14 | 6,7 |
| Katılıyorum | 93 | 44,3 |
| Kesinlikle katılıyorum | 77 | 36,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Çalışanların görevleriyle ilgili kurslara genellikle düzenli olarak katıldığı görülmektedir. Bu kurslara katılmayanların büyük bölümünün kurumdaki geçici görevli şoförler olduğu düşünülmektedir. Sağlık sektöründeki gelişmeler ve hızlı değişim bilgilerin sürekli güncellenmesini gerektirmektedir. 112 ASH’de belirli zaman aralıklarında düzenlenen bu kurslar personelin mesleki bilgi ve beceri yetersizliğini gidermekte oldukça etkilidir. Bu kurslara katılan 112 ASH çalışanları mesleki bilgilerini güncelleyebilmektedirler. Araştırmada, kurslara katılan personelin sahada daha verimli ve bilinçli çalıştığı, öz güvenlerinin daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hizmet kalitesini ve verimliliğini en iyi şekilde sağlamak için bu eğitimlerin daha sık ve tüm çalışanları kapsayacak şekilde verilmesi bir zorunluluktur.

Tablo 23. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Hizmet İçi Eğitimlere Katılım Durumları

| Görevimle ilgili düzenli olarak hizmet içi eğitim alıyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 9 | 4,3 |
| Katılmıyorum | 27 | 12,9 |
| Kararsızım | 30 | 14,3 |
| Katılıyorum | 82 | 39,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 62 | 29,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 23’de 112 ASH’de verilen hizmet içi eğitimlere personelin katılım durumuyla ilgili bulgular yer almaktadır. Hizmet içi eğitimler 112 ASH istasyonlarında bu konuda görevli personel veya başhekimliğe bağlı birimlerde çalışan görevliler tarafından ihtiyaç duyulduğunda verilen eğitimlerdir. Katılımcıların büyük bölümünün bu eğitimleri düzenli olarak aldığı görülmektedir.

Ancak, araştırmada katılımcıların sadece başhekimlik tarafından düzenlenen ve verilen hizmet içi eğitimleri dikkate aldığı görülmektedir. Oysa istasyonlarda bu eğitimlerin iş yoğunluğu, personel ilgi ve katılımının azlığı gibi nedenlerden dolayı ya çok seyrek yapıldığı ya da hiç yapılmadığı gözlemlenmiştir. İstasyonlarda bu eğitimler konusunda mutlaka bir personel görevlendirmesi yapılmalıdır. Bu eğitimlere tüm istasyon personelinin katılımı sağlanmalı belli bir düzene oturtulmalıdır. Eğer bu yapılabilirse personelin mesleki anlamda kendini yetersiz hissettiği konularda, kendi istasyonunda bilgi edinmesine imkân tanınarak personel arasındaki bilgi paylaşımı ortamı yaratılmış olacaktır. Bu eğitimlerin 112 ASH istasyonlarında sürekli ve düzenli bir şekilde verilmesi personelin bilgi ve beceri güncellemesini sağlayacak, işe olan bağlılığı arttıracak ve iş takibini kolaylaştıracaktır.

Tablo 24. Katılımcıların Görevleriyle İlgili Hizmet İçi Eğitimler Hakkındaki Yeterlilik Algıları

| Almış olduğum hizmet içi eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 7 | 3,3 |
| Katılmıyorum | 34 | 16,2 |
| Kararsızım | 42 | 20,0 |
| Katılıyorum | 81 | 38,6 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 46 | 21,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada katılımcıların yarıdan fazlasının hizmet içi eğitimleri yeterli bulduğu görülmektedir. Tablo 23'deki analizle bağlantılı olarak hizmet içi eğitim konusunda yaşanılan kavram kargaşası ve bazı çalışanların bu eğitimlere isteyerek ve severek gitmemesi hizmet içi eğitimleri yeterli bulduğunu söyleyenlerin oranının yüksek çıkmasında etkili olmuştur. Hizmet içi eğitimleri yetersiz bulduğunu belirten katılımcıların oranı ise bu konuda kararsız olduğunu belirten katılımcılarla birlikte değerlendirildiğinde daha anlamlı bir sonuç ortaya koymaktadır.

3. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN KURUMSAL FAKTÖRLER

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanların sunmuş oldukları hizmeti etkileyen kurumsal faktörler incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve 112 ASH sunumuna olumsuz etki ettiği düşünülen kurumsal faktörler konusunda önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 25. Katılımcıların Meslekleriyle ilgili yasal Düzenlemeleri Yeterlilik Algıları

| Mesleğimle ilgili yeteri kadar yasal düzenleme mevcut | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 32 | 15,2 |
| Katılmıyorum | 59 | 28,1 |
| Kararsızım | 65 | 31,0 |
| Katılıyorum | 30 | 14,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 24 | 11,4 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplar, 112 ASH çalışanlarının sahada ya da kurum içerisinde karşılaştıkları bazı sıkıntı ve zorlukların, kendi meslekleriyle ilgili mevzuat ve yasal yetersizliklerden kaynaklanıp kaynaklanmadığı konusundaki görüşlerini yansıtmaktadır. Soruya verilen cevaplar incelendiğinde ise bu konuda kararsız olanların oranının epeyce yüksek olduğu ve sadece her 4 çalışandan 1'inin mesleğiyle ilgili yeterli yasal düzenlemenin olduğunu belirttiği görülmektedir. 112 ASH'nin kısa bir geçmişinin olması kurumsal tecrübenin azlığı nedeniyle çalışanların ihtiyaç duyduğu yasal alt yapı ve mevzuatın eksikliklerinin olduğu anlaşılmaktadır. Araştırmada çalışanların, hizmet alan hasta ve hasta yakınlarıyla olan problemler, özellikle şiddete maruz kalma konusundaki düzenlemeleri yetersiz buldukları bu konuda muzdarip oldukları, meslekleriyle ilgili mevzuat konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları gözlemlenmiştir. 112 ASH personelinin hizmet sunumunda eksikliğini hissettiği konularda gerekli yasal düzenlemelerin zaman geçirilmeden yapılarak çalışanların meslekleriyle ilgili mevzuat konusunda bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

Tablo 26. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlerdeki Hizmet Binalarının Durumu

| Birimimize ait bağımsız bir istasyon binamız var | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 93 | 44,3 |
| Katılmıyorum | 32 | 15,2 |
| Kararsızım | 14 | 6,7 |
| Katılıyorum | 32 | 15,2 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 39 | 18,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada 112 ASH istasyonlarının 2/3 sinin bağımsız bir istasyon binasının olmadığı görülmektedir. 112 ASH'nin kuruluşundan bu yana geçen süre zarfında bu binaların yapılamamış olması ciddi bir eksikliklerdir. Bu mekânların fiziksel imkânlardan yoksun yetersiz ve uygunsuz ortamlardan oluşuyor olması buralarda görev yapan personelin motivasyonu, verimliliği ve sağlığı açısından da problem oluşturmaktadır. Konya ilinde son yıllarda hayırsever vatandaşlar tarafından standartlara uygun birkaç istasyon binası yapılarak hizmete açılmıştır. Ancak bu yeni yapılan istasyon binalarının bile inşaat kalitesi, su ve ısı yalıtımı çatısının olmaması gibi bir takım sorunları vardır. Bir an evvel konuyla ilgili kurulum ve kuruluşlarda bir planlama yapılarak, standartlara uygun bağımsız istasyon binalarının hizmete sokulması bir zorunluluktur.

Tablo 27. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlerdeki Hizmet Binalarının Fiziki Şartlarını Yeterlilik Algıları

| Birimimize ait istasyon binamız yeterli büyüklükte ve hizmetin gerektirdiği şartları taşıyor | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 84 | 40,0 |
| Katılmıyorum | 33 | 15,7 |
| Kararsızım | 33 | 15,7 |
| Katılıyorum | 33 | 15,7 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 27 | 12,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'nin fiziksel şartları ile ilgili bu soruya çalışanların büyük bölümü olumsuz cevap vermiştir. Tablo 26 ile bağlantılı olarak 112 ASH istasyonlarının bağımsız hizmet binalarının olmaması bu binaların hizmetin gerektirdiği şartları taşınamamasının en büyük sebebidir. 112 ASH'nin istasyonlarının büyük bölümü hala

başka sağlık kuruluşlarının binalarının bir bölümünü ya da lojmanlarını kullanmaktadırlar. Mevcut hizmet binaların bazıları 112 ASH için planlanmadığından çok küçük alanlardan, bir ya da iki odadan oluşmaktadır. Bazılarının doğru düzgün mutfağı, banyosu, tuvaleti, malzeme deposu ve ambulans garajı olmadığından fiziki olarak hizmetin gerektirdiği şartları taşımadığı görülmektedir. “Geçmişte Konya ilinde fiziki ortam şartlarının yetersizliğinin neden olduğu üzücü bir olay da yaşanmıştır. 2012 yılında Konya’nın Bozkır ilçesinde dikkatsizlik sonucu fiziksel yetersizliklerden kaynaklanan ve istasyondaki ısınma için kullanılan sobadan sızan gaz sonucu 2 personel yaralanmış 1 personel hayatını kaybetmiştir.”¹ Hizmet binalarıyla ilgili sorunların büyük bölümünün bağımsız istasyon binalarının yapılarak hizmete sokulmasıyla sona ereceği düşünülmektedir.

Tablo 28. Katılımcıların Ambulanslardaki Donanımı Yeterlilik Algıları

| Ambulans ya da hizmet aracımız hizmetin gereklerini karşılayabilecek donanıma sahip | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 25 | 11,9 |
| Katılmıyorum | 23 | 11,0 |
| Kararsızım | 37 | 17,6 |
| Katılıyorum | 81 | 38,6 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 44 | 21,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH’de görev yapan tüm ambulansların hizmetin gereklerini karşılayabilecek standart donanıma sahip olmaları amaçlanmıştır. Bu doğrultuda kaliteyi arttırmak amacıyla özellikle de son yıllarda standart donanımla ilgili eksikliklerin giderilmesi hususunda ciddi gayretler sarf edilmiştir.112 ASH’nde hizmet sunumunun ana unsurlarından olan ambulansların donanımlarıyla ilgili bu soruya çalışanların %50’den fazlası olumlu cevap vermiştir. Ancak bu oran ambulans ya da hizmet araçlarının tümünün hizmetin gereklerini karşılayabilecek donanıma sahip olduklarını göstermek için yeterli değildir. Çünkü böyle bir soruya 112 ASH çalışanlarının ciddi bir bölümünün olumsuz yanıt vermiş olması bu araçlarda hala donanımla ilgili sıkıntılarının varlığının bir delilidir. Bu sıkıntılarının nedeninin ise eski, bozuk ya da hatalı oldukları için kullanılmayan malzemelerden kaynaklandığı,

¹, “112 Acil Servis Ekibi Sobadan Sızan Gazdan Zehirlendi, 1 ATT Şehit Oldu”; <http://www.attyiz.biz.tr/haber/138/112-acil-servis-ekibi-sobadan-sizan-gazdan-zehirlendi1-att-sehit-oldu.html>, (25.05.2014)

çalışanların bu tür malzemelerin yenilenmesi ve tamiri konusunda zorluklar yaşadıkları düşünülmektedir. 112 ASH ambulanslarındaki malzeme ve donanımın kullanılabilir halde ve eksiksiz olması, personelin bu konuda eğitilerek denetlenmesi hizmet kalitesini arttıracaktır.

Tablo 29. Ambulansların Fiziki Şartlara Dayanıklılık Durumları

| Ambulans ya da hizmet aracımız çok sık mekanik arıza yapıyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 33 | 15,7 |
| Katılmıyorum | 35 | 16,7 |
| Kararsızım | 25 | 11,9 |
| Katılıyorum | 52 | 24,8 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 65 | 31,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Bu soruda araştırmanın yapıldığı alan itibariyle sadece istasyonlarda görev yapan kara ambulansları değerlendirmeye alınmıştır. 112 ASH istasyonlarında çeşitli marka ve modellerde ambulanslar görev yapmaktadır. İstasyonlara yeni alınan araçlar yoğun çalışmadan dolayı genellikle ilk 1-2 yılda kat etmesi gereken km.yi doldurmakta, bakımları zamanında yapılmasına rağmen sürekli görevde olmaları nedeniyle yıpranmakta ve bu süreçte de mekanik bir takım arızalar çıkarabilmektedirler. Konya 112 ASH'deki km. si yüksek, yıpranmış ambulansların sayısının bir hayli fazla olması ve gerekli yenilemenin yeterince yapılamaması nedeniyle ambulanslar çok sık mekanik arıza yapmaktadırlar. Araştırmada da çalışanların büyük bölümünün bu doğrultuda görüş belirttikleri görülmektedir. Bu arızaların sıklığı hizmet sunumunu aksatarak kesintiye uğratmakta ve kuruma da ek maliyetler yüklemektedir. 112 ASH ambulansları dayanıklı ve sağlam araçlar olmak zorundadır. Bu nedenle hizmete alınan araçlar dayanıklı ve mekanik arıza çıkarma olasılığı düşük olan kaliteli araçlardan seçilmeli, ambulanslardaki değişim ve yenilemeler zamanında yapılmalıdır. Kurumdaki yıpranmış ve sık arıza yapan araçlar istasyonlardan çekilerek sayıları azaltılmalıdır.

Tablo 30. Katılımcıların Görevlerini Yerine Getirirken Malzeme, Araç, Gereç Sıkıntısı Yaşama Durumları

| Görevimi yerine getirirken malzeme, araç, gereç sıkıntısı yaşıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 23 | 11,0 |
| Katılmıyorum | 59 | 28,1 |
| Kararsızım | 48 | 22,9 |
| Katılıyorum | 55 | 26,2 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 25 | 11,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının sundukları hizmetin en önemli parçasını kullandıkları malzeme araç ve gereçler oluşturmaktadır. Bu malzeme ve araç-gereçlerin desteği olmadan bu hizmetlerin sunumu imkânsızdır. Konya 112 ASH çalışanlarının bir bölümünün bu konuda sıkıntı yaşadıkları görülmektedir. Özellikle ilçelerde görev yapan personelin bazı araç-gereç ve malzemelerin temini için il merkezine gitmesinin gerekmesi, istasyonlarda çalışan personelin bu malzemelerin takip ve istemini zamanında yapmaması, istenen malzemenin kurumda bulunmaması veya alımının gecikmesi, kullanılan malzemenin eski ve arızalı olması gibi nedenlerden dolayı bu sıkıntıların yaşanıldığı düşünülmektedir. 112 ASH istasyonlarındaki eksik araç, gereç ve malzemeler temin edilmeli, bozuk ve arızalı olanlar yenileriyle değiştirilmeli, ambulanslarda ve istasyonlarda oluşturulan depolarda yeterli seviyede yedek bulundurulmalıdır. Bu konuda gerekli duyarlılığı göstermeyen personel uyarılmalı denetimler konusunda hassas davranılmalıdır.

Tablo 31. Katılımcıların Müdahalede Buldukları Vakalarla İlgili Aciliyet Değerlendirmeleri

| Gün içerisinde müdahalede bulunduğum vakaların büyük çoğunluğu acil müdahaleye ihtiyacı olmayan vakalardan oluşuyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 12 | 5,7 |
| Katılmıyorum | 11 | 5,2 |
| Kararsızım | 13 | 6,2 |
| Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 125 | 59,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH istasyonlarında görev yapan ekiplerin gün içerisinde çıkmış oldukları vakaların büyük bölümünün aciliyet arz etmeyen vakalardan oluştuğu çalışanların da genel olarak bu yönde görüş bildirdikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan 112 ASH personelinin % 82,8'i de bu doğrultuda görüş belirtmişlerdir. Ülkemizde 112 ASH hizmetleri konusunda yeterli bilinçlendirme ve vatandaş hassasiyeti oluşturulamadığından bu hizmetler vatandaşlar tarafından suiistimal edilerek genellikle amacı dışında kullanılmaktadır. Vatandaşlar sağlıkla alakalı her sorununda 112 ASH'yi aramakta ve bu hizmetlerde görev yapan ambulansları da hastanelere hasta götüren bir vasıta gibi görmektedirler. "Atilla ve arkadaşları, ambulanslarla hastanelere getirilen hastaların üçte ikisinin acil servisten taburcu olduğunu ve ambulansların amacı dışında kullanımlarının araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir."¹ Bu konuyla ilgili olarak yapılan başka araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. "Önge ve arkadaşları, 112 ambulansı ile hastanelere getirilen hastaların %74,9'unun acil servisten taburcu edildiğini tespit etmişlerdir."² Bu araştırmanın verileri dikkate alındığında ambulansların uygunsuz kullanım oranının Türkiye'de %70'in üzerinde olduğu görülmektedir. "Dib ve arkadaşları ise Hollanda'da ambulans çağrılarının sadece % 60'ının hastaneye nakledildiğini saptamışlardır."³ Bu durum ambulansların uygunsuz kullanım oranlarının sadece ülkemizde değil başka ülkelerde de yüksek düzeylerde olduğunun bir göstergesidir.

Kendi görev alanı dışındaki hastalarla meşgul olan 112 ASH ekiplerinin gerçekten acil yardıma ihtiyacı olan hastalara yetişmekte geç kaldığı, istenilen hizmeti sunmadığı bu konuda vatandaş ve personel arasında bazı durumlarda boyutu şiddete varacak ölçüde ciddi sıkıntılar yaşandığı görülmektedir. Biran evvel ilgili kurum ve kuruluşlar vasıtasıyla kitle iletişim araçları daha etkin kullanılarak 112 ASH konusunda vatandaşların yeterince bilinçlendirilmesi ve bu konuda daha hassas davranmaları sağlanmalıdır. Bu hizmetleri amacı dışında kullananlara yönelik caydırıcı önlemler alınmalı gerekirse yaptırımlar uygulanmalıdır.

