



**T.C.**  
**ATILIM ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**İŞLETME ANABİLİM DALI**  
**SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ'NDE ÇALIŞAN PERSONELİN**  
**İŞ DOYUMU: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Sibel DÜZOVA**

**Ankara - 2015**



**T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ'NDE ÇALIŞAN PERSONELİN  
İŞ DOYUMU: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Sibel DÜZOVA**

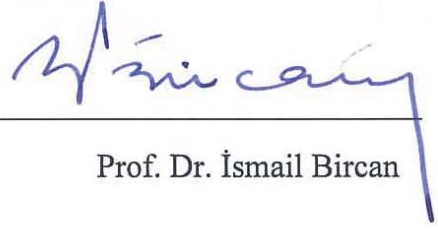
**Tez Danışmanı;**

**Prof. Dr, Dilaver TENGİLİMOĞLU**

**Ankara - 2015**

## KABUL VE ONAY

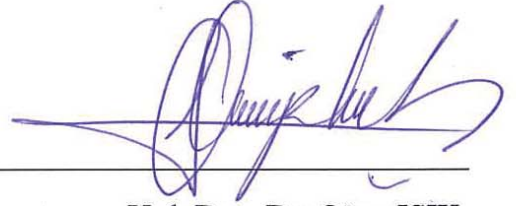
Sibel DÜZÖVA tarafından hazırlanan “[112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde Çalışan Personelin İş Doyumu: Ankara İli Örneği]” başlıklı bu çalışma, [22/06/2015] tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından [Sosyal Bilimler Enstitüsü/ İşletme Anabilim Dalı/Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği] dalında [Yüksek Lisans Tezi] olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İsmail Bircan



Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU



Yrd. Doç. Dr. Oğuz IŞIK

## ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../.....

---

Sibel DÜZOVA

## ÖZ.

[DÜZOVA, Sibel], [112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Çalışan Personelin İş Doymu: Ankara İli Örneği], [Yüksek Lisans Tezi, Ankara, [2015].

Teknoloji ve tıp alanındaki hızlı ilerlemeler, kentleşme, dünya nüfusunun artması, sağlık hizmetlerinin sunumunda belirgin değişikliklere neden olmuştur. Tıbbın tarihiyle paralel gelişmeler gösteren ve acil tıbbın hastane öncesi ortama uzantısı olan Acil Sağlık Hizmetleri dünyada son otuz yılda önem kazanmış ve bu alanda hızlı değişimler yaşanmaya başlanmıştır.

7 gün 24 saat hizmet sunulan bu birimlerde, işle ilgili sağlık sorunlarının artması, çalışanlara yönelik sözlü, psikolojik ve fiziksel şiddetin giderek yaygınlaşması üzerine ASH araştırmacıların dikkatini çekmiş ve konuya daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. 112 çalışanları işleri gereği bulaşıcı hastalıklar, stres ve şiddete maruz kalabilen ve zaman içerisinde ruhsal, duygusal ve fiziksel sağlıklarına etki eden birçok faktörle karşılaşmaktadırlar. İş doymu bu faktörlerden sadece bir tanesidir.

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin en önemli gereklerinden biri olan iş doymu; İşin bireye sağladıklarının algılanması ile oluşan hoşnutluk duygusudur. İş doymu her meslekte önemlidir. Çalışanların iş doymu meslek grupları arasında farklılıklar gösterebileceği gibi, aynı meslek grubunda, kurumlar arasında bile farklılık gösterebilmektedir.

Bu çalışmada 112 ASH' de çalışan personelin iş doym düzeylerinin ölçülmesi ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olarak yürütülmüştür. Şubat 2015 itibari ile Ankara İl Ambulans servisinde çalışan 262 personel çalışmaya katılmıştır. Veriler demografik bilgiler anket formu ve Minnesota iş doym ölçeği ile toplanmıştır. Çalışma sonucunda Ankara 112 İl Ambulans Servisi çalışanlarının Minnesota iş doym ölçeğine verdikleri cevaplar doğrultusunda genel olarak içsel doymlarının yüksek olmasına rağmen dışsal doymlarının özellikle yöneticiler, çalışma ortamı, terfi olanakları vb. konularda doymsuzluk yaşadıkları görülmüştür.

**Anahtar Sözcükler;** 112 Acil Sağlık Hizmetleri, ASH Çalışanları, iş doymu.

## ABSTRACT

[DÜZOVA Sibel], [Job Satisfaction of Staff Working in 112 Emergency Health Services: Ankara Example] , [Master Thesis, Ankara, [2015]

Rapid advances in technology and medical science, the increase in world population and urbanization have led to significant changes in the delivery of health services. Emergency Medical Services developing in paralel with developments in the history of medicine and the extension of pre-hospital emergency medicine environment and has gained importance in the last thirty years in the world and rapid changes in this area have been started.

In these units where 7 days 24 hours service is offered, the increase in work-related health problems, the increasing prevalence of verbal, psychological and physical violence against employees has attracted the attention of emergency health services researchers and the issue has been given more importance. 112 workers arae working in an environment that they can be exposed to infectious diseases, stres and violence and they are encountered in mental, emotional and physical health and many factors. Job satisfaction is one of these factors.

Job satisfaction which is one of the most important requirements of people to be successful, happy and productive; is a satisfaction feeling provided to the individual perceived from the job. Job satisfaction is important in every profession. Employee's job satisfaction can vary between different professional groups, it can vary in the same occupational group, an deven between institutions.

In this study, measuring the job satisfaction levels of the staff of 112 emergency healty services and identifying the factors that affect this was carried out as a descriptive research. 262 staff working in Ankara Provincial Ambulance service as of February 2015 has been participated in the study. Data on demographics have been collected with a questionnaire and Minnesota Job Satisfaction Scale. The results of employees of 112 Ankara Provincial Ambulance Service, in accordance with their answers to Minnesota Job Satisfaction Scale, it has been observed that although in general, their intrinsic satisfactions are high, especially in managers, the extrinsic satisfaction are low due to work environment, career opportunities etc.

**Key Words:** 112 E.H.S. Employees, EMS workers, job satisfaction

## **TEŞEKKÜR**

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde her türlü yardım ve desteğini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. *Dilaver TENGİLİMOĞLU'NA* teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca tüm hayatım boyunca bana inanan, güvenen, desteğini benden hiç çekmeyen, beni ben yapan sevgili” *ANNECİĞİME*”

Sonsuz teşekkürler.....

## İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÖRGÜTLENMESİ:

1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ORGANİZASYONU.....	3
1.1. Acil Sağlık Hizmetleri ile ilgili Kavramlar.....	3
1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi.....	5
1.3. Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı.....	8
1.4. Acil sağlık hizmetlerinin teşkili sevk ve idaresinde görevli birimler.....	10
1.4.1. A.S.H. danışma kurulu.....	10
1.4.2. A.S.H. bölge eğitim araştırma ve uygulama merkezi.....	11
1.4.3. İl A.S.H. koordinasyon komisyonu. (ASKOM).....	11
1.5. Acil sağlık hizmetleri sevk ve idaresi.....	11
1.5.1. Acil sağlık hizmetleri destek birimleri.....	12
1.5.1.1. Temel hizmet birimleri.....	12
1.5.1.1.1. Acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğü.....	12
1.5.1.1.2. İl ambulans servisi başhekimliği.....	12
1.5.1.1.3. Hastane acil servisleri.....	13
1.6. Merkez, istasyonlar ve görevleri.....	14
1.6.1. Merkez.....	14
1.6.2. İstasyon.....	17
1.6.2.1. A tipi istasyon.....	17
1.6.2.2. B tipi istasyon.....	18

1.6.2.3. C tipi istasyon.....	18
1.6.4. İstasyon görevleri.....	19

## İKİNCİ BÖLÜM

### DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ:

2. DÜNYADA HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ.....	22
2.1. ABD ve Kanada ambulans hizmetleri.....	22
2.2. İngiltere ambulans hizmetleri.....	26
2.3. Avustralya ambulans hizmetleri.....	30
2.4. Dünyada kabul görmüş acil sağlık hizmetleri modelleri.....	34
2.4.1. Anglo-Amerikan modeli.....	35
2.4.2. Franko-German modeli.....	35
2.5. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri.....	37
2.5.1. Türk Hilal-i Ahmet Cemiyeti.....	37
2.5.2. Türk Kızılay Cemiyeti.....	37
2.6. Acil Sağlık Hizmetleri’nde Hizmetin Akışı.....	39
2.6.1. Acil sağlık yardım çağrısı.....	39
2.6.2. Çağrının değerlendirilmesi.....	40
2.6.3. Yönlendirme.....	41
2.6.4. Talebin yönlendirilen birim tarafından karşılanması.....	42
2.6.5. Nakil.....	44
2.6.6. Acil servise nakil.....	44
2.6.7. Acil servis tarafından yürütülecek işlemler.....	45
2.6.8. Sunulan hizmet ile ilgili bildirimlerin yapılması.....	46
2.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Ambulans Çeşitleri.....	47
2.7.1. Kara ambulans.....	48
2.7.2. Hava ambulans.....	50
2.7.3. Deniz ambulans.....	51
2.8. Ankara İlinde Acil Sağlık Hizmetleri.....	51
2.9. Acil Sağlık Hizmetlerinin Güncel Sorunları.....	52

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### İŞ DOYUMU:

3. İŞ DOYUMU TANIMI ve KURAMLARI.....	55
3.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler.....	59
3.1.1. Bireysel faktörler.....	59
3.1.2. Çevre ve örgütsel faktörler.....	62
3.2. İş Doyumunun Sonuçları.....	66
3.3. İş Doyumsuzluğunun Sonuçları.....	68
3.3.1. Bireysel sonuçlar.....	68
3.3.2. Örgütsel sonuçlar.....	70
3.4. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu.....	73
3.5. İş Doyumu İle İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	74

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU:

#### ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

4.1. YÖNTEM.....	77
4.1.1 Araştırmanın Türü.....	77
4.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	77
4.1.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	77
4.1.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemleri.....	77
4.1.5. Verilerin Analizi.....	78
4.1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	79
4.1.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	79
4.1.8. Güvenilirlik Analizi.....	80
4.2 BULGULAR.....	81
4.2.1. Çalışanların İş Doyumu.....	81
4.2.2. Ankara 112 İl Ambulans Servisinde Çalışanların Mesleki Yaşamına İlişkin Özellikleri.....	83
4.2.3. Demografik Bilgilere İlişkin Hipotezlerin Test Edilmesi Ve Sonuçları.....	88

4.3. TARTIŞMA.....	103
4.4 SONUÇ.....	110
4.5. ÖNERİLER.....	111
KAYNAKÇA.....	115
EKLER.....	128
EK 1.Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	129
EK 2. Sağlık Bakanlığı Anket Uygulama İzin Belgesi.....	133
ÖZGEÇMİŞ.....	134

## SİMGE VE KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ASH</b>	: Acil Sağlık Hizmetleri
<b>EUSEM</b>	: European Society for Emergency Medicine
<b>YY</b>	: Yüz Yıl
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>DEÜ</b>	: Dokuz Eylül Üniversitesi
<b>Dr</b>	: Doktor
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>KHK</b>	: Kanun Hükmünde Kararname
<b>ATT</b>	: Acil Tıp Teknisyeni
<b>ASKOM</b>	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
<b>AABT</b>	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği
<b>ASHY</b>	: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
<b>AHY</b>	: Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği
<b>TYD</b>	: Temel Yaşam Desteği
<b>OED</b>	: Otomatik Eksternal Defibrilatör
<b>TKHK</b>	: Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
<b>SPSS</b>	: Statistikal Packade for The Social Sciences
<b>MİDÖ</b>	: Minnesota İş Doyum Ölçeği
<b>SS</b>	: Sayfa Sayısı
<b>YLT</b>	: Yüksek Lisans Tezi
<b>N</b>	: Evren Büyüklüğü (hacmi)
<b>S.S</b>	: Standart Sapma
<b>F</b>	: Varyans Analizine İlişkin Parametre
<b>t</b>	: t Testine İlişkin Parametre

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı.....	16
<b>Tablo 2:</b> Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyon Sayıları.....	21
<b>Tablo 3:</b> Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başın Düşen Nüfus Oranları..	22
<b>Tablo 4:</b> Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulans Sayısı.....	50
<b>Tablo 5:</b> Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus Oranı...	51
<b>Tablo 6:</b> Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı.....	52
<b>Tablo 7:</b> Hayal Kırıklığı Karşısında İş Gören Tepki ve Davranışı.....	70
<b>Tablo 8:</b> Minnesota İş Doyum Ölçeğinin Güvenirliği.....	81
<b>Tablo 9:</b> İş Doyum Ölçeği Sorularının Ortalama Puan Dağılımı.....	83
<b>Tablo 10:</b> Personelin Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı...	84
<b>Tablo 11:</b> Unvan ile Öğrenim Durumu Çaprazlaması.....	86
<b>Tablo 12:</b> Unvan ve Meslek Sevgisi Çaprazlaması.....	88
<b>Tablo 13:</b> Katılımcıların Cinsiyeti ile İş Doyumu Düzeyleri t Testi.....	90
<b>Tablo 14:</b> Çalışanların Yaş Gruplarına Göre İş Doyumundaki Farklılıkları.....	91
<b>Tablo 15:</b> Unvan Dağılımının Homojenik Testi Sonuçları.....	91
<b>Tablo 16:</b> Unvan Değişkenine Göre İş Doyum Düzeyleri Farklılık Sonuçları.....	92
<b>Tablo 17:</b> Gruplar Arası Farklılık Sonuçları.....	93
<b>Tablo 18:</b> Öğrenim Durumu Değişkenine Göre İş Doyum Düzeyleri Farklılık Sonuçları.....	94
<b>Tablo 19:</b> Katılımcıların Meslekte Çalışma Süreleri Değişkenine Göre İş Doyumu Düzeyleri Farklılık Sonuçları.....	95

<b>Tablo 20:</b> Katılımcıların Buldukları Kurumda Çalışma Süreleri Değişkenine Göre İş Doyumu Düzeyleri Farklılık Sonuçları.....	96
<b>Tablo 21:</b> Katılımcıların Elde Ettikleri Gelir Değişkenine Göre İş Doyum Düzeyleri Farklılık Sonuçları.....	97
<b>Tablo 22:</b> Meslek Sevgisi Değişkeninin Dağılımının Homojenlik Testi Sonucu..	97
<b>Tablo 23:</b> Katılımcıların Mesleklerine Duydukları Sevgi Düzeyine Göre İş Doyumu Düzeyleri Farklılık Sonuçları.....	98
<b>Tablo 24:</b> Meslek Düzeyleri Açısından İçsel Doyum Düzeyleri Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.....	99
<b>Tablo 25:</b> Genel Doyum Düzeyleri Çoklu Karşılaştırması.....	101
<b>Tablo 26:</b> Dışsal Doyum Düzeyleri Çoklu Karşılaştırması.....	102
<b>Tablo 27:</b> Hipotez Tablosu.....	109

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Acil Sağlık Hizmetleri teşkilat şeması.....	10
<b>Şekil 2:</b> Acil Sağlık Hizmetleri taşra teşkilatı.....	13
<b>Şekil 3:</b> ABD’de paramediklerin mesleki gelişimini gösteren arma örnekleri.....	27
<b>Şekil 4:</b> İngiltere’de paramediklerin mesleki gelişimini gösteren arma örnekleri..	29
<b>Şekil 5:</b> Avustralya’da paramediklerin mesleki gelişimini gösteren arma örnekleri.....	30
<b>Şekil 6:</b> 112 vaka formu (döner sermaye saymanlığı ücret tahakkuk fişi) .....	44
<b>Şekil 7:</b> Acil Sağlık Hizmetleri iş akış şeması.....	48
<b>Şekil 8:</b> İki etmen teorisi.....	58
<b>Şekil 9:</b> Maslow’ un temel gereksinimler piramidi.....	59

## GİRİŞ.

Dünyada ve ülkemizde acil sağlık hizmetleri sistemi acil tıp biliminin bir alt dalı olarak gelişmiştir. Acil tıp yirminci yüzyılın değişen şartlarında doğmuş bir klinik daldır. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren dünyadaki büyük, ekonomik, kültürel, siyasal ve teknolojik değişimler, acil tıbbın ayrı bir uzmanlık dalı olarak doğmasına ve hızla büyüyüp gelişmesine olanak sağlamıştır. Hastanelerin acil servislerinde sunulan hizmetlerle ilgilenen acil tıp, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ve afet planlamaları ile de ilgilenir. Acil sağlık hizmetleri acil sağlık bakımının hastane öncesi ortama uzantısıdır(Tinninalli vd, 2010, ss.8-18).

Amacı, acil sağlık yardımı gereksinimi olan hastalara hizmet sunmak olan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ya da ambulans hizmetleri denilen yapı; hastane merkezli acil sağlık sisteminden oldukça farklıdır. Yapılanmasının temel farkları personel yapısı, konumlanması, teknik donanımı ve kendine özgü şartlarıdır. Acil sağlık sistemleri, nitelikli bir sağlık sunumunun en belirgin göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (Erbay, 2012).

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de son yıllarda acil sağlık hizmetleri alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. Son yıllarda 112 Acil Sağlık Hizmetleri gerek personel ve gerekse ambulans sayılarında ve çeşitliliğinde artışlar ile hizmet ağı yurt genelinde yaygınlaşmış olup, 112 acil sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik durumu artmıştır.

112 Acil Sağlık Hizmetlerinde yaşanan bu olumlu gelişmelerin yanında,112 çalışanları görevlerini zor şartlar altında yerine getirmektedirler. Çalışma alanı olarak sahada olmaları, çıktıkları görevin belirsiz olması, olay yerinde stresli, panik ve bazen de şiddete yönelebilecek hasta ve hasta yakınlarının arasında hastayı değerlendirmek zorunda kalmaları çalışanların stres ve motivasyonunu etkilemektedir. Tüm bu nedenler birleştiğinde ve süreklilik arz ettiğinde çalışanların tükenmişlik ve memnuniyetsizliği artış gösterebilmektedir.

Bu çalışmada; sağlık sisteminin vitrini konumunda olan ve sağlık sunumunu zor şartlar altında gerçekleştiren 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumunun ölçülerek, buna etki eden faktörlerin tespit edilmesi, sorunlar karşısında

çözüm önerilerinin bulunması ve hasta/ çalışan memnuniyetinin sağlanmasına katkıda bulunabilmek hedeflenmiştir.

Çalışma da Ankara ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarına basit rastgele örnekleme yöntemi uygulanarak 600 anket formu dağıtılmış dağıtılan anketlerin 262 tanesi değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada anket formunda yer alan bilgi soruları frekans ve yüzde dağılımları ile iş doyumunu ölçeceğinden alınan puanlar ise ortalama değerleri ile sunulmuştur. 112 Ambulans servisinde çalışan personellerin iş doyumunu ölçeceğinden aldıkları puanların farkı özelliklerine göre değişiklik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla varyans analizleri uygulanmıştır.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÖRGÜTLENMESİ:

#### 1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ORGANİZASYONU:

##### 1.1. Acil Sağlık Hizmetleri ile İlgili Kavramlar

➤ *Sağlık*; Günümüzde kabul görmüş evrensel sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımdır. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; "*yalnızca hastalığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir*" şeklinde tanımlamıştır (Robinson ve Elkan,1996, s.51).

➤ *Hasta*; Acil sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişidir.

➤ *Acil Sağlık Hizmetleri*; Yönetmelikte belirtilen standartlar doğrultusunda acil hastalık ya da yaralanma durumların da, alanlarında gerekli eğitimleri almış sağlık personeli tarafından, gerekli donanım desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, tüm sağlık kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetleridir (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY),2010, m. 4-i).

➤ *İlk Yardım*; Yaşamı tehlikeye düşürecek bir durum karşısında, sağlık personeli olay yerine gelene kadar, yaşamı tehlikeye giren kişiyi hayatta tutmak amacıyla yanında bulunanlar tarafından eldeki imkanlar doğrultusunda yapılan ilaçsız müdahaledir şeklinde tanımlanabilir ([www.acilafet.gov.tr](http://www.acilafet.gov.tr)).

➤ *Acil Servis*; Devlet üniversite özel vb. hastanelerin bünyesinde kurulmuş genellikle aniden oluşan yaşamı tehlikeye sokabilecek durumlara maruz kalmış kişilerin/hastaların sakatlık ve ölümden korunmaları için müdahale, teşhis ve tedavi basamaklarının uygulandığı birimlerdir.

➤ *İstasyon*; Kendi içerisinde farklı gruplara ayrılabilen, acil durumlarda olay yerinde ya da nakil esnasında acil sağlık hizmeti vermek amacıyla yönetmelikçe belirtilen standartlara göre düzenlenmiş ambulansı ve sağlık personeli bulunan birimlerdir.

➤ *Merkez;* Acil durumlarda vatandaşlardan gelen çağrılarını karşılayan, değerlendiren değerlendirme sonrasında uygun ekibi belirleyen ve görevlendiren birimlerdir. Kısaca; ildeki ambulansların ve ekiplerin görevlendirme, sevk ve idaresinin yapıldığı birimler denilebilir. Merkezler Komuta Kontrol Merkezi olarak isimlendirilir.

➤ *Ekip;* 112 ASH' de alanda müdahalelerde bulunan her bir ambulansa çalışanlarına ekip denilmektedir (Tanrıverdi,2012). Ekipler standartta üç kişiden oluşur arka kabinde iki sağlık personeli ve ön kabinde bir sürücü bulunur. Bu sürücü sağlık personeli ya da normal şoför olabilmektedir. Sürücülük yapan sağlık personeli ise Acil Tıp Teknisyenidir. ATT görev tanımlarında gerektiği zaman sürücülük yapar ibaresi bulunmaktadır.

➤ *Olağandışı Durum;* İnsanların herhangi bir olay karşısında yetersiz ve çaresiz kalması sonucunda bireysel ya da kitlesel ölümü ya da yaralanmış olması gerekir. Bu kriterlerden birinin var olduğu tüm durumlar olağan dışı durumdur. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde ise; Aniden oluşan ve büyük zararlara yol açan doğal afetler ile teknolojik afetlerin ve büyük çapta gerçekleşen kitlesel kazaların tamamı şeklinde tarif edilmiştir (www.acilafet.gov.tr).

➤ *Ambulans;* Latince kökenli bir kelime olan ambulare yürümek ya da hareket etmek anlamına gelmektedir. Hastaneler arasında ya da hasta/yaralıyı hastaneye ulaştırmak amacıyla hasta veya yaralının taşındığı yönetmelikle belirtilen özel donanıma sahip motorlu araçlardır. Genellikle beyaz renkli, üzerlerinde ışıklı ses çıkaran sirenleri bulunmaktadır. Üzerlerinde bulunan kırmızı şerit "Acil Yardım" ambulansı olduğu anlamına gelir.

➤ *Triaj;* Beklenmedik olaylar sonucunda sayıca fazla olan hasta ve yaralıların olay yerinde ve nakil sonrasında bakımları için önceliklerin belirlenmesi ve klinik tedavi alanlarının belirlenmesidir. Başka bir ifade ile triaj;" Hastaların hangi sağlık tesisine gidecekleri ve ne düzeyde sağlık bakımı alacaklarına karar verilmesi ve bu yönde hasta seçimi yapılması işlemidir" Triaj olayın olduğu mahalde ve hastaların sevk edileceği sağlık kurumlarında ayrı ayrı uygulanır (Sofuoğlu, Erol, Topcuoğlu 2009, s. 9-10).

## 1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Dünyada ve ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin gelişimi acil tıbbın gelişimiyle eş güdümlü olarak devam etmiştir. Acil Sağlık Hizmetleri acil tıbbın hastane öncesi ortama uzantısı ve “insan sağlığının hayati derecede etkilenmesi ve bu durumdan en hızlı şekilde normale dönmek adına yapılan tüm uygulamaları kapsayan hizmetler” olarak tanımlanabilmektedir.

Acil durumlarda müdahale etme ve bu yönde uygulamalar geliştirilmesi insanlık tarihi kadar eski bir meseledir. Tarihte Mısır, Yunan ve Roma dönemlerine ait bazı belgelerde acil hallerde tıbbi uygulamalar ile ilgili bilgiler bulunmuştur. Hastaların taşınmasına yönelik araçların tahsis edilmesi ile ilgili ilk yazılı kaynaklar 16. Yüzyıla aittir. Avrupa ülkelerinde özellikle Kuzey Avrupa bölgesinde soğuk kış aylarında hastalanan ve donma tehlikesi geçiren evsizlerin toplanmasında atlı arabalar kullanılmış ve bu uygulama tarihte hastaların taşınması için sunulan ilk ambulans hizmeti olarak kabul edilmiştir (Travma ve resüsitasyon derneği kurs kitabı 2006, s.28-1, 2012, s.16).