¹ Ö. D. Atilla-D. Oray-Ş. Akın-K. Acar-A. Bilge, "Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları", Türkiye Acil Tıp Dergisi, C. 10, S. 4, 2010, s. 179

² T. Önge-S. Satar-N. Kozacı-A. Açıkalın-Z. Köseoğlu-M. Gülen-Ü. Karakurt, "112 İle Acil Tıp Servisine Getirilen Erişkin Hastaların Analizi", The Journal Of Academic Emergency Medicine, C. 12, S. 3, 2013 s. 153

³ J. E. Dib-S. Naderi-I. A. Sheridan-K. Alagappan, "Analsis and Applicability Of The Dutch EMS System İnto Countries Developing EMS System", The Journal of Emergency Medicine, C. 30, S.1, 2006, s. 111

Tablo 32. Katılımcıların Çalışma Sistemlerinin Hizmet Sunumuna Uygunluğuyla İlgili Değerlendirmeleri

| Çalışma sistemimizin hizmet sunumumuzun gereklerine uygun olduğunu düşünüyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 11 | 5,2 |
| Katılmıyorum | 22 | 10,5 |
| Kararsızım | 55 | 26,2 |
| Katılıyorum | 84 | 40,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 38 | 18,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH devamlı ve kesintisiz verilmesi gereken hizmetlerdendir. Çünkü insan hayatı söz konusudur. Bu doğrultuda bu hizmet kolunda çalışan personel de devamlı ve kesintisiz hizmet üretmektedir. 112 ASH istasyonlarında görev yapan personel 3 kişiden oluşan ekipler halinde ve 24 saatlik nöbet sistemiyle çalışmakta, kesintisiz ve devamlı hizmet sunmaktadır. Çalışanların yarısından fazlasının bu çalışma sisteminden memnun olduğu 1/4'nin bu konuda net bir görüşünün olmadığı görülmektedir. Nöbet sayısının 7-8 günle sınırlı olması nedeniyle personelin daha az iş stresi yaşamaması, nöbet sonrasında 3 yada 4 gün izin kullanması personelin memnuniyetine olumlu katkı sağlayan, hafta sonu ve resmi tatil günlerinde nöbet tutuluyor olması ise olumsuz görüş bildirilmesinde etkili olan en önemli etkenler olarak gözlemlenmiştir. 112 ASH'de hizmet sunumunun gerekleri düşünüldüğünde mevcut nöbet sisteminin en iyi çalışma sistemi olduğu düşünülmektedir. Personelin bu konudaki fikir ve görüşleri değerlendirildiğinde uygulanacak olan daha farklı bir sistemin personelin hizmet sunumuna olumlu bir yansımalarının olabileceği sanılmamaktadır.

Tablo 33. Katılımcıların Nöbet İzinlerini Yeterlilik Algıları

| Nöbet bitiminde yeteri kadar nöbet izni kullanabiliyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 28 | 13,3 |
| Katılmıyorum | 19 | 9,0 |
| Kararsızım | 28 | 13,3 |
| Katılıyorum | 93 | 44,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 42 | 20,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının nöbet sonrasında yeterli nöbet izini kullanabildikleri görülmektedir. Bu izinler genellikle nöbet sonrasında 3 ya da 4 gün istirahat şeklinde olmaktadır. Ancak çeşitli nedenlerle nöbet sayısının olması gerekenden fazla olduğu durumlarda izin süresi kısalmaktadır. Nöbet sayısı fazla olduğu için yeteri kadar izin kullanamadığını belirtenlerin büyük bölümü bu kişilerdir. Ayrıca il merkezi ve ilçeler arasında nöbet sayıları konusunda il merkezi lehine bir durumun söz konusu olduğu görülmektedir. İl merkezindeki istasyonlarda genellikle 5 ekip görev yapıyorken ilçelerde bu 4 ekibe düşmektedir. Ekip sayısının fazlalığı tutulan nöbet sayısını azaltmakta ve izin süresini uzatmaktadır. İlçelerdeki 112 ASH istasyonlarında çalışan ekiplerin il merkezine göre daha fazla nöbet tuttuğu ve daha az nöbet izni kullandıkları görülmektedir. 112 ASH istasyonlarındaki personel dağılımının dengeli yapılması ve özellikle kırsal alandaki personel sıkıntısının yeterince giderilmesiyle bu nöbet sayıları standart olacağından, yeterince nöbet izni kullanamayan personelin nöbet izinleriyle ilgili sıkıntısının da ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

Tablo 34. Katılımcıların Görev Sırasında Yemek İhtiyaçlarını Giderebilme Durumları

| Görevim sırasında yemek ihtiyacımı karşılamakta zorluk ve sıkıntı yaşıyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 13 | 6,2 |
| Katılmıyorum | 34 | 16,2 |
| Kararsızım | 23 | 11,0 |
| Katılıyorum | 37 | 17,6 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 103 | 49,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının zorluk ve sıkıntı yaşadıkları bir başka konu da nöbetlerde yemek ihtiyacını giderebilme konusudur. 2011 yılında 112 ASH çalışanlarının ücretsiz yemek yardımı ile ilgili yönetmelik çıkarılmıştır. 2013 yılında da T.C. S.B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yiyecek yardımı genelgesi yayımlanarak konu hakkındaki ASH Genel Müdürlüğü'nün yazısı tüm hastanelere gönderilmiştir. Ancak bu yönetmelik sahada uygulanamamış çalışanların yemek sorunu çözülememiştir. Mevcut çalışma sisteminde personelin zinde kalabilmesi için her nöbette en az iki veya üç defa yemek yemesi gerekmektedir. 112 ASH istasyonlarındaki çalışanların büyük bölümünün yemek ihtiyaçlarını bulunulan yerde

hastane olmaması, hastanelerin yemek verme konusundaki isteksizlikleri ve vaka yoğunluğundan dolayı yemek saatinde yemekhaneye gidilememesi gibi nedenlerle, genellikle istasyonlarda yer alan mutfaklarda kendi getirdikleri malzemeleri kullanarak yaptıkları yemeklerle gidermeye çalıştıkları görülmektedir. Bu yüzden bazı 112 ASH istasyon binalarında vatandaşlar tarafından hoş karşılanmayan görüntüler oluşmaktadır.

İstasyonlarda yemek yapamayan personelin ise evden getirdikleri hazır yiyecekleri yiyerek veya kendilerine en yakın hastanelerin yemekhanelerine giderek yemek ihtiyaçlarını gidermeye çalıştıkları ya da var ise çevredeki restoranlardan yemek yedikleri görülmektedir. 112 ASH çalışanlarının bu sıkıntısının ortadan kaldırılması konusunda yemek dağıtımı, yiyecek malzeme dağıtımı gibi çözüm yolları konuşulsa da en iyi çözüm yolu yemek yardımının nakdi olarak yapılması olacaktır.

Personelinde bu doğrultuda talebinin olduğu gözlemlenmektedir. Yemek yardımı nakdi olarak yapılırsa personel kendi olanak ve şartları doğrultusunda bu ihtiyacını giderecek en azından bu konuda şikâyet etmeyecektir.

Tablo 35. Katılımcıların Yemek İhtiyaçlarını İstasyonlarında Giderebilme Durumları

| Yemek ihtiyacımı istasyonumuzda kendimin ve ekip arkadaşlarımla hazırladığım yemeklerle gideriyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 17 | 8,1 |
| Katılmıyorum | 29 | 13,8 |
| Kararsızım | 27 | 12,9 |
| Katılıyorum | 57 | 27,1 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 80 | 38,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 35’de tablo 34’dekine benzer bir sonuç çıkmıştır. 112 ASH istasyonlarında çalışanların büyük bölümünün kendilerinin yemek yaptığı ve kahvaltı tarzı yiyeceklerle durumu idare ettikleri görülmektedir. İstasyonlarda yemek yapma konusunda ekip uyumunun önemli olduğu ekip içerisinde yemek hazırlama konusunda işbirliğinin olması durumunda bu konunun daha kolay halledildiği gözlemlenmiştir. 112 ASH’de ağırlıklı olarak bayan personelin çalışıyor olması bu

yemekleri hazırlama konusunda bir avantaj gibi görünmektedir. Erkek çalışanların ise bu konuda pek de becerikli olmadıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 36. Katılımcıların Kurumlarındaki İdari Yapılanmadan Etkilenme Durumları

| Kurumumuzdaki idari yapılanma nedeniyle sıkıntılar yaşıyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 29 | 13,8 |
| Katılmıyorum | 47 | 22,4 |
| Kararsızım | 51 | 24,3 |
| Katılıyorum | 48 | 22,9 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 35 | 16,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH istasyonlarının alana dağılmış olması diğer kurumlardan farklı bir idari yapılanmayı da beraberinde getirmiştir. Bu yapılanma bazı çalışanlar için bir sorun gibi görülebilmektedir. Merkezde görev yapan personelin hizmet sunumuyla ve idareyle ilgili karşılaştıkları her türlü sıkıntıda direk olarak İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği'ne başvurdukları sorunlarını hallettikleri görülmektedir. Merkez haricinde çalışan personelin ise bu idari yapıdan en fazla muzdarip olan personel olduğu görülmektedir. Bu personelin hem hizmet hemde idari anlamda hangi amire karşı ne şekilde sorumlu olduklarını yeterince bilmedikleri bu konuda kavram karmaşası yaşadıkları gözlemlenmiştir.

Tablo 37. Katılımcıların Kurumlarındaki İdari Yapılanma Algıları

| Kurumumda idari anlamda çok başlılık olduğunu düşünüyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 30 | 14,3 |
| Katılmıyorum | 47 | 22,4 |
| Kararsızım | 48 | 22,9 |
| Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 36 | 17,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH istasyonları son yıllarda yapılan değişikliklerle idari anlamda her ne kadar İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği'ne bağlı birimler olarak hizmet veriyor olsa da sunulan hizmet anlamında merkez dışındaki yerlerde ilçe sağlık müdürlüklerine ve mülki amirlere karşı da sorumludurlar. Hem idari hem de

hizmet anlamında birden çok amire karşı sorumlu olan 112 ASH ekiplerinin bir kısmının bu durumu idari anlamda çok başlılık olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bu görüşe katılmayan çalışanların ise genelde il merkezinde görev yapan çalışanlar olduğu düşünülmektedir. 112 ASH çalışanlarının hizmet anlamında da sadece İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği'ne karşı sorumlu olarak çalışması, personelin motivasyonunu olumlu etkileyecek ve çalışanların kafasında oluşan kavram karmaşasını giderecektir.

Tablo 38. Katılımcıların Çalıştıkları Birimlerdeki Sekretarya İşlerini Yapabilme Durumları

| Birimimizle ilgili sekretarya işlerini birimizde çalışan tüm sağlık personeli yapıyor | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 14 | 6,7 |
| Katılmıyorum | 26 | 12,4 |
| Kararsızım | 25 | 11,9 |
| Katılıyorum | 84 | 40,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 61 | 29,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH önemine binaen her aşaması kayıt altında tutulması gereken ve bu nedenle istatistik kayıtların yoğun şekilde tutulduğu hizmetlerdir. 112 ASH istasyonları çalışanları sağlık hizmeti sunumunun her aşamasını hem elektronik ortamda hem de matbu olarak kaydetmek, bu işler ile ilgili bir takım istatistik ve yazışmaları da yapmak durumundadırlar. 112 ASH çalışanlarının büyük bölümünün bu tür işleri yaptığı az bir kısmının da bu işleri yapmadığı ya da yapamadığı görülmektedir.

Tablo 39. Katılımcıların İstasyonlarındaki Sekretarya İşlerinden Etkilenme Durumları

| Birimimle ilgili sekretarya işleri hizmet sunumumu zorlaştırıyor | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 13 | 6,2 |
| Katılmıyorum | 31 | 14,8 |
| Kararsızım | 42 | 20,0 |
| Katılıyorum | 61 | 29,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 63 | 30,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanlar ASH alanında yetiştirilmiş olan çalışanlardır. Bu çalışanlardan tıbbi sekreterlerin yapması gereken sekretarya işlerini tam olarak yapmaları beklenmemelidir. Sekretarya işleri hakkında yeterli bilgisi olmayan çalışanlara bu tür işlerin yaptırılması bu konuda sıkıntı yaşamasına neden olmuştur. Çalışanların hizmet sunumunda bu tür işlerden olumsuz etkilendiği, tam olarak yapamadığı, sıklıkla da eksik ya da yanlış yaptığı, nöbet sistemi nedeniyle evrak ve kayıt takibini yapmakta zorlandıkları görülmektedir. Bu işleri yapmayan veya yapamayan kişilerin bu konuda ki bilgisizlikleri nedeniyle bu tür sekretarya işleri konusunda ilgisiz davrandıkları, bu nedenle de ekip içerisinde işbirliği ve uyumun bozulduğu gözlemlenmiştir. Kayıt ve istatistiğin yoğun olarak kullanıldığı 112 ASH'de her istasyona günlük mesaiye gelerek sekretarya işlerini yapacak bir personel görevlendirmesinin yapılması, bu tür işlerin doğru ve düzgün yapılmasını sağlayacak, bu konuda zorlanan personelin motivasyonuna olumlu katkıda bulunacaktır.

Tablo 40. 112 ASH İstasyonlarında Hekimlerin Çalışma Durumu

| Birimimizde görevli hekim yok | Sayı | Yüzde(%) |
|--------------------------------------|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 23 | 11,0 |
| Katılmıyorum | 18 | 8,6 |
| Kararsızım | 11 | 5,2 |
| Katılıyorum | 67 | 31,9 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 91 | 43,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Konya ilinde bulunan 112 ASH istasyonlarının büyük bölümünde hekim çalışan bulunmamaktadır. Ülkemizdeki hekim sayısının azlığı, aile hekimliği uygulaması, mevcut hekimlerin bir kısmının asli görevleri dışında idareci olarak çalıştırılmaları vb. gibi nedenlerden dolayı 112 ASH istasyonlarının tamamına hekim atanmamaktadır. Hekimler genellikle il merkezinde bulunan belirli istasyonda görev yapmaktadırlar. Hekim olmayan istasyonlardaki hekim boşluğu ise sahada görev yapan ekipleri yönlendiren KKM'lerde ki nöbetçi hekimlerle doldurulmaya çalışılmaktadır.

Tablo 41. Katılımcılar Açısından Hekimsiz Çalışmanın Hizmet Sunumuna Etkisi

| Hekimsiz çalışmak hizmet sunumunu olumsuz etkiliyor | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 51 | 24,3 |
| Katılmıyorum | 42 | 20,0 |
| Kararsızım | 50 | 23,8 |
| Katılıyorum | 32 | 15,2 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 35 | 16,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 41 incelendiğinde 112 ASH istasyonlarında hekimsiz çalışmanın hizmet sunumuna olumsuz etkisinin sınırlı kaldığı görülmektedir. Tablo 31’de de görüldüğü gibi 112 ekiplerinin müdahalede buldukları vakaların büyük bölümünün acil müdahale gerektirmeyen hastalardan oluşması ve 112 ASH ekiplerine KKM’lerde telsiz ya da telefonla danışman hekimlik hizmetinin verilmesi hekime olan gereksinimini oldukça azaltmıştır. Ayrıca 112 ASH’de ambulansa alınan hastalara yapılan bazı uygulamaların standart uygulamalar olması, hekim dışı personelin bu uygulamaları yapabiliyor olması ve yerleşim merkezlerinde hastanelere çabuk ulaşılması da istasyonlarda hekime duyulan ihtiyacın azalmasına katkıda bulunan diğer etkenler olmuştur.

Bununla birlikte katılımcıların %31,9’u da hekimsiz çalışmanın hizmet sunumunu olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Hekimsiz çalışmanın hizmet sunumunu olumsuz etkilediğini belirtenlerin ciddi bir kısmının hastanelere uzak istasyonlarda çalışan kişiler olduğu düşünülmektedir. Çünkü kırsal alanda genellikle az sayıda ve hayati durumu ciddi vakalar 112 ASH ekiplerine müracaat etmektedirler. 112 ASH ekiplerinin hastaya müdahale konusundaki yetkisi sınırlı olduğundan ve kırsal alandaki ekiplerin hastanelere ulaşım zamanı uzun olduğundan hekim gereksinimleri daha yüksek olmaktadır. Bu ihtiyaca rağmen buralardaki vaka yoğunluğunun azlığı nedeniyle hekim görevlendirmesi yapılmamakta hekim açığı AABT görevlendirilmesiyle giderilmeye çalışılmaktadır. İstasyonlardaki ATT ve AABT’lerin eğitim seviyeleriyle birlikte bilgi ve beceri düzeylerinin yükseltilerek, yetkilerinin genişletilmesi 112 ASH istasyonlarındaki hekime duyulan ihtiyacı en az seviyeye indirecektir.

4. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN İŞGÜCÜ VE ÇALIŞANLAR İLE İLGİLİ FAKTÖRLER

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanların mevcut durumunun ve personelin özelliklerinin hizmet sunumunu ne şekilde etkilediği incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve 112 ASH sunumunu etkileyen işgücü ve çalışanlar ile ilgili bazı olumsuz faktörler hakkında önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 42. Katılımcıların Hizmet Sunumunun Fiziksel Zorluklarıyla Baş Etmede Cinsiyet Faktörünün Etkinliğini Değerlendirmesi

| Hizmet sunumunun fiziksel zorluklarıyla baş etmede cinsiyet faktörünün önemli bir etken olduğu kanaatindeyim | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 16 | 7,6 |
| Katılmıyorum | 23 | 11,0 |
| Kararsızım | 32 | 15,2 |
| Katılıyorum | 72 | 34,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 67 | 31,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının sağlıklı hizmet sunabilmeleri ve karşılaştıkları birtakım güçlükleri aşabilmeleri için bazı fiziksel özelliklere sahip olması gerekmektedir. Aksi takdirde çalışanlar görevlerini gerektiği gibi yapamayacak ekip içerisindeki uyum bozulacaktır. Bu nedenle bu soruda çalışanların, fiziksel özelliklerinin belirlenmesindeki en önemli etken olan cinsiyet faktörünü değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme sonucunda çalışanların büyük bölümünün hizmetin zorluk ve sıkıntılarıyla baş etme konusunda cinsiyetin önemli bir etken olduğu görüşüne katıldıkları tespit edilmiştir.