Ambulansların acil yardım anlamında kullanılması ise Prusya Seferi sırasında Napolyon’un baş cerrahı Baron Larrey tarafından 1797’ de gerçekleştirilmiştir. Erken tıbbi girişimin ölüm ve sakatlanmayı azalttığını gözlemleyen Larrey savaşta yaralanan askerleri toplamak amacıyla “Uçan Gezici Vagon” (flying ambulance) isminde kapalı at arabası kullanan özel sağlık ekipleri kurmuş ve yaralıların tedavi merkezlerine hızlıca ulaştırılarak gerekli tıbbi tedaviyi biran önce almalarını sağlamıştır. Savaşlar sonrasında zamanla insanların hayat standartlarında görülen iyileşmeler ile birlikte kaza ve hastalık oranlarında da artışlar olmuştur ve bu ana kadar pek önemsiz olmayan ambulans hizmetlerinin önemi artmıştır. 1960’lı yıllarda görülen bu gelişme doğrultusunda ve gelişmiş ülkelerde eş zamanlı yaşanan bu gereksinimler her ülkede kendi koşullarına uygun yapılanmalarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Sofuoğlu vd, 2009, s. 9-10).

Acil Sağlık Hizmetleri’nin temelleri 1960 ve 1970’lerde gerçekleştirilen idari ve klinik gelişmelerle atılmıştır. “*Kaza Sonucu Ölüm ve Sakat Kalma - Modern*

*Toplumların İhmal Edilmiş Hastalığı*” (Accidental Death and Disability - The Neglected Disease of Modern Society) başlıklı 1966 tarihli rapor, travma hastalarında hastane öncesi bakımdaki, yetersiz ekipman ve personel eğitimine atfedilen eksiklikleri vurgulamıştır. O zamana kadar ambulans hizmetlerinin yarıdan fazlası cenaze araçları tarafından sunulmaktaydı çünkü bu araçlar sedye taşıyabilen nadir taşıtlardı. Aynı yıl yürürlüğe giren “*Ulusal Karayolu Güvenliği Kanunu*” (The National Highway Safety Act) Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulaştırma Bakanlığının kurulmasını ve ülke çapında ASH sistemini geliştirmesi için sorumlu kurum olmasını sağlamıştır (Tintinalli vd, 2010, s.18).

1967 yılında J.F.Pantridge, Kuzey İrlanda’ nın Belfast şehrinde, kardiyak bakımı hastane öncesi aşamada sunabilmek amacıyla hekimli mobil koroner bakım ambulansı kullanmaya başlamış ve bu yolla akut miyokart enfarktüsülü hastalar arasında mortalite oranını azaltmayı başarmıştır. 1970’ li yıllar ABD’de Acil Sağlık Hizmetleri için altın yıllar olmuştur. Bu dönemde Amerikan Ulaştırma Bakanlığı acil tıp teknisyenleri, paramedik ve ilk müdahaleciler için eğitim müfredatları oluşturmuştur. Acil Sağlık Hizmetleri’ nin haberleşme sistemleri devreye sokulmuştur. 1970’ li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde helikopterler ilk kez acil sağlık hizmeti sunmak amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (Holliman, 2000).

Amerika’da acil sağlık hizmetlerindeki gelişmeler 1980’ li yılların başlarında ulusal fonların azaltılması sonucu yavaşlamaya başlamıştır. Bu yavaşlama sonrasında hizmetin sunumunda bölgeler arası farklılıklar oluşmuş ve dağılmış bir sistem ortaya çıkmıştır. Bölgeden bölgeye ambulansların çeşitliliği, hizmeti sunan personelin farklı olması ve hizmetin sunumunda standartların bölge ve kuruluşa göre farklılaştığı gözlenmiştir (Shah vd, 2005, ss. 24-31).

1973 yılında çıkartılan ABD ASH Sistemi Yasasında (U.S.EMS Systems Act) sistemin 15 bileşeni tanımlanmıştır. Bu bileşenler ASH sisteminin yapısı ve karşılaştığı güçlükler hakkında fikir vericidir. Bu bileşenler;

\*İnsan gücü

\*Eğitim

- \*Haberleşme
- \*Nakil
- \*Fiziksel mekanlar
- \*Kurumlar ve yoğun bakım üniteleri
- \*Kamu güvenliği birimleri
- \*Tüketici katılımı
- \*Hizmete erişim
- \*Hasta nakil
- \*Eşgüdümlü hasta kayıt sistemi
- \*Halk bilgilendirmesi ve eğitim
- \*Denetim ve değerlendirme
- \*Afet planları
- \*Karşılıklı yardım (IOM, 2007, ss. 1-14).

ASH son yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de büyük gelişmeler göstermiştir. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri alanındaki gelişmeler 1980 yılı sonlarında başlamış ve zamanla hızlı ilerlemeler göstermiştir.

Ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında büyükşehirler ve turistik bölgelerde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri kurulduğu görülmektedir. Bu organizasyonun daha çok trafik kazaları için kullanılmak üzere oluşturulduğu bilinmektedir.

İstanbul, İzmir ve Ankara illerinde özellikle hastaların taşınması amacıyla “Hızır Acil Servis” adı verilen sistem 1986 yılında kurulmuş ve uzun bir süre bu isim altında hizmet vermiştir. Sistemde 1994 yılında değişikliğe gidilmiş ve sistemin adı “112 Acil Yardım ve Kurtarma” olarak değiştirilmiştir. Sistemin adının değişmesi ile birlikte acil yardımın yanında kurtarma hizmeti de verilmeye başlanmış ve

ambulanslarda doktor, hemşire ve şoförden oluşan ekipler görev yapmaya başlamıştır. Sistemdeki bu değişimler zaman içerisinde devam etmiş ve 11.05.1995 tarihinde Bakanlar Kurulu'nda alınan karar doğrultusunda hala kullanımına devam edilen 112 numarası ülkemizin “Acil Sağlık” hattı olarak kabul edilmiştir (Kıdak vd, 2009, s.114).

Sürekli gelişme gösteren sistemin Daire Başkanlığı 1997 yılında “İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri” adı altında kurulmuş ve 2003 yılında daire başkanlığına “Eğitim ve Projeler Şube Müdürlüğü” ile “Lojistik Şube Müdürlüğü” birimleri eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nda ayrı bir daire başkanlığı olarak hizmet veren “Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı” 2008 yılında “İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı” ile birleştirilip “Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı” ismini almıştır (www.acilafet.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı'nın 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesi ile Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri ile ilgili köklü değişikliklere gidilmiş ve “Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.

### **1.3. Acil Sağlık Hizmetleri'nin Organizasyon Yapısı;**

Ambulans servislerinin zaman içerisinde ki gelişim süreçlerine baktığımızda organizasyon yapısının ülkeler arasında farklılıklar gösterdiğini belirtmiştik. Ülkemizde de dünyada ki gelişmelerle birlikte özellikle son yıllarda ASH' da önemli değişiklikler ve gelişmeler yaşanmıştır.

Toplumların ihtiyacı doğrultusunda sürekli bir gelişme içinde olan ASH ülkemizde de 1980 sonlarında başlamış ve 2011 yılında 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı KHK ile günümüzdeki mevcut halini almıştır.

Türkiye'de daha önceleri Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı bünyesinde bulunan yapı 663 KHK ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ismini alarak ayrı bir birim olmuştur. ASH Genel Müdürlüğü'ne bağlı altı daire başkanlığı kurulmuştur.

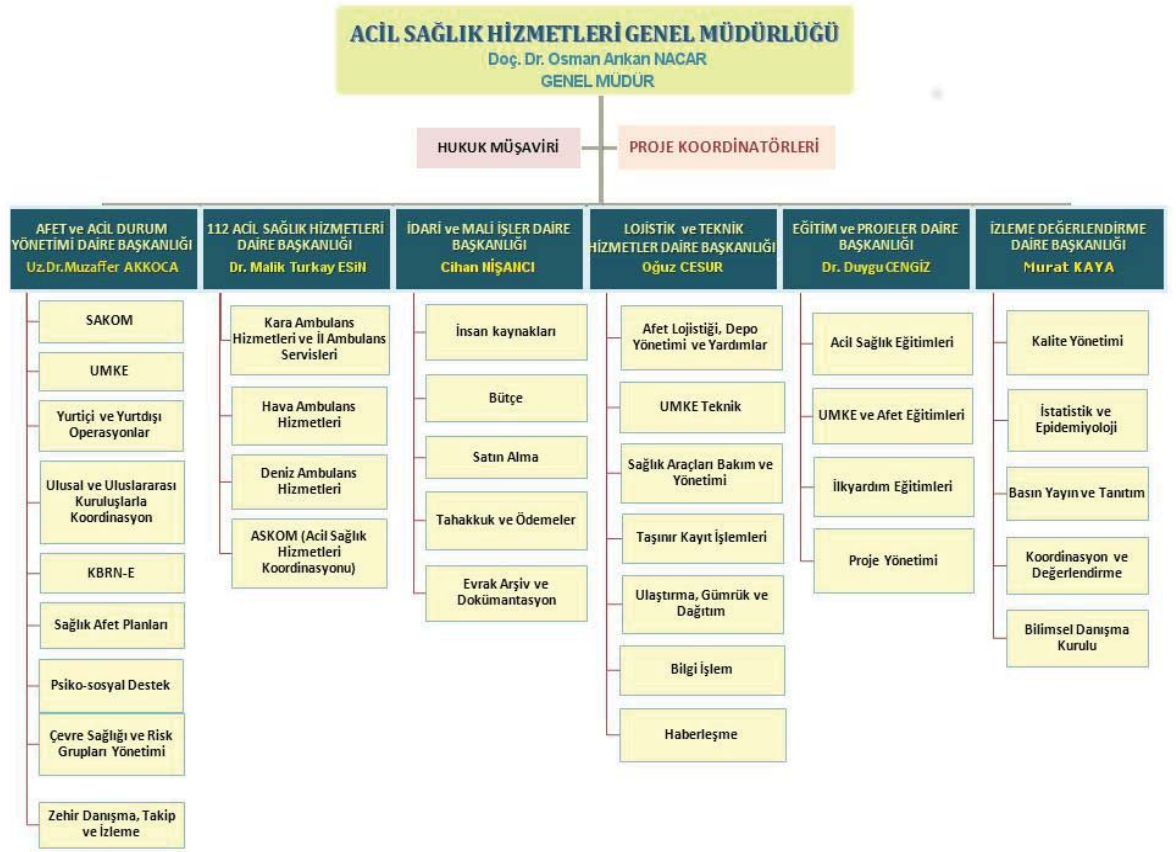
Bu daire başkanlıkları;

- Afet ve Acil Durum Yönetim Daire Başkanlığı
- 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı
- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı
- Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı
- Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı
- İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı

112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı' da kendi içerisinde bölümlere ayrılır bunlar;

- Kara Ambulans Hizmetleri ve İl Ambulans Servisleri
- Hava Ambulans Hizmetleri
- Deniz Ambulans Hizmetleri
- ASKOM (Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyonu) ([www.acilafet.gov.tr](http://www.acilafet.gov.tr)).

112 ASH Şube Müdürlüğü' de İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde İl Sağlık Müdürüne bağlı 112' den sorumlu bir İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve buna bağlı bir Şube Müdürü ve 112'den sorumlu bir başhekim ve başhekim yardımcılarında oluşan bir yapı mevcuttur.



Şekil 1. 112 ASH Teşkilat Şeması (www.acilafet.gov.tr).

#### 1.4. Acil Sağlık Hizmetlerinin Teşkili, Sevk ve İdaresinde Görevli Birimler;

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde hizmetin teşkili, sevk ve idaresin de bakanlık tarafından belirtilen bilgiler doğrultusunda kurulan birimlerdir.

##### 1.4.1. Acil sağlık hizmetleri danışma kurulu;

Acil sağlık hizmetleri danışma kurulu, genel müdür ve genel müdür tarafından görevlendirilen acil sağlık hizmetlerinden sorumlu müdür yardımcısının başkanlığı eşliğinde konuyla alakalı birimlerin yöneticileri, sivil toplum örgütlerinin ve üniversitelerin temsilcilerinden, bakanlık kararı ile oluşturulur. Oluşturulan bu kurul acil sağlık hizmetlerinin daha etkin uygulanması yönünde tavsiyelerde bulunur, mevzuat çalışmaları ve ilgili birimin personeline yönelik eğitim, uygulama, sertifika, müfredat vb. konularda görüş bildirirler (www.ankara112.gov.tr)

#### **1.4.2. Acil sağlık hizmetleri b3lge eğitim araştırma ve uygulama merkezi;**

Bakanlığa bağlı olarak çalışan merkezlerdir. Lüzumu halinde acil sağlık hizmetleri b3lge koordinasyon illerinde de kurulabilirler. Bu merkezler ulusal ve uluslararası kuruluşlarla sürekli iletişim halinde olup acil sağlık hizmetleri konusunda bilimsel araştırmalar yapar, eğitim ve sertifika programlarını düzenler, her türlü yazılı, görsel eğitim materyallerini hazırlarlar. Ayrıca olağan dışı durumlarda ve afetlerde koordinasyonu sağlayan plan ve program geliştirirler ([www.acilafet.gov.tr](http://www.acilafet.gov.tr)).

#### **1.4.3. İl acil sağlık hizmetleri koordinasyon komisyonu (ASKOM);**

Valilik makamına bağlı olarak alışan “Acil Servisler Arası Koordinasyon Komisyonları”dır. Acil servislerin kendi iç bünyelerindeki organizasyonları ile birlikte diğer birimlerim koordinasyonunu sağlayan birimdir. İl sınırları içindeki tüm acil servislerin ve 112 komuta kontrol merkezinin koordinasyonu amacıyla oluşturulmuştur ([www.acilafet.gov.tr](http://www.acilafet.gov.tr)).

#### **1.5. Acil Sağlık Hizmetleri Sevk ve İdaresi;**

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre hizmetin sevk ve idaresi şu şekildedir;

Acil Sağlık Hizmetleri'nin yönetiminde ülke düzeyinde ki sorumlusu Genel Müdürlüktür. Acil Sağlık Hizmetlerinin il bazında denetlenmesi şube Müdürlüğü tarafından sağlanır. Ambulans servislerinin sevk ve idaresinden sorumlu olan birim ise başhekimliktir.

Başhekimlik olağandışı durumlarda gerekli görüldüğü hallerde ildeki tüm kamu kurum ve kuruluşları ile özel kuruluşlara ait olan tüm ambulans ile ekiplerin sevk ve idaresi de başhekimlik tarafından yapılır.

Olağan dışı durumlarda çağrının merkeze düştüğü andan itibaren olay yerine ekipler ulaşana kadar olay yeri yönetimini Komuta Kontrol Merkezi yapar. Olay yerine ilk ulaşan ekip öncelikle olayın niteliği, tıbbi yardım gereksinimi gibi bilgileri alarak komuta kontrol merkezine iletmeye çalışır. Olay yerine ilk gelen ve triaja

başlayan ekip doktorsuz bir ekip ise ekip olay yerine ilk gelen doktorlu ekibe triajı devreder.

### **1.5.1. Acil sağlık hizmet ve destek birimleri**

İllerde hizmet veren acil sağlık hizmet birimleri ve hizmetle alakalı diğer birimler sundukları hizmet yönünden İl Sağlık Müdürlüğü' ne karşı sorumludurlar. Acil sağlık hizmet birimleri yönetmelikte temel ve destek hizmet birimleri olmak üzere ikiye ayrılarak incelenmiştir. Çalışmamızda sadece temel hizmet birimlerine yer verilecektir.

#### **1.5.1.1. Temel hizmet birimleri**

- Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü
- İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Hastane Acil Servisleri

##### **1.5.1.1.1. Acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğü**

İllerde İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan birimlerdir. Kendisine bağlı birimler ile, birlikte müdürlük adına sunulan hizmetin verimliliği için gerekli işlemleri yürüten, birimlerin koordinasyonunu sağlayan, hizmet araçlarının ruhsat ve denetimini yürüten, ilkyardım eğitimlerinin verilmesini organize eden, il afet planlarının hazırlanması ve yürütülmesini sağlayan, bağlı birimlerle ilgili verileri toplayan ildeki hastanelerin acil servisleri ve ilkyardım merkezlerinin denetlenmesini yürüten birimlerdir.

##### **1.5.1.1.2. İl ambulans servisi başhekimliği**

Kendisine bağlı olan merkez, istasyonlar ve diğer birimler ile, burada çalışan personelin eğitim, sevk ve idaresinin yapıldığı, bağlı birimlerde kullanılan araç gereçlerin, kayıt, bakım, temin ve onarılmasını sağlayan, sunulan hizmetin istatistiklerini tutan, ambulansların il düzeyinde yönlendirilmesi ve organizasyonu ile değerlendirmesini yapan, sunulan hizmete katılan diğer kamu ve kuruluşlar arasın da iş birliğini sağlayan birimlerdir (ankara12.gov.tr).

### 1.5.1.1.3. Hastane acil servisleri.

Hastanenin başhekiminin teklifi ve valilik oluruyla açılan gerekli tescil belgesine sahip ve hizmetin devamlılığını sağlayacak kadar personele sahip olan acil sağlık yardımı gerektiren hastalara bu hizmeti sorunsuzca verebilen birimlerdir. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde kurulan birimlerdir (Ashy md.7,c). Fakat son yıllarda yapılan birçok gözlem ve çalışmalarda acil servislerin önemli bir kısmında işlevlerini tam olarak yerine getiremediği görülmüştür. Bunun başlıca nedenlerinden bir tanesi acil gurubuna girmeyen birçok poliklinik hastasının acil servislere getirilerek acil servis hizmetlerinin yoğunluğunun arttırılması ve bu servislerin tıkanma noktasına gelmeleridir.



Şekil 2. ASH Taşra Teşkilatı (mtegm.meb.gov.tr).

Köksal'ın 2010 yılında yapmış olduğu “112 acil sağlık hizmetlerinin yönetim, organizasyonu ile çalışan sağlığı ve güvenliğine” yönelik yapılan bir anket çalışmasında çalışanlara Sağlık Bakanlığı'nın 112 ASH politikasının doğruluğu ve yeterliliği hakkında soru yöneltilmiştir, bu soruya evet(yetersiz) cevabı verenlerin oranı %58.5 iken, hayır cevabı verenlerin oranı ise %36.2 olarak tespit edilmiştir.

Elde edilen bulgular ışığında 112 personelinin yaklaşık 2/3'ü Sağlık Bakanlığı'nın 112 ASH politikasını doğru ve yeterli bulmadığını belirtmiştir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

## **1.6. Merkez, İstasyonlar ve Görevleri:**

### **1.6.1. Merkez:**

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği' de "depreme dayanaklı müstakil binalarda kurulur denmesine rağmen" genellikle İl Sağlık Müdürlüğü binası ya da binalarında kurulmuş olan ve başhekimliğe bağlı olarak çalışan birimlerdir. Buldukları ilin demografik ve diğer özellikleri göz önünde tutularak yeterli sayıda personel, araç, gereç, teknik donanım ve iyi bir yazılım alt yapısı ile kurulmuş olmalıdır. Merkezler ildeki tüm acil sağlık hizmetlerini, iller arası nakilleri, olağan dışı durumlar ve afet yönetimini yapabilecek ve organize edebilecek şekilde koordinasyonu sağlayıp yönetebilmelidir. Merkezler acil sağlık hizmetlerinin en önemli birimleridir ve sayısız görevleri vardır. Bu görevlerin bazıları şu şekildedir;

➤ Acil yardım sağlık çağrılarını değerlendirerek, gelen çağrılara yönelik gerekli hizmeti belirler ve ekiplerin yönlendirmesini yaparak hizmetin sunumunun gerçekleşmesini sağlar.

➤ Hizmet ile ilgili her türlü veriyi kayıt altına alıp saklar ve değerlendirir. Bu sebeple 112' ye yapılan tüm çağrılar ve yönlendirme hizmetleri kayıt altındadır ve geriye yönelik dinlemeleri yapılabilir.

➤ Kendisine bağlı tüm acil yardım araçları ve istasyonlarının sevk ve idaresini yaparlar.

➤ Hasta sevklerinde ildeki tüm hastaneler arası koordinasyonu sağlar.

➤ Afet ve olağan dışı durumlar da bölgeye yeteri kadar ekip görevlendirmek gerekli olduğu durumlarda ildeki tüm ambulansların ve özel ambulansların sevk ve idaresini sağlayarak ildeki koordinasyonu yapmak ve yönetmek.

➤ Başhekimlik tarafından verilen diğer görevleri yapmak.

Merkezler 112 ash en önemli birimlerinden birisidir demiştik, yönetmelikte görev tanımları bu şekilde yapılmış olmasına karşın bu birim karmaşık bir yapıya sahiptir ve kendi içerisinde birçok birimden oluşan yerlerdir. Merkez olarak bahsi geçen birimler Komuta Kontrol Merkezleridir ve isminden de anlaşılacağı gibi sistemi komuta eden yerlerdir. Komuta Kontrol Merkezleri'nde olağan dışı durum ve afet durumlarında Başbakanlık ve Valilik Kriz Merkezleri ile birlikte lüzumu halinde Sivil Savunma, Jandarma, Genel Kurmay, Emniyet vb. kurumlarla merkezden iletişim sağlanarak gerekli organizasyonlar yapılabilir (Eryılmaz 13, s.1-5).

112 KKM 7 gün 24 saat esasına göre nöbet usulü ile kesintisiz hizmet vermektedir. Çalışan personel 24 saat nöbet usulü çağrı karşılama ve hizmet yönetme hizmeti vermektedir. 24 saatlik nöbet diliminde 112 çağrı karşılamaya binlerce çağrı düşmekte ve bu çağrılarının çok büyük bir bölümünü asılsız ihbarlar oluşturmaktadır.

Kıdak ve arkadaşlarının 2009 yılında İzmir ilinde yaptıkları bir çalışma da İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne 2004 ve 2005 yılları arasında sadece 112 Acil Sağlık Hizmetleri için başvuru sayısı 100 binin üzerindedir. Tüm yaş guruplarında acil ambulans kullanım oranı 14.8/1000/yıl olarak saptanmıştır (Kıdak vd, 2009, s.114 ).

Dündar ve arkadaşları ise 2006 yılında Samsun ilinde acil çağrı başvurusu 9015 ve ambulans kullanım oranını ise 7/1000 olarak belirtmişlerdir (Dündar vd, 2006, s.23).

Sağlık bakanlığı tarafından yayınlanan Sağlık İstatistiği 2013 verilerinde “Yıllara göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı” şu şekildedir.

**Tablo 1.** Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Vaka Sayısı  
(Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı 2013)

Yıllar	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Vaka sayısı	796	1.305	1.507	1.568	1.734	1.769

Yukarıdaki Tablo 1’de gösterilen veriler incelendiğinde ülke genelinde istasyon başına düşen vaka sayısının yıllar ilerledikçe arttığı görülmektedir. Vaka sayısındaki artış 112 sisteminin bilinirliği ve ulaşılma oranında yaşanan artışların etkili olduğu bilinmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 2003 yılında yapılan bir çalışmada, farklı sebeplerle hastanelerin acil servislerine başvuran 114 milyon kişinin %14,2’si acil servis öncesinde ambulans hizmetlerine başvurduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmaya göre yaşlı hastaların %36,4 ünün hastane acil servislerine ambulanslar ile nakledildiği, genel anlamda hastaların %59,3’ünün medikal, %40,7’sinin kaza( trafik kazası, iş kazası vb.) ve zehirlenme nedenleri ile acil servise nakledildikleri tespit edilmiştir (Burt vd, 2006, s.47).

Ülkemizde de Dr. Çelik. G ve arkadaşları tarafından Atatürk Hastanesi’nde yapılan bir araştırmada hastanenin acil servisine 112 ile transferi yapılan hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Çalışma sonucunda 112 ile 385 hasta nakli gerçekleşmiş, getirilen hastaların %55,3’ü erkek, tüm hastaların yaş ortalaması  $54,16 \pm 20.1$  olarak bulunmuş.

Getirilen hastaların semptomlarına bakıldığında ilk sırada travma hastaları olup (%28,5), bunu sırayla kardiyak ve pulmoner semptomlar (%27,5) ve nörolojik semptomlar (%13,2) ile gastrointestinal semptomlu hastalar (%9,35) izlemektedir. Tanısal amaçlı 180 hastadan (%46,7) konsültasyon istenmiş olup bu hastaların 54’ünden (%14,02) birden çok bölümden konsültasyon istenmiş. En çok konsültasyonun kardiyoloji bölümünden (%12,2), sonrasında nöroloji (%11,9), göğüs hastalıkları (%9,35) ve ortopedi (%8,05) bölümünden istendiği görülmüş. Tetkik ve tedavi sonrasında hastaların %87,2’si şifa ile taburcu olurken, %11,9’u hastaneye yatırılmış, 3 hasta (%0,77) ex olmuş. Bir aylık dönemde acil servisten toplamda 593 hastaya ilgili klinik tarafından servis veya yoğun bakım yatışı verilmiş olup tüm yatan hastaların %7,75’ini 112 vakaları oluşturmuştur. Ayaktan başvuran hastaların toplam yatış oranı ise %5,66’dır. Yatarak tedavi verilen 46 hastanın 30’u yataklı servise (%7,79), 16’sı (%4,15) yoğun bakım ünitesine yatırılmış. Sonuç olarak kritik hasta transferinde 112 etkin bir rol oynamakta olup daha çok yaşlı hastalar hastaneye ulaşımında 112’yi tercih etmektedirler. 112 ile getirilen hastaların yatış oranları

ayaktan başvuran hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur (Türkish Medical Journal, 2012, s.6).

### **1.6.2. İstasyon:**

Müdürlüğün teklifi ve valilik onayıyla açılabilen birimlerdir. Genellikle bir sağlık merkezinin, tesisinin içinde olan, lüzumu halinde kiralama yolu ile özel tesislerin (apartman, müstakil bina, iş yeri vb.) içerisinde de bulunabilen, acil yardıma ihtiyaç duyulduğu her yerde, hizmet sunmak ve acil müdahalede bulunmak için yönetmelikte belirtilen kriterlere uygun olarak açılan, ambulansı ve sağlık personeli olan birimlerdir.

112 istasyonları, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge' de belirtilen tüm görevleri yaparlar, istasyonların başhekimlikçe oluşturulan çalışma yönergesi vardır ve bu yönerge doğrultusunda gereken hizmeti verirler. İstasyonda toplamda üç kişi bulunur, sağlık personelinin biri ekip sorumlusu, diğeri yardımcı sağlık personeli ve sürücüden oluşan bir ekip görev almaktadır.. Bazı istasyonlarda sürücü yerine sağlık personeli vardır ve bu üçüncü sağlık personeli yani acil tıp teknisyeni sürücülük yapar.

İstasyonlarda verdikleri hizmete göre kendi içlerinde bölümlere ayrılır. Her istasyon tipi içinde bulunduğu kurum, çalışan personel ve yürüttükleri hizmet açısından farklılık göstermektedir. İstasyonlar verdikleri hizmete göre ash' de (Değişik: RG 15.3.2007-26463) üç şekilde kurulabilir. Bunlar;

#### **1.6.2.1. A tipi istasyonlar:**

Açılış ve kapanışları bakanlık onayı ile olan, yedi gün yirmi dört saat kesintisiz olarak acil sağlık hizmeti veren, içerisindeki personel idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı olan ve kadrolu personelden oluşan istasyonlardır. Bu istasyonlarda kendi aralarında içerisinde bulundurdukları personel çeşidine bağlı olarak iki gruba ayrılır.

1- A1 Tipi İstasyon; İçerisinde doktor bulunan istasyon çeşididir.

2- A2 Tipi İstasyon; İçerisinde doktorun olmadığı, genellikle paramedik, att, hemşire ya da sağlık memuru olan istasyon çeşididir. Şu anda ülkemizde hizmet veren kara ambulans ekiplerinin çoğu A2 tipi istasyonlardan oluşmaktadır. Ambulansların içerisinde genellikle bir paramedik, att ya da diğer sağlık personeli bulunmaktadır. Ekip içerisindeki paramedik ekip sorumluluğu görevini yürütür.

İçerisinde doktor bulunan ambulans ekipleri neredeyse yok denecek kadar azdır sistemde doktor yetersizliği nedeniyle sahadaki doktorlar KKM' lerine çekilerek tıbbi danışmanlık hizmeti vermektedirler.

#### **1.6.2.2. B tipi istasyonlar:**

Hastane ya da sağlık merkezlerinin içerisinde entegre olarak acil sağlık hizmeti sunan istasyonlardır. Bu istasyonlarda çalışan sağlık personelleri özlük hakları bakımından bağlı buldukları kuruma bağlıdırlar fakat sunulan hizmet yönünden 112 merkezine bağlı olarak çalışırlar.

B tipi istasyonlarda B1 ve B2 tipi istasyonlar olmak üzere ikiye ayrılırlar. Hastanenin acil servisine bağlı olarak hizmet veren istasyonlara B1 tipi istasyon, bağlı buldukları birinci basamak sağlık kuruluşunda hizmet verenlere ise B2 tipi istasyon denir. B1 istasyonları ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile B2 istasyonları ise birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegredir.

Bu istasyonların içerisinde genellikle doktor ya da paramedik olmaz. Çalışan personel acil tıp teknisyeni, hemşire ve sağlık memurlarıdır, özellikle periferdeki istasyonların büyük bir çoğunluğunu bu tip istasyonlar oluşturur. Bu istasyonlar hem acil vakalara hem de nakil vakalarına KKM tarafından görevlendirilirler.

#### **1.6.2.3. C tipi istasyon.**

Bu tip istasyonlarda hizmet ihtiyaç duyulduğu zamanlarda günün belirli saatlerinde acil sağlık hizmeti sunulur, bu istasyonlarda gerekli eğitimlere sahip, idari ve özlük hakları bakımından başhekimliğe bağlı olan sağlık personeli çalışır.

İstasyon yerlerinin belirlenmesinde ASH Yönetmeliğinde belirtilen kriterler dikkate alınır ve bunlar şu şekilde sıralanır;

- Hizmet sunulması planlanan hedef nüfusun azami elli bin kişi olması,
- Ulaşım imkanlarının güçlüğü,
- Acil yardım gerektiren olayların sıklığı,
- Trafik ve iş kazaları sayısı ve benzeri olayların sıklığı, kriter olarak kullanılır ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr)).

İstasyon yerlerinin belirlenmesinde istasyonların çalışabilmesi için bina yapısı, yeri, istasyonun giriş ve çıkışları bulunduğu çevre ve fiziksel koşullar önem taşımaktadır.

Acil yardım istasyonları 24 saat kesintisiz hizmetin verildiği birimlerdir, bu sebeple çalışan personelin vakanın olmadığı zamanlarda dinlenmeleri için buldukları yerin fiziksel koşulları önemlidir. İstasyonda çalışan her bir personelin dinlenebilmesi için en az üç oda olmalı ve bu odalar dinlenmeyi sağlayabilecek şekilde düzenlenmiş olmalıdır, istasyonda bulunan malzemeler için ayrı bir depolama alanı olmalı, depo için seçilen bölümler dinlenme odalarının içinde yer almamalıdır. Tuvalet, banyo ve mutfak bulunmalıdır. Kışın zor hava koşullarında çalışan personel dinlenme alanlarına geldiğinde ısınma sorunu yaşamamalıdır. Güvenlik gerekçesiyle elektrikli ısıtıcılar ile ısınma yöntemi seçilmemeli, doğalgaz ile ısınan istasyonlarda gerekli bakımlar düzenli bir şekilde yapılarak güvenlik önlemleri alınmalıdır. İstasyonların açıldığı yerler özellikle çalışan personelin güvenliğini tehlikeye düşürmeyecek şekilde belirlenmelidir.

İstasyonların nasıl olacağı mevzuat hükümlerinde belirtilmesine rağmen ülke genelinde standartları karşılayan 112 istasyonlarının sayısı oldukça azdır.

#### **1.6.4. İstasyonların görevleri.**

- Bakanlık tarafından belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde Komuta Kontrol Merkezinin verdiği görevleri yerine getirir.
- Vatandaşların merkez bilgisi dışında, doğrudan istasyona olan başvurularını merkeze bildirerek, gerekli talimatlara uyar.

➤ Sunulan hizmet ile ilgili gerekli kayıtları tutar, görev harici istasyon çalışma yönergesine göre hareket eder ve istasyonun işleyişi için gereken tüm kayıtları tutar ( istasyon toplantı tutanakları, tutanakların bir nüshası vb.)

➤ Hizmetin sunumu için kullanılan tüm araç, gereç ve ambulansın bakım, onarım ihtiyaçlarını takip ederek merkeze bildirir ve istasyona zimmetli olan tüm malzemelerin korunmasını sağlar.

➤ İstasyonlar merkez ve başhekimlik tarafından verilen diğer görevleri yaparlar ([www.ankara112.gov.tr](http://www.ankara112.gov.tr)).

İstasyonların kurulumlarına ilk olarak 1994 yılında başlanmış ve yıllar ilerledikçe sayıları gittikçe artmıştır. Tablo 2’ de yıllar itibari ile ülke genelindeki 112 istasyonlarının artış hızı görülmektedir.

**Tablo 2.** Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyon Sayıları (Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistliği Yıllığı (SBSİY), 2013)

YILLAR	İSTASYON SAYISI
2002	481
2003	563
2004	890
2005	977
2006	1179
2007	1264
2009	1317
2010	1375
2011	1710
2012	1863
2013	2072

Tablo 2 incelendiğinde istasyon sayılarının sürekli bir artış gösterdiği özellikle 2003, 2004 yılları ve 2010 ile 2011 yıllarında istasyon sayılarındaki artış hızlanmıştır. Bu artışlar 112 teşkilatının hızlı büyümesi anlamına gelmektedir.

112 istasyonlarının sayılarının artması ile ülke genelinde istasyon başına düşen nüfus oranlarında da azalma gerçekleşmiştir. Bu durum hizmet kalitesi ve ulaşılabilirliği olumlu etkilemektedir. Yıllara göre, 112 acil yardım istasyonu başına düşen nüfus oranları Tablo 3’ de gösterilmektedir.

**Tablo 3.** Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus Oranları. (SBSİY, 2013)

<b>YILLAR</b>	<b>2002</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>NÜFUS</b>	137.231	55.096	53.617	43.698	40.594	37.002

Tablo 3 incelendiğinde yıllar içerisinde 112 istasyon başına düşen nüfus oranları sistemli bir şekilde azalma göstermiştir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ:

#### 2. DÜNYADA HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ:

Tarihteki gelişmeler doğrultusunda ambulans hizmetlerinin buldukları bölgenin özelliklerine göre ülkelerde farklı yapılaşmaları olmuştur. Bu farklılıkların birçok sebebi olmasına rağmen tarihsel süreç içerisinde süregelen savaşlar, doğal afetler, ülkelerin yerel koşulları ve geliştirdiği sistemler doğrultusunda farklı organizasyonlar ortaya çıkmıştır. Örneğin birçok ülkede ambulans hizmetleri polis, itfaiye ve ambulanslar tek bir merkezden yönetilirken bazı ülkelerde her bir birimin ayrı olduğu görülmektedir. Gerek ambulans hizmetlerinin sunumu gerekse ambulans çalışan personel farklılıklar göstermektedir.

##### 2.1 Amerika ve Kanada Ambulans Hizmetleri:

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) acil sağlık hizmetlerini iş gücü olarak kent merkezlerinin çoğunda maaşlı kamu güvenliği ve ambulans personeli hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunmaktadır. Öte yandan taşra ve kırsal bölgelerde acil sağlık hizmetlerini çoğunlukla gönüllüler, orman muhafaza memurları ya da kayaklı devriyeler gibi kaynaklarla sunulmaktadır. Ambulans hizmetleri tek bir merkezden yönetilir ve bu merkezde ambulans, polis ve itfaiye aynı merkeze bağlıdır.

Amerika'da birçok büyük acil sağlık hizmetleri birimi, yerel itfaiye birimlerinin altında hizmet sunmaktadır. Birimlerin yerel yönetimlerle bağlı çalışmalarının bir takım avantajları vardır. Özellikle olay yeri güvenliğinin sağlanması ve finansal sorumluluğun tek merkezde toplanması ekip idaresi ve desteklenmesini kolaylaştırmaktadır.

Amerika'da eğitim temel, örgün ve hizmet içi eğitimden oluşur. ABD ASH çalışanları ABD Ulaştırma Bakanlığı'nın ASH Müfredatı'nda belirlediği 4 eğitim düzeyinden birine sahiptir. Bu düzeyler;

- İlk Müdahaleciler (first responders)
- Acil Tıp Teknisyeni—Temel (ATT-T)

➤ Acil Tıp Teknisyeni—Orta (ATT-O)

➤ Acil Tıp Teknisyeni—Paramedik (ATT-P) (Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Proje Hizmetleri Daire Başkanlığı)

ABD’de ulusal acil yardım çağrı numarası olarak 911 kullanılmaktadır. Acil çağrı numarasının tek bir numara altında toplanması toplumun acil sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır. Ülkedeki birçok çağrı karşılama merkezi arayanların telefon numaraları ve adreslerini otomatik olarak tespit edecek gelişmiş teknoloji ile donatılmıştır (Tintinalli vd, s.8).

Sistemde görev yapan personel ve eğitimleri bakımından ülkemizden bazı farklılıklar göstermektedirler. Sistemde görev yapan birçok ATT önceden verilmiş tıbbi direktifler ve hekimler tarafından oluşturulmuş hasta bakım protokolleri çerçevesinde hizmet sunarlar. Bazı uygulamalarda ise hekimlerin direk danışmanlığına gerek duyarlar ve hekimlerle direk iletişim kurabilmeleri için sistem alt yapıları mevcuttur. Hekimler eğitim ve uygulamalarda tıbbi kontrol görevini üstlenmişlerdir. ABD sistemin kuruluşundan beri ambulanslarda özellikle doktorun olmasına gerek yok gözüyle bakan nadir ülkelerden biridir fakat şu anki durumda dahi ambulanslarda çalışan personelin gerek görev, yetki kısıtlılığı gerekse spesifik uygulama ve tıbbi danışmanlıkta hekime ve hekimin tıbbi danışmanlığına ihtiyaç duymaktadırlar.

Amerika’da nakil işlemlerinde ülkemizde de olduğu gibi kara ambulansları aktif olarak kullanılmaktadır. Temel Yaşam Desteği (TYD) düzeyindeki ambulansların içlerinde, bu düzeyde eğitilmiş ATT-T’lerin kullanımı için oksijen, balon-valf maske, hasta sabitleme ve atel malzemeleri ile kanama kontrolü ve yara bakımı için sargı malzemeleri gibi ekipmanları bulunur. Bu ambulanslar ilaç taşımazlar ve bazılarında OED bulunmasına rağmen sıvı tedavisi ya da kardiyak monitörizasyon gerektiren hasta transportlarında kullanılamazlar. İleri Yaşam Desteği (İYD) ambulansları ATT-P ve diğer üst düzey sağlık personelinin kullanımı için damar yolu malzemeleri, ilaçlar, entübasyon ekipmanları, kardiyak monitör/defibrilatör ve bazı özel girişimler için gerekli özelleşmiş malzemelerle donatılmıştır.

Ülkemizde olduğu gibi ABD’de hizmetin çoğunluğu kara ambulansları ile verilmesine rağmen hizmetin sunumunda özellikle nakil ve kurumlar arası hasta transportunda helikopter ve uçak ambulanslarda kullanılmaktadır. Ülkemizde ki hizmet sunumundan işleyiş, finansal ve iş gücü bakımından birtakım farklılıkları vardır. Hava ambulanslarında görevlendirilen personel ve hava transport ekibinin medikal üyeleri için birden fazla ekip bileşimi söz konusudur. ABD özellikle hava transportunda üst düzey sağlık görevlileri kullanılmaktadır mevcut sistemde;

➤ Hemşire-Paramedik,

➤ Hemşire-Hemşire,

➤ Doktor-Hemşire

➤ Hemşire-Solunum Terapisti hava transport ekibinin medikal bileşenleridir (Tinninalli vd, s.18)

Ülkemizde de genellikle hava ambulans ekibinde doktor, paramedik ve hemşire karması kullanılmaktadır. Fakat hemşire ABD üst düzey sağlık görevlisi kabul edilirken ülkemizde 2012 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan 663 KHK ile 112 ambulans hizmetlerinden resen atanarak kurumdan çekilmişlerdir. Ayrıca kurumda eğitim farkı gözetilmeden gerekli düzenlemelerin eksik olması nedeniyle lisans ya da yüksek lisans mezunu bir hemşire ön lisans mezunu bir paramediğin emri altında çalıştırılmaktadır. Bu karmaşanın düzeltilebilmesi için ASH Yönetmeliğinde yeniden yapılanmaya geçilmesi ünvan ve kıdem karmaşasının düzeltilmesi gerekmektedir.

Kanada’da acil sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı Amerika’daki sisteme benzer, burada da acil çağrı numarası olarak 911 kullanılır fakat bazı bölgelerde yedi rakamdan oluşan telefon numaraları ile de çağrı yapılabilmektedir.

Ambulanslarda eğitim seviyelerine göre tıbbi yetkileri farklı olan paramedikler görev alırlar. İtfaiyeden bağımsız olan ekipler mobil olarak dışarıda sürekli dolaşarak görev yaparlar. Hizmetin sunumunda paramediklerin yanında danışman olarak doktorlar görev yapmaktadır (Sofuoğlu vd, s.11).

Kanada'da paramedik eğitimi başlangıcından bu yana akademik modelde 2 yıllık ön lisans düzeyinde sunulmuştur. Bu modelde alınan dereceler ve mesleki ilerleme şu şekildedir:

➤Primary Care Paramedic (PCP- Primer Bakım Paramediği)= 2 yıl ön lisans.

➤Advanced Care Paramedic (ACP- İleri Bakım Paramediği)= PCP+1 yıl iş deneyimi+1 yıl okul.

➤Critical Care Paramedic (CCP- Yoğun Bakım Paramediği)= ACP+1 yıl iş deneyimi+1 yıl okul.

Bu modelde PCP'ler sınırlı yetki ve sorumluluk sahibi (ATT benzeri, entübasyon yapamayan, damaryolu açabilen, 5-6 ilaç ve otomatik eksternal defibrilasyon kullanabilen) giriş düzeyinde paramedikken ACP' ler ülkemizdeki paramediklere benzer yetki ve sorumluluklara sahiptir. CCP ise en üst düzey ve elit bir unvan olarak kabul görüp normal paramedikten çok daha fazla yetki ve sorumluluğa sahiptir (uçuş paramediği olarak çalışabilmek için CCP olunmalıdır)

Kanada' da paramedikler arasında mesleki ilerleme; akademik eğitim ve meslekte geçirilen yıl ile orantılıdır.



**Şekil 3.** ABD’de paramediklerin mesleki gelişimini gösteren arma örnekleri  
([www.nfscareers.nhs.uk](http://www.nfscareers.nhs.uk)).

## 2.2. İngiltere Ambulans Hizmetleri:

İngiltere’de ambulans hizmetleri özel sektör kuruluşu gibi organize olmuşlardır. Diğer ülkelerle arasındaki temel farklılık budur. Ambulans hizmetleri Amerika ve Kanada’nın aksine itfaiyeden ayrı bir merkezden yönetilir. Ambulans servisleri profesyonellerden oluşmuş kendilerine ait yönetim kurulu tarafından yönetilir. Finansal kaynaklar ve serviste çalışan personelin eğitimleri kendileri tarafından karşılanır. Ülkede en bilindik ve büyük olan ambulans servisi . London Ambulance Service (Londra Ambulans Servisi)’dir. Bu servis 7,5 milyondan fazla kişinin oturduğu bir alanda hizmet vermektedir. 2007 Nisan ve 2008 Mart tarihleri

arasında bu merkeze 1,4 milyon acil çağrı gelmiş ve bu sürede 945.000 acil vakaya bakılmıştır. Londra Ambulans Servisinde 4100' den fazla personel çalışmaktadır. İngiltere'de acil yardım çağrı numarası olarak 999 kullanılmaktadır (www.londonambulance.nhs).

Sistem finansmanı ve yönetimi 1974 yılından itibaren Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) tarafından yürütülmektedir. Ambulans hizmetleri bölgesel yönetim kontrolü altında bölge sınırları içinde hizmet sunmaktadır (Carney 1999, s.66).

İngiltere'de ambulans birimlerini kendi bünyelerinde verdiği paramedik eğitimleri 2000' li yıllardan bu yana akademik yapı üzerinden tam zamanlı ya da yarı zamanlı okunmasına bağlı olarak 2-5 yıl süreyle verilmektedir. ATT eğitimleri (EMT) daha çok ambulans birimleri bünyesinde verilmektedir.

Ülkede lisans eğitimi yapan paramedikler “kıdemli paramedik” (senior paramedik) ünvanıyla farklı statülerde hizmet sunabilmektedir. Bunlardan bir tanesi kronik hastalıklar ve halk sağlığı üzerine eğitim alan “Emergency Care Practitioner (ECP)” dir. ECP' ler tek başlarına özel donanımlı acil müdahale araçlarında vakalara müdahale ederler, hastaneye gitmesine gerek görmedikleri hastaları aile hekimlerine yönlendirirler, görev bölgelerinde kritik vakalarda ( kardiyak arrest vb.) ve olağan dışı durumlarda diğer ambulans ekiplerine yardımcı olurlar.

Paramedik bilimleri alanında yüksek lisans eğitimi ile birlikte advanced paramedic (ileri düzey paramedik) olunabilir. Yoğun bakım paramedikleri de advanced paramedik gurubundadır ve bu düzeyde eğitim almaktadırlar.

Son aşamada consultant paramedic (danışman paramedik) görevi hem idari görevlerde hem de en üst düzey hasta bakım hizmeti verilmesi aşamasında kullanılır. Danışman paramedikler en az yüksek lisans düzeyinde eğitim ve meslekte en az 10 sene deneyim sahibi olmak zorundadırlar. Mesleki ilerleme, akademik eğitim ve meslekte geçirilen yıl ile orantılıdır (Sağlık Bakanlığı. Eğitim ve Proje Hizmetleri Daire Başkanlığı)



Şekil 4. İngiltere’de Paramediklerin mesleki gelişimini gösteren arma örnekleri.

([www.nfscareers.nhs.uk](http://www.nfscareers.nhs.uk))



LONDON AMBULANCE SERVICE



Dress Uniform



Working Uniform



Dress Uniform



Working Uniform

Ambulance Person

Leading Ambulance Person



Sub Officer



Shift Leader



Station Officer



Senior Station Officer



31/08/04

Page 2 of 2



Assistant  
Divisional Officer



Divisional Officer



Senior  
Divisional Officer



Deputy  
Assistant Chief  
Officer



Assistant Chief  
Officer



Chief Officer

Note: If and when required, senior officers have a working uniform with yellow insignia.

31/08/04

Şekil 4. Paramediklerin Mesleki Gelişimini Gösteren Arma Örnekleri.

([www.nfscareers.nhs.uk](http://www.nfscareers.nhs.uk))

### 2.3. Avustralya Ambulans Hizmetler:

Avustralya’da sağlık hizmetleri sosyal guvenlik kapsamı dışındadır ve devlet tarafından karşılanır. Sosyal guvenlik sistemi de Federal Hukümet sorumluluğundadır ve (ek emeklilik hariç) pirim toplanmadan, vergilerle karşılanır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı hem hukümet hem de hukümet dışı kaynaklardan yapılır ([www.dfat.gov.au/facts/health\\_care.html](http://www.dfat.gov.au/facts/health_care.html)).

Acil sađlık hizmetleri hizmet karmasında ambulans hizmetleri ułkemize benzer řekilde özel ve devlet destekli hizmet sunulmaktadır.

Ambulans hizmetleri diğer ułkelerle hemen hemen benzer şekildedir. Hizmeti sunanlar paramedik, doktor ve hemşire gibi sağlık personelinden oluşmaktadır. Ayrıca hizmetin sunumunda gnuvllu ambulans goevlileri vardır, bunlar farklı mesleklerden oluşan eğitim geçmişleri ve yaşam deneyimleri farklı olan kişilerden oluşmaktadır. Gnuvllu ambulans goevlilerinin eğitimleri doğrudan içinde buldukları ambulans ekibi yetkisi doğrultusunda uygulanır. Bir hastane, istasyon ya da komşu istasyonların yardımı ile kurulmuştur. Bazı istasyonlar devlet acil servislerinde, kırsal itfaiyelerde yerleşmişlerdir ekip içerisinde din goevlileri, tüketici temsilcileri ve farklı mesleklerden kişiler görev almaktadır (SB. Eđitim ve Proje Hizmetleri Daire Başkanlığı).

Avustralya’da acil çağrı numarası “000”dır. Paramedikler aldıkları eğitime göre aşağıdaki şekilde gruplanmaktadır.

- Paramedic (Paramedik) : 3 yıllık akademik eğitim duzeyi
- Intensive Care Paramedik (ICP- Yoğun Bakım Paramediği) : En az 6 aylık yoğun bakım eğitiminden geçmelidir.
- Extended Care Paramedic (ECP- Genişletilmiş Bakım Paramediği) :360 saat tıp fakultesi merkezli eğitim modeli.

ECP unvanı goreteli yeni bir unvan olup, ozellikle kırsal alanda görev yapan paramediklerin daha yetkin hasta muayenesi ve değerlendirmesi yaparak yerinde mudahale yetkinliklerini arttırmaya yonelik bir modeldir.

Hizmetin sunumunda kara ambulansları, helikopterler, uçak ambulanslar, motosikletli ekipler yer almaktadır.

Hava ambulans ekiplerinde helikopter sağlık ekibi içerisinde deneyimli yoğun bakım hekimi, yoğun bakım paramediği (ICP), yoğun bakım tıp ve anestezi uzmanları görev yapmaktadır.

Uçak ambulanslarda ya da sabit kanat ekipleri olarak bilinen ekip içinde pilot ve uçuş hemşiresi olan ekiplerdir. Uçuş hemşiresi fetal hastalıklar, neonetal eğitimi, ileri yaşam desteği eğitimi gibi birçok eğitimlerden geçerek bu ünvanı almaktadır.

Avustralya’da paramedikler incelediğimiz diğer ülkelerdeki meslektaşları gibi mesleki ilerlemeleri akademik eğitim ve meslekte geçirilen yıl ile orantılıdır.