Tablo 43. Katılımcıların 112 ASH Sunumunda Görev Alan Bayan Çalışan Oranının Hizmet Sunumuna Etkisini Değerlendirmesi

| Birimimizde çalışan personelin çoğunluğunun bayan olması işimizi zorlaştırıyor | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 21 | 10,0 |
| Katılmıyorum | 42 | 20,0 |
| Kararsızım | 34 | 16,2 |
| Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 64 | 30,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 4'tende anlaşıldığı gibi 112 ASH'de de ağırlıklı olarak bayanların görev yapıyor olmasının zorluklarla baş etme konusunda ekipleri olumsuz etkilediği görülmektedir. Çünkü bayan çalışanlar hassas yapıları ve fiziksel özellikleri nedeniyle erkek çalışanlara göre olumsuzluk ve zorluklardan daha çok etkilenmektedirler. Fiziki güç gerektiren hasta ve malzeme taşıma sırasında zorlanmakta yeterli düzeyde ambulans sürücülüğü yapamamaktadırlar. Kırsal alanda özellikle geceleri erkek çalışanlara oranla daha fazla güvenlik kaygısı yaşamaktadırlar. Şiddete eğilimli hasta ve hasta yakınlarına karşı erkek çalışanlara göre daha savunmasızdırlar. Hamilelik ve doğum gibi bayanlara özel durumlardan dolayı iş devamlılıkları kesintiye uğrayabilmektedir. Bu nedenle 112 ASH'nin bayan ağırlıklı çalışan yapısı değiştirilerek erkek çalışan ağırlıklı veya cinsiyet açısından dengeli bir yapı oluşturulmalıdır.

Tablo 44. Katılımcıların İstasyonlardaki Personel Sayısını Yeterlilik Algıları

| Çalıştığım birimde yeteri kadar sağlık personeli yok | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 34 | 16,2 |
| Katılmıyorum | 63 | 30,0 |
| Kararsızım | 20 | 9,5 |
| Katılıyorum | 34 | 16,2 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 59 | 28,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcıların bu soruya verdiği yanıtların gruplar arasında dengeli bir dağılım gösterdiği görülmektedir. Bunun nedeni 112 ASH'de personelin il merkezi ve büyük ilçelerdeki istasyonlarda yoğunlaşmış olmasıdır. Buralarda personel

ihtiyacı büyük ölçüde giderilmiş durumdadır. Hatta il merkezindeki bazı istasyonlarda personel fazlasının olduğu gözlemlenmiştir. İstasyonlarda personel sıkıntısının yaşandığı yerler ise genellikle küçük ilçeler ve kırsal alandaki istasyonlardır. Bu istasyonların bazılarında eleman sayısı olması gerekenin yarısından bile daha azdır. Bu nedenle il merkezi ve büyük ilçe merkezlerinde çalışanların bu soruya olumsuz küçük ilçeler ve kırsal alandaki istasyonlarda çalışanların ise bu soruya olumlu yanıt verdikleri düşünülmektedir. Ortaya çıkan bu sonuç, Konya il genelinde 112 ASH’de personel dağılımının dengeli yapılamadığını açıkça göstermektedir.

Tablo 45. Katılımcıların Eleman Yetersizliği Nedeniyle Fazla Mesai Yapma Durumları

| Eleman yetersizliğinden dolayı fazla mesai yapmak zorunda kalıyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 38 | 18,1 |
| Katılmıyorum | 51 | 24,3 |
| Kararsızım | 18 | 8,6 |
| Katılıyorum | 50 | 23,8 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 53 | 25,2 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Konya 112 ASH çalışanlarının yarısının personel yetersizliğinden dolayı fazla mesai yapmak zorunda kaldıkları görülmektedir. Personel eksiği olan istasyonlardaki açık ise mevcut personele olması gerekenden daha fazla nöbet tutturularak ve geçici görevli personel görevlendirilerek giderilmeye çalışılmaktadır. Bu nedenden dolayı Konya 112 ASH’de çok fazla geçici görevlendirme yapılmaktadır. Özellikle personel eksiği olan küçük ilçeler ve kırsal alandaki istasyonlardaki personelin nöbet sayısının fazlalığı personelde bıkkınlığa ve tükenmişliğe neden olmaktadır. Kırsal alandaki personel sayısının artırılması ve nöbet yoğunluğunun azaltılması için personel dağılımının gözden geçirilerek gerekli düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Tablo 46. Katılımcıların Nöbet Sayılarıyla İlgili Yeterlilik Algıları

| Çalıştığım kurumda olması gerekenden daha fazla nöbet tutuyorum | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 39 | 18,6 |
| Katılmıyorum | 62 | 29,5 |
| Kararsızım | 20 | 9,5 |
| Katılıyorum | 40 | 19,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH istasyonlarındaki çalışanların aylık mesai saatlerini doldurabilmeleri için 7 ile 8 gün tam zamanlı nöbet tutmaları yeterli olmaktadır. Çalışanların nöbet sayıları ise istasyonlardaki personel durumuna göre değişebilmektedir. Personel sıkıntısı olmayan 112 ASH istasyonlarında çalışanların nöbet sayıları olması gereken sayıda iken personel yetersizliği olan istasyonlarda çalışanlar normalden daha fazla nöbet tutmaktadırlar. İl merkezindeki bazı istasyonların personel sayısının fazla olması bu istasyonlardaki ekip sayısını arttırarak çalışanların daha az nöbet tutulmasını sağlamıştır. Bu nedenle il merkezi dışında çalışan personelin il merkezindeki çalışanlardan daha fazla nöbet tuttıkları görülmektedir. Konya 112 ASH'nin tüm istasyonlarındaki ekip sayısının standart hale getirilerek personel dağılımının dengelenmesi gerekmektedir. Bu standart sağlandığı takdirde personel ve ekip sayısı az olan istasyonlar daha rahat desteklenerek kırsaldaki eleman eksikliği belirli ölçüde giderilmiş olacaktır.

Tablo 47. Katılımcıların Günlük Vaka Sayılarıyla İlgili Yeterlilik Algıları

| Günlük ortalama vaka sayımız kapasitemizin üzerine çıkıyor | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 39 | 18,6 |
| Katılmıyorum | 87 | 41,4 |
| Kararsızım | 31 | 14,8 |
| Katılıyorum | 31 | 14,8 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 22 | 10,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Konya il merkezi ve ilçelerinde iki milyonun üzerinde insan yaşamakta, yaz aylarında il dışından gelenler nedeniyle nüfus yoğunluğu daha da artmaktadır. Nüfusla bağlantılı olarak hastalık, kaza ve yaralanmalarda artış göstermektedir. Bu

nedenle il merkezinde ve büyük ilçelerde yer alan bazı istasyonlar çok yoğun çalışmakta, günlük vaka kapasitelerinin üzerine çıkabilmektedirler. Katılımcıların da 1/ 4'ünün günlük ortalama vaka sayılarının kapasitelerinin üzerine çıktığını belirttiği görülmektedir. İl merkezinde yoğun çalışan bazı istasyonlarda hekimlerde görevlendirilerek ekipler desteklenmeye çalışılmaktadır. Ancak bu destek istasyonlardaki yoğunluğu azaltmak için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle vakaların yoğun olduğu bölgelerdeki 112 ASH istasyonlarının sayısının artırılmasının mevcut ekipleri rahatlatarak yoğunluğun azaltılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 48. Katılımcılar Açısından Vaka Yoğunluğunun Sunulan Hizmete Etkisinin Değerlendirilmesi

| Vaka sayısının çokluğu sunmuş olduğum hizmetin kalitesini ve verimliliğini olumsuz etkiliyor | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 35 | 16,7 |
| Katılmıyorum | 68 | 32,4 |
| Kararsızım | 30 | 14,3 |
| Katılıyorum | 46 | 21,9 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 31 | 14,8 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Konya'daki 112 ASH istasyonlarının büyük bölümünde vaka yoğunluk oranının normal seviyelerde olduğu, bu nedenle bu istasyonlardaki vaka sayılarının personelin sunduğu hizmetin kalitesine ve verimliliğine olumsuz etki edecek düzeyde olmadığı görülmektedir. Ancak yoğun çalışan istasyonlardaki personel için aynı durum söz konusu değildir. Buralarda çalışanlar yoğun tempo nedeniyle fiziksel ve ruhsal açıdan oldukça yıpranmakta gün boyu sürekli olarak aynı kalitede hizmet üretememektedirler. Gün boyunca yoğun çalışan personelin nöbet bitimine doğru yaklaştıkça yorgunluk ve uykusuzluktan tükenmeye başladığı görülmektedir. Bu da doğal olarak sunulan hizmetin kalitesini ve verimliliğini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle yoğun istasyonlar yeteri kadar desteklenerek vaka sayıları normal düzeylere çekilmelidir.

Tablo 49. Katılımcıların Sundukları Hizmet Nedeniyle Fiziksel Rahatsızlıklar Yaşama Durumları

| Hizmet sunumundan kaynaklanan (vertigo, bel fitiği, strese bağlı gastrit, tansiyon anormallikleri, anksiyete, araç tutması vb. gibi) bir takım fiziksel rahatsızlıklarım var | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 42 | 20,0 |
| Katılmıyorum | 41 | 19,5 |
| Kararsızım | 22 | 10,5 |
| Katılıyorum | 56 | 26,7 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcıların yarısından fazlasının sundukları hizmetin olumsuz etkileri nedeniyle, bir takım fiziksel rahatsızlıklar yaşadıkları görülmektedir. 112 ASH'ye personel alımlarında yeterli kriterin olmaması, personel planlamasının iyi yapılmaması, çalışma şartlarının zorluğu ve çalışanların hizmet sunarken kendi sağlıklarına gerekli önemi vermemeleri bu tür rahatsızlıkların yaşanmasına neden olmaktadır. Vatandaşa ASH sunan personelin bizzat kendisinin sağlık durumunun bozuk olması verilen hizmetin ne denli güvenilir olduğu konusunda akıllarda soru işaretleri oluşturmaktadır.

Tablo 50. Katılımcıların Sundukları Hizmet Nedeniyle Yaşadıkları Fiziksel Rahatsızlıklar

| Varsa rahatsızlığınızın türü nedir | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Yok | 105 | 50,0 |
| Rahatsızlığını belirtmemiş | 27 | 12,9 |
| İntervertebral disk bozuklukları | 22 | 10,5 |
| İntervertebral disk bozukluğu ve Hareket hastalığı | 8 | 3,8 |
| Hareket hastalığı | 10 | 4,8 |
| Dorsalji | 12 | 5,7 |
| Vertigo | 5 | 2,3 |
| Ağır strese bağlı diğer tepkiler | 9 | 4,3 |
| Diğer fiziksel rahatsızlıklar | 12 | 5,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının hizmet sunumundan kaynaklanan rahatsızlıklarının en başında gelenleri, intervertebral disk bozuklukları, hareket hastalığı, dorsalji, vertigo ve stres gibi hastalıklardır. Özellikle personelin, yanlış pozisyonda hasta kaldırma ve

kilosu yüksek hastaları taşıma sırasında mevcut bedensel güç yetersizlikleri nedeniyle omurgalarını zedeledikleri bu nedenle bel fıtığı ve bel ağrısı gibi rahatsızlıklar yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bunun yanında çoğunlukla ambulans ortamında ve araç hareket halindeyken hizmet verilmesi nedeniyle bazı çalışanlarda hareket hastalığı, vertigo, gastrit vb. gibi rahatsızlıkların olduğu da tespit edilmiştir.

5. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN İLETİŞİM FAKTÖRLERİ

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanların, kendi aralarında ve hizmet alan vatandaşlarla yaşadıkları iletişim sıkıntılarının hizmet sunumunu ne şekilde etkilediği incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve 112 ASH sunumunu etkileyen iletişim faktörleri hakkında önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 51. Katılımcıların Ekip Arkadaşlarıyla Uyum ve İletişim Durumları

| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla uyum ve iletişim sorunları yaşıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 59 | 28,1 |
| Katılmıyorum | 70 | 33,3 |
| Kararsızım | 30 | 14,3 |
| Katılıyorum | 26 | 12,4 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 25 | 11,9 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcıların 1/4'nün kendi aralarında uyum ve iletişim sorunu yaşadıkları görülmektedir. Çalışanlar arasındaki eğitim seviyesi ve unvan farklılığı, çalışanların bilgi ve beceri seviyelerinin farklılığı, ekip içinde görev yapan personel arasındaki kişisel sorunlar, cinsiyet farklılıkları, çalışanların bireysel özellikleri nedeniyle bilgi paylaşımında isteksiz davranmaları, ekip içerisindeki iş bölümünün iyi yapılamaması gibi nedenlerden dolayı çalışanlar arasında uyum ve iletişim sıkıntıları yaşanabilmektedir. Yaşanan uyum ve iletişim sorunları ekibin sunduğu hizmette aksamayla birlikte yanlış uygulamalara neden olmakta, ekipten beklenen faydanın ortadan kalkmasına, bazen de hasta için dezavantajlı durumların oluşmasına neden olmaktadır. Uyum ve iletişim sorunlarının nedenlerine yönelik yapılacak olan

çalışmalar personelin bu konudaki eksikliğini minimize ederek personelin iş verimini olumlu etkileyecek hizmet kalitesini artıracaktır.

Tablo 52. Katılımcıların Ekip Arkadaşlarıyla Bilgi Paylaşımı Durumları

| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla bilgi paylaşımında sorunlar yaşıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 54 | 25,7 |
| Katılmıyorum | 69 | 32,9 |
| Kararsızım | 35 | 16,7 |
| Katılıyorum | 30 | 14,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 22 | 10,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanların 1/4'ünün kendi aralarında bilgi paylaşımıyla ilgili sıkıntılarının olduğu görülmektedir. Tablo 51'deki sonuçla bağlantılı olarak yaşanan uyum ve iletişim sıkıntılarının bilgi paylaşımını direkt etkilediği ve bu konuda ki olumsuzlukların bilgi paylaşımını engellediği görülmektedir. Mesleki bilgi ve beceri eksiklerinin en kolay şekilde ekip üyelerinin deneyim ve bilgi paylaşımıyla azaltılabileceği düşünüldüğünde uyum ve iletişim sorunlarının azaltılması yönündeki çalışmalar ekip içindeki bilgi paylaşımının seviyesini de arttıracaktır.

Tablo 53. 112 Katılımcıların Komuta Kontrol Merkeziyle İletişim Durumları

| Komuta Kontrol Merkezi ile koordinasyon ve iletişim sağlamakta problem yaşıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 31 | 14,8 |
| Katılmıyorum | 53 | 25,2 |
| Kararsızım | 47 | 22,4 |
| Katılıyorum | 45 | 21,4 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 34 | 16,2 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

KKM'ler 112 ASH çalışanlarının istasyon dışındaki en önemli ve sürekli olarak iletişim halinde oldukları ASH'nin beyni konumundaki birimlerdir. İstasyonlar hizmet sunumlarını KKM'lerin direktifleri ve yönlendirmesiyle yerine getirmektedirler. Bu direktif ve yönlendirmelerdeki herhangi bir yetersizlik ve aksaklık verilecek olan ASH'nin tüm aşamalarını etkilemektedir. Bu nedenle

çalışanların KKM'ler ile koordinasyon ve iletişim kurmakta sıkıntı yaşamamaları hizmetin etkinliği, kalitesi ve verimliliği açısından çok önemlidir.

Araştırmada KKM'ler ile koordinasyon ve iletişim kurmakta sıkıntı yaşamadığını ifade edenlerin oranının %50'nin altında kaldığı görülmektedir. 112 ASH istasyonları ve KKM'ler arasındaki en ciddi iletişim sıkıntısının telsizle haberleşme konusunda olduğu gözlemlenmiştir. Birçok istasyonda yeterli telsiz altyapısının olmaması ve hizmet sunulan alanın çok geniş olması nedeniyle en önemli haberleşme aracı olan telsizler çekmemekte iletişim cep telefonları aracılığıyla kurulmaya çalışılmaktadır.

Bunun dışında nadiren de olsa istasyon ve KKM personeli arasında yeterli ve eksik bilgilendirme nedeniyle yanlış anlaşılabilir durumlar olabilmekte, üslup hataları nedeniyle gerginlikler yaşanabilmekte, yetersiz ve eksik iletişim nedeniyle hizmette bir takım aksamlar olabilmektedir. 112 ASH'deki iletişim altyapısı biran evvel iyileştirilmeli, personelin iletişim eksiklikleri gerekli eğitimler verilerek giderilmelidir. KKM ile istasyonlar arasındaki bilgi akışı hizmette aksamlara neden olmayacak şekilde tam ve düzgün bir şekilde sağlanmalıdır.

Tablo 54. Katılımcıların Hastaları Sevk Ettikleri Hastanelerde Hasta Devriyle İlgili Sorun Yaşama Durumları

| Hastaları sevk ettiğimiz hastanelerde hasta devri ile ilgili çok sık sorun yaşıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 17 | 8,1 |
| Katılmıyorum | 30 | 14,3 |
| Kararsızım | 26 | 12,4 |
| Katılıyorum | 60 | 28,6 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 77 | 36,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının en sık karşılaştıkları sıkıntılardan biride hastanelere götürülen hastaların hastaneye kabulüyle ilgili yaşanan sorunlardır. 112 ASH ekipleri yaptıkları işin hassasiyeti gereği neredeyse kendilerine müracaat eden durumu acil olan ve olmayan tüm vakaları hastanelere sevk etmek durumunda kalmaktadırlar. Aksi takdirde gelişebilecek bir olumsuzlukta hem hasta ve hasta yakınları hemde idari amirleri tarafından sorumlu tutulmakta, çeşitli soruşturma ve suçlamalara maruz

kalabilmektedirler. Ancak, hastanelere sevk edilen bu hastaların bazıları hasta yoğunluğu ve hastane olanaklarının yetersizliği gibi bahanelerle acil servis hekimlerince kabul edilmek istenmemekte veya başka hastanelere gönderilmeye çalışılmakta, buna bağlı olarak da ambulans personeliyle hastane acil servis hekimleri arasında gerginlikler yaşanabilmektedir.

Araştırmada da personelin büyük bölümünün bu konuda bir hayli sıkıntılı olduğu görülmektedir. 112 ASH ambulanslarının amacı dışında kullanımının engellenmesi, hastanelerdeki hasta yoğunluğu dikkate alınarak nakli yapılan hastanın durumuna uygun hastanenin seçilmesi, KKM ile hastaneler arasındaki iletişim ve organizasyon eksikliklerinin giderilmesiyle ilgili yapılacak olan iyileştirici çalışmalar 112 ASH ekiplerinin hastanelerdeki hasta devriyle ilgili sorunlarının azalmasına katkıda bulunacaktır.

Tablo 55. Katılımcıların Hasta ve Hasta Yakınıyla İletişim Durumları

| Hasta ve hasta yakınıyla iletişim kurmakta zorlanıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 25 | 11,9 |
| Katılmıyorum | 82 | 39,0 |
| Kararsızım | 44 | 21,0 |
| Katılıyorum | 44 | 21,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 15 | 7,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanları buldukları bölgede ayırım gözetmeksizin toplumun her kesimine hizmet ettiklerinden, çok farklı bireysel özelliklere sahip insanlarla karşılaşabilmekte ve bu insanlarla çeşitli şekillerde iletişim kurmak durumunda kalmaktadırlar. Bu nedenle personelin hizmet alan her birey ve o bireyin yakınlarıyla başarılı ve etkin bir iletişim kurabilmesi beklenmemelidir. Ancak, 112 ASH personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla kurabileceği en küçük bir iletişimin bile sunulan hizmetin etkinlik ve kalitesini doğrudan etkilediği de unutulmamalıdır. Araştırmada da çalışanların 1/3'ünün hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurma konusunda zorlandıkları değişik ortamlardaki farklı iletişim yöntemlerine uyum sağlamakta güçlük çektikleri görülmektedir. Bu bağlamda 112 ASH çalışanları, verilecek olan iletişim eğitimleriyle becerilerini sürekli geliştirerek, hasta ve hasta

yakınlarıyla mümkün olduğunca en iyi şekilde iletişim kurmaya çalışmalı ve tüm süreci en iyi şekilde yönetmelidirler.

6. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanların yaptıkları işten psikolojik olarak etkilenme durumları ve çalışanların psikolojik durumlarının sundukları hizmete etkileri incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve 112 ASH sunumunu etkileyen psikolojik faktörler hakkında önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 56. Katılımcıların İşlerine Duygusal Bakış Açıları

| Yaptığım işi severek yapıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 10 | 4,8 |
| Katılmıyorum | 13 | 6,2 |
| Kararsızım | 22 | 10,5 |
| Katılıyorum | 68 | 32,4 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 97 | 46,2 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 56’da 112 ASH çalışanlarının işlerine duygusal bakış açıları değerlendirilmiştir. 112 ASH çalışanlarının genel olarak mesleklerini sevdikleri ve yaptıkları işi severek yaptıkları görülmektedir. Ancak hizmet sunumu aşamasındaki bazı eksiklikler, zorluk ve sıkıntılar nedeniyle personelin küçük bir bölümünün işini sevme konusunda karmaşık duygular yaşadığı ve mesleğine negatif bir bakış açısıyla bakarak yaptığı işten pek memnun olmadığı görülmektedir. 112 ASH çalışanlarının mesleklerini severek ve isteyerek yapması, 112 ASH’deki iş kalitesi ve verimliliğini etkileyen en önemli pozitif faktördür. 112 ASH’nin mevcut sorunlarının giderilmesiyle çalışanların tamamının işlerini daha da severek ve isteyerek yapacakları ve çalışanların işe bağlılıklarının artacağı düşünülmektedir.

Tablo 57. Katılımcıların Farklı Mesleklere Yönelim Durumları

| Mümkün olsaydı farklı bir meslek dalında çalışmak isterdim. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 48 | 22,9 |
| Katılmıyorum | 42 | 20,0 |
| Kararsızım | 42 | 20,0 |
| Katılıyorum | 42 | 20,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 36 | 17,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Araştırmada katılımcıların neredeyse yarısının şartların oluşması halinde farklı bir meslek dalında çalışmaya meyilli oldukları görülmektedir. Çalışanların mesleklerini sevme oranı oldukça yüksek olmasına rağmen böyle bir sonucun çıkması oldukça enteresandır. Bu sonuç çalışanların meslek seçme konusundaki davranış biçimlerini de yansıtmaktadır. Çalışanların büyük bölümünün meslek seçiminde özgür ve bilinçli davranmadığını göstermektedir. Çalışanların ailelerinin yönlendirmesi ve biran evvel bir iş sahibi olma düşüncesiyle meslek seçimi yaptıklarını ve mesleki okullara girdiklerini göstermektedir. Mesleki okuldan mezun olan ve işe başlayan bu çalışanların tablo 56’da görüldüğü gibi büyük oranda yaptıkları işi sevdikleri ancak mümkün olması durumunda başka mesleklerde de çalışmaya da meyilli oldukları görülmektedir.

112 ASH’de çalışanlar, genellikle göreve başladıktan sonra karşılaşmaya başladıkları zorluk ve sıkıntılar nedeniyle yavaş yavaş meslekten soğumakta ve isteksiz çalışmaya başlamaktadırlar. Daha ileriki dönemlerde ise bu çalışanlarda tükenmişlik hali kendini göstermekte ve çalışanlar mesleklerini seviyor olsa da yaptıkları işi diğer mesleklere oranla daha dezavantajlı görerek, farklı bir meslekte çalışma isteği ve eğilimi içerisine girmektedirler. Bazı çalışanlar mesleği dışındaki bölümlerde eğitimlerine devam ederek kurumlar arası geçiş yapmaya ve mesleklerini değiştirmeye çalışmaktadırlar.

Tablo 58. Katılımcıların Çalışma Sistemlerine Bakış Açıkları

| Çalışma sistemimizin 24 saatlik nöbet şeklinde olması iş uyumunu olumsuz etkiliyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 129 | 61,4 |
| Katılmıyorum | 37 | 17,6 |
| Kararsızım | 17 | 8,1 |
| Katılıyorum | 13 | 6,2 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 14 | 6,7 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Tablo 58 incelendiğinde katılımcıların mevcut çalışma sistemi olan 24 saatlik nöbetlerden memnun oldukları ve bu sistemin çalışanların motivasyonuna olumlu katkılarının olduğu görülmektedir. Çalışanların memnuniyetlerinin en önemli nedeni ise çalışanların işe geldikleri gün sayısının normal mesai gün sayısının 1/3'ü kadar olması ve nöbet sonrası kullanılan izin gün sayısının çokluğudur. Mevcut sistemde tutulan her 24 saatlik nöbet sonrası en az 3 gün izin kullanılmaktadır. Bu nöbet izinleri sayesinde çalışanlar iş stresinden belli ölçüde uzak kalmakta, ailesiyle daha çok zaman geçirmekte, birtakım günlük işlerine daha çok zaman ayırabilmekte ve normal memurların almış olduğu çeşitli izinleri kullanmak zorunda kalmamakta bu nedenle de maddi kayba uğramamaktadırlar.

24 saatlik nöbetlerde çalışma sürenin uzunluğu nedeniyle nöbet bitimine yaklaştıkça personelde ki yorgunluk seviyesinin artması, bununla bağlantılı olarak iş motivasyonunun azalması, bayan çalışanların özellikle geceleri yaşadıkları güvenlik kaygıları, nöbet izinlerinin uzunluğu nedeniyle personelin iş takibinde zorlanması bu çalışma sisteminin dezavantajlı yanlarını oluşturmaktadır. Bu olumsuz nedenlerden dolayı bazı çalışanlar mevcut çalışma sisteminin iş uyumunu olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Çalışanların motivasyonuna olumlu katkı sağladığı görülen mevcut çalışma sisteminin olumsuzluklarının minimum seviyeye indirilerek ve personelin kaygıları giderilerek uygulanması, iş uyumu ve memnuniyeti açısından daha yararlı olacaktır.

Tablo 59. Katılımcıların Aldıkları Ücretleri Yeterlilik Algıları

| Çalışmam karşılığında aldığım ücreti yeterli buluyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 43 | 20,5 |
| Katılmıyorum | 36 | 17,1 |
| Kararsızım | 39 | 18,6 |
| Katılıyorum | 61 | 29,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 31 | 14,8 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanlarının sundukları hizmet karşılığında aldıkları ücretin yeterliliği konusunda çok net bir fikirlerinin olmadığı görülmektedir. Büyük bölümü lise mezunu ATT'lerden oluşan çalışanların çoğunun genç yaşta olması, çalışma hayatında yeni olması ve bu kişilerin bazılarının henüz bekâr olması nedeniyle, aldıkları maaşlar konusunda bir fikirlerinin olmadığı ya da genellikle maaşlarını yeterli gördükleri saptanmıştır. Daha eski, tecrübeli ve deneyimli çalışanların ise sundukları hizmet karşılığında aldıkları ücretleri başka kamu çalışanlarının maaşlarına göre az ve yetersiz buldukları görülmüştür.

Çalışanların neredeyse tamamının sağlık bakanlığında uygulanan performans sisteminden ve adaletsizliğinden yakındıkları gözlemlenmiştir. Genel olarak diğer devlet memurlarının maaşlarıyla kıyaslandığında sağlık çalışanların döner sermayesiz maaşlarının çok düşük seviyelerde kaldığı, uygulanan performans sistemi ve siyasi iradeyle birlikte ilgili bakanlığın hekim odaklı politikası nedeniyle personel arasında özellikle de hekimler ve diğer sağlık çalışanları arasında ücret dengesizliğinin olduğu görülmektedir. Çalışanların mevcut maaşlarına ek olarak ödenen döner sermaye ödemelerinin personelin gelir düzeyini belli ölçüde yükselttiği ve 112 ASH'de bu ödemelerin diğer sağlık kurumlarına göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Ancak, personele ödenen döner sermaye ödemelerinin emekliliğe yansıtılmaması, çalışanların kullandığı izinlerde ve raporlarda döner sermaye performans ödemelerinin kesilmesi, döner sermaye sabit ödemelerinin ve döner sermaye tavanlarının düşük olması nedeniyle özellikle hekim dışı personelin belirli bir miktarın üzerinde döner sermaye alamaması, döner sermaye ödemelerinin tamamının aynı anda ödenmemesi, siyasi irade ve ilgili bakanlığın ücretlendirme

konusundaki hekim odaklı politikası personelin şikâyetçi olduğu konuların başında gelmektedir. 112 ASH ve tüm sağlık çalışanlarının ek ödemesiz maaşlarının yükseltilmesi, ek ödemelerle ilgili şikâyet konularında yapılacak olan iyileştirmeler, siyasi irade ve ilgili bakanlığın çalışanlar arası rekabet ve hekim odaklı politikası yerine tüm çalışanları kapsayıcı ve adaletli bir ücret politikası benimsemesi, çalışanların emeklerinin karşılığını almasını ve daha kaliteli ve verimli hizmet sunmasını sağlayacaktır.

Tablo 60. Katılımcıların Görevlerindeki Başarıları Nedeniyle Maddi Olarak Ödüllendirilme Durumları

| İşimdeki başarımdan dolayı maddi olarak hiç ödüllendirilmedim. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 21 | 10,0 |
| Katılmıyorum | 10 | 4,8 |
| Kararsızım | 17 | 8,1 |
| Katılıyorum | 56 | 26,7 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 106 | 50,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'de çalışanlara yönelik maddi ödüllendirme sisteminin neredeyse hiç kullanılmadığı görülmektedir. İlgili yönetmelikte başarılı çalışanların maddi olarak ödüllendirilmesi hususunda kurum amirlerine yetki verilmiş olsa da kurum amirleri bu yetkiyi kullanmama yönünde tavır sergilemektedirler. Kısaca, çalışanların işlerinde gösterdikleri başarının maddi bir karşılığı olmamaktadır. Maddi olarak ödüllendirildiğini söyleyen az sayıdaki çalışanın ise bu ödüllendirilmeyi döner sermaye ek ödemelerinden aldıkları performans ödemeleri olarak algıladıkları gözlemlenmiştir. Yani bu çalışanlar sağlık bakanlığında, çalışanların ücretleriyle ilgili uygulanan performans sisteminin bir sonucu olarak, diğer kurumlardaki sağlık çalışanlarına oranla bir miktar fazla aldıkları performans ek ödemelerini bir ödül gibi görmektedirler. Oysa bu çalışanlar ödüllendirilmemekte tüm 112 ASH personeli gibi sundukları hizmetin karşılığı olan ücreti almaktadırlar. ASH sunumunda ortaya çıkan en ufak bir hata ya da eksiklikten dolayı şikâyet edilen ve haklarında soruşturma açılarak hesap sorulan bu çalışanların hizmet sunumunda gösterdikleri başarıdan dolayı ara sırada olsa maddi olarak ödüllendirilmeleri çalışanların motivasyon ve verimlilikleri açısından yararlı olacaktır.

Tablo 61. Katılımcıların Görevlerindeki Başarıları Nedeniyle Manevi Olarak Ödüllendirilme Durumları

| İşimdeki başarımdan dolayı manevi olarak hiç ödüllendirilmedim. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 24 | 11,4 |
| Katılmıyorum | 17 | 8,1 |
| Kararsızım | 18 | 8,6 |
| Katılıyorum | 60 | 28,6 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 91 | 43,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Manevi ödüllendirilme, sunulan hizmetin karşılığında kurum amirlerinin, hasta ve hasta yakınlarının çalışanlara karşı gösterdikleri olumlu tepkileri içermektedir. 112 ASH'de çalışanlara yönelik manevi ödüllendirme sisteminin tıpkı maddi ödüllendirme sisteminde olduğu gibi pek kullanılmadığı görülmektedir. Kurum amirleri 112 ASH istasyonlarında çalışan personelle sürekli olarak birebir ilişki ve iletişim içerisinde olamamaktadırlar. Bu nedenle personelin çalışmasını gözlemleyebilme ve değerlendirme olanakları pek fazla mümkün olamamaktadır. Bu konuda en fazla etkileşim çalışanlarla, hasta ve hasta yakınları arasında olmaktadır. Çalışanlar sundukları hizmetin karşılığında manevi olarak takdir edilmeyi beklemektedirler. Oysa hasta ve hasta yakınlarının az bir bölümü personelin gösterdiği gayret ve çabaya teşekkürlerini belirtirken, büyük bölümü ülkemizdeki sağlık okuryazarlığının ve bilincinin yetersiz olması nedeniyle personele karşı hoşnutsuzluk göstermekte, olumsuz tavırlar ve şiddete varan davranışlar sergileyebilmektedirler.

112 ASH'de görev yapan başarılı çalışanların amirlerince desteklenmesi, gösterdikleri başarılarından dolayı takdir edilmesi bu çalışanların motivasyonlarına olumlu katkı yapacak psikolojilerini olumlu etkileyecektir. Bunun yanında kitle iletişim araçlarının yoğun ve etkin kullanılarak ülke genelinde tüm herkesin sağlık hizmetleri konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi, sağlık hizmeti veren sağlık çalışanlarıyla sağlık hizmeti alan bireylerin iletişimine pozitif anlamda katkı sağlayacak yaşanan olumsuzlukları azaltacaktır.

Tablo 62. Katılımcıların Psikolojilerinin Yaptıkları İşten Etkileme Durumu

| Yaptığım iş psikolojimi olumsuz yönde etkiliyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 30 | 14,3 |
| Katılmıyorum | 56 | 26,7 |
| Kararsızım | 41 | 19,5 |
| Katılıyorum | 45 | 21,4 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 38 | 18,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH çalışanları, sundukları hizmetin şartları gereği normal bireylerin ruhsal anlamda baş edemeyeceği sıra dışı her türlü olay veya vakayla karşılaşabilmekte, bir yandan hastaya müdahale etmekte bir yandan da çevredeki insanlar ve olumsuzluklarla da baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Her ne kadar çalışanlar ruhsal anlamda olağandışı durumlara hazırlıklı olsa da karşılaşılan bu olağandışı durumlar, elbette ki çalışanları ruhsal anlamda etkilemekte psikolojilerini bozmaktadır. Özellikle çok kötü gelişen ölümlü ve yaralanmalı vakalar tüm insanların psikolojisini olumsuz etkilediği gibi çalışanların da ruhlarında derin izler bırakmaktadır. 112 ASH'de bayan çalışanların ve tecrübesi az genç çalışanların ağırlıklı olarak görev yapıyor olması da bu etkilenmenin dozunu artırmaktadır. "Erkaya'nın yaptığı araştırmada, travmatik olaylara tanıklık eden sağlık çalışanlarının akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, major depresyon, psikosomatik bozukluklar ve madde kullanım bozukluğu gibi rahatsızlıklar yaşayabilme olasılıklarının arttığını saptamış olması da yapmış olduğumuz araştırmayı desteklemektedir."¹

Ancak, çalışanlar işleri gereği tüm bu etkilenmeleri görmezden gelerek çalışmaya devam etmektedirler. Çalışanların bu bastırılmış duyguları ise belli bir süre sonra çalışanların davranışına yansımakta ve işe ilginin azalması, sinirlilik, uyumsuzluk, bıkkınlık, sorumluluktan kaçınma vb. gibi çeşitli davranış biçimleri şekillerde kendini göstermektedir. "Güneri ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmada benzer sonuçlar elde ederek, 112 ASH çalışanlarının çok yoğun çalışmaları, her an nasıl bir göreve çıkacaklarını bilmemelerinin tedirginliği, hasta ve hasta yakınlarıyla sağlıklı iletişim kuramama, buna bağlı olarak şiddete uğrama

¹ H. Erkaya, Acil Kurtarma Ekiplerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2003

kaygıları, ilk olay anı ve olayın heyecanının verdiği sebepler nedeniyle 112 ASH personelinin tükenmişlikle birlikte memnuniyetsizliklerinin arttığını ve motivasyonlarının düştüğünü tespit etmişlerdir."¹ Çalışanlara yönelik personel planlamasının daha iyi yapılması, çalışanlara düzenli psikolojik destek verilmesi, motivasyon unsurlarının yeterince kullanılması ve çalışanlara yönelik fiziki ve psikolojik yıpranmayla ilgili yapılacak yasal düzenlemeler psikolojik anlamda olumsuz etkilenmeyi en aza indirecek çalışanların moral ve motivasyonunu yükseltecektir.

Tablo 63. Hasta ve Hasta Yakınlarının Çalışanlara Karşı Davranış Durumları

| Hizmet sunumu esnasında hasta ve hasta yakınları tarafından çoğunlukla mesnetsiz suçlamalar nedeniyle sürekli şikâyet ediyoruz. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 10 | 4,8 |
| Katılmıyorum | 38 | 18,1 |
| Kararsızım | 47 | 22,4 |
| Katılıyorum | 71 | 33,8 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 44 | 21,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH’de vatandaş odaklı hizmet anlayışıyla görev yapan çalışanlar şartların el verdiği ölçüde bireylerin isteklerine cevap vermeye çalışmakta en iyi hizmeti sunmaya gayret göstermektedirler. Ancak, 112 ASH tüm herkes tarafından en beğenilen ve tercih edilen sağlık hizmetleri olmasına rağmen, 112 çalışanlarına aynı oranda değer verilmemekte, sundukları hizmetler yeterince takdir görmemektedir.