**Şekil 5.** Avustralya’da paramediklerin mesleki gelişimini gösteren arma örnekleri (Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Proje Hizmetleri Daire Başkanlığı).

Avustralya’ da sağlık hizmetleri alanında yapılan en büyük eleştiri kırsal ve uzak alanlarda yaşayanlara sağlık hizmetinin sunumu konusunda yetersiz kalınmasıdır (CFH Reform 2003 ss.3-4). Bu yönüyle ülkemizle benzerlikler göstermektedir onlarda da bizde de bu sorunun temel nedeni sağlık tesislerinin ağırlıklı olarak büyük şehirlerde bulunmasıdır.

Avustralya’ da sadece oraya özgü ve havadan ilk yardım hizmeti sağlayan ve *Kraliyet Uçan Doktorlar Hizmeti* olarak isimlendirilen bir kuruluş bulunmaktadır.

***Kraliyet Uçan Doktorlar Hizmeti***; 1928 yılında John Flynn tarafından kurulmuş Avustralya’ nın ıssız alanlarında yaşayan, çalışan ve seyahat edenler için 24 saat 365 gün havadan ilk yardım hizmeti sağlayan bir kuruluştur. Acil servis görevi dışında birincil sağlık hizmetlerinin kırsal alanlarda yürütülmesi için de çaba göstermektedirler. Kuruluşun mali giderleri federal, eyalet ve özel toprak yönetimlerince finanse edilir ayrıca çeşitli kurum ve halktan da bağışlar gelir. (Australian Government Department of Foreign Affairs and TRADE, Health Care in Australian ( [www.dfat.gov.au/fact/health\\_care.html](http://www.dfat.gov.au/fact/health_care.html)))

Araştırmamızda yer verdiğimiz dört ülkenin ambulans hizmetleri sunumu ve hizmeti sunan personelin incelenmesinde ülkemizle çok benzer yanlarının olduğu gibi tamamen farklı yönleri de mevcuttur. Tüm lkelerde ASH doktorlar ve hemşireler üst düzey sağlık personeli kabul edilirken ülkemizde bunun tam tersi bir yapı oluşmaktadır. Ambulans hizmetlerinde doktorlar daha çok danışmanlık ve koordinatörlük yapmaktadır, ülkemizde de bu yönde gelişmeler mevcuttur hekimlerin daha çok KKM’ de istihdamı yapılmaktadır. Diğer ülkelerle aramızda ki temel fark hemşirelik mesleğinde ortaya çıkmaktadır. İncelediğimiz dört ülkede de hemşireler üst düzey sağlık personeli kabul edilip özellikle hava ambulanslarında komplike hastaların transportunda çalışmaktadırlar ve uçuş hemşireliği akademik bir kariyer ve uzun bir eğitim sonrası alınan nvandır. Hemşireler sağlık ile ilgili tüm kurumlarda çalışma hakkına sahiptir.

Avustralya acil sağlık hizmetleri ülkemizdeki sistemle benzerlikler göstermesi yönünden önemlidir, ve ASH yöneticileri tarafından da ülkedeki değişiklikler yakından takip edilmektedir. Hemşirelik hizmetleri ülkemizin çok

önünde olmasına rağmen kendi ülkelerinde eleştirilebilmekte ve daha iyisi için çözüm önerileri üretilmektedir.

World Hospitals and Health Services isimli bir dergide Avustralya'nın alanında uzman kişilerinden oluşan bir grup ülkenin sağlık sistemi incelemesini ve reform önerilerini sunmuşlardır. Alanında uzman kişilerce araştırılan hemşirelik mesleği ve reform önerileri şu şekildedir;

➤ Hemşireler sağlık sisteminin bütün alanlarında çalışmakta sağlık ve medikal işgücünün en büyük kısmını teşkil etmektedir.

Ülkemizde bunun tam tersi bir yapılanma mevcuttur. 663 KHK ile hemşirelerin özellikle kadrolu oldukları birimlerden Halk Sağlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, 112 İl Ambulans Servisleri'nden büyük bir kısmı çekilerek TKHB atanmışlardır. Buda hemşirelerin tek bir kurumda toplanarak sağlık hizmeti verilen diğer kurumlarda çalışmalarının önünü kapatmıştır. Ataması yapılarak başka kurumlara atanan hemşireler görev alanlarında yıllarca çalışan alanında uzman kalifiye sağlık meslek mensubu olmaları nedeniyle sunulan hizmetinde kaliteli olması yönünden önemlilik arz etmektedirler. Bir hizmetin kalitesi hizmeti sunanların kalifiye olması ile doğru orantılıdır.

➤ Hemşirelerin belli başlı halk sağlığı kaynağı olduğuna ve birbiri ardı sıra gelen hükümetlerin bunların fon ve kaynakların tahsisindeki önemini dikkate almadıklarına inanmaktadırlar.

➤ Hemşirelerin özellikle sağlık fon kesintilerinin darbesine maruz kaldıklarını iletmektedirler.

➤ Sağlık sisteminin reformu için stratejilerin geliştirilmesinde hayati bir görev gerçekleştirebilirler.

➤ Geniş bir yelpazede yer alan sağlık hizmeti konularında hemşireler ve hemşirelik kurumları ile daha fazla görüşülmeli ve danışmalarda bulunulmasını önermektedirler.

Avustralya’ da milli hemşirelik stratejisinin sağlık hizmeti sisteminde hemşirelerin görevini kuvvetlendirmesi ve hemşirelerin artan çeşitlilikteki beceri ve yeteneklerini yansıtmaları için geliştirilmesi gerektiğine inanılmaktadır. Stratejiye dahil edilmesi gereken spesifik konu önerileri ise şöyledir;

- Pratisyen hemşirenin görevini genişletmek.
- Nitelikli hemşirelik uygulamaları yapanlara, belirli prosedürler için yetkiler vermek ve belirli taşra alanlarında, medikal pratisyenlerin bulunmadığı yerlerde bu uygulamayı gerçekleştirmek.
- Hemşirelere belirli ilaçların reçetelerini yazmak ve belirli medikal tedavileri nezarete gerek duymadan yapmak yetkisini vermek.
- Hemşirelere taşra ve uzaktaki alanlarda çalışmalarını için teşvikler getirmek, mesleki sağlık ve güvenlik konularını hemşirelik sektörünü esas alarak incelemek.

Birçok hemşire (özellikle toplum ve yaşlıların bakımı sektöründe olanlar) halen bir koordinasyon görevi görmektedir. Sağlık sisteminde koordinasyonun artırılmasının, koordinasyonu yapanların resmen tanınmasını ve finansal olarak kendilerine ödeme yapılması gerektiğine inanılmaktadır.

Yüksek, kaliteli ve kendini işine adanmış öğrencilerin hemşirelik alanına çekilmelerini sağlamak için hükümetin bunların ilerlemeleri, ilerideki terfileri ve eğitim imkanları bakımından yapılandırılmış kariyer (meslek) yolunun genç hemşirelere sağlamasının gerekli olduğunu savunmaktadırlar. Araştırma yapmak ve yönetim eğitimine katılmak suretiyle sağlık sektörünün tamamında, değerli hemşirelik deneyimlerinin en yararlı olacak şekilde kullanılmasını temin etmek önemli bir husustur (IHF: Word Hospitals and Health Services1998/3).

#### **2.4. Dünyada Kabul Görmüş Acil Sağlık Hizmetleri Modelleri:**

Günümüzde acil sağlık hizmetlerinin temel standartları üzerinde görüş birliği sağlanmasına rağmen, sistemin ne şekilde örgütleneceği ya da hangi örgüt modelinin kabul edileceği yönünde bir görüş birliği bulunmamaktadır. Acil hasta ya da yaralının hastaneye yetiştirilmesi ya da hastane olanaklarının olay yerine

ulaştırılması prensipleri doğrultusunda iki sistemin uygulandığı görülmektedir. Anglo- Amerikan modeli ve Fransız- Alman modeli. Ülkelerin ASH sistemleri incelendiğinde genel olarak görülen bu modeller birçok ülkede karma bir şekilde uygulanmaktadır. Bu modeller Scoop and Run (Kap-Götür) ya da Stay and Play (Kal-Çalış) modelleri de denmektedir.

#### **2.4.1. Anglo-Amerikan modeli:**

Scoop and Run (kap-götür) modeli de denilmektedir, bu sistem Amerika Birleşik Devletleri tarafından geliştirilmiş bu sistemde hasta veya yaralıya en kısa zamanda ulaşım ve en yakın hastaneye hızla ulaştırılması temel hedeftir. Bizim ülkemizde de uygulanmaya çalışılan sistem budur. Burada tıbbi yardım gereksiniminin en yaşamsal olanları uygulanmaktadır. Kanada, Avustralya, İsrail, İngiltere gibi bir çok ülkede uygulanmaktadır (Dick 2003 s;31, ).

Paramedikler sistemde anahtar konumunda bulunmaktadırlar. Tıbbi bir yöneticinin altında görevlerini yapmaktadırlar. Bölgelerdeki sistemlerde acil tıbbi durumları tespit edip, yönetmekle yasal olarak sorumlu olan bir ya da daha fazla doktor bulunmaktadır.

Amerika'da paramedik bazlı sistemin 1973 yılında geliştirilmesiyle bu model ortaya çıkmıştır, fakat sistem oluşturulurken sistemin daha iyi olduğu düşünülerek değil doktor eksikliği ve ekonomik problemler yüzünden oluşturulduğu bilinmelidir (Arnold 1999 ss;97-103, Holliman 2000 (13).

Bu model olay yerinde vakanın stabilizasyonu ve tedavi zamanını kısaltarak hastaların en kısa sürece, hızlıca acil servise ulaştırılmasını içerir. Hastaların kesin tanısı acil servis hekimleri tarafından konulmaktadır.

#### **2.4.2. Franco-German modeli (Fransız-Alman modeli):**

Batı Avrupa kökenli bu modelde hedef, hasta veya yaralının doğrudan tedavisinin yapılacağı hastaneye taşınmasıdır. Doktor ve paramedik birlikte çalışır. Bu modelde olay yerine ilk varan tıbbi personel ve eğitimi uygun ise, defibrilasyon, endotrekeal entübasyon, yaşam kurtarıcı ilaçların uygulanması konularında paramediklere doktor yönetimi altında izin verilmektedir. Bu modelde anestezi,

dahiliye, cerrahi ve çocuk uzman doktorları acil tıp uzmanı olarak çalışmaktadırlar. Kalite güvencesi ve denetim acil tıp yönetiminin bütünüleyici bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri operasyonu başına ya da kişi başına düşen harcama oranı daha kaliteli bakıma rağmen- Anglo-Amerikan modeline göre eşit ya da daha düşüktür (Dick 2003 s;30).

Hastane öncesi nitelikli yoğun bakım sağlayıcıları gibi nitelikli acil hekimleri vardır. Genişletilmiş acil bakım standarttır. Fransız- German modelinde yaşamı tehdit eden travma mağdurlarının sıklığı bu model içinde %10 düşmüştür. 830.000 ölüm/yıl toplam ölümcül travma vakaları %4' ten düşüktür (Arnold 1999 ss;97-103).

Acil hastaların % 80'ni 10 dakika, % 95' ini 15 dakika içinde ulaşılabilecek şekilde servis ağları oluşturulmuştur (Hennes 1993 s;456).

Hastane öncesi acil tıp uzmanları ya da anestezi uzmanları olay yerinde ve sevk sırasında hastanın tedavisinden sorumludur.

Anglo-Amerikan ve Fransız-Alman modeli incelendiğinde yapısal olarak farklılıkları olduğu görülmektedir bu farklılıklar şu şekildedir;

➤ Anglo-Amerikan modelinde hasta doktora getirilir, Fransız-Alman modelinde ise doktor hastaya getirilir.

➤ Fransız-Alman modelinde yaşamı tehdit etmeyen hastalık ya da yaralanmalarda hasta genellikle gelen doktor tarafından tedavi edilir ve hastanın hastaneye gitmesine gerek kalmaz. Bu sebeple Amerika'da acil serviste tedavi edilen hastaların çoğu Almanya'da herhangi bir hastaneye tedavi için kabul edilmemektedir.

➤ Fransız-Alman modelinde paramediklere doktor yönetimi altında yaşam kurtarıcı ilaç uygulama, entübe etme ve defibrilasyona izin verilir. Anglo-Amerikan modelinde paramedikler eğitim seviyelerine göre bazı uygulamaları yapma yetkisine sahiptirler.

➤ Anglo-Amerikan modelinde eğitim hasta bazlıdır, Fransız-Alman modelinde ise saha bazlı bir eğitim mevcuttur.

➤ Amerikadaki sistem sistemin iyi olduğu düşünülerek değil doktor yetersizliği ve ekonomik yetersizliklerden dolayı oluşturulmuştur, Almanya’da doktor bazlı sistem Alman Cerrah *Martin Kichner* tarafından 1950’lerin ortasında kaliteli bir doktor tarafından travma hastalarına yeterli tıbbi bakımı sağlamak için geliştirilmiştir.

➤ Uzman bir doktor tarafından olay yerinde sevk sırasında ve hastanede hastaların en etkili tedaviyi alması Fransız-Alman modelinin temelini oluşturmuştur. bu sebep Anglo- Amerikan modelinde ikincil rollere yol açmıştır çünkü doktorlara göre paramediklerin eğitimi daha az zaman ve maliyet gerektirir ve paramedikler doktorlardan daha az ücret alırlar (Dick 2003 s;31).

Finlandiya, Fransa, Almanya, Litvanya, Norveç, Portekiz, Rusya, Slovenya, İsveç ve İsviçre’de kullanılan acil sağlık hizmetleri modelidir (IOM 2007).

## **2.5. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri:**

### **2.5.1. Türk Hilal-i Ahmer Cemiyeti:**

"*Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti*" adıyla 1868 yılında kurulmuştur. 1877'de ise "*Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti* olarak ismi değişmiştir. 1898 yılından sonra Türk ordusunda ki askerlerin tedavileri Gülhane’ye gelen Alman hekimler doğrultusunda hekim ve sağlık erleri tarafından yapılmaya başlanmıştır. Kırım savaşında ise askerlerin bakım ve tedavileri için Florence Nightingale İstanbul’ a gelmiştir. 1911’de Türk Hilal-i Ahmer’i İstanbul Aksaray yangınında ilk yardım ekipleri kurmuş bu nedenle de *ülkemin ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilmiştir*. 1935’de cemiyetin adı “Türkiye Kızılay Cemiyeti” olarak değiştirilmiştir (mtegm.meb.gov.tr).

### **2.5.2. Türk Kızılay Cemiyeti:**

Uluslararası Kızılay - Kızılhaç Hareketi'nin temel ilkeleri doğrultusunda hayır kurumu niteliğinde çalışan bir yardım kuruluşudur. Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin zaman içerisinde isminde değişiklik yapılarak bu ismi almıştır. Türkiye Kızılay Cemiyeti ismini 1935 yılında almış ve 1947 yılında da Türkiye Kızılay Derneği olarak ismi değişmiştir (Altuntaş 2012s;2).

1960'lı yıllarda "İlk Yardım" kursları açılmaya başlanmış, 1970'den sonra bu kurslar polis, memur, öğretmen ve öğrenciler için sertifika programı olarak devam ettirilmiştir.

1985 yılında ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından gezici araç telefonu ile ulaşılabilen birlikler kurulmuştur bu birlikler genellikle büyükşehir ve turistik bölgelerde herhangi bir merkeze bağlı olmadan trafik kazalarına müdahale edilmesi amacıyla kurulmuştur. İstanbul, İzmir ve Ankara illerinde Sağlık Bakanlığı Koordinasyonunda Ulaştırma Bakanlığı'nın tahsisi ettiği 077 numaralı telefon hattı kullanılmaya başlanmış ve ambulans servisine "Hızır Acil Servis" adı verilmiştir. Bu uygulama sonrasında ülkemizde ilk defa ambulanslarda doktor çalışmaya başlamış günümüz 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin temeli oluşturulmuştur. Uluslar arası telefon sistemine uyum çalışmaları sürecinde ülkemizdeki acil yardım telefon hattı numarası 1994 yılında 112 olarak belirlenmiş ve sistemin adı da "112 Acil Yardım ve Kurtarma" olarak değiştirilmiştir.

2000 yılında Acil Sağlık Hizmetlerinde istihdam edilecek personel 11.05.2000 tarihinde çıkartılan ASH Yönetmeliğinde tanımlanmıştır. Bu yönetmelikten sonra ülkemizde ilk defa sağlık sistemine 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı atama sonrasında acil tıp teknisyenleri ve paramedikler görev yapmaya başlamışlardır.

Ambulansların bakım, onarım, teknik donanım ve standartlarına yönelik yönetmelik 07.12.2006 tarihinde çıkartılmıştır. Bu yönetmelikle birlikte istasyonların kurulması, işleyişi ve denetlenmesine yönelik yönetmelikler çıkartılmıştır.

"Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği"nde değişiklik yapılarak ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT) ve acil tıp teknisyenlerinin (ATT) görev, yetki ve sorumlulukları 2007 yılında belirlenmiştir (Keskin 2009).

## 2.6. Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Akışı:

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinde hizmetin akışı şu başlıklarla ele alınmıştır.

- Acil Çağrının merkeze gelmesi
- Gelen çağrının merkez tarafından değerlendirilmesi
- Değerlendirilen çağrının merkez tarafından yönlendirilmesi
- Merkez tarafından yapılan yönlendirmenin istasyon tarafından karşılanması
- Vakaya yönlenen birimin hastayı nakletmesi
- Vakanın merkez yönlendirmesi ile uygun hastanenin acil servise nakli
- Vakanın nakledildiği acil servis tarafından yürütülecek işlemler.
- Sunulan hizmet sonrasında gerekli bildirimlerin ilgili birimlere yapılması (ASHY).

### 2.6.1. Acil sağlık yardım çağrısı:

Acil sağlık yardımına ihtiyaç duyulduğunda yapılacak ilk iş acil çağrı merkezini aramaktır. Toplumun acil sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak için her ülkenin bir çağrı numarası vardır. Çağrı karşılama merkezlerini arayanların telefon numaraları sistemde otomatik olarak görülür. Bazı ülkelerde ki çağrı merkezleri telefon numarası ile birlikte kişilerin adreslerini otomatik olarak tespit edebilecek gelişmiş teknolojiyle donatılmıştır (Roessler vd.2005;415-9).

Acil durumu bildirmek için genellikle üç numaralı telefon hatları kullanılmaktadır, fakat bu numaralar ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Ülkemizde acil çağrı numarası 112' dir bizim dışımızda acil çağrı numarası olarak 112 'yi kullanan ülkeler Almanya, Danimarka, Finlandiya, Hollanda, İzlanda, İsveç ve Malta'dır. ABD ve Kanada'da 911, İngiltere 999, Yunanistan 166, Fransa 115, Japonya 119, Çin 120, Norveç 113, Yeni Zellanda 111, İsrail 101, Belçika 100, İtalya

118, Avusturya 144, Çek Cumhuriyeti 155, Avustralya’da ise 000 numaralı telefon hatları kullanılmaktadır (Lewin vd.2005;237-41, Langhelle vd. 2009;9-21).

Ülkemiz hariç 112 numaralı tel hattını kullanan diğer ülkelerde bu numara hastane öncesi acil tıp, kurtarma, yangın ve polis hizmetleri için tektir, bizim ülkemizde bu numara sadece acil sağlık çağrı numarası olarak kullanılmaktadır.

### **2.6.2. Çağrının değerlendirilmesi:**

Acil çağrı karşılayıcıları arayanlardan gelen bilgiler doğrultusunda istenilen hizmetin acil sağlık yardımını kapsayıp kapsamadığını değerlendirir, acil sağlık yardımı gereken durumlarda yönlendirme basamağına geçilebilir. Acil sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde gelen çağrıyı “ *değerlendirme yetkisi çağrıyı alan tabibe aittir. Tabip, talebin acil sağlık hizmeti gerektirmediğine kanaat getirir ise, talebi reddetme yetkisine sahip olup, bu takdirde talebin nasıl karşılanabileceğini bildirmekle de yükümlüdür.*” ( SB.ASHY, madde 19) ifadesine yer verilmiştir fakat ülkemizde sunulan acil sağlık hizmetlerinde çağrıyı alan tabip değil çağrı karşılamada çalışan sağlık personelidir ve çağrı sonrası yönlendirmeyi yapanlarda yine sağlık personelleridir. 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde yönetmelikte geçen hükmü karşılayabilecek yeteri miktarda doktor olmaması ya da sistemde ki doktorların başka kurumlara çekilmesi ve doktor eksikliği nedeniyle hizmet bu şekilde sunulmaktadır. Yönetmelikte gelen çağrıyı reddetme yetkisi şuan ki uygulama da hiçbir sağlık personelinde yoktur. Sağlık Bakanlığının geliştirdiği prensipler doğrultusunda gelen her çağrıya ambulans görevlendirilmekte ve vaka elemesi ambulansın olay yerine gitmesi ile olmaktadır.

ASH yönetmeliğinde bahsi geçen merkez KKM( komuta kontrol merkezi)’dir. Merkezler çağrı karşılama, dispeç, danışman hekim, koordinasyon birimi, nakil masası vb. birçok bölümden oluşur. Acil çağrı istemi ilk çağrı karşılamaya düşer burada çalışan sağlık personeli gelen talepleri eleyerek gerçek acil yardım çağrısı olduğuna kanaat getirdiği vakaları dispeç denilen; vakaları değerlendirip hastanın adres bilgilerini, iletişim numarasını ve hastanın şikayetini değerlendirerek uygun ekibi çıkartan sağlık personeline aktırır. Dispeçler herhangi

bir sorun karşısında ya da olağan dışı durum gibi olaylarda danışman hekimlerden bilgi alarak onların yönlendirmesi ve emirleri doğrultusunda hizmet sunarlar.

KKM' lerinde att, paramedik, hemşire, sağlık memuru, doktor gibi birçok ünvanda sağlık çalışanı bulunmaktadır.

### **2.6.3. Yönlendirme:**

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre yönlendirme; Merkez tarafından istasyonlar, acil servisler ve destek hizmetlerin görevlendirilmesiyle yapılır.

Yönlendirme acil çağrının ulaşması ile başlar ve olay yerine en uygun ekibin seçilmesi, görevlendirilmesi şekliyle devam eder. Merkezlerin ihtiyaç halinde başka kurumları da hizmetlerini yönlendirmeleri konusunda bilgilendirir. Komuta Kontrol Merkezi tarafından değerlendirilen çağrı için merkez ivedilikle 112 ekiplerini görevlendirmeli ve ambulanslar olay yerine ulaşana kadar telefonda ilk yardım ve ekiplere yardımcı olabilecek direktifleri verebilmelidir. Bahsi geçen direktifleri verebilmek için bu birimde çalışan personelin uygun şekilde eğitilmiş olması gerekmektedir.

112 acil sağlık hizmetlerinde alınan vakalar ekiplere telsiz sistemi üzerinden bildirilmektedir. Burada en önemli amaç, olay yerine en yakın olan ve en hızlı ulaşabilecek 112 ambulans ekiplerini harekete geçirmektir. 112 ASH yapılan tüm işler iyi bir haberleşme ve yönlendirme ile amacına ulaşmaktadır, bu sebeple 112 ASH kullanılan telsiz iletişim sisteminin kesintisiz ve verimli olması gerekir. Telsiz iletişimi sistemde telsiz kullanım talimatı doğrultusunda konuşmalar anlaşılır, kısa, açık ve net olmalıdır.

Köksal'ın yapmış olduğu bir araştırmada, 112 ASH' deki mevcut telsiz teknolojisi ve iletişim ağının yeterliliği 112 çalışanlarına sorulmuştur. 112 çalışanlarının %47,7' si telsiz teknolojisi ve iletişim ağının kısmen yeterli bulunduğunu ve daha iyi bir seviyeye çıkartılabileceğini belirtmiştir. Çalışanların %25,5'i ise mevcut olan telsiz teknolojisi ve iletişim ağını açık bir şekilde yetersiz bulunduğunu belirtmiştir (Köksal 2010 s;342).

#### **2.6.4. Talebin yönlendirilen birim tarafından karşılanması:**

Komuta kontrol merkezi tarafından değerlendirilip yönlendirilen acil çağrılar istasyonlar tarafından karşılanır, istasyon merkezden aldığı vaka adresi ve vakanın durumu hakkındaki bilgiler eşliğinde olay yerine gider ve vakayı değerlendirip gerekli müdahalede bulunur ya da vakanın hastaneye nakline karar verir. Karar ne yönde olursa olsun hizmetin sunumundaki işleyiş basamaklarının tamamında komuta kontrol merkezi ile iletişim halindedirler. Vakanın nakline karar verin ekip nakil öncesi ve nakil sırasında komuta kontrol merkezinden gerekli hastane bilgilerini alır.