ASH alan bazı kişilerin bilinçsizliği ve sağlık konusundaki bilgisizlikleri, sunulan hizmeti kendi istekleri doğrultusunda çoğunluklarda amacı dışında kullanmaya yönelmeleri, ASH çalışanları ile bu vatandaşları karşı karşıya getirmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının en ufak bir anlaşmazlıkta bile personele karşı sözlü ya da fiili şiddette bulunması sıklıkla da ilgili mercilere ve idari birimlere şikâyet etmesi personelin psikolojisini bozmakta sağlıklı hizmet sunumunu olumsuz

¹ S. Güneri-M. N. İlhan-E. Avcı, “Ankara 112 Acil Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Çalışma Koşulları ve İş Memnuniyetinin Değerlendirilmesi”, Gazi Medical Jurnal, C. 22, S. 1, 2011, s. 2

etkilemektedir. Her ne kadar hasta ve hasta yakınları bazı durumlarda haklı olsalar da şikâyet konularının çoğunu mesnetsiz ve asılsız suçlamalar oluşturmaktadır. Araştırmada da katılımcıların büyük bölümünün bu doğrultuda görüş bildirdikleri görülmektedir.

Tablo 64. 112 ASH'deki Amirlerin Çalışanlara Karşı Davranış Durumları

| Amirlerimin sözlü ya da fiili şiddetine maruz kalıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 69 | 32,9 |
| Katılmıyorum | 81 | 38,6 |
| Kararsızım | 34 | 16,2 |
| Katılıyorum | 17 | 8,1 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 9 | 4,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Katılımcıların amirleriyle olan ilişkilerinin yeterli derecede iyi olduğu görülmektedir. Katılımcıların çok az bir kısmı amirlerinden sözlü ya da fiili şiddet gördüğünü belirtmişlerdir. Bu kişilerin tamamının sözlü şiddeti yani mobingi kastettikleri düşünülmektedir. Amirlerin çalışanlara fiili şiddetinin olabileceği sanılmamaktadır. Çalışanların istasyon sorumlularını da amir olarak algılamaları ve bazı çalışanların bireysel sorunlarından kaynaklanan ve amirleriyle olan bazı anlaşmazlıkları şiddet olarak değerlendirdikleri görülmektedir. Ancak her ne sebeple olursa olsun amir pozisyonunda olan kişilerin çalışanlarına karşı fiili veya sözlü şiddet uygulaması kabul edilebilir bir durum değildir. Amirlerin çalışanlarla ilgili problemleri yasalar ve meslek etiği çerçevesinde şiddetten uzak yöntemlerle halletmesi en uygun davranış şekli olacaktır.

Tablo 65. 112 ASH'deki İstasyon Sorumlularının Çalışanlara Karşı Davranış Durumları

| İstasyon sorumlumuz baskıcı ve otoriter davranıyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 79 | 37,6 |
| Katılmıyorum | 55 | 26,2 |
| Kararsızım | 33 | 15,7 |
| Katılıyorum | 19 | 9,0 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 24 | 11,4 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'nin teşkilat yapısı nedeniyle hekimsiz çalışan istasyonlarda, iş düzeni ve takibi açısından idari amirin yetkisi dâhilinde bir personele sorumluluk verilmekte ve istasyonlardaki rutin işlerin takibi bu sorumlular aracılığıyla yapılmaktadır. Hekim bulunan az sayıdaki istasyonda ise bu görevi sorumlu hekimler yapmaktadır. İstasyon sorumluları istasyondaki rutin işleri personel arasında iş bölümü yaparak yerine getirmektedirler. Bazı istasyon çalışanlarının verilen görevleri ve sorumlulukları yerine getirilmemesi ya da aksatması durumunda istasyon sorumluları istasyon çalışanlarına karşı otoriter bir tavır takınabilmektedir. Doğru kişinin sorumlu olarak seçildiği ve rutin işlerin düzenli yapıldığı istasyonlarda ise kişisel sorunlar hariç bu tür davranışlara pek rastlanılmamaktadır.

İş düzeninin devamı ve sürekliliği için, sorumluların belirli bir seviyede otorite oluşturması kabul edilebilir bir durumdur. Ancak, bu otorite asla mobing ve şiddete dönüşmemelidir. Katılımcıların da 112 ASH'deki istasyon sorumlularının genel olarak kendilerine karşı baskıcı ve otoriter davranmadıklarını belirttikleri görülmektedir.

7. 112 ASH SUNUMUNU ETKİLEYEN GÜVENLİK FAKTÖRLERİ

Araştırmanın bu bölümünde 112 ASH istasyonlarında görev yapan çalışanların hizmet sunumlarını etkileyen güvenlik faktörleri incelenmiştir. Araştırmada ilgili anket sorularına verilen cevaplar aşağıda yer alan tablolarda gösterilerek analiz edilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmış ve 112 ASH sunumunu etkileyen güvenlik faktörleri hakkında önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 66. Katılımcıların Görev Yaptığı Bölgenin Fiziki ve Coğrafi Koşullarının Hizmet Sunumuna Etkisi

| Görev yaptığım bölgenin fiziki ve coğrafi koşulları (alanın dağınık olması, ulaşım yetersizlikleri, yerleşim yerlerinden hayli uzak olması gibi) hizmet sunumumu zorlaştırıyor ve olumsuz etkiliyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 22 | 10,5 |
| Katılmıyorum | 50 | 23,8 |
| Kararsızım | 23 | 11,0 |
| Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 66 | 31,4 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Konya ili, Türkiye'nin en geniş yüzölçümüne sahip, geçiş yolları üzerinde bulunan, farklı fiziki ve coğrafi koşulları içinde barındıran bir ildir. Coğrafi olarak bazı bölgelerinde dağlık alanlar yer alırken bazı bölgeleri geniş ovalardan oluşmakta ilin farklı bölgelerinde farklı iklim özellikleri görülebilmektedir.. Bu geniş coğrafi alanda yerleşim yerleri de diğer illerle kıyaslandığında bir hayli farklı özellikler göstermektedir. Öyle ki, bu ilde yer alan birçok ilçenin il merkezine olan uzaklığı 100 km.nin üzerinde, bazılarındaysa 150 km.nin üzerindedir. Bazı ilçelerin birbirine uzaklığı ise 300 hatta 350 km.yi bulabilmektedir. İlin bir tarafından diğer tarafına ulaşım araçlarıyla seyahat süresi 4-5 saattir.

Konya ili fiziki ve coğrafi birçok özelliğiyle küçük bir devleti andırmakta ve diğer illerden farklı özellikleriyle karşımıza çıkmaktadır. İlin bütün bu özellikleri elbette ki 112 ASH çalışanlarını ve onların sunduğu hizmetin her aşamasını etkilemektedir. Çalışanların bazıları il merkezinde ve büyük ilçe merkezlerinde görev yaparken bazıları da çeşitli imkân ve olanaklardan yoksun küçük ilçelerde ve kırsal bölgelerde görev yapmaktadırlar. Kırsal alanların fiziki ve coğrafi zorluklarıyla mücadele etmenin yanında, sosyal ve kültürel olarak bazı imkânlardan yoksun kalmaktadırlar.

Tabloda da görüldüğü gibi genellikle il merkezi dışında görev yapan katılımcıların kırsal alandaki zorlukların hizmet sunumlarını olumsuz etkilediğini belirttikleri görülmektedir. Bu bölgelerde görev yapan çalışanların, kırsaldan merkeze doğru sirküle edilerek çalıştırılması veya radikal bir öneri olarak il genelinde tüm çalışanların belirli bir rotasyona tabi tutularak kırsalda ve küçük ilçelerde dönüşümlü olarak çalıştırılması, kırsalda görev yapan personel üzerindeki baskıyı hafifleterek adaletli bir çalışma ortamı oluşturacak, il ve büyük ilçe merkezlerinde personel yığılmalarının önüne geçecektir.

Tablo 67. Katılımcıların Çalışan Güvenliği Önlemlerini Yeterlilik Algıları

| Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz çalışan güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 58 | 27,6 |
| Katılmıyorum | 50 | 23,8 |
| Kararsızım | 43 | 20,5 |
| Katılıyorum | 37 | 17,6 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 22 | 10,5 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH sunumu çeşitli riskleri içerisinde barındıran bir meslek dalıdır. Bu riskler çevreden kaynaklandığı gibi bizzat sunulan hizmetin kendisinden de kaynaklanmaktadır. Çünkü insan sağlığını etkileyen tüm olumsuzluklara müdahale eden sağlık çalışanları, hasta ve yaralıların maruz kaldığı her türlü riskle yüz yüze gelmekte bu risklerin etkisini en aza indirmeye veya ortadan kaldırmaya çalışmaktadırlar. Bu nedenle hizmet sunumunun her aşamasında öncelikle çalışanların koruyucu güvenlik önlemlerini alması ve ondan sonra hizmet vermeye başlamaları gerekmektedir. Aksi takdirde çalışanlarda hasta ve kazazedelerin karşılaştıkları risklerle karşılaşacaklardır. Bu nedenle 112 ASH’de koruyucu güvenlik önlemlerine büyük önem verilmektedir. Ancak, çeşitli yapısal ve kurumsal eksiklikler, bireysel hatalar sonucu olumsuzluklar da yaşanabilmektedir.

Katılımcıların, öncelikle çevreden kaynaklan ve çalışanların güvenliğini tehdit eden riskleri değerlendirdiği, sunulan sağlık hizmetiyle ilgili güvenlik önlemlerini belli düzeyde uyguladıklarından yeterince değerlendirmeye katmadıkları görülmektedir. 112 ASH çalışanına karşı vatandaşlar tarafından uygulanan fiziksel ve sözlü şiddete her gün bir yenisinin eklendiği düşünülürse bu durum oldukça anlaşılır bir durumdur. Bu nedenle tablodan da anlaşıldığı gibi katılımcıların yarısından fazlasının çalışan güvenliği önlemlerini yetersiz bulduğu görülmektedir. "Duran ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, 112 Ambulans Servisi çalışanlarının genel olarak işyerlerinden memnun olduklarını, bununla birlikte kendi görüşleri alınarak işyeri ergonomisi ve işyeri güvenliği ile ilgili düzenleme ve önlemlerin alınmasını istediklerini tespit etmiş, aksi takdirde olumsuz koşulların devamı halinde kurumdan

ayrılmayı bile düşündüklerini saptamıştır."¹ Her gün yetersiz güvenlik önlemleri nedeniyle birçok çalışanın sağlığının tehlikeye düştüğü günümüzde, çalışan güvenliğine daha da ciddi şekilde yaklaşılması ve bu konudaki eksikliklerin bir an önce giderilmesi gerekmektedir.

Tablo 68. Katılımcıların Hasta Güvenliği Önlemlerini Yeterlilik Algıları

| Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz hasta güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 22 | 10,5 |
| Katılmıyorum | 33 | 15,7 |
| Kararsızım | 43 | 20,5 |
| Katılıyorum | 73 | 34,8 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 39 | 18,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'nin temel amaçlarından biride hasta veya yaralıyı riskli durumdan kurtararak güvenli bir ortama kavuşturmadır. Bu nedenle hasta güvenliği en az çalışan güvenliği kadar önemlidir. Hasta ve yaralılara ilk andan itibaren yapılan tüm müdahaleler ve transport işlemleri hasta güvenliği düşünülerek yapılmaktadır. Hasta güvenliğinin ihmal edildiği durumlarda ise hekim ve personel hataları öne çıkmakta istenmedik durumlarla karşılaşılabilir. Dünyada bu tür hatalar nedeniyle ölüm oranları ciddi düzeylerde olmasına rağmen yeterince araştırılmadığı ve kayıt altına alınamadığı için fazla gündeme gelmemektedir. Ancak bu tür hataların varlığını da en iyi bilenler yine sağlık çalışanlarıdır.

Araştırmaya katılan çalışanların yarısından fazlası 112 ASH'de alınan hasta güvenliği önlemlerini yeterli bulsa da katılımcıların ciddi bir kısmı bu önlemlerin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Hasta güvenliğiyle ilgili önlemler konusunda çalışanların yeterince bilgilendirilmesi, denetlenmesi ve yönlendirilmesi bu konuda hedeflenen amaca ulaşılmasını kolaylaştıracaktır.

¹ A. Duran-T. Ocak-S. Yorgun-K. Koç, "112 Ambulans Servisinde Çalışan Memnuniyeti", Abant Medical Journal, C. 1, S. 3, 2012, s. 144

Tablo 69. Katılımcıların Hasta Transportu Esnasında Hastalardan Şiddet Görebilme Durumları

| Hasta transportu esnasında hastalarla problem yaşıyorum sözlü ya da fiili şiddete maruz kalıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 13 | 6,2 |
| Katılmıyorum | 32 | 15,2 |
| Kararsızım | 56 | 26,7 |
| Katılıyorum | 78 | 37,1 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 31 | 14,8 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'yi kullanan ve transportu sağlanan hastalar genellikle fiziksel ya da ruhsal bir takım rahatsızlıkları nedeniyle acı çeken, sıkıntılı ve stresli olan kişilerdir. Bu hastalar normal davranışlar sergileyemezler. Çeşitli yöntemlerle bu sıkıntılarını ve rahatsızlıklarını dışa yansıtırlar. Bu yansıma bazen hasta kişiye yardım etmeye çalışan personele yönelebilmekte, sözlü veya fiili şiddet olarak cereyan edebilmektedir. Hasta ve yaralılar verilmek istenen yardımı kabul etmemekte çeşitli nedenleri bahane ederek personelle tartışmaya girebilmektedirler. Tablo 31'de de görüldüğü gibi 112 ASH'nin amacı dışında kullanımın düzeyinin epeyce yüksek olması da bu tür bahanelere zemin oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan personelin yarısı, hasta transportu sırasında hastalarla problem yaşadığını ve şiddete maruz kaldığını belirtmektedir. Sunulan hizmetin sağlığı ve çalışanların güvenliği düşünüldüğünde bu durum önlem alınmasını gerektiren bir durum olarak ortaya çıkmaktadır. Bu konuda alınacak en önemli önlem ise 112 ASH nin amacı doğrultusunda kullanımının sağlanması ve yasal düzenlemelerle güvenlik önlemlerinin artırılması olacaktır.

Tablo 70. Katılımcıların Hasta Transportu Esnasında Hasta Yakınlarından Şiddet Görebilme Durumları

| Hasta transportu esnasında hastalardan çok hasta yakınlarıyla problem yaşıyorum sözlü ya da fiili şiddete maruz kalıyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 14 | 6,7 |
| Katılmıyorum | 26 | 12,4 |
| Kararsızım | 33 | 15,7 |
| Katılıyorum | 88 | 41,9 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 49 | 23,3 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH’de hasta transportu sırasında çalışanlara hastadan çok hasta yakınları tarafından problem çıkarılmakta ve müdahale edilmektedir. Hastalar acil yardım gereksinimi nedeniyle yapılan müdahalelere fazlaca karışmazken, hasta yakınları ambulans hizmetlerini ve hasta akrabalarına yapılan müdahaleyi kendi istekleri doğrultusunda yönlendirmek ve kullanmak istemektedirler. Bunun mümkün olmaması halinde ise hasta yakını psikolojisinin verdiği cesaretle çalışanlara karşı olumsuz tavırlar sergileyebilmekte ambulansın ve personelin güvenliğini tehlikeye sokabilmektedirler.

Çalışanlar her ne kadar böyle durumlara karşı hazırlıklı olsalar da bazı hallerde hasta yakınlarının tavırları nedeniyle zor durumda kalabilmektedirler. Bu tür sıkıntılarla karşılaşmamak için hasta yakınlarının refakatçi olarak ambulansa alınmaması bir çözüm yolu olarak görülse de bu önlem, hasta yakınlarının hastayla ilgilenme durumları ve hasta yararı nedeniyle çoğu zaman uygulanamamakta, hasta yakınlarının ambulansa refakatçi olarak alınmasına devam edilmektedir. Hasta yakınlarının uyguladığı şiddete karşı en iyi çözüm yolu bu kişilere caydırıcı cezaların verilmesi olacaktır.

Tablo 71. Katılımcıların Hasta Transportu Esnasında Trafik Problemi Yaşayabilme Durumları

| Hasta transportu esnasında çok fazla trafik problemi yaşıyoruz. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 9 | 4,3 |
| Katılmıyorum | 68 | 32,4 |
| Kararsızım | 37 | 17,6 |
| Katılıyorum | 57 | 27,1 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 39 | 18,6 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Ambulanslarla hasta transportu sırasında karşılaşılabilecek sorunlardan birisi de trafikle ilgili sıkıntılardır. Acil yardımın önemli bir aşaması olan transport işleminin hızlı ve kazalara sebebiyet vermeden yapılması gereklidir. Ancak hızlı ve çabuk transporttan trafik kurallarına uyulmayarak naklin gerçekleştirilmesi anlaşılmalıdır. Çünkü ambulansların trafikte geçiş üstünlüğü yoktur sadece geçiş önceliği vardır. Bu geçiş önceliği ise çoğu zaman vatandaşların duyarsızlığı nedeniyle pek işe yaramamaktadır. Bilhassa şehir içi yollardaki trafik yoğunluğu ve çeşitli sebeplerden kaynaklanan trafik sorunları nedeniyle hasta nâkili işlemlerinde sorunlar yaşanabilmekte hastaneye ulaşımında gecikmeler olabilmektedir. Konya ilinde bu tür trafik problemlerinin daha az yaşandığı ve hizmet sunumunu aksatacak derecede olmadığı ve katılımcıların bu doğrultuda görüş bildirdikleri görülmektedir.

Tablo 72. Katılımcıların Ambulans Sürücülerine İlgili Güvenlik Algıları

| Ambulans sürücülerimiz trafik kurallarına uyma konusunda hassas davranmıyorlar. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 45 | 21,4 |
| Katılmıyorum | 65 | 31,0 |
| Kararsızım | 40 | 19,0 |
| Katılıyorum | 34 | 16,2 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 26 | 12,4 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH'de görev yapan tüm çalışanlar ambulans sürücülüğü yapabilecek özellikte ehliyetli kişilerdir. Ancak AABT'ler, ATT'ler ve özellikle de bayan çalışanlar sürücülük konusunda isteksiz davranmakta genellikle ambulans sürücülüğü yapmamaktadırlar. Sahada ambulansları genellikle sürücülük konusunda

tecrübeli olan bazıları geçici görevli şoförler, hizmetliler ve sağlık memurları gibi erkek çalışanlar kullanılmaktadırlar. Bu çalışanlar tecrübeli sürücüler olmanın yanında ileri sürüş teknikleri konusunda eğitim almış kişilerdir. Bu kişilerin trafik kurallarına uyma konusunda hassas davranmaları beklenmekle birlikte bazı sürücülerin trafik kurallarını ihlal ederek çalışanların ve hastaların güvenliklerini tehlikeye attıkları çeşitli kazalara sebebiyet verdikleri görülmektedir. Ambulans kazaları sonucu ortaya çıkan ölüm ve yaralanmaların önüne geçebilmek için sürücülerin trafik kurallarına uyması konusunda daha hassas davranılmalı ve yoğun çalışma ortamında bile bu konuda daha dikkatli olan tecrübe sahibi kişiler sürücü olarak seçilmelidir.

Tablo 73. Katılımcıların Yerleşim Yerlerindeki Tehlikelere Karşı Alınan Güvenlik Önlemlerini Yeterlilik Algıları

| Hizmet sunumu esnasında yerleşim yerlerinde hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı alınan güvenlik önlemlerini yeterli buluyorum. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 77 | 36,7 |
| Katılmıyorum | 64 | 30,5 |
| Kararsızım | 35 | 16,7 |
| Katılıyorum | 17 | 8,1 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 17 | 8,1 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

Ülkemizde vatandaşların sağlığını tehlikeye düşüren her türlü olayda ilk önce 112 ASH ekipleri aranarak acil yardım talebinde bulunmaktadır. 112 ASH ekipleri de hemen harekete geçmekte ve olay yerine ulaşan ve olaya müdahalede bulunan ilk ekip olmaktadır. İtfaiye ve polis gibi ekipler ise genellikle 112 ASH ekiplerinden daha sonra olay yerine intikal etmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanları hizmet verirken hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelerle yüz yüze kalabilmektedirler. Kırsal alana göre güvenlik önlemlerinin daha kolay alınabileceği yerleşim yerlerinde bile 112 ASH ekiplerini korumaya yönelik önlemlerin alınmadığı bu nedenle çalışanların tehlikelere ve saldırılara maruz kaldıkları görülmektedir. Katılımcıların da bu doğrultuda yerleşim yerlerinde kendileri için alınan güvenlik önlemlerini oldukça yetersiz buldukları anlaşılmaktadır. 112 ASH

ekiplerinin güvenli bir ortamda hizmet sunabilmesi için, kurumlar arası işbirliğinin ve güvenlik desteğinin yeterince sağlanması büyük önem arz etmektedir.

Tablo 74. Katılımcıların Yerleşim Yerleri Dışındaki Tehlikelere Karşı Alınan Güvenlik Önlemlerini Yeterlilik Algıları

| Hizmet sunumu esnasında yerleşim yerleri dışındaki arazi şartlarında hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı yeterli güvenlik önlemimiz var. | Sayı | Yüzde(%) |
|--|------------|--------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 86 | 41,0 |
| Katılmıyorum | 66 | 31,4 |
| Kararsızım | 31 | 14,8 |
| Katılıyorum | 8 | 3,8 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 19 | 9,0 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH ekipleri yerleşim yerleri ve dışında kalan tüm bölgede her türlü arazi şartlarında görevlerini icra etmektedirler. Ancak, çalışanların arazi şartlarındaki karşılaşılabilecekleri güvenlik sorunları yerleşim yerlerine göre çalışanlar için daha çok risk oluşturmaktadır. Çünkü 112 ASH ekipleri olay yerine varmadan, ne tür bir olguyla karşılaşacaklarını tam olarak bilmemektedirler. Yani ekipler olay mahallinde olguyla yüzleşmektedirler. Kırsal alanlarda ve arazi şartlarında oluşabilecek bir güvenlik sorununa karşı ise tedbir almak ve güvenlik ekiplerini yönlendirmek zaman almakta çalışanlar genellikle korunmasız kalmaktadırlar. Bayan çalışanların yoğunlukta olduğu bu hizmetlerde bu tür ortamlarda ekiplerin geceleri vakaya çıkabilme ve ekibin daha savunmasız bayan çalışanlardan oluşma ihtimali ise çalışanların korku ve kaygılarını daha da çok arttırmaktadır. Araştırmaya katılan çalışanların bu soruyla ilgili verdikleri cevapların oranlarına bakıldığında bu güvenlik önlemlerinin ne kadar yetersiz olduğu çalışanların bu konudaki kaygılarının ne kadar fazla olduğu açıkça görülmektedir.

Her geçen gün 112 ASH ekiplerine karşı yeni bir şiddet olayının yaşandığı ve sunulan 112 ASH'nin suiistimal edilerek kullanıldığı göz önünde bulundurulursa, çalışanların ne kadar riskli bir ortamda görev yaptıkları daha iyi anlaşılabilir. Bu nedenle bu çalışanların güvenliğine yönelik çeşitli önlemlerin devreye sokulması, çıkabilecek sorunlara karşı daha etkili çözüm yollarının düşünülmesi ve uygulamaya geçirilmesi gerekmektedir.

Tablo 75. Katılımcıların Kolluk Kuvvetlerinin Sağladığı Güvenliği Yeterlilik Algıları

| Hizmet sunumu esnasında kolluk kuvvetleri (polis, jandarma gibi) bize gerekli güvenliği yeteri kadar sağlıyor. | Sayı | Yüzde(%) |
|---|-------------|-----------------|
| Kesinlikle Katılmıyorum | 91 | 43,3 |
| Katılmıyorum | 51 | 24,3 |
| Kararsızım | 35 | 16,7 |
| Katılıyorum | 20 | 9,5 |
| Kesinlikle Katılıyorum | 13 | 6,2 |
| <i>Toplam</i> | <i>210</i> | <i>100,0</i> |

112 ASH ekiplerinin her türlü riski içerisinde barındıran bir mesleği yapıyor olmasına rağmen, bu risklere karşı güvenlik ve kolluk kuvvetlerinden yeterince güvenlik desteği alamadığı görülmektedir. Çalışmada da katılımcılar güvenlik kuvvetlerinin kendilerine sağladığı korumanın çok yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. 112 ASH ekiplerinin çalışması sırasında genellikle güvenlik sorunu ortaya çıktıktan sonra güvenlik güçleri çağrılmaktadır. Oysa oluşabilecek olaylar güvenlik güçleri olay yerine intikal edene kadar oluşmakta savunmasız çalışanlar ise bu olaylarla baş etmek zorunda kalmaktadır. Bu nedenle ekipler güvenlik kuvvetlerinin sağlayacağı güvenlikten gerektiği kadar faydalanamamaktadırlar. Güvenlik kuvvetleri önceden talepte bulunmak kaydıyla, görevlilere problem çıkarma ihtimali olan nakil hastalarının taşınmasında ekiplere tam olarak yardımcı olmakta, güvenlik için personel görevlendirmektedir.

8. ARAŞTIRMAYLA İLGİLİ İSTATİSTİKİ VERİLER

Tablo 76. Araştırmada Kullanılan Sorulara Verilen Cevapların Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

| | Standart Sapma | Ortalama |
|---|----------------|----------|
| Gün içerisinde müdahalede bulunduğum vakaların büyük çoğunluğu acil müdahaleye ihtiyacı olmayan vakalardan oluşuyor. | 1,15 | 4,26 |
| Yaptığım işi severek yapıyorum. | 1,11 | 4,09 |
| Görevimle ilgili kurslara düzenli olarak katılıyorum. | 1,03 | 4,03 |
| İşimdeki başarımdan dolayı maddi olarak hiç ödüllendirilmedim. | 1,30 | 4,03 |
| Hizmet sunumunda görevimle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahibim. | 0,95 | 3,93 |
| Birimimizde görevli hekim yok. | 1,34 | 3,88 |
| Görevim sırasında yemek ihtiyacımı karşılamakta zorluk ve sıkıntı yaşıyorum. | 1,34 | 3,87 |
| İşimdeki başarımdan dolayı manevi olarak hiç ödüllendirilmedim. | 1,36 | 3,84 |
| Görevimle ilgili düzenli olarak hizmet içi eğitim alıyorum. | 1,14 | 3,77 |
| Yemek ihtiyacımı istasyonumuzda kendimin ve ekip arkadaşlarımın hazırladığı yemeklerle gideriyorum. | 1,31 | 3,73 |
| Birimimizle ilgili sekreteryaya işlerini birimimizde çalışan tüm sağlık personeli yapıyor. | 1,20 | 3,72 |
| Hizmet sunumunun fiziksel zorluklarıyla baş etmede cinsiyet faktörünün önemli bir etken olduğu kanaatindeyim. | 1,23 | 3,72 |
| Hastaları sevk ettiğimiz hastanelerde hasta devri ile ilgili çok sık sorun yaşıyorum. | 1,31 | 3,71 |
| Hasta transportu esnasında hastalardan çok hasta yakınlarıyla problem yaşıyorum sözlü ya da fiili şiddete maruz kalıyorum. | 1,16 | 3,63 |
| Birimimle ilgili sekreteryaya işleri hizmet sunumumu zorlaştırıyor. | 1,23 | 3,62 |
| Almış olduğum hizmet içi eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum. | 1,10 | 3,60 |
| Çalışma sistemimizin hizmet sunumumuzun gereklerine uygun olduğunu düşünüyorum. | 1,07 | 3,55 |
| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda yeterli mesleki eğitimi aldım. | 1,26 | 3,49 |
| Nöbet bitiminde yeteri kadar nöbet izni kullanabiliyorum. | 1,28 | 3,49 |
| Hizmet sunumu esnasında hasta ve hasta yakınları tarafından çoğunlukla mesnetsiz suçlamalar nedeniyle sürekli şikâyet ediliyoruz. | 1,15 | 3,48 |
| Ambulans ya da hizmet aracımız hizmetin gereklerini karşılayabilecek donanıma sahip. | 1,27 | 3,46 |
| Birimimizde çalışan personelin çoğunluğunun bayan olması işimizi zorlaştırıyor. | 1,37 | 3,44 |
| Görev yaptığım bölgenin fiziki ve coğrafi koşulları (alanın dağlık olması, ulaşım yetersizlikleri, yerleşim yerlerinden hayli uzak olması gibi) hizmet sunumumu zorlaştırıyor ve olumsuz etkiliyor. | 1,41 | 3,41 |
| Hasta transportu esnasında hastalarla problem yaşıyorum sözlü ya da fiili şiddete maruz kalıyorum. | 1,10 | 3,39 |
| Ambulans ya da hizmet aracımız çok sık mekanik arıza yapıyor. | 1,46 | 3,39 |
| Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz hasta güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | 1,24 | 3,35 |
| Görevime ilk başladığımda uyum eğitimi aldım. | 1,50 | 3,29 |
| Hasta transportu esnasında çok fazla trafik problemi yaşıyoruz. | 1,21 | 3,23 |

Tablo 76. (Devamı) Araştırmada Kullanılan Sorulara Verilen Cevapların Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri

| | Standart Sapma | Ortalama |
|---|----------------|----------|
| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda gerektiği kadar mesleki uygulama yapabildim. | 1,31 | 3,19 |
| Hizmet sunumumdan kaynaklanan (vertigo, bel fitiği, strese bağlı gastrit, tansiyon anormallikleri, anksiyete, araç tutması vb. gibi) bir takım fiziksel rahatsızlıklarım var. | 1,48 | 3,14 |
| Eleman yetersizliğinden dolayı fazla mesai yapmak zorunda kalıyorum. | 1,49 | 3,14 |
| Çalıştığım birimde yeteri kadar sağlık personeli yok. | 1,49 | 3,10 |
| Kurumumda idari anlamda çok başlılık olduğunu düşünüyorum. | 1,31 | 3,07 |
| Kurumumuzdaki idari yapılanma nedeniyle sıkıntılar yaşıyorum. | 1,29 | 3,06 |
| Yaptığım iş psikolojimi olumsuz yönde etkiliyor. | 1,34 | 3,02 |
| Çalışmam karşılığında aldığım ücreti yeterli buluyorum. | 1,37 | 3,00 |
| Görevimi yerine getirirken malzeme, araç, gereç sıkıntısı yaşıyorum. | 1,21 | 3,00 |
| Çalıştığım kurumda olması gerekenden daha fazla nöbet tutuyorum. | 1,47 | 2,99 |
| Komuta Kontrol Merkezi ile koordinasyon ve iletişim sağlamakta problem yaşıyorum. | 1,31 | 2,99 |
| Mümkün olsaydı farklı bir meslek dalında çalışmak isterdim. | 1,41 | 2,89 |
| Vaka sayısının çokluğu sunmuş olduğum hizmetin kalitesini ve verimliliğini olumsuz etkiliyor. | 1,34 | 2,86 |
| Hekimsiz çalışmak hizmet sunumumu olumsuz etkiliyor. | 1,40 | 2,80 |
| Mesleğimle ilgili yeteri kadar yasal düzenleme mevcut. | 1,20 | 2,79 |
| Hasta ve hasta yakınıyla iletişim kurmakta zorlanıyorum. | 1,14 | 2,72 |
| Ambulans sürücülerimiz trafik kurallarına uyma konusunda hassas davranmıyorlar. | 1,31 | 2,67 |
| Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz çalışan güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | 1,34 | 2,60 |
| Günlük ortalama vaka sayımız kapasitemizin üzerine çıkıyor. | 1,24 | 2,57 |
| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla bilgi paylaşımında sorunlar yaşıyorum. | 1,30 | 2,51 |
| Birimimize ait bağımsız bir istasyon binamız var. | 1,60 | 2,49 |
| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla uyum ve iletişim sorunları yaşıyorum. | 1,33 | 2,47 |
| Birimimize ait istasyon binamız yeterli büyüklükte ve hizmetin gerektirdiği şartları taşıyor. | 1,46 | 2,46 |
| İstasyon sorumlumuz baskıcı ve otoriter davranıyor. | 1,36 | 2,30 |
| Hizmet sunumu esnasında yerleşim yerlerinde hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı alınan güvenlik önlemlerini yeterli buluyorum. | 1,25 | 2,20 |
| Amirlerimin sözlü ya da fiili şiddetine maruz kalıyorum. | 1,09 | 2,12 |
| Hizmet sunumu esnasında kolluk kuvvetleri (polis, jandarma gibi) bize gerekli güvenliği yeteri kadar sağlıyor. | 1,24 | 2,11 |
| Hizmet sunumu esnasında yerleşim yerleri dışındaki arazi şartlarında hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı yeterli güvenlik önlemimiz var. | 1,23 | 2,09 |
| Çalışma sistemimizin 24 saatlik nöbet şeklinde olması iş uyumumu olumsuz etkiliyor. | 1,23 | 1,79 |

Tablo 11’de görüldüğü gibi araştırmada katılımcılara yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en yüksek ortalamaya sahip üç cevabın; “Gün içerisinde müdahalede bulunduğum vakaların büyük çoğunluğu acil müdahaleye ihtiyacı olmayan vakalardan oluşuyor” (4,26±1,15), “Yaptığım işi severek yapıyorum” (4,09±1,11) ve “Görevimle ilgili kurslara düzenli olarak katılıyorum.” (4,03±1,03) sorularına verilen cevaplar olduğu görülmektedir. Yine araştırmada katılımcılara yöneltilen sorulara verilen cevaplar incelendiğinde en düşük ortalamaya sahip üç cevabın ise; “çalışma sistemimizin 24 saatlik nöbet şeklinde olması iş uyumumu olumsuz etkiliyor” (1,79±1,23), “Hizmet sunumu esnasında, yerleşim yerleri dışındaki arazi şartlarında, hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı yeterli güvenlik önlemimiz var” (2,09±1,23) ve “Hizmet sunumu esnasında kolluk kuvvetleri (polis, jandarma gibi) bize gerekli güvenliği yeteri kadar sağlıyor” (2,11±1,24) sorularına verilen cevaplar olduğu görülmektedir

Tablo 77. ASH Sunumuna Etki Ettiği Düşünülen Çeşitli Faktörlerin Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi

| | Cinsiyet | Ortalama | Std. Sapma | t | P | Karar |
|---|----------|----------|------------|-------|------|-----------------------------------|
| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda yeterli mesleki eğitimi aldım. | Erkek | 3,2809 | 1,39796 | -2,08 | 0,04 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 3,6446 | 1,13181 | | | |
| Hizmet sunumunda görevimle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahibim. | Erkek | 3,7528 | 1,11070 | -2,33 | 0,02 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 4,0579 | ,78843 | | | |
| Görevimle ilgili kurslara düzenli olarak katılıyorum. | Erkek | 3,8652 | 1,06804 | -1,99 | 0,04 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 4,1488 | ,98032 | | | |
| Günlük ortalama vaka sayımız kapasitemizin üzerine çıkıyor. | Erkek | 2,7865 | 1,30968 | 2,17 | 0,03 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 2,4132 | 1,17381 | | | |
| Vaka sayısının çokluğu sunmuş olduğum hizmetin kalitesini ve verimliliğini olumsuz etkiliyor. | Erkek | 3,1124 | 1,36879 | 2,40 | 0,02 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 2,6694 | 1,28704 | | | |
| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla uyum ve iletişim sorunları yaşıyorum. | Erkek | 2,7191 | 1,42214 | 2,38 | 0,02 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 2,2810 | 1,23978 | | | |
| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla bilgi paylaşımında sorunlar yaşıyorum. | Erkek | 2,8427 | 1,46084 | 3,26 | 0,00 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 2,2645 | 1,10882 | | | |
| Hastaları sevk ettiğimiz hastanelerde hasta devri ile ilgili çok sık sorun yaşıyorum. | Erkek | 3,9438 | 1,19049 | 2,20 | 0,03 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 3,5455 | 1,37235 | | | |
| Hasta ve hasta yakınıyla iletişim kurmakta zorlanıyorum. | Erkek | 3,0337 | 1,26536 | 3,48 | 0,00 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 2,4959 | ,97574 | | | |
| Yaptığım işi severek yapıyorum. | Erkek | 3,9101 | 1,23987 | -2,03 | 0,04 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 4,2231 | ,99572 | | | |
| Çalışma sistemimizin 24 saatlik nöbet şeklinde olması iş uyumumu olumsuz etkiliyor. | Erkek | 2,0899 | 1,45102 | 3,09 | 0,00 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 1,5702 | ,98172 | | | |
| Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz çalışan güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | Erkek | 2,9213 | 1,35029 | 3,10 | 0,00 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 2,3554 | 1,27710 | | | |
| Hasta transportu esnasında çok fazla trafik problemi yaşıyoruz. | Erkek | 3,5281 | 1,22558 | 3,09 | 0,00 | Fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05) |
| | Kadın | 3,0165 | 1,15458 | | | |