Komuta kontrol merkezleri görevlendirdikleri ekipleri sahada yalnız bırakmayıp görevin ne aşamada olduğunu takip etmesi gerekse de uygulamada bu durum gerçekleşmemektedir, çoğu zaman istasyonlar sahada tek başına kalmakta merkezden bilgi ve yardım almakta zorlanmaktadır bunun sebebi çağrı yoğunluğu ve gelen her çağrının ambulans görevlendirilerek karşılanması ve geliştirilen yanlış politikalarıdır.

Merkez tarafından olay yerine yönlendirilen ambulans içindeki personele göre farklılıklar gösterebilir. İçerisinde paramedik bulunan ekip hastayı değerlendirir ve hastaneye naklini sağlar, herhangi bir ilaç uygulaması gerekiyor ise yönetmelikle belirlenmiş ilaçları danışman hekimden onay alarak kullanma yetkisi vardır, paramedikli ekiplerde paramediğin yerinde müdahale yetkisi yoktur, yerinde müdahale yetkisi sadece içerisinde doktor bulunan ekiplerde doktora aittir. Doktor olay yerine gider, hastayı değerlendirir gerekli tedavisini düzenler ve hastanın hastaneye nakline gerek görmezse yerinde müdahale yetkisini kullanır.

Hasta ve yaralıya yönlendirilen ekip Ambulans Servisi Vaka Formunu (şekil 9) her hasta veya yaralı için düzenlemek zorundadır. Ekip sorumlusu tarafından düzenlenen bu form dört nüshadan oluşur birinci nüsha ekipte kalır, ikinci nüsha hasta ya da yakınına veya hastanın teslim edildiği hastaneye bırakılır, üçüncü nüsha arşiv amaçlı istasyonda saklanır, son nüsha ise ekip sorumluları tarafından ay sonunda arşivlenmesi ve giderlerin kurumlardan tahsil edilebilmesi için döner sermaye birimine teslim edilir.

ANKARA SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA SAĞLIK KURUMLARI 1 NOLU DÖNER SERMAYE SAYMANLIĞI ÜCRET TAHAKKUKUNA ESAS OLAN FİŞ ANKARA 112 E. AMBULANS SERVİSİ AMBULANS KAYIT FORMU		SEBİ	Doküman No	KOL.PR.05			
		06	112 Vaka Tarihi	05.11.2020			
		0	Ambulans No	01112019			
			Ambulans Tarihi	05.11.2020			
			Form No	06-000000			
<b>İSTASYON</b>		<b>SATİLER</b>		<b>HASTA BİLGİLERİ</b>		<b>SOSYAL GÜVENÇE</b>	
Prot.No	Çağrı Saati	Ad Soyadı :		<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Memur (Kurumu)	<input type="checkbox"/> Yaşlı Kart	
Hast. Dışı No	Vaka Ver. St.	Vaka Adresi :		<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta	
Tarih	Amb. Hareket St.	Vaka Adresi :			<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Gövencesiz	
İst.Tahsis Kodu	O.Yar. Vang St.	Vaka Adresi :			<input type="checkbox"/> Bağ-Kur	<input type="checkbox"/> Diğer	
Plaka	Hastaya Vang	Vaka Adresi :			<input type="checkbox"/> SSK		
	O.Yar. Arama St.	L / İLÇE		T.C. Kimlik No			
	Hastanaya Vang	Telefon:		Pasaport No			
	Hastadan Ayrı St.			Çıkış İm			
	Hastayona Dönüş			Dönüş İm			
<b>HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ</b>							
Sigortalının Adı Soyadı		Baba Adı		Karma No		Vasa Tarihi	
Tahakkük		Doğum Tar.		Sos.Gövl. No		Kamusal Ailede İ	
Tahakkük		Doğum Yarı		Tahsis No			
<b>KAĞIT TİPİ</b>		<b>KAĞIT REZİNİ</b>		<b>KAĞIT YERİ</b>			
<input type="checkbox"/> Tıbbi	<input type="checkbox"/> Fik	<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> Yelik Kaz	<input type="checkbox"/> Diğer Kağıt	<input type="checkbox"/> Yangın	<input type="checkbox"/> Sokak	<input type="checkbox"/> Araç İçi YK
<input type="checkbox"/> Tıbbi	<input type="checkbox"/> Uygur	<input type="checkbox"/> Medical	<input type="checkbox"/> Prizibit	<input type="checkbox"/> Uygur Prizibit	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> YK	<input type="checkbox"/> Araç İçi YK
<b>KAĞIT YERİNE BULGULARI</b>				<b>KAĞITIN KURSAK BİLGİLERİ</b>			
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kan Basıncı	<input type="checkbox"/> Nabız	<input type="checkbox"/> Solunum	<input type="checkbox"/> Motor	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Göz Ağması
<input type="checkbox"/> Miyopik	<input type="checkbox"/> Soluk	<input type="checkbox"/> mmHg / mmHg	<input type="checkbox"/> / dk	<input type="checkbox"/> / dk	<input type="checkbox"/> / dk	<input type="checkbox"/> / dk	<input type="checkbox"/> / dk
<input type="checkbox"/> Midyolik	<input type="checkbox"/> Sıyanetik	<input type="checkbox"/> Kurama Yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
<input type="checkbox"/> Anizistik	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon	<input type="checkbox"/> Yapıldı İle Kim Yapıldı?	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
<input type="checkbox"/> Mial. Yok	<input type="checkbox"/> Mial. Yok	<input type="checkbox"/> 110	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
<input type="checkbox"/> Flis Dilate	<input type="checkbox"/> Farklı	<input type="checkbox"/> 112	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /	<input type="checkbox"/> /
<b>ÖN TANII :</b>							
<b>SONUÇ</b>							
<input type="checkbox"/> Yetiride Müdahale	<input type="checkbox"/> En Yetiride Bekletildi	<input type="checkbox"/> Başka Araçta Nakil	<input type="checkbox"/> Tıf ile Bşk. Araçta N.	<input type="checkbox"/> Devlet H.	<input type="checkbox"/> PCARA NO	<input type="checkbox"/> SİGORTA ŞİRKETİ ADI	<input type="checkbox"/> SİGORTA POLİÇE NO
<input type="checkbox"/> Hastaneye Nakil	<input type="checkbox"/> En Morge Nakil	<input type="checkbox"/> Tıf ile Bşk. Araçta N.	<input type="checkbox"/> Hastane İçinde	<input type="checkbox"/> E.A.H. 1			
<input type="checkbox"/> Hast. Aracı Nakil	<input type="checkbox"/> Nakil Reddi	<input type="checkbox"/> Hastane İçinde	<input type="checkbox"/> Hastane İçinde	<input type="checkbox"/> Üniver. H. 2			
<input type="checkbox"/> Tıbbi Yakt. İçin Nakil	<input type="checkbox"/> Diğer Ulaşılan	<input type="checkbox"/> Yanaraktan Yok	<input type="checkbox"/> Üstü Yetir. Bekl.	<input type="checkbox"/> Özel H. 3			
<input type="checkbox"/> Tıbbi Nakil	<input type="checkbox"/> Diğer Ulaşılan	<input type="checkbox"/> Yanaraktan Yok	<input type="checkbox"/> Üstü Yetir. Bekl.	<input type="checkbox"/> Özel H. 3			
<b>İŞLEM</b>							
<input type="checkbox"/> Müdahale (Akt)	<input type="checkbox"/> 520.080	<input type="checkbox"/> Tabirani olan plakt.	<input type="checkbox"/> 611.430	<input type="checkbox"/> DOLAŞIM DESTEĞİ	<input type="checkbox"/> 550.070	<input type="checkbox"/> Diğer İşlemler	<input type="checkbox"/> 619.920
<input type="checkbox"/> Acil Ambulans	<input type="checkbox"/> 911.271	<input type="checkbox"/> Yanık pansum (KÜÇÜK)	<input type="checkbox"/> 530.540	<input type="checkbox"/> CPR (Reanimasyon)	<input type="checkbox"/> 700.490	<input type="checkbox"/> Normal doğum	<input type="checkbox"/> 619.910
<input type="checkbox"/> Nakil Ambulans	<input type="checkbox"/> 911.270	<input type="checkbox"/> Yanık pansum (ORTA)	<input type="checkbox"/> 530.550	<input type="checkbox"/> EKG	<input type="checkbox"/> 530.330	<input type="checkbox"/> Müdahale doğum	<input type="checkbox"/> 901.490
<input type="checkbox"/> Havale Ambulans	<input type="checkbox"/> 911.270	<input type="checkbox"/> Yanık pansum (BÜYÜK)	<input type="checkbox"/> 530.530	<input type="checkbox"/> Montelazasyon	<input type="checkbox"/> 700.430	<input type="checkbox"/> Kan yakarı doğum	<input type="checkbox"/> 901.250
<b>GENEL MÜDAHALE</b>							
<input type="checkbox"/> Enjeksiyon III	<input type="checkbox"/> 530.140	<input type="checkbox"/> Koli stat. (KISA)	<input type="checkbox"/> 610.680	<input type="checkbox"/> Kardiyovasküler	<input type="checkbox"/> 700.420	<input type="checkbox"/> Lokal anestezi	<input type="checkbox"/> 530.410
<input type="checkbox"/> Enjeksiyon IV	<input type="checkbox"/> 530.150	<input type="checkbox"/> Koli stat. (UZUN)	<input type="checkbox"/> 610.700	<input type="checkbox"/> Kalp Masajı	<input type="checkbox"/> 700.420	<input type="checkbox"/> Sığır alınması	<input type="checkbox"/> 530.450
<input type="checkbox"/> İV. İlaç uygulaması	<input type="checkbox"/> 530.360	<input type="checkbox"/> Sıcaklık stat. (KISA)	<input type="checkbox"/> 610.720	<input type="checkbox"/> İntra Osmoz	<input type="checkbox"/> 700.420	<input type="checkbox"/> Transilüminasyon	<input type="checkbox"/> 530.450
<input type="checkbox"/> Enjeksiyon SC	<input type="checkbox"/> 530.150	<input type="checkbox"/> Sıcaklık stat. (UZUN)	<input type="checkbox"/> 610.740	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> 700.420	<input type="checkbox"/> Nebülizasyon	<input type="checkbox"/> 530.450
<input type="checkbox"/> Demar yolu açılması	<input type="checkbox"/> 530.080	<input type="checkbox"/> Cilt travması uygul.	<input type="checkbox"/> 610.840	<input type="checkbox"/> NARİVA YOLU	<input type="checkbox"/> 551.251	<input type="checkbox"/> Dekortamasyon	<input type="checkbox"/> 530.450
<input type="checkbox"/> Sığır (KÜÇÜK)	<input type="checkbox"/> 530.200	<input type="checkbox"/> Servikal collar uygul.	<input type="checkbox"/> 610.830	<input type="checkbox"/> Aspirasyon uygul.	<input type="checkbox"/> 608.500	<input type="checkbox"/> YENİDOĞAN İŞLEMLERİ	<input type="checkbox"/> 530.930
<input type="checkbox"/> Sığır (ORTA)	<input type="checkbox"/> 530.210	<input type="checkbox"/> Trauma yeleği	<input type="checkbox"/> 610.830	<input type="checkbox"/> Acil trakeotomi	<input type="checkbox"/> 550.030	<input type="checkbox"/> Tıbbi tedavi	<input type="checkbox"/> 530.980
<input type="checkbox"/> Sığır (BÜYÜK)	<input type="checkbox"/> 530.190	<input type="checkbox"/> Vakum emme uygul.	<input type="checkbox"/> 610.830	<input type="checkbox"/> Orofaringeal tıp uyg.	<input type="checkbox"/> 550.030	<input type="checkbox"/> YD canlandırma	<input type="checkbox"/> 530.800
<input type="checkbox"/> Mesane sondajı	<input type="checkbox"/> 530.310	<input type="checkbox"/> Sirt tahsis uygul.	<input type="checkbox"/> 610.830	<input type="checkbox"/> Endotrakeal entüb.	<input type="checkbox"/> 530.130	<input type="checkbox"/> YD Entübasyon	<input type="checkbox"/> 530.980
<input type="checkbox"/> Panansman (KÜÇÜK)	<input type="checkbox"/> 530.580	<input type="checkbox"/> Karanlık kontrolü	<input type="checkbox"/> 602.980	<input type="checkbox"/> Melanik ventilasyon	<input type="checkbox"/> 530.360	<input type="checkbox"/> YD Montelazasyon	<input type="checkbox"/> 530.880
<input type="checkbox"/> Panansman (BÜYÜK)	<input type="checkbox"/> 530.570	<input type="checkbox"/> Karanlık kontrolü	<input type="checkbox"/> 610.800	<input type="checkbox"/> Oksijen inh. tedavisi	<input type="checkbox"/> 530.360	<input type="checkbox"/> YD İM. enjeksiyon	<input type="checkbox"/> 530.880
<input type="checkbox"/> Ventilasyon	<input type="checkbox"/> 530.570	<input type="checkbox"/> Elastik Bandaj (Vücut)	<input type="checkbox"/> 610.790	<input type="checkbox"/> LMA Uygulaması	<input type="checkbox"/> 530.700	<input type="checkbox"/> YD İV. enjeksiyon	<input type="checkbox"/> 530.870
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> 530.570	<input type="checkbox"/> S Bandaj	<input type="checkbox"/> 610.790	<input type="checkbox"/> Nazal CPAP Uygulaması	<input type="checkbox"/> 530.700	<input type="checkbox"/> YD İV. mayi tek.	<input type="checkbox"/> 530.870
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> 530.570	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> 610.790	<input type="checkbox"/> Balon Valf Maske (BVM)	<input type="checkbox"/> 530.080	<input type="checkbox"/> YD Ventilasyon	<input type="checkbox"/> 530.870
<b>KULLANILAN İLAÇ</b>							
<input type="checkbox"/> Adrenalin 0.1 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.210	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> KULLANILAN MALZEME	<input type="checkbox"/> 300.210	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10)
<input type="checkbox"/> Adrenalin 1 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.220	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (16x14-22)	<input type="checkbox"/> 300.220	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.220
<input type="checkbox"/> Adrenalin 3 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.230	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (16x24)	<input type="checkbox"/> 300.230	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.230
<input type="checkbox"/> Adrenalin 6 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.240	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (18x24)	<input type="checkbox"/> 300.240	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.240
<input type="checkbox"/> Adrenalin 12 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.250	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (20x24)	<input type="checkbox"/> 300.250	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.250
<input type="checkbox"/> Adrenalin 24 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.260	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (22x24)	<input type="checkbox"/> 300.260	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.260
<input type="checkbox"/> Adrenalin 48 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.270	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (24x24)	<input type="checkbox"/> 300.270	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.270
<input type="checkbox"/> Adrenalin 96 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.280	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (26x24)	<input type="checkbox"/> 300.280	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.280
<input type="checkbox"/> Adrenalin 192 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.290	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (28x24)	<input type="checkbox"/> 300.290	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.290
<input type="checkbox"/> Adrenalin 384 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.300	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (30x24)	<input type="checkbox"/> 300.300	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.300
<input type="checkbox"/> Adrenalin 768 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.310	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (32x24)	<input type="checkbox"/> 300.310	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.310
<input type="checkbox"/> Adrenalin 1536 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.320	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (34x24)	<input type="checkbox"/> 300.320	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.320
<input type="checkbox"/> Adrenalin 3072 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.330	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (36x24)	<input type="checkbox"/> 300.330	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.330
<input type="checkbox"/> Adrenalin 6144 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.340	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (38x24)	<input type="checkbox"/> 300.340	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.340
<input type="checkbox"/> Adrenalin 12288 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.350	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (40x24)	<input type="checkbox"/> 300.350	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.350
<input type="checkbox"/> Adrenalin 24576 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.360	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (42x24)	<input type="checkbox"/> 300.360	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.360
<input type="checkbox"/> Adrenalin 49152 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.370	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (44x24)	<input type="checkbox"/> 300.370	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.370
<input type="checkbox"/> Adrenalin 98304 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.380	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (46x24)	<input type="checkbox"/> 300.380	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.380
<input type="checkbox"/> Adrenalin 196608 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.390	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (48x24)	<input type="checkbox"/> 300.390	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.390
<input type="checkbox"/> Adrenalin 393216 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.400	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (50x24)	<input type="checkbox"/> 300.400	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.400
<input type="checkbox"/> Adrenalin 786432 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.410	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (52x24)	<input type="checkbox"/> 300.410	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.410
<input type="checkbox"/> Adrenalin 1572864 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.420	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (54x24)	<input type="checkbox"/> 300.420	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.420
<input type="checkbox"/> Adrenalin 3145728 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.430	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (56x24)	<input type="checkbox"/> 300.430	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.430
<input type="checkbox"/> Adrenalin 6291456 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.440	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (58x24)	<input type="checkbox"/> 300.440	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.440
<input type="checkbox"/> Adrenalin 12582912 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.450	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (60x24)	<input type="checkbox"/> 300.450	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.450
<input type="checkbox"/> Adrenalin 25165824 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.460	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (62x24)	<input type="checkbox"/> 300.460	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.460
<input type="checkbox"/> Adrenalin 50331648 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.470	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (64x24)	<input type="checkbox"/> 300.470	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.470
<input type="checkbox"/> Adrenalin 100663296 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.480	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (66x24)	<input type="checkbox"/> 300.480	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.480
<input type="checkbox"/> Adrenalin 201326592 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.490	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (68x24)	<input type="checkbox"/> 300.490	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.490
<input type="checkbox"/> Adrenalin 402653184 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.500	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (70x24)	<input type="checkbox"/> 300.500	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.500
<input type="checkbox"/> Adrenalin 805306368 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.510	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (72x24)	<input type="checkbox"/> 300.510	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.510
<input type="checkbox"/> Adrenalin 1610612736 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.520	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (74x24)	<input type="checkbox"/> 300.520	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.520
<input type="checkbox"/> Adrenalin 3221225472 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.530	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (76x24)	<input type="checkbox"/> 300.530	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.530
<input type="checkbox"/> Adrenalin 6442450944 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.540	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (78x24)	<input type="checkbox"/> 300.540	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.540
<input type="checkbox"/> Adrenalin 12884901888 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.550	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (80x24)	<input type="checkbox"/> 300.550	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.550
<input type="checkbox"/> Adrenalin 25769803776 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.560	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (82x24)	<input type="checkbox"/> 300.560	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.560
<input type="checkbox"/> Adrenalin 51539607552 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.570	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (84x24)	<input type="checkbox"/> 300.570	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.570
<input type="checkbox"/> Adrenalin 103079215104 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.580	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (86x24)	<input type="checkbox"/> 300.580	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.580
<input type="checkbox"/> Adrenalin 206158430208 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.590	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (88x24)	<input type="checkbox"/> 300.590	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.590
<input type="checkbox"/> Adrenalin 412316860416 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.600	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (90x24)	<input type="checkbox"/> 300.600	<input type="checkbox"/> Kullandığı malzeme	<input type="checkbox"/> 300.600
<input type="checkbox"/> Adrenalin 824633720832 mg amp.	<input type="checkbox"/> 300.610	<input type="checkbox"/> Kullandığı ilaç	<input type="checkbox"/> (iv, im, sc, po)	<input type="checkbox"/> İV. Kateter (92x24)	<input type="checkbox"/> 300.610		

### **2.6.5. Nakil:**

Ambulanslar zaman içerisinde basit nakil araçlarından, içlerinde yaşam kurtarıcı müdahalelerin gerçekleştirildiği mobil hasta bakım araçlarına dönüşmüşlerdir. Ambulans tasarımının en önemli özelliği hastayı güvenli şekilde transport ederken sağlık personelinin gerekli havayolu ve solunum girişimlerini yapabilmesine olarak tanınmasıdır (Tintinalli 2010, s.33).

Olay yerinde hastaya müdahale eden ekip hastanın nakline karar verir ve merkezle iletişime geçerek hastanın durumuna en uygun olan hastane seçimi için bilgi ister. Merkez ekibin yönlendirmesini yapar ve uygun olan hastaneyi gerekli durumlarda bilgilendirir. Ekip hastanın nakli sırasında tıbbi müdahaleye devam eder ve gerekli gördüğü durumlarda Komuta Kontrol Merkezinden danışmanlık hizmeti alabilir (Ashy, madde;22).

Buradaki temel amaç olay yerinden alınan hastanın durumuna en uygun hastanenin belirlenerek hızlıca hastanın naklinin sağlanmasıdır. Alınan hastanın her herhangi bir acil servise götürülmesi değil, hastanın durumuna en uygun tedavisinde gerekebilecek uzmanlık dallarının mevcut olduğu bir hastanenin seçilmesi temel hedeftir. Uygun hastanenin seçilemeyip rastgele girilen bir acil serviste hastanın o anki durumuna müdahale edilse de ileri tetkik ve tedavi için hastanın başka bir kuruma sevki gerekir ki buda zaman zaman, vakit kaybına ve ekstra iş gücüne neden olabilir.

### **2.6.6. Acil servise nakil:**

Olay yerinde sağlık personeli tarafından müdahale edilen hasta ya da yaralının stabilizasyonunun sağlanması sonrasında ve gerekli bilgilendirmeler eşliğinde acil servise taşınmasını içerir.

Olay yerine giden ekip hastayı değerlendirip nakline karar verdiğinde hastanın acil durumuna göre hastayı nakletmek istediği acil servis hakkında KKM ile iletişime geçerek bilgi alır ya da acil servise iletilmesi gereken bilgileri KKM' ne iletir. Aradaki bu iletişim hizmetin daha verimli sunulabilmesi için gereklidir. Acil servis kendisine gelecek hastayı önceden bilir ve hazırlığını yapar. İletişimin zaman

kaybına neden olmasını önlemek önemlidir, naklin yapılacağı hastanenin uzaklığı ekip sorumlusu tarafından iyi tahmin edilip hasta bilgilerinin nasıl aktarılacağı iyi planlanmalıdır. Uzak bir mesafe ya da 10 dk. üzerinde sürecek bir nakil söz konusu ise olay yerinde iletişim kurmak yerine hasta ambulansa alınıp gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra ambulans hareket halinde iken iletişim kurmak daha anlamlıdır. Ancak karadan transportun hastanın durumu için tehlike yaratacak kadar uzun süreceği ya da hastaya erişimin zor olduğu bölgelerde özellikle helikopterle gerçekleştirilecek hava transportu seçeneği göz önünde bulundurulmalıdır.

### **2.6.7. Acil servis tarafından yürütülecek işlemler:**

Hastanelerin acil servisleri, kendilerine merkez tarafından verilen bilgiler eşliğinde hazırlıklara başlar. Bu servisler getirilen hastanın tıbbi özelliği dışındaki özelliklere bakmaksızın hastanın stabilizasyonu sağlanıncaya kadar tüm tıbbi müdahaleleri yapar. Acil serviste müdahale edilen hasta için ileri tetkik ve tedaviye ihtiyaç duyulduğunda hastaya müdahale eden doktor tarafından merkezden sevk talep edilir, merkez uygun hastaneyi ayarlayıp hastayı takip eden doktoru bilgilendirir ve sevki yapacak ekibi görevlendirerek sevkin gerçekleşmesini sağlar.

Hastanelere başvuran hasta sayısındaki artış ve acil servis kalabalığı nedeniyle kimi büyük hastanelerde zaman zaman ambulanslarla getirilen hastaların bakımı için yeterli kaynak bulunmayabilir. Bu durum hastaların acil serviste hizmet almak ve hasta konaklaması (yatış) için uzun süre beklemelerine neden olabilir. Hasta yatışı, yatışı onaylanan ancak uygun yatak ayarlanamadığı için acil serviste bekleyen hastalar için kullanılmaktadır.

Acil servisler, zaman zaman ambulans birimlerinden hastaları başka hastanelere yönlendirmelerini talep edebilirler. Bu sorunlar nedeniyle ASH sistemleri, hasta kabul eden hastanelerin kaynak kapasitelerinin gerçek zamanlı gözlemlenebilmesi için yöntemler geliştirmelidir. Güvenli ve internet tabanlı, acil servis ve yataklı servis kapasitesi bilgilerini içeren web sayfaları bunun için bir seçenek olabilir (Holliman, 2000, s.13).

Ülkemizde bu tür bir uygulama mevcut olmasına rağmen hali hazırda acil servislerde hasta birikmesi, yoğun bakım gereken hastaların günlerce acil servislerde

kalması ve uygun bir yoğun bakım ünitesine nakledilememesi sağlık sistemi içerisinde çözüm bekleyen sorunlar arasında yer almaktadır. Hastaneler yoğun bakım ünitelerinin yatak durumlarını 112 koordinasyon birimine düzenli olarak bildirmektedir fakat günün en erken saatinde bile bildirilen yatak durumları dolu olmaktadır. Bu sorunun çözümünde yoğun bakım ünitelerinin özellikle uygunsuz hasta yatışı olup olmadığı açısından düzenli olarak denetlenmesi, acil servislere uygunsuz başvuruların triaj yöntemiyle engellenmesi özellikle son yıllarda çok fazla göz ardı edilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına gerekli önemin verilmesi ve beklide ambulans gönderilen her çağrının acil olup olmadığına olay yerinde değerlendirilerek hastanın acile taşınmasının önü kapatılmalıdır. Olay yerine yönlendirilen ekip hastayı birinci basamak sağlık kuruluşuna yönlendirebilmelidir, ya da daha ilk aşamada acil çağrı kısmında acil olan ya da olmayan vakayı birbirinden ayırt edebilecek bir düzen oluşturulmalıdır.

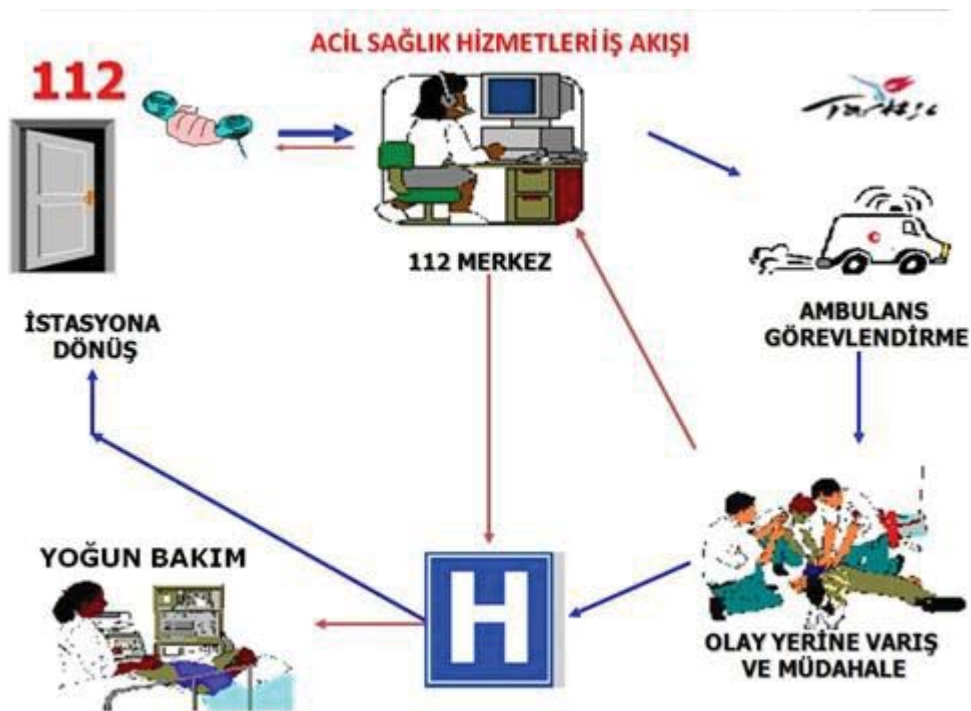
Ülkemizde hastaneler arası nakil, iller arası nakil çok görülen bir olaydır. Nakil 112 ASH tarafından sağlanmaktadır fakat çalışma prosedürlerine baktığımızda 112 koordinasyon biriminde çalışma veya iş akış şemaları olmadığı görülmektedir. Etkili ve verimli bir hizmet için bu nakillerin başhekimlik ve ilgili yönetimler tarafından oluşturulmuş ve çalışan personele sunulmuş bir iş akış şemasının olması gerekir. Böylece koordinasyonun düzenli ve her çalışan tarafından aynı şekilde sunulması sağlanarak iş ve işi yapanın inisiyatifine bırakılmamış ve çalışanlarda oluşabilecek olumsuzluklardan korunmuş olur.

#### **2.6.8. Sunulan hizmet ile ilgili bildirimlerin yapılması:**

Acil sağlık hizmeti sunan bütün kamu kurum ve kuruluşları, özel hukuk tüzel kişiler ve gerçek kişiler ve bunlar tarafından kurulan sağlık kurum ve kuruluşları, merkeze periyodik şekilde, aylık olarak gerekli bildirimleri yaparlar(ASHY, madde;25).

Göreve çıkan ve görevini bitirip istasyona dönen ekip görev sırasında vaka formunu doldurmak zorundadır. Görev sırasında doldurulan vaka formunu ekip sorumlusu istasyona geldiğinde internet üzerinden vakanın sonucunu KKM' ine verir. Burada hastaya yapılan tüm müdahaleler elektronik ortamda kayıt altına alınır.

Komuta Kontrol Merkezi ay sonunda istasyonlardan getirilen vaka kayıt formlarının iki nüshasından birini kayıt altına alarak kendi arşivlerine, diğerlerini ise Sağlık Bakanlığına gönderirler. Bu uygulama ile yapılan her müdahale kayıt altına alınmakla birlikte, yapılan müdahalelerinde maliyetleri çıkartılarak gerekli sigorta ve sosyal güvenlik kurumlarıyla irtibata geçilmek suretiyle hizmet ve malzeme giderlerinin tahsilatı gerçekleştirilir.



Şekil 7. Acil Sağlık Hizmetleri'nde iş akış şeması (Tanrıverdi 2012, s. 43).

## 2.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Ambulans Çeşitleri:

*Acil yardım ambulansı:* Acil yardıma ihtiyaç duyulan durumlarda, acil sağlık hizmetinin olayın olduğu yere ulaştırılması, hastanın, yaralının sevki esnasında ambulans içerisinde müdahalenin devam edebilmesi için tasarlanmış, yönetmelikte belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip araçlardır. Bu ambulanslar Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği yönetmelikler çerçevesinde belirli standartlara sahiptirler.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ambulansları kara, hava ve deniz ulaşım araçları olarak üç guruba ayırmıştır.

### 2.7.1. Kara ambulansları:

Personel ve tıbbi malzeme özelliklerine göre farklılık gösterebilirler üzerlerinde donanımlarının bir parçası olarak uyarı cihazları (tepe lambaları, sirenler) bulunan ambulanslardır.

➤ *Acil Yardım Ambulansı*; Acil sağlık hizmetinin olay yerine ulaştırılması için tasarlanmış ambulanslardır.

➤ *Hasta nakil ambulansı*; Acil olmayan hasta/yaralının taşınmasında kullanılan ambulanslardır.

Hasta nakil ambulansları, durumu stabil olmayan acil hasta veya yaralıların naklinde kullanılamaz. Olağan dışı durumlar dışında hiçbir ambulans ile cenaze taşınmaz.

➤ *Yoğun bakım ambulansı*; Hastaların taşınması sırasında oluşabilecek her türlü olumsuzluğa karşı hastanın izlenmesi ve tedavisine yönelik tasarlanmış ve yönetmelikte belirtilen her türlü özelliğe sahip sağlık aracıdır.

➤ *Özel donanımlı ambulanslar*; Hasta ve yaralının tıbbi durumu ve ambulansın görev yaptığı coğrafik bölgenin özelliklerine göre özel olarak tasarlanmış ambulanslardır. Yenidoğan ambulansları, yoğun bakım ambulansları, obez ambulanslar, kar paletli ambulanslar, motosiklet ambulanslar vb. örnek gösterilebilir (Kırcıoğlu 20/3, ss.135-142).

Ülkemizde de tüm dünyada olduğu gibi ASH hızlı bir şekilde gelişme göstermekte ve her geçen gün istasyon sayısı artmakta ve buna bağlı olarak ambulans sayısında da ciddi artışlar görülmektedir. Tablo 4' te Türkiye genelinde bulunan 112 acil yardım ambulans sayılarının yıllara göre artışı görülmektedir.

**Tablo 4.** Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulans Sayısı. (SBSİY 2013)

<b>YILLAR</b>	<b>112 ACİL YARDIM AMBULANS SAYISI</b>
<b>2002</b>	618
<b>2009</b>	2.235
<b>2010</b>	2.547
<b>2011</b>	2.766
<b>2012</b>	3.346
<b>2013</b>	3.357

Ambulans sayısındaki bu hızlı artış istihdam edilen personel sayısının, mevcut istasyon sayısının artmasına olanak sağlamaktadır tüm bu artışlar hizmetin daha etkin sunulması ve halkın hizmete erişmesindeki kolaylığı beraberinde getirmektedir.

Sağlık Bakanlığı 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin geliştirilmesi ve acil sağlık hizmeti kalitesinin artırılması için kara ambulanslarının ülke genelinde yaygınlaştırılması, ülkenin kış şartlarının yoğun yaşandığı bölgelerinde paletli ambulans uygulamasının başlatılması ve trafiğin yoğun olduğu şehirlerde vaka mahalline ulaşımı ve zaman kaybetmeden etkili bir acil yardım müdahalesinin başlatılmasını sağlayan motorize ekiplerin kurulmasının ardından, Sağlık Bakanlığı, dört hasta taşıma kapasitesi bulunan kara ambulanslarını da hizmete sunmuştur (Tanrıverdi ve Köksal, 2012, s. 67). Bu ambulanslar özellikle olağan dışı durumlarda çoklu yaralanmaların olduğu trafik kazalarında, doğal afetler, toplumsal olaylar gibi durumlarda aynı anda birçok hastanın taşınmasına imkan vermeleri açısından önemlilik arz etmektedirler.

112 Acil yardım ambulanslarının zaman içerisinde artan sayıları ambulans başına düşen nüfus oranının da düşmesine neden olmuştur. Tablo 5’ de yıllara göre 112 Acil Yardım Ambulansı başına düşen nüfus oranı gösterilmektedir.

**Tablo 5.** Yıllara Göre 112 Acil Yardım Ambulansı Başına Düşen Nüfus Oranı (SBSİY 2013).

2002	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
106.809	47.225	41.448	35.247	32.466	28.945	27.015	22.602	22.838

Tablo 5 incelendiğinde 112 ambulansı başına düşen nüfus oranlarında önemli bir düşüş gözlenmektedir fakat 2012 ve 2013 yılları incelendiğinde 2013 yılında oranın küçük bir farkla tekrar artmaya başladığı görülmektedir. Araştırmamızın yazım aşamasında Sağlık Bakanlığı 2014 verilerini henüz yayınlamadığı için bu artış takip edilememiştir. Ambulans başına düşen nüfus oranındaki düşüşün nedeni ambulans sayılarındaki artış gösterilebilir.

### 2.7.2. Hava ambulansları:

Uzun mesafelerde daha hızlı hasta ve yaralı taşınması için tasarlanmış, yönetmelikte belirtilen tüm özelliklere ve gerekli çalışma, uçuş iznine sahip olan ve sekonder taşımada tercih edilen helikopter ve uçakları kapsayan araçlardır.

Gelişmiş acil sağlık hizmetlerinin en önemli göstergelerinden olan helikopter ve uçak ambulanslar daha çok merkeze uzak, ulaşım problemi yaşanan ve durumu ciddi olup transportu zaman alacak hastaların naklinde kullanılır.

Uçaklar sadece havaalanlarına iniş yapabildikleri için olay yerinde müdahale için kullanılmazlar ve transportun her başlama ve sonlanma evresinde, hastanın hastane ve havaalanı arasında nakledilmesi için kara ambulansına ihtiyaç duyarlar.

Havadan hasta transportunda kullanılan diğer bir araç ise helikopterlerdir. Helikopterlerin pahalı araçlar olmaları ve diğer havacılık gereklerinin (bakım, pilot eğitimi vb.) yoğun kaynak kullanımını gerektirmesi nedeniyle birçok hava transport programı, helikopterleri uzun dönem kiralama yöntemiyle işletirler (Holliman2000;13, Tinninalli 2010;33).

Ülkemizde de dünyada kullanımı yaygınlaşan hava ambulans araçları kullanımı mevcuttur. 2013 Sağlık İstatistiği Yılığında ki bilgiler doğrultusunda şuan ülkemizde 17 helikopter ambulans, 4 adet uçak ambulans görev yapmaktadır.

### 2.7.3. Deniz ambulansları:

Okyanus, deniz, nehir, göl gibi ortamlarda hasta ve yaralı taşınması için tasarlanmış, gerekli makamlardan çalışma izni alınmış ve yönetmelikte belirtilen tüm özelliklere sahip araçlardır.

Diğer ambulans çeşitleriyle ulaşılmaması imkansız olan durumlarda hasta ve yaralıya ulaşmak amacıyla deniz uçakları ve hız tekneleri kullanılabilir. (www.hava-ambulansi.com)

Tablo 6’ da ambulans türlerine göre araç ve nakledilen hasta sayısı verilmiştir.

**Tablo 6.** Ambulans Türlerine Göre Araç ve Nakledilen Hasta Sayısı.

(SBSİY, 2013)

AMBULANS TÜRÜ	ARAÇ SAYISI	NAKLEDİLEN HASTA SAYISI
Ambulans Helikopter	17	2407
Uçak Ambulans	4	1631
Kar Paletli Ambulans	296	2592
Deniz Ambulansı	4	1324

### 2.8. Ankara İlinde Acil Sağlık Hizmetleri:

Ankara ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri’nin 1986 yılında “*Hızır Acil Servis*” adı altında hasta taşıma şeklinde ambulans hizmeti verilmeye başlanan üç metropol ilden birisidir. Hizmet ilk defa Ankara Numune hastanesi konuşlanan içerisinde bir hekim ve sürücülerden oluşan ekiple sunulmaya başlanmıştır.

1987 yılında belediye ile koordineli biçimde çalışması devam eden Ankara 112 ASH, birtakım nedenlerle etkinliğini devam ettirememiş ve 11.Mart.1994 yılında tekrar yeni bir organizasyonla hizmet sunmaya başlamıştır (Türkdemir ve Önal 2005).

Ankara 2013 Sağlık İstatistiği yıllığın da yayınlanan verilere göre “toplam nüfusu 5.045.083, kırsal nüfus oranı %0,9, kentsel nüfus oranı %99,1, 0-14 yaş nüfus oranı %21,7, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı %7,2, genç bağımlılık oranı %30,5 (0-14 yaş arası nüfusun 15-64 yaş arasında ki nüfusa oranıdır), yaşlı bağımlılık oranı %10,1 (65 yaş ve üzerinde ki nüfusun 15-64 yaş arasında ki nüfusa oranıdır), toplam yaş bağımlılık oranı %40,6” olan demografik göstergelere sahip bir ildir.

Ankara şu an 1500-1800 arası personeli, 126 faal istasyonu ve 184 ambulansı bulunan bir hizmet ağına sahiptir. Ankara’ da istasyon başına düşen nüfus oranı 40.040 ve ambulans başına düşen nüfus oranı ise 27.419’dur (SB Sağlık İstatistiği Yıllığı 2013).

Ankara’da kara ambulanslarının yanında kış aylarında zorlu hava koşullarında kullanılmak üzere kar paletli ambulanslar, vakalara daha hızlı ulaşım amacıyla kurulmuş olan motosikletli ekipler ve bunlara ilave olarak çoklu hasta taşımaya yarayan 4 sedyeli ambulanslar, obez ambulans, yeni doğan ambulansı, yoğun bakım ambulansı, helikopter ve uçak ambulanslarla da hizmet verilmektedir.

## **2.9. Acil Sağlık Hizmetlerinin Güncel Sorunları:**

2006 yılında Amerikan Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan “*Yol Ayrımındaki Acil Sağlık Hizmetleri*” belgesi günümüzde ASH sisteminin karşılaştığı sorunların birçoğunu detaylı şekilde ele almıştır. Bunlar arasında bölünme ve farklı sistemler (ASH ve diğer kamu güvenliği birimleri ve ASH ile diğer sağlık kurumları) arasında eşgüdüm eksikliği bulunmaktadır. Bu durum ASH sisteminin günlük operasyonlarda etkinliğini sınırlamakta, afet müdahalelerinde ise ciddi sonuçlara yol açabilmektedir (Sikka 2005, Tinninalli vd, 2010).

Amerika’da belirtilen bu sıkıntı bizim ülkemizde de dikkatle incelenilmesi gereken ve oluşabilecek sorunları önceden belirleyip önlem alınmasını gerektiren bir

sorundur. Ülkemizde de daha öncesinde tek merkez den yönetilen sağlık kurumları 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılan 663 KHK ile çok başlı bir yönetime geçilmiştir, sadece birkaç yıl geçmesine rağmen seçilen yönetim şeklinde birçok sorun ile karşılaşmış özellikle ekonomik açıdan ciddi kayıplar yaşanmaya başlanmıştır. Büyük bütçelerden bahsedilen sistemde hizmetin işleyişi ve çalışan personelin sıkıntıları had safhaya ulaşmıştır.

Tintinalli ve arkadaşları (2010) ASH için ayrılan kaynağın gerek gündelik operasyonlar alanında gerekse afet hazırlığı aşamasında diğer kamu güvenliği birimlerinin gerisinde kaldığını ve tüm bunların ülkenin yaşlanan nüfusu ve hizmete erişimin sınırlı olması nedeniyle artan çağrı taleplerinin gerçekleştiği bir döneme denk geldiğini belirtmişlerdir.

ASH için talep sürekli artış gösterirken, ASH çalışanlarının sayısı aynı oranda artmamaktadır. Düşük maaş, yüksek stres ve kariyerlerinde sınırlı ilerleme imkanı ASH çalışanlarını yıpratmakta ve işte iş doyumunu düşürmektedir.

Günümüzde ASH gerçek anlamda doktor eksikliği mevcuttur doktorun yanında paramedik ve diğer personel açıklığı sürekli artmaktadır, buda hizmetin tam zamanlı sunumunda aksaklıklara neden olmaktadır. Bazen personel yetersizliği nedeni ile ambulansla iki kişi çalışmak zorunda kalmakta buda personel güvenliği ve etkin müdahalede olumsuzluklara neden olmaktadır.

Amerika'da doktor yetersizliği ve ucuz iş gücü nedeniyle kurulmak zorunda kalınan paramedikli sistem, ülkemizde de benimsenmiş ve 2004 yılı itibarıyla ASH sisteminde paramedik ve att istihdam edilmeye başlanmıştır. Yeterli sayıda personel yetiştirmek amacıyla ülkede birçok üniversitede paramedik bölümleri açılmıştır, paramedik eğitimi öylesine bir eğitim olmamalı özellikle 2 yıllık önlisans düzeyinden lisans düzeyine çıkartılmalıdır ASH'nin acil tıp biliminin bir alt dalı olduğu unutulmadan özellikle bölümlerin açıldığı üniversitenin tıp eğitimi veren ve acil tıp uzmanlığının bulunduğu eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde öğrencilerin staj yapmaları sağlanabilmelidir.

Literatürde ASH görev yapan paramediklerin mesleki becerilerine yönelik yapılmış çalışma çok azdır ama var olan çalışmalarda da olumsuz sonuçların bulunduğu unutulmamalıdır.

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet ve 112 'de kaza oranları gün geçtikçe artan bir sorundur. Şiddet ve kaza oranlarını düşürmeye yönelik ciddi çalışmaların olmaması ve ambulanslarda taşeron sürücü bulundurma çalışmaları son dönemlerde tartışmalara neden olan ve çalışanların motivasyonunu düşüren sorunlar arasındadır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### İŞ DOYUMU:

#### 3. İŞ DOYUMU TANIMI ve KURAMLARI:

Çalışma bir insanın yaşamındaki en önemli aktivitelerden biri olarak görülmekte ve kişisel değer bir ifadesi olarak kabul edilmektedir. İnsanların çalışmasının temel nedeni olarak ekonomik beklentilerin belirli düzeyde karşılanması isteği görülmektedir (İpek, 2003).

İşin insan yaşamındaki rolü büyüktür. İnsanlar yaptıkları iş aracılığıyla bir yandan zamanlarını değerlendirirken, bir yandan da yaşam enerjilerini yararlı amaçlara kanalize eder ve tüm bunların sonucunda edindikleri doyumla ruh sağlıklarını korurlar (Baysal, 1981).

İş; Literatürde “insanların yaşamlarını devam ettirebilmek için harcadıkları zihinsel ve bedensel uğraşların tamamı” olarak tanımlanmıştır (Tınar vd,1997, s.1) .

Sosyolojik açıdan iş; Başkaları için yararlı uygulamalarda bulunmak olarak tanımlanırken, psikolojik açıdan ise; amaca en etkili biçimde ulaşabilmek için iç ve dış çevrenin birey tarafından uygun biçimde örgütlenmesi, değiştirilmesi ve kontrol edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Baysal, 1981).

Doyum ise; Başkaları tarafından doğrudan gözlenemeyen sadece ilgili birey tarafından hissedilip tarif edilen ve ifade edilebilen iç huzuru ve zevki anlatmak için kullanılan tanımdır (Baytok, 2001).

İş ve doyum kavramlarından sonra iş doyumunu ile ilgili literatürde çeşitli tanımlar yapılmaktadır, geniş anlamda “çalışanların işlerine karşı takındıkları genel tutum ve işlerinden duydukları mutluluk olarak belirtilmektedir.

İş doyumunu ile ilgili ilk çalışmalar Frank Taylor tarafından 1911 yılında başlatılmış ve bir takım değişikliklere uğrayarak günümüze kadar sürekliliğini sürdürmüştür. Taylor iş doyumunu, elde edilen para miktarı ile ödüllendirmelere dayandırmıştır (Robbins, 1996).

İş doyumunun önemi 1930 ve 1940' lı yıllarda anlaşılmış. İş doyumunun çok boyutlu olması farklı tanımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. İş doyumunu ile ilgili literatürde bir çok tanım mevcuttur. Hoppock, Locke ve Vroom'un tanımları araştırmacılar tarafından en çok kullanılan tanımlardır. Hoppock'un 1930' larda ki iş doyumunu tanımı; *“kişinin gerçekten işimde tatmin oluyorum, demesine sebep olan psikolojik, fizyolojik ve çevresel koşulların karışımı”* şeklindedir. Locke ise 1970' lerde iş doyumunu *“kişinin işini ve deneyimlerini değerlendirmesinden sonuçlanan haz verici ve olumlu duygular”* olarak tanımlamıştır (Sığırı ve Basım, 2011, s. 12).

Porter, Lawlell ve Hackman' a göre iş doyumunu, “iş görenin işi ile örgütsel üyeliğine karşı geliştirdiği tepkisi, iş görenin kurumu için gösterdiği hedefleri çabaları, inanç ve kuruma bağlılığı karşılığında elde ettikleri ile elde etmeyi düşündüklerini karşılaştırdığını ve sonuçta doyum ya da doyumсуuzluk” hissettiğini öne sürmektedirler (Gök 2006, Kavla 1998).

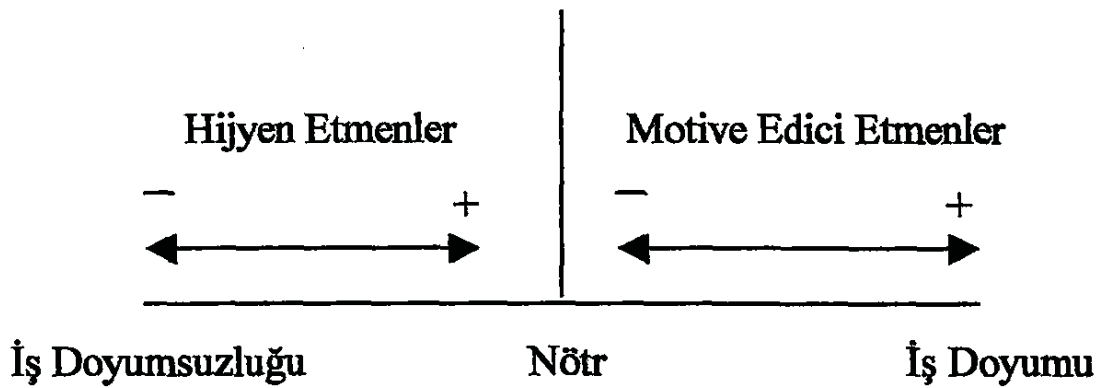
İş doyumunu çeşitli değişkenlerden oluşan genel kabul görmüş bir kavramdır. Örneğin; Smit, Kendal ve Hulin (1969) iş doyumunu; ücret, terfi, iş arkadaşlığı, gözetim ve işin kendisi olmak üzere beş değişken ile açıklamaktadır. Ücret ve terfi dışsal, iş arkadaşlığı, gözetim ve işin kendisi içsel unsurlar sayılmaktadır (Arvey, 1989, s. 74, Judge, 2001, s. 26).

Literatür'de iş doyumunu kavramının öncülü olarak geçen kuramların bazılarında kısaca bahsetmek uygun olacaktır.

Herzberg savunduğu kuramında iş doyumunu faktörlerini doyum sağlayıcılar ve hijyen faktörleri olarak iki guruba ayırmıştır. Doyum sağlayıcılar olarak, işin kendisi ile ilgili olanlar, hijyen faktörleri olarak ise; işin yapılması sırasında karşılaşılan durumlar olarak tanımlamıştır (Sukkaryl vd, s. 11, Dieleman, 2003, s. 10).