Tablo 12’de görüldüğü gibi hizmet sunumuna etki ettiği düşünülen çeşitli faktörlerin cinsiyet açısından farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla ‘iki ortalama arasındaki farkın önem testi’ kullanılmıştır. Test sonuçlarına göre yeterli mesleki eğitim almış olma, göreviyle ilgili yeterli bilgi beceriye sahip olma, günlük vaka sayısının ortalamasının üzerine çıkması, vaka sayısının çokluğu, ekip

arkadaşlarıyla uyum ve iletişim sorunu yaşama, bilgi paylaşımında yaşanan sorunlar, hasta devri ile ilgili sıkıntılar, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurmada yaşanan sorunlar, işini severek yapma, çalışma sistemi, çalışan güvenliğine yönelik önlemlerin yetersiz olması, hasta transportu esnasındaki trafik problemleri sorularına verilen cevapların cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer sorulara verilen cevapların ise cinsiyet açısından anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 78. ASH Sunumuna Etki Ettiği Düşünülen Çeşitli Faktörlerin Mesleki Unvan Açısından Değerlendirilmesi

| | F | p | Karar | Farklılık olan meslek grupları |
|--|------|-----|---------------------------------------|---|
| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda yeterli mesleki eğitimi aldım. | 7,80 | ,00 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile Sağlık Memuru, Hemşire, Ebe-AABT(Paramedik)-ATT |
| Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda gerektiği kadar mesleki uygulama yapabildim. | 5,89 | ,00 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile AABT(Paramedik)-ATT |
| Hizmet sunumunda görevimle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahibim. | 3,92 | ,00 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile AABT(Paramedik)-ATT |
| Görevime ilk başladığımda uyum eğitimi aldım. | 2,68 | ,03 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile AABT(Paramedik)-ATT |
| Görevimle ilgili kurslara düzenli olarak katılıyorum. | 5,46 | ,00 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile ATT |
| Görevimle ilgili düzenli olarak hizmet içi eğitim alıyorum. | 5,50 | ,00 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile ATT |
| Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla bilgi paylaşımında sorunlar yaşıyorum. | 3,12 | ,02 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | AABT(Paramedik) ile Şoför ve diğer unvanlar |
| Hasta ve hasta yakınıyla iletişim kurmakta zorlanıyorum. | 2,98 | ,02 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile AABT(Paramedik)-ATT |
| Yaptığım işi severek yapıyorum. | 2,66 | ,03 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Hekim ile AABT(Paramedik)-ATT |
| Çalışma sistemimizin 24 saatlik nöbet şeklinde olması iş uyumumu olumsuz etkiliyor. | 3,62 | ,01 | Fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) | Şoför ve diğer unvanlar ile AABT(Paramedik)-ATT |

Tablo 13’de görüldüğü gibi hizmet sunumuna etki ettiği düşünülen çeşitli faktörlerin mesleki unvan açısından farklılık gösterip göstermediğini tespit etmek amacıyla ‘tek yönlü varyans analizi’ testinden faydalanılmıştır. Yapılan analizler

sonucunda, okuduğu okulda yeterli mesleki eğitimi almış olma, göreviyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olma, göreve başladığında uyum eğitimi almış olma, görevle ilgili kurslara düzenli olarak katılma, düzenli olarak hizmet içi eğitim almış olma, yeterli mesleki uygulama yapabilmiş olma, ekip arkadaşlarıyla bilgi paylaşımında sorunlar yaşama, hasta ve hasta yakınlarıyla iletişim kurmakta zorlanma, yapılan işi severek yapma ve çalışma sisteminin 24 saatlik nöbet şeklinde olmasının işi uyumuna etkisi sorularına verilen cevapların mesleki unvan açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Diğer sorulara verilen cevapların ise mesleki unvan açısından anlamlı olmadığı grlmştir ($p>0,05$).

SONUÇ

112 Acil Sağlık Hizmetleri; acil sağlık konusunda eğitim görmüş sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takiben, tıbbi araç ve gereç desteğiyle ve ülke genelinde Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün ilgili birimi aracılığıyla tek elden planlanan, idare ve koordine edilen hizmetlerdir. Bu hizmetlerin en önemli unsuru ise hizmet verilen bireylerle birebir ilişki içerisinde olan 112 ASH istasyonları ve ekipleridir.

112 Acil sağlık ekiplerinin sunmuş olduğu hizmetin kalitesine ve verimliliğine katkıda bulunmak, hasta memnuniyetinin yanında personel memnuniyetini de arttırmak amacıyla, Konya ilinde 112 acil sağlık hizmetleri sunumuna etki eden faktörlerin tespiti amacıyla yapılan bu araştırma neticesinde çeşitli bulgulara ulaşılmış ve önerilerde bulunulmuştur. Araştırmada elde edilen bu bulgulara göre, 112 acil sağlık hizmetleri alanındaki yapılanma sürecinin henüz yeni olması ve bu yapılanma sürecindeki eksikliklerin henüz tam olarak giderilememiş olması bir takım sorunları da beraberinde getirmiştir.

Katılımcıların büyük bölümü genç yaşta çalışanlardan oluşmaktadır. Bu hizmetlerde ağırlıklı olarak kadın çalışanlar görev yapmaktadır. (Konya ilinde ki oran % 57,6). Bayan çalışanların bir kısmının boy ve kilo oranlarının mesleki okullara giriş şartlarında yer alan standartların altında olduğu, yetersiz beden ve fizik yapısının hizmet sunumunu olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu standartlar ASH'nin gerektirdiği fiziksel standartları tam anlamıyla karşılamakta yetersiz kalmaktadır. Öyle ki, 160 cm boyunda ve 45 kg ağırlığında olan bir bayan bu standardı karşılamış olarak kabul edilmekte ve ilgili yüksek okullara alınmaktadır. Bu kiloya sahip bir çalışanın, mesleki bilgi ve deneyimin yanında bedensel güç de gerektiren bir iş olan 112 ASH'de ne kadar zorlanacağı ve buna bağlı olarak birtakım rahatsızlıklar yaşayabileceği aşikârdır. Sağlık Meslek Lisesi ATT bölümlerinde ise sağlık raporu dışında hiçbir fiziki standart aranmamaktadır. Bayan personelin hamilelik, doğum ve süt izinleri 112 ASH'nin 24 saatlik nöbet şeklindeki mevcut çalışma sisteminde ayrı bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. 112 ASH'de çalışan hamile ve 2 yaşından küçük çocuğu olan bayan personele, ilgili mevzuat

gereği nöbet yazılamamaktadır. Kısacası bayan çalışanların 112 ASH'deki işe devamlılığı erkek çalışanlara göre daha çok kesintiye uğramaktadır.

Mevcut durumda 112 ASH'de görev yapan çalışanlarının tamamının okumuş oldukları meslek okullarında yeterli düzeyde ve sürede tam anlamıyla mesleki eğitim alamadıkları (% 25,7) ve yeterli uygulama olanaklarını bulamadıkları (% 38,1) görülmektedir. Araştırmaya katılanların % 10'u göreviyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını % 11,9'u da bu konuda kararsız olduğunu belirtmiştir. Bu bulgular yapılan işin ciddiyeti düşünüldüğünde oldukça kaygı vericidir. Bu eksikliklerin göreve ilk başlanıldığında uyum eğitimi ve sonrasında da hizmet içi eğitimlerle giderilmesi gereklidir. Konya 112 ASH'de görevlerine ilk başladıklarında uyum eğitimi aldıklarını belirtenlerin oranı sadece % 55,7'dir. Konya 112 ASH'de bu eğitimlerin yeterli sıklıkta verilemediği görülmektedir. Bu doğrultuda, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının bir kısmı yeterli mesleki bilgi ve beceriye sahip değildir hipotezinin tutarlı olduğu görülmektedir.

112 ASH Konya ilinde 1997-1998 yıllarında kurulmuş, bu güne kadar istasyon sayısını artırarak ve faaliyetlerini büyüterek devam ettirmiştir. Ancak kurulduğu günden günümüze kadar geçen süre zarfında istasyon binaları konusunda yeterli alt yapı tam anlamıyla oluşturulamamış, karşılaşılan eksiklikler geçici çözümlerle giderilmeye çalışılmıştır. Hizmetin ana unsurlarından birisi olan 112 ASH istasyonlarının bazıları sağlık kurumlarıyla entegre olarak çalışmaya başlamış, entegre çalıştıkları kurumların hizmet binalarını kullanmışlardır. Bağımsız istasyonlar ise 112 ASH sunumunun gerektirdiği fiziksel şartları karşılamaktan çok uzak kamuya ait ya da kiralık binalarda bulunan istasyonlardan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin sadece % 33,8'i kendilerine ait bağımsız bir istasyon binalarının olduğunu belirtmişlerdir. Şu anda Konya ilinde 112 ASH istasyonları içerisinde tam olarak standartlara uygun, kendisine ait hizmet binası bulunan istasyon bulunmamaktadır. Mevcut istasyon binalarının fiziksel ortamları hizmetin ve çalışanların ihtiyaçlarını karşılamamaktadır. Birçoğunun yeteri kadar dinlenme odası, banyosu, mutfağı, malzeme deposu ve ambulans garajı yoktur. Bu binaların kamuya ait kurumların binası ya da kiralık binalar olması, geçici olarak kullanılması nedeniyle teknik donanımı, malzeme araç gereç eksiklikleri

giderilememiş, ısınma sorunları tam olarak halledilememiş ve kalite standartları doğrultusunda iyileştirilmeler yapılamamıştır. İstasyonlarda bulunan bazı hizmet araçları da yeterli tıbbi donanıma sahip olmalarına rağmen, çok fazla yıprandıklarından ihtiyaçlara tam anlamıyla cevap verememiş, çok sık arıza yaparak ek maliyetler oluşturmuşlardır. Bu nedenle, 112 acil sağlık hizmetlerinin yeterli alt yapısı yoktur varsayımının araştırmanın sonucuyla örtüştüğü ve tutarlı bir varsayım olduğu anlaşılmaktadır.

Ülkemizde 112 ASH konusunda vatandaş bilinci oluşturulamamış bu hizmetlerin amacı dışında kullanımının önüne geçilememiştir. Araştırma da elde edilen verilere göre ambulansların uygunsuz kullanım oranının %80'in üzerinde olduğu görülmektedir. Bu veriler, 112 acil sağlık hizmetleri amacı dışında kullanılmaktadır varsayımını doğrulamaktadır. Bu durum, 112 ASH ambulanslarının acil müdahale aracı olmaktan çok hasta nakil aracına dönüştüğünü ve 112 ASH ekiplerinin de bu yüzden asli görevlerini yapamadıklarını göstermektedir.

Devamlı ve kesintisiz verilmesi gereken bir hizmet olan 112 ASH'nin sunumu esnasında çalışanların karşılaştıkları sorunlardan biriside yemek ihtiyacını giderme sorunudur. Genel olarak bu ihtiyaç istasyonlarda hazırlanılan yiyeceklerle veya yemeklerle giderilmekte çoğu zamanda iş yoğunluğundan buna bile vakit bulunamamaktadır. İstasyonlarda oluşan bu durum pek hoş bir görüntü oluşturmamakta, vatandaşlar tarafından farklı şekillerde algılanmaktadır. Resmiyette Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğine ek maddeler eklenerek bu sorun çözülmüş gibi gözükse de, fiiliyatta bu maddeler uygulanamamış çalışanların bu konudaki sıkıntıları giderilememiştir.

Araştırmaya katılan 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının yapmış oldukları işten olumsuz etkilendikleri bu nedenle katılımcıların yarısının lumbal disk hernisi, vertigo, gastrit gibi fiziksel rahatsızlıkların yanında, anksiyete ve stres gibi psikolojik bozukluklar yaşadıkları bulgularına ulaşılmıştır. Bu bulgular, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanları yaptıkları iş nedeniyle fiziksel ve ruhsal sorunlar yaşamaktadırlar varsayımının tutarlı olduğunu göstermektedir. Bu türden rahatsızlıkların, hizmet sunumunu olumsuz etkilemesi ve iş verimini düşürmesi kaçınılmazdır.

112 ASH'de personel planlamasının hizmetin gerektirdiği şartlara göre yapılamadığı görülmektedir. Öncelikle kurumda hizmetin gerektirdiği şartlara uygun personel yapısı oluşturulamamıştır. 112 ASH'ni sunacak olan yetişmiş personel (AABT-ATT) ihtiyacı eksikliği giderilememiş bu eksiklik diğer sağlık personeli (Sağlık memuru-hemşire) tarafından doldurulmaya çalışılmıştır (Konya 112 ASH'de Sağlık memuru-hemşire % 7,6 – şoför ve diğer unvanlar % 12,9 görev yapmaktadır). Mevcut personelin ise istasyonlara dengeli dağıtılamadığı bu nedenle bazı istasyonlarda daha fazla personel sıkıntısının olduğu görülmektedir. Özellikle il merkezi dışındaki bazı ilçelerdeki personel açığı geçici görevlendirmelerle giderilmeye çalışılsa da bu sorunun çözümü için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle, 112 acil sağlık hizmetlerinde personel planlaması hizmetin gereklerine göre yapılmamıştır hipotezinin tutarlı bir hipotez olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların bir bölümünün hem kurumsal hem de hastalarla iletişim sıkıntılarının olduğu ve 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iletişimle ilgili sıkıntıları vardır hipotezinin tutarlı bir hipotez olduğu görülmektedir. 112 ASH'nin iletişim alt yapısının eksiklerinin giderilemediği telsiz altyapısıyla ilgili sıkıntıların olduğu anlaşılmaktadır. 112 Çalışanların hastaları sevk ettikleri hastanelerde hasta devri ile ilgili bazı zorluklar yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu konuda hastane acil servis hekimlerinin bahaneleri ise genellikle hasta yoğunluğu ve hastane şartlarının yetersiz oluşu olarak göze çarpmaktadır. Hasta yoğunluğunun en büyük nedenini ise poliklinik hastalarının acil servislere gereksiz başvuruları oluşturmaktadır.

Çalışanların hizmet sundukları hasta ve hasta yakınları tarafından çoğunlukla mesnetsiz suçlamalara maruz kaldıkları ve ilgili birimlere sık sık şikâyet edildikleri anlaşılmaktadır. Çalışanların hasta ve hasta yakınlarıyla olan iletişim eksiklikleri ile güvenlik kaygılarının tam anlamıyla giderilemediği ve güvenlik güçlerinin gerekli desteği veremediği görülmektedir. Bu bulgular 112 acil sağlık hizmetlerinde güvenlik önlemleri yetersizdir hipotezinin tutarlı bir hipotez olduğunu göstermektedir. 112 ASH sunumunu olumsuz etkileyen tüm bu olumsuz faktörlere rağmen 112 ASH istasyonlardaki personelin çalışma sistemlerinden memnun oldukları yaptıkları işi sevdikleri fakat mümkün olması durumunda başka bir meslekte de çalışabilecekleri anlaşılmıştır.

Sonuç olarak, 112 ASH sunumu kusursuz mükemmel işleyen ve vatandaş tarafından beğenilen hizmetler gibi gözükse de geri planda görünmeyen birçok sorun ve sıkıntıları olan hizmetlerdir. Bu sorun ve sıkıntılar ilgili idareciler tarafından ciddiyetle ele alınmalı ivedilikle sorunların çözümü konusunda çalışılmalıdır. Bu doğrultuda gönüllü vatandaşlar ve kamu kurumları vasıtasıyla biran önce hizmetin gerektirdiği standartlara uygun bağımsız istasyon binaları yapılmalı, gerekli araç-gereç, malzemeye eksiksiz olarak donatılmalı ve hizmete açılmalıdır. Hizmet araçları ve ambulanslarda iyileştirilmeler yapılmalı mümkün ise hizmet anlamında daha konforlu ve az sorun çıkaran araçlar temin edilmelidir.

Personel planlaması en iyi şekilde ve hizmetin gerektirdiği şartlar düşünülerek standartlara uygun yapılmalıdır. 112 ASH istasyonlarındaki personel eksiklikleri giderilmelidir. Personelin eğitim, bilgi ve beceri eksiklikleri düzenli ve daha sık verilecek olan uyum ve hizmet içi eğitimlerle giderilmeli, bu eğitimlere tüm 112 ASH çalışanlarının katılımı sağlanmalıdır.

Sunulan hizmetin amacı dışında kullanımını engellemek maksadıyla gerekli düzenlemeler yapılmalı, etkili iletişim araçları kullanılarak 112 ASH konusunda vatandaş bilinci oluşturulmalıdır. İstasyonlarda görev yapan personelin yemek sorunu istasyonun bulunduğu bölgenin şartları doğrultusunda biran evvel çözülmelidir. Çalışanları motive edici unsurlar idareciler tarafından önemsenmeli ve etkin bir şekilde kullanılmalıdır.

112 ASH istasyonlarındaki yazışmalar ve kayıt işlemlerinin düzgün ve düzenli yürütülmesi, personelin iş yükünün azaltılması amacıyla, her istasyona sekretarya işlerini yapacak özellikte bir personel görevlendirilmelidir. Hasta devriyle alakalı sorunlar, ilgili hastaneler ve sağlık kurumlarıyla görüşülerek giderilmeli, bu konudaki koordinasyon mümkün olduğunca en iyi şekilde sağlanmalıdır. 112 ASH istasyonlarında görev yapan personelin iletişim eksiklikleri en aza indirilmeli bu konuda mümkünse konusunda uzman kişilerce belirli aralıklarla düzenli olarak iletişim eğitimleri verilmelidir.