➤ Herzberg (1967) Çift Etmen Teorisi'nde doyuma neden olan etmenlerle, doyumсуuzluğa neden olan etmenlerin genelde birbirinden farklı olduğunu savunmaktadır. Çalışanların işlerinden doyum sağlamalarına neden olan etmenlerin genellikle içsel (işin kendisi, sorumluluklar, başarılar gibi) etmenler yani güdüleyici faktörler olduğu, doyumсуuzluğa neden olan etmenlerin ise genellikle dışsal (örgüt politikaları, çalışma koşulları, ücret gibi) etmenler yani hijyen faktörleri olduğu

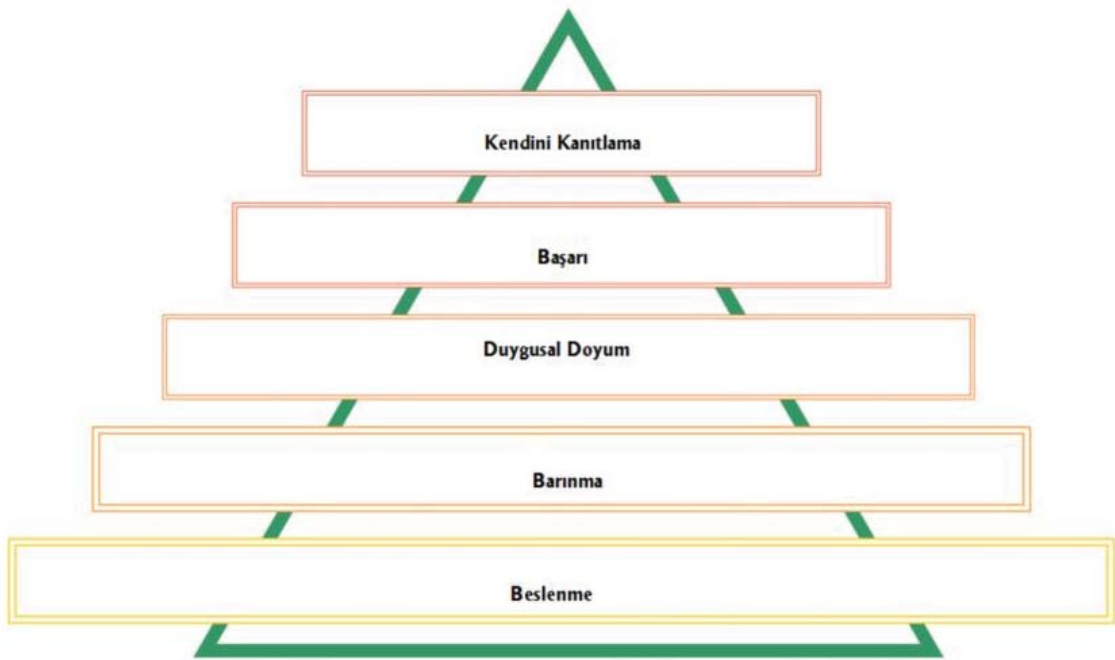
görüştüğüdür. Bir başka deyişle içsel etmenler doyum ile ilişkiliyken, dışsal etmenler doyumsuzluk ile ilişkilidir. Ancak hijyen faktörleri doyumsuzluğu ortadan kaldırmak için yeterli olsa bile doyum sağlamak için tek başına yeterli olamamaktadır. Bu nedenle örgütler iş doyumunu sağlamak için güdüleyici faktörlere önem verilmelidir (Judge, 2001, s. 28).



Şekil 8. İki Etmen Teorisi (Erdoğan, 2004, s. 158).

➤ Bir diğer kuram ise Maslow'un 1953' de Massachusetts Teknoloji Enstitüsü'nde önerdiği "Gereksinimler Hiyerarşisidir". Tüm insanlarda ortak olarak beş temel gereksinim olduğunu ileri sürmektedir. Bir birey alt düzey gereksinimini giderdikten sonra motive olmak için bir üst düzey gereksinimini doyurma gereğini hissedecektir. Yöneticiler çalışanlarının bu durumunu anlayabilirse, onları etkin bir biçimde motive edebilirler.

Maslow' un Kuramında davranışları belirleyen en önemli etmen gereksinimlerdir. Gereksinimler, itici güç rolünü oynamakta bu nedenle de gereksinimlerini karşılamaları için çalışanlara sunulan olanaklar en iyi motivasyon aracı olmaktadır (Aksungur, 2009, s. 21).



**Şekil 9.** Maslow'un Temel Gereksinimler Piramidi (Özvarış, 2001,s. 11).

➤ Wroom'un beklenti kuramında kuramın temeli bireyin, belli bir davranışta bulunduğu takdirde bu davranışın belli bir sonuca ulaşmasını sağlayacağı yönündeki bekleyişi ve bu bekleyişi isteme derecesidir. Bu teoriye göre iş görenin, hedefine ulaşmak için çaba sarf etmesi ve hedefine ulaşacağına ilişkin inancının olmasıdır. Örneğin bir işyerinde çalışan birey, belli bir statüye ulaşabilmek için bu doğrultuda bekleyiş içinde olacak ve bu bekleyiş inançla birlikte iş görenin performansının artmasına neden olacaktır (Aslan, 2013, ss. 47-48).

➤ Hackman ve Oldham (1976) tarafından tanıtılan İş Özellikleri Modeli ise; yapılan işin özündeki hangi özelliklerin yüksek iş doyumuna, yüksek performans ve düşük işten uzaklaşma gibi olumlu iş çıktılarına öncülük edeceği konusunu tartışmaktadır. Bu bağlamda; görev kimliği, görev anlamlılığı, beceri değişkenliği, özerklik ve geri bildirim olmak üzere beş temel iş özelliğinden bahsedilmektedir. Teoriye göre bu özellikleri sağlayabilmesi için zenginleştirilmiş işler, diğerlerine göre daha memnun ve motive edici olmaktadır (Hackman, 1975, s. 160, Judge, 2009, ss. 107-121).

Literatürde ayrıca Cornel Modeli ve Değer Teorisinden de bahsedilmektedir. 1969 yılında Smith, Kendall ve Hulin tarafından geliştirilen ve geçmişte ortaya atılan tutum şekillendirme teorilerinin bütünleştirilmesiyle oluşturulmuş iş doyum modelidir (Judge, 2001, s.31, Judge, 2012, s. 496).

Locke (1976) tarafından ortaya atılan Değer Teorisi; bireylerin değerleri, yaptıkları işte onlara neyin doyum sağlayacağını belirleyicisi olmaktadır. Bireyler tarafından karşılanamamış iş değerleri memnuniyetsizliğe neden olmaktadır (Judge, 2001, s.32, Judge, 2012, s.503).

### **3.1. İş Doyumunu Etkileyen Faktörler:**

İş doyumunu etkileyen faktörlere yönelik yaklaşımlar ile ilgili literatür de çeşitlilikler olduğu göze çarpmaktadır. Fakat bu faktörlerin en yaygın olarak kullanıldığı şekli ile ikiye ayrıldığı ve bireysel faktörler ile örgütsel faktörler olarak sınıflandırıldığı dikkat çekmektedir (Doğan, 1991,s.150, Blegen, 1993,s.37, Akıncı, 2002, s.329, Bakan, 2004,s.4, Özgen, 2001,ss.1-30).

#### **3.1.1. Bireysel faktörler:**

Söz konusu olan bu faktörler arasında yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik, kişinin içinde bulunduğu sosyo kültürel çevre, statü, kıdem vb. etkenler çalışanın işinden doyum ya da doyumsuzluk sağlamasında etkili olan önemli kişilik faktörleridir. Bu faktörlerin bazılarında değinmek yerinde olur.

➤ *Cinsiyet*; Literatürde bazı araştırmacılar cinsiyetin iş doyumuna etkisi olduğunu savunurken bazıları ise bu tezin tersini savunmuşlardır. Araştırmacılar arasında çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu nedenle cinsiyetin iş doyumunda etkili olduğu konusunda tutarlı bir kanıt yoktur (Toker, 2013, s.58).

➤ *Yaş*; Köse liderlik davranışları ile ilgili kitabında iş doyumunu etkileyen bireysel faktörlerden yaş ile ilgili konuya şu şekilde değinmiştir; “Herzberg iş doyumunu ile yaş arasında ki ilişki U şeklinde bir eğriye benzetmiş ve iş hayatına erken yaşta başlayan çalışanların doyumlarının yüksek olduğunu bunun yanında 30 yaşa doğru doyum düzeylerinin düştüğünü ve yaş ilerledikçe doyum düzeyinin tekrar yükselme gösterdiğini belirtmiştir (Köse, 2009, s. 47) . Çalışanın yaşı ilerledikçe

işteki tecrübesi artmakta tecrübe ile birlikte terfi imkanı doğmakta buda çalışanın performansının artmasına neden olmaktadır.

Yapılan bazı çalışmalarda da yaş faktörünün iş doyumu üzerinde bir etkisinin olmadığı görüşü savunulmuştur (Charles vd, s. 537).

➤ *Eğitim*; Literatürde eğitim düzeyinin iş doyumu üzerindeki etkisini araştıran bazı araştırmacılar eğitim seviyesi yüksek olan çalışanların, doyum düzeylerinin eğitim seviyesi düşük olanlara oranlara daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Dönmez, 2013, s. 15).

İş doyumu ve eğitim düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik yapılan bazı araştırmalarda ise, ters yönde etki olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyinin iş doyumu ile ilişkisi incelendiğinde, eğitim seviyesi yüksek olanlarda iş doyumunun azaldığı görülmüştür (Yerlisu ve Çelenk, 2008, s.88).

Polat (2008); “Yeteneklerin ve eğitim seviyesindeki artışın karşılığını, örgütten alamayan ya da bu yönde düşünen çalışanın iş doyumu düzeyinde bir azalma meydana geleceğini ifade etmekte ve her iki değişkeninde artış gösterdiği durumda iş görenin örgüt içerisindeki yetki, pozisyon ücret ve sorumluluklar gibi olumlu değişikliklerle sonuçlanırsa, iş doyumunda bir artışın gerçekleşeceğini” belirtmektedir (Polat, 2008, s. 78).

➤ *Kişilik*; İş doyumuna etki eden bireysel faktörlerden bir tanesi de kişiliktir. Kişilik “Bir insanı diğer insanlardan ayıran duygu, düşünce, tutum ve davranışlarının tümünü içermektedir”. Bireyin kişiliği, çalışma ortamı, yapılan iş, kurum ve yöneticilerin yaklaşımlarına göre o işten elde edilen iş tatminini de etkilemektedir (Kanbay, 2010, s. 18).

Yapılan araştırmalarda çalışanların emek isteyen, kendilerini zorlayan işlere daha çok değer verdikleri ve bu tip savaşımlı isteyen işlerin çalışanları başarıya ulaşmak adına daha çok güdülendiği ve çalışanların sorumluluk almaya istekli olmalarını sağladığı bildirilmiştir. Ayrıca bu tip işlerde çalışanlar adil yükselmeye ve övülüp, onaylanmaya daha çok ihtiyaç duymuşlar bunun yanında kendilerine

yöneltilen eleştirilerden daha az etkilenmiş işleri ile ilgili çatışmaya daha az düştükleri bildirilmiştir (Çimen ve Şahin, ss. 53-67).

➤ *Sosyo- Kültürel Çevre*; Çalışan bireyin sahip olduğu ve içerisinde bulunduğu sosyo-kültürel çevre iş görenin iş doyumunu etkilemektedir.

Aksayan'ın aktardığına göre (1990); “bazı araştırmalarda özellikle; eşlerin işlerindeki statüleri, çalışan kadınların en küçük çocuklarının yaşları ve ailenin gelir düzeyi gibi sosyo- kültürel değişkenlerin iş doyumunu düzeylerinde farklılık yarattığı saptanmıştır (Aksayan, 1990).

İnsanlar çalışma hayatında yaptıkları faaliyetlerle içinde buldukları çevre ve toplum tarafından beğenilmek, takdir edilmek isterler. Bu sosyal çevrede ve toplumun kültürel değerleri ile yetişen birey, yaşamaya devam ettiği toplumun aşladığı tutum ve değerlerle işine karşı olan tutumu, beklenti ve değerleri uyumlu olduğu sürece iş doyumunu düzeyi de artacaktır(Karadağ, 2013, s.55).

➤ *Statü*; Statü bireyin sosyal düzen içindeki ve bulunduğu mevkiinin belirlediği hak ve görevlerdir (Akbolat ve Işık, 2008, s.2).

Sosyal statü ise; “Kişinin toplumda edindiği yer ve mevkidir”. Başka bir ifadeyle, bir kişinin toplumdaki statüsü, onun başkaları tarafından nasıl görüldüğü ve değerlendirildiğidir (Arslanoğlu, 1992, s.22).

Yapılan çalışmalarda yönetim kademesinde çalışan iş görenlerin, alt kademe çalışan iş görenlere oranla iş doyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sebeple araştırmacılar, toplumların mesleklere bakış açısının ve mesleğe verilen önemin doyum üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir (Cengiz, 2008, s.43).

Obermestik ve Jones (1992) üniversite öğrencisi olup aynı zamanda çalışan 47' si daha üst statüde, 18' de daha düşük statüde olmak üzere toplam 65 kişi ile bir araştırma yapmışlardır. Bu çalışmada üst statüde çalışanların iş doyumunun, düşük statüde çalışanlara göre daha yüksek olduğu aynı zamanda bu çalışanların ilk iş yıllarında da iş doyumlarının daha fazla olduğuna yönelik bulgular elde etmişlerdir (Uslu, 1999, s.17).

➤ *Kıdem*; Kıdem, kişinin işinde geçirdiği süre olarak tarif edilebilir. Kişinin iş hayatı tecrübesi de iş doyumunu belirlemede bir faktördür (Kanbay, s.18). Çalışanların işlerindeki tecrübeleri ile iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki vardır. Çalışanın işinde kazandığı tecrübe, çalışana güven vermektedir. Çalışan işini severek, isteyerek ve doğru bir şekilde yapması kişinin başarı duygusunu artırır buda iş tatminini sağlamlaştırmaktadır (Dönmez, 2013, s.17).

İş görenlerin kıdemi arttıkça işteki tatmin duygularının da artacağı düşünülmektedir. Uzun zaman boyunca aynı işi yapan ve işinde belirli bir kıdem kazanan çalışanların işleriyle bütünleşmeleri ve işleri ile ilgili uyumlarının artacağı ve doyum düzeylerinin yükseleceği buna karşın işlerinde yeni olan çalışanların fazla ücret ve yükselme beklentisi içinde olmaları nedeniyle daha az doyuma ulaşabilecekleri söylenebilir (Karahaliloğlu, 2013, s.39).

### **3.1.2. Çevre ve örgütsel faktörler:**

➤ *Ücret*; Ücret çalışan kişinin iş gücü karşılığında elde ettiği bir gelirdir(Toker, 2013 s.42). Yapılan birçok çalışmada iş doyumunu ile ücret arasında pozitif bir ilişki olduğu savunulmuştur. İnsanların çalışmalarının temel nedenleri daha iyi ve konforlu bir yaşam sürmektir, istenilen yaşamı sürmek için gerekli olan iyi bir gelire sahip olmaktır. Bu sebeple ücretin önemli bir doyum faktörü olduğu söylenebilir (Artık, 2009, s.61).

Ücret doyumsuzluğu ile iş doyumunu arasındaki bağlantı kurumlar açısından ve uygulamada araştırma bulgularına göre çok tartışılmıştır. Ancak ücret tatmininin iş doyumsuzluğunu ortadan kaldırmayacağı, buna karşılık ücret doyumsuzluğunun iş doyumsuzluğuna yol açacağı Herzberg tarafından öne sürülmüştür. İş görenin ücret doyumunu bir çok faktöre bağlıdır. Bu faktörler şu şekilde sıralanabilir;

1. Yetenek
2. Deneyim
3. Mesleki eğitim ve öğretim düzeyi
4. Çaba
5. Yaş-Kıdem

6. Bağlılık
7. Başarı
8. Güç ve sorumluluk düzeyi
9. Statü (Doğan, 2009, s.32).

Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde çalışan hemşirelerin iş doyumunu üzerine yapılan bir çalışmada, en düşük doyum alanı olarak ücret bulunmuştur (Arslan ve Albayrak, s.29).

► *İşin Niteliği*; İnsanların bağımsız olabilecekleri yaratıcılıklarını ve yeteneklerini gösterebilecekleri farklı, rutin olmayan işlere özlemleri vardır. Çalışanlar sürekli olarak aynı işleri yaptıklarında bir süre sonra sıkılmaya başlayarak ileri dönemde doyumsuzluk geliştirebilmektedirler (Özcan, 1991, s.25).

Horozoğlu iş görenlerin iş doyum düzeylerinin ve motivasyonlarının artmasında etkili olabilecek bir takım niteliklerden bahseder ve bu nitelikleri şu şekilde sıralar; “Yetenek ve yaratıcılıklarını kullanabilmeleri, kişiliklerine ve özerklik duygularına fayda sağlayıcı, hayatlarına bir anlam katması, demokratik denetime fırsat vermesi, bilişsel buluşlarını ve yaratıcılıklarını göstermeye elverişli, sürekli yenilenebilen ve ne yapacaklarını bilmeleri olarak belirtmiştir (Horozoğlu, 1995, s.48).

İşin yapısal özellikleri de doyum üzerinde etkili olmaktadır. İş görenin işinden sağladığı başarı, kendini tanıtmaya fırsatı, kendisine verilen ödüller, maddi kazanım, ücret doyumunu etkileyen diğer iş özellikleridir. Yapılan işin zorluğunda doyumunu olumlu yönde etkileyebilir. Her insan başarı arzusu içindedir, başarıya duyduğu ve bu başarıyı başkalarına gösterme isteği doğal bir istektir. Zihinsel zorluğu yüksek olan bir işin kişi tarafından başarılması ve bu başarının başka insanlar tarafından fark edilmesi iş görenin üst düzey doyum sağlamasına neden olur. Zihinsel zorluktaki etkiler fiziksel zorlukta geçerli olmayabilir. İşin yorucu, yıpratıcı ve zor olması toplum tarafından takdir edilmesine neden değildir ve iş doyumunu açısından da doyum faktörleri arasında yer almamaktadır (Eren, 2001, ss. 27-39, Uyar, 1993, s. 29).

Erol. A ve arkadaşları tarafından İzmir’de kamu hastanelerinin acil tıp servislerinde görev yapan acil çalışanlarının tükenmişlik ve iş doyum düzeylerinin belirlenmesi amacıyla 2011 yılında yapılan bir çalışmada, çalışılan kurumlar birbirleri ile karşılaştırıldığında eğitim ve araştırma hastanesi çalışanlarında iş doyumunun üniversite ve devlet hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Duygusal tükenmenin, tükenmişliğin ise eğitim araştırma hastanelerinde, üniversite hastanelerine göre daha düşük olduğu görülmüştür. Eğitim araştırma hastanelerinin acil servisleri üniversite hastanelerine göre daha kalabalık ve yoğun hasta başvurusu altında çalıştıkları düşünüldüğünde bu bulgu şaşırtıcıdır. Nitekim Rando ve ark. Tarafından 2005 yılında yapılan bir çalışmada ise acil servislerin aşırı kalabalık olmasının iş doyumunu olumsuz yönde etkileyebileceği de bildirilmektedir (Erol vd, 2012, ss,103-110).

➤ *Gelişme ve Yükselme Olanakları;* Bir organizasyonda yükselme olanağına yönelik fırsatların bulunması ve terfi uygulamalarının adil bir şekilde yapılması, iş doyumunu ile yakından ilişkilidir. Bu durum eğitim imkanı sağlamasıyla da birleşince olumlu sonuçlar vermektedir. Önünü görebilen iş görenler kendilerini işlerine adayarak, yükselme olanağı olmayan iş görene göre daha doyumlu çalışmaktadır (Özgen, 2002, s.335).

Yükselme her çalışan için farklı anlama gelmektedir. Bazı çalışanlara göre ruhsal gelişme anlamına gelirken, bazılarına göre denkliğin sağlanması, kazanılan paranın artması ve statü ya da konumun yükselmesi, anlamına gelebilir (Aksungur, 2009,s.21).

➤ *Çalışma Koşulları;* Çalışanların iş yerdelerinde ki koşulları veya işin koşulları da iş doyumunu üzerinde orta derecede etkili olan faktörlerdendir. Çalışanlar çalıştıkları ortamın temiz, düzenli, havadar, iyi ısınabilen, güvenli yerler olmasını isterler.

İş görenlerin fiziksel gereksinimlerini karşılayacak çalışma koşullarını aramaları, amaçlarını gerçekleştirecek araç gereç istemeleri hem verimlilik hem de işten doyum için gereklidir. Fiziksel mekanlar uygun koşullarda ise bu durum

çalışanları olumlu yönde etkileyecek ve iş doyumunun artmasına katkıda bulunacaktır ( Karahaliloğlu, 2013,s.41).

➤ *Yönetim ve Denetim Biçimi;* Çalışılan kurumda yöneticilerden memnuniyet, çalışanın doyumunu yakından etkileyen etmenlerdendir (Canbaz, 2005, s.16).

Çalışanların yöneticilerinden değer görmeleri, çalışanlar ile yöneticiler arasındaki olumlu ilişkiler iş görenlerin yaptığı işten doyum sağlamalarına neden olmaktadır. Yöneticiler emirleri altındaki çalışanlarını örgütten gelebilecek her türlü tehlikeye karşı korumalı ve çalışanların ücret, çalışma şartları, zamanında ve kaliteli hammadde temini, yükselme imkanları gibi çıkarlarını adil ve sürekli ilgili bir şekilde gözetmelidir. Çalışanların yönetime ve işe karşı bağlılık duygusunu güçlendirerek iş doyumunu artırmalıdır (Kırhan, 2014, s .47).

Çalışanlar ile iletişim kurmakta zorlanan, çalışanlara karşı tavır ve davranışları sürekli değişkenlik gösteren yöneticiler iş görenlerin iş tatminini olumsuz etkilemekte ve iş görenlerin iş doyum düzeylerinin düşmesine neden olmaktadır (Derin, 2007, s.189).

Denetim, örgüt amaçlarının yerine getirilmesinde görevli olan çalışanın iş gerçekleştirme sürecindeki veriminin ve başarısının ölçülmesi, kontrol edilmesidir. Denetim işlemi yapılırken, çalışana ve yaptığı işe karşı yapıcı ve geliştirici olunmaması, çalışanların denetimi, kusur arayıcı ve küçük düşürücü bir faaliyet olarak algılanmasına yol açarak iş doyumlarını olumsuz yönde etkiler (Kırhan, 2014, s.47).

➤ *Çalışma Arkadaşları ile İlişkiler;* Çalışanlar zamanlarının çoğunu iş yerlerinde geçirirler. Öyle ki bu zaman aileleri ile geçirdikleri zamandan daha da çok olabilmektedir. Zamanlarının çoğunu geçirdikleri iş yerlerinde iş arkadaşları ile sürekli iletişim halindedirler. Çalışanların iş arkadaşları ile sadece iş ortamında değil dışarıda da görüştükları görülebilmektedir. Çoğu zaman en yakın arkadaşlar ve dostların iş arkadaşları olduğu görülmektedir (Sat 2011,s.107).

Çalışanların iş arkadaşları ve çalışma gruplarını sevmeleri işten memnun olmasalar dahi ayrılmayı düşünmemektedirler. İş grubunun iyi olması iş hayatını daha zevkli bir duruma getirebilir. Çalışanların bu tarz bir iş grubu yoksa çalışanların iş doyumunu olumsuz etkilenebilir. Burada bir önemli etken de kişinin birlikte çalıştığı arkadaşlarına karşı hissettiği duygulardır. Bu kişilerin, akıllı, sorumlu, yardımcı, komik ve ilginç olmaları arzu edilen nitelikler olarak sıralanırken, tembel, dedikoducu, can sıkıcı, memnuniyetsiz olmaları arzu edilmeyen niteliklerin başında yer alır.

Yapılan çalışmalarda meslektaşlar tarafından yeterli saygının görülmesinin ve üstlerden takdir görmenin iş doyumunu önemli derecede arttırdığı ve çalışanın işte kalmasında etkin rol oynadığı belirtilmektedir (Hamid vd, 2014,s.7).

### **3.2. İş Doyumunun Sonuçları:**

İş görenin işine karşı beslediği olumlu tutum olarak ifade edilebilen iş doyumunu; kişinin yaptığı iş sonucu elde ettiklerinin, işten beklentilerine göre daha yüksek olduğu durumda ortaya çıkmaktadır. Bu durum kişinin işini severek, mutlu ve huzurlu bir şekilde yaptığının göstergesi olarak yorumlanabilir.

İş tatmini ya da tatminsizliği çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını etkileyebilir, bunun yanında iş yerinin verimi, ekonomik gelişmişlik, tasarruf, toplumsal huzur gibi bir çok alanda etkisi olan iş tatmini göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir (Erdoğan, 1994, s.158).

Çalışanlar çalışmaları sırasında işlerine yönelik bir takım tepkiler geliştirirler, çalışanların geliştirdikleri bu tepkiler işe yönelik tutum olarak tarif edilebilir. İş görenlerin işlerine karşı geliştirdikleri olumlu tutumları, işlerinden memnun olma ya da iş doyumunu diye tarif edilir. Çalışanların işlerine yönelik olumsuz tutumları ise iş doyumsuzluğudur (Yılmaz, 2013, s.34).

İş doyumunun olumlu sonuçları arasında yüksek moral, işe bağlanma, iş yerinde bütünleşme gösterilebilir. İş görenin moralinin yüksek olması, çalışanlar ve çalışma düzeni üzerinde olumlu etkiler gösterir. Bu olumlu etkiler şunlardır;

- Çalışan mutlu iken işini coşkuyla yapar ve çalışmaya daha istekli olurlar.