Sağlık personeline karşı sürekli artarak devam eden şiddetin önüne geçilmeli koruyucu ve özellikle de önleyici tedbirler gerektiği gibi alınmalıdır. Personelin

sundukları hizmetten kaynaklanan fiziksel ve psikolojik sorunlarının tedavisi ve çözümlü konusunda çalışılmalıdır. Bütün bu sorunların çözümlü için öneriler doğrultusunda yapılacak olan çalışmalar, mevcut hizmetlerin daha iyi ve kaliteli sunumunu sağlayarak personel ve vatandaş memnuniyetini yükseltecek ilerde doğabilecek aksaklık ve sıkıntılarının önüne geçecektir.

KAYNAKLAR

Kitap

- Batı, S., SB'ye Bağlı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı YYLT, Konya, 2012
- Demirhan, N., Türkiye'de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü, İstanbul, 2003
- Ege, R., Kaza Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım, Ankara, 1995
- Erkaya, H., Acil Kurtarma Ekiplerinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2003
- Kaplan, O., GPS GPRS ve GIS Teknolojileri Kullanılarak 112 Acil Yardım Merkezi Otomasyon Sistemi Tasarımı, Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Kayseri, 2006
- Türkdemir, A. H., Danışman Hekimlik ve Vakaya Uygun Ekip Görevlendirme, III. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongre Kitabı, Ankara, 2007
- TC Milli Eğitim Bakanlığı ASH, ASH'nin Yapısı, Ankara, 2011
- TC SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara, 2013
- TC SB Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi İlk Yardım Modülleri, Ankara, 2008

Sürekli Yayın

- Atilla, Ö. D.-Oray, D.-Akin, Ş.-Acar, K.-Bilge, A., “Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları”, Türkiye Acil Tıp Dergisi, C. 10, S. 4, 2010
- Dib, J. E.-Naderi, S.-Sheridan, I. A.-Alagappan, K., “Analsis and Applicability Of The Dutch EMS System İnto Countries Developing EMS System”, The Journal Of Emergency Medicine, C. 30, S.1, 2006
- Duran, A.-Ocak, T.-Yorgun, S.-Koç, K., “112 Ambulans Servisinde Çalışan Memnuniyeti”, Abant Medical Journal, C. 1, S. 3, 2012
- Güneri, S.-İlhan, M. N.-Avcı, E., “Ankara 112 Acil Sağlık Hizmeti Çalışanlarının Çalışma Koşulları ve İş Memnuniyetinin Değerlendirilmesi”, Gazi Medical Jurnal, C. 22, S. 1, 2011
- Jan ten Duis, H.-van der Werken, C., “Trauma Care Systems İn The Netherlands”, International Journal Of The Care Of he Injured, C. 34, S. 9, 2003
- Levi, F.-Lucchini, F.-Negri, E.-La Vecchia, C., “Trends İn Mortality From Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases İn Europe and Other Areas Of The World”, Heart, C. 88, S. 2, 2002
- Önge, T.-Satar, S.-Kozacı, N.-Açıklım, A.-Köseoğlu, Z.-Gülen, M.-Karakurt, Ü., “112 ile Acil Tıp Servisine Getirilen Erişkin Hastaların Analizi”, The Journal Of Academic Emergency Medicine, C. 12, S. 3, 2013
- Pickett, W.-Simpson, K.-Brison, R. J., “Rates and External Causes Of Blunt Head Trauma İn Ontario: Analysis and Review Of Ontario Trauma Registry Datasets”, Chronic Diseases İn Canada, C. 25, S.1, 2004
- Tentillier, E.-Heydenreich, C.-Cros, A. M.-Schmitt, V.-Dindart, J. M.-Thicoipe, M., “Use Of The İntubating Laryngeal Mask Airway İn Amergency Pre-hospital Difficult İntubation”, Resuscitation, C. 77, S. 1, 2008

Thomas, T. L., “Developing and Implementing Emergency Medicine Programs Globally”, Emergency Medicine Clinics Of North America, C. 23, S. 1, 2005

Tosun, U.-Kızıllkan, Ç.-Kılıç, S.-Özer, M.-Yıldıran, N., “Yeni Mezun Paramediklerin İlk ve Acil Yardım Teorik/Uygulamalı Eğitim Düzeyi ve Yeterlilik Algıları”, TAF Preventive Medicine Bulletin, C. 8, S.4, 2009

İnternet Kaynağı

Kılınçlı, T., “Acil Sağlık Hizmetlerinde Paramediklerin Rolü ve Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi”, SB İstanbul 112 Acil Servis Başhekimliği, 2012; <http://www.112acilservis.net/acil-saglik-hizmetlerinde-paramediklerin-rolu-ve-hastane--oncesi-acil-saglik-hizmetlerinin-yonetimi-makale,6.html>, (23.05.2014)

Konya İl Sağlık Müdürlüğü, İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması; <http://www.konyasm.gov.tr/icerik/detay/155>, (01.05.2014)

Page, J. O., “The History of Modern EMS”, 1997; <http://www.emsedsem.org/ctemsi/HISTORY%20OF%20EMERGENCY%20MEDICAL%20SERVICES.pdf>, (31.05.2014)

Salman, U.A., “Sağlık Meslek Liseleri Sağlıksız Büyüyor”; http://www.radikal.com.tr/turkiye/saglik_meslek_liseleri_sagliksiz_buyuyor-147909, (11.11.2013)

TC Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı Karayolları Genel Müdürlüğü Trafik Güvenliği Dairesi Başkanlığı, Trafik Kazaları Özeti, 2012; <http://www.kgm.gov.tr/SiteCollectionDocuments/KGMdocuments/Trafik/TrafikKaza%20Ozet2012.pdf>, (24.02.2014)

Türkiye İstatistik Kurumu, "Ölüm Nedeni İstatistikleri 2013"; <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>, (08.05.2014)

Uz, Ç., “Yaklaşan Tehlike; Paramedik Mesleği Enflasyonu”; <http://www.attyiz.biz.tr/haber/1077/yaklasan-tehlike-paramedik-meslegi-enflasyonu.html>, (06.05.2014)

....., “112 Acil Servis Ekibi Sobadan Sızan Gazdan Zehirlendi, 1 ATT Şehit Oldu”; <http://www.attyiz.biz.tr/haber/138/112-acil-servis-ekibi-sobadan-sizangazdan-zehirlendi1-att-sehit-oldu.html>, (25.05.2014)

....., “Yükseköğretim Programlarının Koşul ve Açıklamaları”; <http://www.osym.gov.tr/dosya/1-69318/h/kosultablo3ve4-baski--572013.pdf>, (15.04.2014)

Diğer Kaynaklar

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

TC SB, "AASAAHY", RG, S. 26369, 2006

TC SB ASH Genel Müdürlüğü, ASH Genel Müdürlüğü'nün Teşkilat ve Görevlerine
Dair Yönerge, Ankara, 2012, m. 6

TC SB, "ASHY", RG, S. 24046-25412-26463, 2000-2004-2007

TC SB, İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi, S. 872, 2005

EK 1. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Sunumunu Etkileyen Faktörler (Konya Uygulaması) Anket Formu

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER (KONYA UYGULAMASI) ANKET FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket, Konya İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri'ne bağlı bütün 112 istasyonlarında çalışan sağlık personeline yönelik olup, bu istasyonlarında çalışan sağlık personelinin hizmet sunumunu etkileyen sorunları belirlemek amacıyla; Beykent Üniversitesi İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Soruları cevaplarken kimlik bilgisi vermenize gerek yoktur. Verdiğiniz içten cevaplar için teşekkür ederim.

Yaşınız

.....

Cinsiyetiniz

- 1) Erkek 2) Kadın

Boyunuz (cm)

.....

Kilonuz (kg)

.....

Medeni durumunuz

- 1)Bekar 2)Evli

Evli iseniz çocuğunuz var mı?

- 1) Yok 2)Varsa çocuk sayısı

Evli iseniz eşiniz çalışıyor mu?

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

Aylık geliriniz ne kadar?(TL)

.....

Ailenizin aylık geliri ne kadar?(TL)

.....

Mesleki unvanınız nedir?

- 1) Hekim 2) Sağlık memuru 3) Hemşire 4) Ebe 5) AABT(Paramedik)
6) ATT 7) Şoför 8) Diğer(belirtiniz)

Çalıştığınız kurumda şu anki göreviniz nedir?

- 1) Hekim 2) Sağlık memuru 3) Hemşire 4) Ebe 5) AABT(Paramedik)
6) ATT 7) Şoför 8) Diğer(belirtiniz)

Bu kurumdaki toplam çalışma süreniz ne kadar?(yıl)

.....

Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Lise 2) Önlisans 3) Lisans 4) Lisansüstü-Doktora

En son hangi okulu bitirdiniz?

.....

Çalıştığınız yerleşim yerinde mi ikamet ediyorsunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

112 ASH Sunumunu Etkileyen Eğitim Faktörleri

| | | KESİNLİKLE KATILMIYORUM | KATILMIYORUM | KARARSIZIM | KATILYORUM | KESİNLİKLE KATILYORUM |
|---|--|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| 1 | Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda yeterli mesleki eğitimi aldım. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 2 | Mesleğim ile ilgili okumuş olduğum okulda gerektiği kadar mesleki uygulama yapabildim. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 3 | Hizmet sunumunda görevimle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahibim. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 4 | Görevime ilk başladığımda uyum eğitimi aldım. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 5 | Görevimle ilgili kurslara düzenli olarak katılıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 6 | Görevimle ilgili düzenli olarak hizmet içi eğitim alıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 7 | Almış olduğum hizmet içi eğitimin yeterli olduğunu düşünüyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |

112 ASH Sunumunu Etkileyen Kurumsal Faktörler

| | | KESİNLİKLE KATILMIYORUM | KATILMIYORUM | KARARSIZIM | KATILYORUM | KESİNLİKLE KATILYORUM |
|----|--|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| 1 | Mesleğimle ilgili yeteri kadar yasal düzenleme mevcut. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 2 | Birimimize ait bağımsız bir istasyon binamız var. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 3 | Birimimize ait istasyon binamız yeterli büyüklükte ve hizmetin gerektirdiği şartları taşıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 4 | Ambulans ya da hizmet aracımız hizmetin gereklerini karşılayabilecek donanıma sahip. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 5 | Ambulans ya da hizmet aracımız çok sık mekanik arıza yapıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 6 | Görevimi yerine getirirken malzeme, araç, gereç sıkıntısı yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 7 | Gün içerisinde müdahalede bulunduğum vakaların büyük çoğunluğu acil müdahaleye ihtiyacı olmayan vakalardan oluşuyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 8 | Çalışma sistemimizin hizmet sunumumuzun gereklerine uygun olduğunu düşünüyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 9 | Nöbet bitiminde yeteri kadar nöbet izini kullanabiliyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 10 | Görevim sırasında yemek ihtiyacımı karşılamakta zorluk ve sıkıntı yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 11 | Yemek ihtiyacımı istasyonumuzda kendimin ve ekip arkadaşlarımla hazırladığı yemeklerle gideriyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 12 | Kurumumuzdaki idari yapılanma nedeniyle sıkıntılar yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 13 | Kurumumda idari anlamda çok başlılık olduğunu düşünüyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 14 | Birimimizle ilgili sekreteryaya işlerini birimimizde çalışan tüm sağlık personeli yapıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 15 | Birimimle ilgili sekreteryaya işleri hizmet sunumumu zorlaştırıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 16 | Birimimizde görevli hekim yok. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 17 | Hekimsiz çalışmak hizmet sunumumu olumsuz etkiliyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |

112 ASH sunumunu etkileyen işgücü ve çalışanlar ile ilgili faktörler

| | | KESİNLİKLE KATILMIYORUM | KATILMIYORUM | KARARSIZIM | KATILYORUM | KESİNLİKLE KATILYORUM |
|---|---|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| 1 | Hizmet sunumunun fiziksel zorluklarıyla baş etmede cinsiyet faktörünün önemli bir etken olduğu kanaatindeyim. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 2 | Birimimizde çalışan personelin çoğunluğunun bayan olması işimizi zorlaştırıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 3 | Çalıştığım birimde yeteri kadar sağlık personeli yok. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 4 | Eleman yetersizliğinden dolayı fazla mesai yapmak zorunda kalıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 5 | Çalıştığım kurumda olması gerekenden daha fazla nöbet tutuyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 6 | Günlük ortalama vaka sayımız kapasitemizin üzerine çıkıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 7 | Vaka sayısının çokluğu sunmuş olduğum hizmetin kalitesini ve verimliliğini olumsuz etkiliyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 8 | Hizmet sunumundan kaynaklanan (vertigo, bel fitiği, strese bağlı gastrit, tansiyon anormallikleri, anksiyete, araç tutması vb. gibi) bir takım fiziksel rahatsızlıklarım var. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 9 | Varsa rahatsızlığınızın türü nedir? Belirtiniz. | | | | | |

112 ASH Sunumunu Etkileyen İletişim Faktörleri

| | | KESİNLİKLE KATILMIYORUM | KATILMIYORUM | KARARSIZIM | KATILYORUM | KESİNLİKLE KATILYORUM |
|---|---|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| 1 | Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla uyum ve iletişim sorunları yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 2 | Hizmet sunduğumuz ekip arkadaşlarımla bilgi paylaşımında sorunlar yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 3 | Komuta Kontrol Merkezi ile koordinasyon ve iletişim sağlamakta problem yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 4 | Hastaları sevk ettiğimiz hastanelerde hasta devri ile ilgili çok sık sorun yaşıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 5 | Hasta ve hasta yakınıyla iletişim kurmakta zorlanıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |

112 ASH Sunumunu Etkileyen Psikolojik Faktörler

| | | KESİNLİKLE KATILMIYORUM | KATILMIYORUM | KARARSIZIM | KATILYORUM | KESİNLİKLE KATILYORUM |
|----|---|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| 1 | Yaptığım işi severek yapıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 2 | Mümkün olsaydı farklı bir meslek dalında çalışmak isterdim. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 3 | Çalışma sistemimizin 24 saatlik nöbet şeklinde olması iş uyumumu olumsuz etkiliyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 4 | Çalışmam karşılığında aldığım ücreti yeterli buluyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 5 | İşimdeki başarımdan dolayı maddi olarak hiç ödüllendirilmedim. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 6 | İşimdeki başarımdan dolayı manevi olarak hiç ödüllendirilmedim. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 7 | Yaptığım iş psikolojimi olumsuz yönde etkiliyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 8 | Hizmet sunumu esnasında hasta ve hasta yakınları tarafından çoğunlukla mesnetsiz suçlamalar nedeniyle sürekli şikâyet ediliyoruz. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 9 | Amirlerimin sözlü ya da fiili şiddetine maruz kalıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 10 | İstasyon sorumlumuz baskıcı ve otoriter davranıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |

112 ASH Sunumunu Etkileyen Güvenlik Faktörleri

| | | KESİNLİKLE KATILMIYORUM | KATILMIYORUM | KARARSIZIM | KATILYORUM | KESİNLİKLE KATILYORUM |
|----|---|----------------------------|--------------|------------|------------|--------------------------|
| 1 | Görev yaptığım bölgenin fiziki ve coğrafi koşulları (alanın dağlık olması, ulaşımın yetersizlikleri, yerleşim yerlerinden hayli uzak olması gibi) hizmet sunumumu zorlaştırıyor ve olumsuz etkiliyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 2 | Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz çalışan güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 3 | Hizmet sunumu esnasında almış olduğumuz hasta güvenliği önlemlerini yeterli buluyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 4 | Hasta transportu esnasında hastalarla problem yaşıyorum sözlü ya da fiili şiddette maruz kalıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 5 | Hasta transportu esnasında hatalardan çok hasta yakınlarıyla problem yaşıyorum, sözlü ya da fiili şiddette maruz kalıyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 6 | Hasta transportu esnasında çok fazla trafik problemi yaşıyoruz. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 7 | Ambulans sürücülerimiz trafik kurallarına uyma konusunda hassas davranmıyorlar. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 8 | Hizmet sunumu esnasında yerleşim yerlerinde hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı alınan güvenlik önlemlerini yeterli buluyorum. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 9 | Hizmet sunumu esnasında yerleşim yerleri dışında ki arazi şartlarında hasta, hasta yakını ve çevreden gelebilecek tehlikelere karşı yeterli güvenlik önlemimiz var. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |
| 10 | Hizmet sunumumuz esnasında kolluk kuvvetleri (polis, jandarma gibi) bize gerekli güvenliği yeteri kadar sağlıyor. | 1- () | 2- () | 3- () | 4- () | 5- () |

ÖZGEÇMİŞ

26 Temmuz 1976 tarihinde Afyonkarahisar'ın Bolvadin ilçesinde doğdum. İlkokulu 1987 yılında Yörükkaracaören Köyü İlkokulu'nda, ortaokulu 1990 yılında Özbek Kasabası Ortaokulu'nda tamamladım. Liseyi 1995 yılında Bolvadin Sağlık Meslek Lisesi'nde, Önlisans eğitimini de Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Memurluğu bölümünde tamamlayarak 2000 yılında mezun oldum. 2004 yılında Şanlıurfa Bozova Devlet Hastanesi'nde sağlık memuru olarak memuriyet hayatıma başladım ve 1,5 yıl sonra Kastamonu Çatalzeytin Devlet Hastanesi'ne tayin oldum. 2007 yılında Kars'ta yaptığım askerlik görevimi tamamlayarak Konya Ahırlı Merkez Sağlık Ocağı'na becayişle tayin oldum ve aynı ilçede 112 ASH istasyonunda dört yıl görev yaptım. 2011 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünü bitirerek lisans eğitimini tamamladım. Aynı yıl Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi bölümüne kaydoldum. 2012 yılında Konya il merkezine tayin olarak İl Ambulans Servisi Başhekimliğinde ki görevime başladım.

Halen Konya İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Başhekimliği'nde Sağlık Memuru olarak görev yapmaktayım. Özel ilgi alanlarım siyaset ve sendikal faaliyetlerdir. Evli ve 2 kız çocuğu babasıyım.

Ali İmran YILMAZ