- İş yerlerinin zaman zaman zor durumları olabilir, böyle durumlarda çalışanlar iş verenlerini yalnız bırakmaz zor anda yüksek performansla çalışırlar.

- Çalışanların çalışma arzuları yüksek olur.

- Çalışanlar işyerinin amaçları doğrultusunda iş birliğine istekli olurlar.

- İş görenlerin iş yerlerine ve yöneticilerine karşı bağlılık duygusu olur.

- Çalışanlar disiplin kurallarına uyarak çalışırlar.

- Çalışanların morallerinin yüksek olması iş gücü devri ile devamsızlığı üzerinde de olumlu etkilere neden olur (Demir, 2010, ss.39-40).

Yöneticiler çalışanlardan bekledikleri yüksek çalışma ve verimlilik için öncelikle çalışanların motivasyonlarını arttırıcı politikalar geliştirmelidirler. İş görenler temel olarak yöneticilerden adaletli bir yönetim tarzı ve adil ücret politikası beklerler. Bunların dışında mesai ücretlerinin arttırılması, hizmet içi eğitimlere önem verilmesi, çalışma saatlerinin düzenlenmesi vb. uygulamalar ile çalışanların performanslarını arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

İş doyumunun olumlu sonuçlarından biride başarıdır. Başarma hissini her insan hissetmek ister. Araştırmacılar iş doyumunun başarıyı artırdığı yönünde görüşler sunmuşlardır. Herzberg' in çift faktör yaklaşımı bu görüşü destekler niteliktedir. Herzberg' göre başarı iş doyumunu arttırmaktadır. İş doyumunun sağlanması ile birlikte sosyal ve ekonomik kazanımlardan da bahsedilebilir. Diğer bir görüşte ise; araştırmacılar aynı zamanda başarının tatmine yol açacağını belirtmişlerdir.

Üçüncü bir görüş ise; ödüllerin hem başarı hem de tatmin sağladığı yönündeki görüştür. Ödüller işin yapılmasını hızlandırır, çalışanı motive eder ve çalışanın yüksek performansla çalışmasına neden olur. Ödüller emeğin ve gayretin mükafatı olarak görülmektedir, bu sebeple çalışanlar arasında olumlu bir yarış ortamı oluşturur, sosyal ve örgütsel anlamda kazanımlara sebep olurlar.

Yaşam tatmini ile iş tatmini arasında da olumlu bir ilişki vardır. Hayatta ki önemli unsurlardan bir tanesi de iş hayatıdır. Kişiler yaşamlarını düzenleyebilmek

için işin getirdiği maddi, manevi ve sosyal kazanımlara ihtiyaç duyarlar. Toplumlarda işi olmayan insanların yani işsizliğin yüksek olması çalışan bireylerin istikrarsız iş yaşamları o toplumda ekonomik ve sosyal sıkıntıların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Toplumda suç oranlarında ki artış sosyal çözümler sonucunda oluşmaktadır. Bu sebeptendir ki rahat ferah bir toplum için kişilerin yaşamında iş doyumu önemli bir faktördür (Baran, 2009, ss. 29-30-31).

### **3.3. İş Doyumsuzluğunun Sonuçları:**

#### **3.3.1. Bireysel sonuçlar:**

İş doyumsuzluğu; İş yerinde arzu ve gereksinimleri giderilmediğinde ya da ulaşmak istedikleri amaçların önüne konulan engel ve müdahaleler sonucunda, çalışanların girdikleri olumsuz tutum olarak tanımlanabilir (Erdoğan, 2004, s.169). Bu olumsuz tutumlar çalışanlar tarafından kaçış (ayrılma), sesini yükseltmek, bağlılık ve kayıtsızlık şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

İş doyumu veya doyumsuzluğuna neden olan etkenler bireyden bireye büyük farklılıklar taşımaktadır. Her birey yaşadığı olay karşısında aynı tepkiyi vermez. İş doyumsuzluğunun bireyler üzerinde psikolojik ve fizyolojik sonuçları görülmektedir. Psikolojik açıdan hayal kırıklığı yaşayan iş görenin tepki ve davranışları Tablo 7' de gösterilmektedir.

**Tablo 7.** Hayal Kırıklığı Karşısında İş Gören Tepki ve Davranışı  
(Kanbay, 2010, s. 22).

<b>Tepki Türü</b>	<b>Psikolojik Süreç</b>	<b>Örnek</b>
<b>Telafi Etme</b>	Kişi kendisinden gördüğü eksikliği başka yöntemle gidermeye çalışır	İşletmede yükselemeyen kişinin sosyal yapılı bir kulübe üye olması
<b>Yer Değiştirme</b>	Engellendiğini düşünen bireyin, kendisini engelleyen olaylardan başka yere yönelmesi	Yöneticisi tarafından azarlanan kişinin astlarından birinin basit bir isteğini reddetmesi.
<b>Fantezi</b>	Gerçeklerden kaçmak için hayal kurma	Yöneticisi tarafından taktir gören kişinin diğer arkadaşlarından çok üstün görmesi
<b>Negatiflik</b>	Bilinçsizce pasif tepki gösterme	Bir görevi yerine getiremeyen yöneticinin kendisine gelen tüm önerileri reddetmesi.
<b>Yansıtma</b>	Kişinin kendi olumsuz alışkanlıklarını başkasına bağlama.	Başkalarının yükselmesini istemeyen kişinin başkalarının kendisine rakip olduğunu düşünmesi
<b>Rasyonelleştirme</b>	Tutarsız davranışlarını kabul edilir açıklamalarla haklı çıkarma	Başkaları iste dalga geçtiği için ise geç gitme veya erken çıkma.
<b>Geri Çekilme</b>	Hayal kırıklığı karşısında daha az olgun bir düzeye inmesi.	İlerleyemeyen kişinin alt düzeydeki detaylarla ilgilenmesi.
<b>Sıkıntı</b>	Çevre ile psikolojik teması kesmek	Ödüllendirilmeyen kişinin işinin kalitesiyle ilgilenmemesi

İnsanların bir takım hedef ve hayalleri vardır ve bu hedeflere ulaşmak için çaba gösterirler. Amaçlarına ulaşma yolunda engellerle karşılaşmaları, olumsuz müdahalelerle amaçlarının engellenmesi kişilerde psikolojik tatminsizliğe neden olmaktadır. İş doyumsuzluğunun neden olduğu psikolojik sonuçlar şöyle sıralanabilir;

- Davranışlar da salgırganlaşma

- Geriye dönüş davranışları.
- Sürekli denenmek istenen sabit davranışlar.
- İşi olurlarına bırakarak boş vermek.

İş doyumsuzluğunun fiziksel sonuçları da bulunmaktadır. Stres altında olan çalışanın stres durumu bireyin bedeninde bozukluklar ortaya çıkartabilir. Stres sonrası bedende görülen bu bozukluklar psikofizyolojik ya da psikosomatik hastalıklar adını alır.

Locke' nin belirttiği gibi Sales, bir saatlik laboratuvar deneyinde bireyin verilen işten hoşlanma derecesi ile aynı sürede kandaki kolesterol düzeyi arasında olumsuz bir ilişki bulunduğunu söylemiştir. Yüksek kolesterol düzeyinin kalp sağlığını olumsuz yönde etkilemesi iş doyumsuzluğu ile kalp hastalıkları arasında bir ilişki kurulmasına yol açmaktadır.

Çalışanlarda en fazla görülen psikosomatik rahatsızlıklar, nedensiz mide ağrıları, cilt rahatsızlıkları, terleme, kalp hastalıkları ve bazen de bağışıklık sisteminin stres sonucu zarar görmesi sebebi ile kanser görülebilmektedir. Stresin hastalıklarla bağlantısı artık bilinen bir gerçektir, kronik stresin kanser üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır.

Doyumsuzluk çalışanların davranışlarında da olumsuz yönde etkileyebilir. Doyumsuz çalışanlar da dengesiz beslenme, yeme bozuklukları, alkol, sigara, uyuşturucu kullanma ve uyku düzeninde meydana gelen bozukluklar şeklindedir (Doğan, 2009, s.77, Baran, 2009, ss.20-21, Cüceloğlu, s.473).

### **3.3.2. Örgütsel sonuçlar:**

İş doyumsuzluğu iş görenlerde olduğu gibi örgütlerde de çeşitli olumsuzluklara yol açmaktadır. “Beşeri sermaye” olarak adlandırılan insan faktörü örgütlerde çok önemlidir. Teknolojinin ve paranın eşit olduğu şirketlerde aradaki farkı sadece “insan” sağlar. İş görenlerin sağlıklı olması ve işverenler tarafından motive edilmesi bu sebeple önemlidir. Bu nedenle yöneticilere önemli görevler düşmektedir.

İş görenler örgütten memnun değilseler örgüte karşı bir takım tutum ve davranış geliştirirler İş doyumsuzluğunun örgütsel sonuçları şu şekilde sıralanabilir.

- İşe gitmede isteksizlik
- Örgütten ayrılma
- Yetersizlik duygusu
- İş birliği sağlayamama
- İşte hata yapma
- İşten uzaklaşma isteği
- Devamsızlık
- İsabetsiz karar verme
- Personel devri
- Grev ve lokavt
- Yabancılaşma
- Nitelik ve nicelik düşmesi

Devamsızlık bir içe yönelme tepkisidir. Herhangi bir nedenle belirli bir ortamda iş görmeyi güç bulan kişiler o ortamda bulunmamak için ellerinden geleni yapacaklardır (Erdoğan, 1996, s.78).

Muter “ İş yerlerinde çalışanları devamsızlığa iten sebebin iş tatminsizliği olduğunu belirtmiştir. İş doyumsuzluğu olan çalışanlarda devamsızlıkların yüksek olduğunu ve bu çalışanların işlerini bırakmayı düşündüklerini belirtmiştir (Muter, 2008, s.46).

İşten ayrılma niyeti iş gören devrinin başlangıcıdır. Araştırmacılar, iş doyumunun işten ayrılma niyetinin belirleyicisi olduğunu söylemektedirler (Pavasic vd,1990, s.95, Kim vd, 2005, s.171).

İşlerinden doyum sağlayamayan bireyler alternatif iş olanakları koşullarını araştırmakta, bunları mevcut işleri ile karşılaştırmakta ve elde ettiği sonuçla iş bırakmakta veya aynı iş yerinde çalışmayı sürdürme kararı vermektedir.

Sağlık çalışanları öncelikle buldukları örgüt içerisinde başka birime geçerek ya da tayin isteyerek başka kurumlara geçmekte ve tüm bunlara rağmen doyumsuzluklarını giderememe durumlarında istifa yöntemini seçmektedirler.

Yüksek iş gücü devri, iş doyumsuzluğunun örgütü en çok etkileyen sonuçlarından birisidir. Örgütteki giriş ve çıkışları ifade eden tanım iş gücü devri olarak tanımlanabilir.

İş gören devir oranına etki etken birçok faktör vardır. Bu faktörlerin bazıları doğal nedenlerdir, gönüllü olarak işten ayrılma, emeklilik ve belirli bir nedenle işten çıkarma bu nedenlerdendir. Bunların dışında kötü çalışma koşulları, iş doyumsuzluğu, motivasyon eksikliği, iş güvencesinin ve kariyer olanaklarının olmayışı, adaletsiz ve kötü yöneticiler, çalışana zarar veren iş koşulları, düşük ücret, uzun çalışma saatleri vb. sayılabilir (Köroğlu, 2011, s.93).

Kuo ve Hwang iş doyumsuzluğuyla birlikte alternatif iş imkanlarının bulunması iş gören devrine neden olacağını belirtmişlerdir. Bazen çalışanlar için sadece doyumsuz olmaları işten ayrılmaları için yeterli bir sebep olmayabilir bununla birlikte işten ayrıldığında başlayabileceği, ekonomik sıkıntı çekmeyeceği alternatif bir işlerinin olması gerekir.

İş tatminsizliği çalışanlarda farklı şekillerde kendini gösterir. Grev, lokavt gibi tepkiler işverenleri olumsuz yönde etkiler. İş görenlerin işi yavaşlatmaları ya da tamamen bırakmaları, işletmeleri maddi ve manevi yönden zarara uğratar. Bu sebepledir ki işverenler çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirmeleri, motivasyonlarını sağlamak için zaman zaman ödüllendirme yoluna gitmelidirler.

Şahin örgütsel bağlılık ve iş doyumunu konusunu ele aldığı araştırmasında iş doyumsuzluğunun örgütsel sonuçlarından biri olan grev ve lokavt'ın örgüt üzerinde önemli sonuçlarının olduğunu ve grev, lokavt gibi eylemler toplumun önünde

yaşandığından, sadece maddi kayıplara değil, sosyal bir takım olumsuz sonuçlara da sebep olabileceğini belirtmiştir (Çalışır, 2012, s.73).

Çalışanlarda konsantrasyon eksikliği ve dikkatsizlik doyumsuzluğun en önemli etkilerindedir. Çalışanın yaptığı işe dikkatini verememesi işte birtakım hatalara neden olabilir (Doğan, 2009, s.72). Yapılan işin niteliği nedeniyle hataların önem derecesi farklılık gösterebilir ve bazı hataların telafisi mümkün olmayabilir. Özellikle sağlık çalışanlarının hayat kurtarmak ve hayatın devamlılığını sağlamak gibi kutsal bir görevleri olması yönünden bu madde çok önemlidir. Sağlık çalışanlarının hata yapma lüksü yoktur çünkü yapılan hata sonucu insan yaşamı tehlikeye girebilir. Bu sebeptendir ki sağlık çalışanlarının yaptıkları her iş özen ve dikkat gerektirir.

#### **3.4. Sağlık Çalışanlarında İş Doymu:**

Her mesleğin kendine has özellikleri ve zorlukları vardır bu sebeple iş doymu her meslekte önemli bir konudur. Sağlık personelleri de mesleklerini zor şartlar altında icra eden kişilerdir. Özellikle acil sağlık hizmeti sunan personelin stres altında görevlerini sunmaları, sağlık personellerinin çalışma koşullarının ağırlığı, nöbetler nedeniyle düzensiz çalışma saatleri, çalışanların sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Hukuksal riskler, yöneticiler tarafından alınan kararlar sonucu mesleki saygınlığın azalması, yanlış sağlık politikaları ve düşük ücret sağlık çalışanlarının iş doymununun düşük olmasına neden olabilmektedir.

Sağlık çalışanlarıyla yapılan iş doymu çalışmalarında genellikle hekim ve hemşireler üzerinde çalışmalar yoğunlaşmış ve bu meslek guruplarının düşük iş doyumuna sahip meslek gurupları olduğu belirlenmiştir. Sağlık idarecilerinde iş doymu yüksek düzeyde bulunmuştur.

Yapılan birçok araştırmada iş doymununun, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, zekâ ve hizmet süresi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra, yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, kişiler arası ilişkiler, gelişme ve yükselme imkânları ve çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel faktörlerden de etkilendiği belirtilmektedir (Özer, 2014, s.139, Rout, 1994, s.4).

Sağlık çalışanları da diğer çalışanlar gibi yaşamlarının büyük bir kısmını iş yerlerinde geçirirler. İş doyum düzeyi çalışanların özel yaşamlarını ve sağlıklarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Doyum düzeyinin yüksek olması çalışanların mutlu olmalarına ve işlerini severek yapmalarına katkıda bulunurken, düşük doyum düzeyi mutsuzluğa ve çalışanların işlerine yabancılaşmalarına sebep olmaktadır. Çalışanlar işlerine karşı ilgisiz ve uyumsuz davranışlar geliştirebilmektedir.

Literatürde yakın zamana kadar ambulans hizmetlerinde çalışan personelin iş doyumuna yönelik araştırmacılar tarafından pek çalışma yapılmadığı gözlenmektedir. 7 gün 24 saat hizmet sunulan bu birimlerde işle ilgili sağlık sorunlarının artması, çalışanlara yönelik sözlü, psikolojik ve fiziksel şiddetin giderek yaygınlaşması üzerine araştırmacılar tarafından konuya daha fazla önem verilmeye başlanmıştır.

Atan ve Tekingündüz tarafından ambulans çalışanlarına yönelik yapılan bir araştırmada; “Çalışanların duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, kişisel başarı, algılanan iş stresi ve tatmini düzeylerinin bazı kişisel özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği” yönündeki araştırmada eğitim durumu, meslekte çalışma süresi ve meslek demografik özelliklerinin farklılaşmaya neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle mesleğe yeni başlayanlarda tükenmişliğin yüksek olduğu, sonrasında tükenmişliğin düştüğü ancak meslekte süre uzadıkça tükenmişliğin tekrar yükselişe geçtiği sonucuna ulaşımlardır (E.Journal of new World, 2014,(yayın no:3C0121) ss.54-69).

### **3.5. İş Doyumu İle İlgili Yapılmış Çalışmalar:**

Şiddetin yaygın olduğu acil birimler doğası gereği stresli çalışma ortamı olarak bilinmektedir. Acil birimler içerisinde yer alan ambulans hizmetlerinde görev yapanlar, farklı olarak sıklıkla uygunsuz ve öngörülemeyen koşullarda yaşam ve ölüm baskısı altında, bulaşıcı hastalık tehdidi ve hasta yakınlarının baskısı altında hızlı hareket etmek ve tıbbi bakım sunmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durumlar ambulans çalışanlarının görevlerini yaparken büyük stres altında kalabildiklerinin göstergesidir (E. Journal of new World, 2014,(yayın no:3C0121) ss.54-69).

1978’de Brown Üniversitesinde yapılan bir çalışmada diğer insanların iyi olmaları için belirli bir sorumluluk yüklenen bazı mesleklerde çalışan insanların stresle ilgili rahatsızlıkları daha fazla ortaya çıkmıştır. İnsan servisi alanlarında çalışan kişilerin yüksek düzeyde kalp krizi, şeker hastalığı, dolaşım sistemi rahatsızlıkları, evlilik problemleri, iş doyumsuzluğu ve daha fazlasını yaşadıkları tespit edilmiştir. Hekimler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları, öğretmenler, sosyal çalışmacılar, avukatlar, itfaiyeciler, rahip ve rahibeler, danışmanlar ve polis memurları gibi düzenli olarak diğerlerine yardım edenler bireysel stresin negatif etkilerini daha fazla yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Greenberg a.g.e ,1984, s.3).

Hollanda’da Ploeg ve Kleber tarafından, İsveç’te ise Aasa tarafından yapılan çalışmalarda ambulans çalışanlarının çalışma şartları, hastalanma ve yaralanma durumlarının, amirlerinden destek görememenin, fiziksel zorlukların ve işlerini yaparken hatalı kararlar verme endişelerinin kendilerini kaygılandırıldığını belirtmişlerdir. Her iki araştırmada da çalışanlarda gerginlik oluşturan bu durumların olması, tükenmişliğin, post travmatik stres bozukluğunun, yorgunluğun, baş ve karın ağrısı gibi değişik somatik şikayetlerinde artmasına sebep olduğunu belirtilmiştir (Ploeg ve Kleber, 2003, ss.40-46, Aasa vd, 2005, ss.251-258).

Romanya’ da ülke genelinde acil servis çalışanları olarak hemşire, doktor, acil tıp teknisyeni, paramedik ve şoförlerin dahil edildiği bir çalışmada; çalışanların duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma oranlarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda hekimlerde diğer bütün acil servis çalışanlarına göre daha fazla duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma bulunmuştur (Popa vd, 2010, ss.207-215).

Oflazlı ebelerin iş doyum düzeylerini belirlemeye yönelik yapmış olduğu çalışmasında; ebelerin genel iş doyum düzeylerinin kararsız doyumdan düşük doyuma doğru bir kaymaya sahip olduklarını ve ebelerin en yüksek doyum sağladıkları boyut işin kendisi, en düşük doyum sağladıkları boyutun ise ücret olduğunu belirtmiştir (Oflazlı, 2002, s.93).

Benzer bir çalışmada Aksayan tarafından yapılmıştır. Aksayan tarafından “Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etmenlerinin İrdelenmesi” isimli çalışmasında 183 hemşireden veri toplanmış ve

hemşirelerin en yüksek doyumunu sağladıkları etmenin işin kendisi, içeriği iken en düşük doyumunu ise ücret boyutunda sağladıkları belirlenmiştir (Aksayan, 1990, s.79).

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### 112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARINDA İŞ DOYUMU;

#### ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

#### 4.1. YÖNTEM:

##### 4.1.1 Araştırmanın Türü:

Ankara İl Ambulans Servisinde Çalışan Personelin iş doyum düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan tanımlayıcı türde tasarlanmış bir araştırmadır.

##### 4.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Ankara ilinde 01-28 Şubat/2015 tarihleri arasında Ankara il ambulans servisi başhekimlik binası, Komuta kontrol merkezi ve 112 istasyonlarında gerekli makamlardan izinler alınmak kaydıyla gerçekleştirilmiştir.

##### 4.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

Araştırmada Ankara İl Ambulans Servisinde çalışan 1800 personelin 1/3' üne ulaşılması hedeflenmiştir. Basit rastgele örnekleme yöntemi uygulanarak 600 anket formu dağıtılmış dağıtılan anketlerin 150 tanesinin hiç doldurulmadığı tespit edilmiştir.

112 istasyonlarının nöbet usulü ile çalışması, istasyonların birbirlerinden uzak konumlarda bulunmaları ve bazı istasyonların ilçelerde yer alması istasyonlara ulaşımı zorlaştırmıştır. İstasyonların sürekli vakada olmaları ve istasyona dönememeleri anketlerin doldurulmasını ve daha geniş bir guruba ulaşmayı kısıtlamıştır. Bütün bu şartlar altında doldurularak geri dönen ve geçerli olan anket sayısı 262 olarak tespit edilmiştir. Anketlerin doldurulma oranı %44 (262/600) olarak bulunmuştur.

##### 4.1.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemleri:

Araştırmada 112 çalışanlarının iş doyumları ve demografik bilgilerini toplamak amacıyla anket formu kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilmiş demografik

bilgiler anket formu ve iş doyum düzeyinin ölçülebilmesi amacıyla Weiss, David, England ve Lofguist (1967) tarafından geliştirilen ve 20 sorudan oluşan “Minnesota İş Doyum Ölçeği” kullanılmıştır. Minnesota iş doyum ölçeği Baycan (1985) tarafından Türkçeye çevrilip, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. (Cronbach Alpha=0,77)

Minnesota iş doyum ölçeği 1-5 arasında puanlanan beşli likert tipte bir ölçektir. Ölçek puanlamasında; Hiç memnun değilim=1 puan, Memnun değilim=2 puan, Kısmen memnunum=3 puan, Memnunum=4 puan, Çok memnunum=5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte ters soru bulunmamaktadır. Minnesota iş doyum ölçeği içsel, dışsal ve genel doyum düzeyini belirleyici özelliklere sahip 20 maddeden oluşmuştur.

- İçsel doyum: 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16, 20

- Dışsal doyum: 5, 6, 12, 13, 14, 17, 18, 19

- Genel doyum: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 maddelerini içermektedir. Genel doyum puanı 20 maddeden elde edilen puanların toplamının 20’ ye, içsel doyum puanı içsel faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 12’ ye, dışsal doyum puanı ise dışsal faktörleri oluşturan maddelerden elde edilen puanların toplamının 8’e bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçeğin nötr doyum puanı 3’ tür. Ölçekten alınan puan 3’ ten küçük ise iş doyumunu düşük, 3’ten büyük ise iş doyumunu yüksek olarak değerlendirilmektedir.

Anket çalışanlara araştırmacı tarafından tek tek bilgi verilerek çalışanların iş yerlerine bırakılmış bir süre sonra tekrar araştırmacı tarafından çalışanların iş yerlerinden toplanmıştır.

#### **4.1.5. Verilerin Analizi:**

Araştırmada verilerin değerlendirilmesi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmada anket formunda yer alan bilgi soruları frekans ve yüzde dağılımları ile, iş doyumunu ölçeğinden alınan puanlar ise ortalama değerleri ile sunulmuştur. Ambulans servisinde çalışan personellerin iş doyumunu

ölçeğinden aldıkları puanların farkı özelliklerine göre değişiklik gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla varyans analizleri uygulanmıştır.

#### **4.1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları:**

Araştırmanın yapıldığı Ankara ili 112 istasyonları birbirlerine uzak konumlarda yerleşmişlerdir. Her istasyonda 12 ya da 13 sağlık personeli görev yapmakta ve 24 saat nöbet usulü ile çalışmaktadırlar. Bir istasyonun tamamına anket uygulayabilmek için 4 gün boyunca aynı istasyona gitmek gerekmektedir. Ayrıca istasyonların bazılarının ilçelerde bulunması ve ulaşımın zor olması nedeniyle gidilememiştir. İstasyon çalışanlarının sürekli vakada olmaları istasyonlara çok geç saatlerde özellikle gece gelebilmeleri ve geldiklerinde de çok yorgun olmaları nedeni ile anketlerin doldurulması zorlaşmıştır. Araştırma anket uygulanan çalışanların iş doyum düzeylerinin saptanması ile sınırlıdır. Araştırmanın varsayımı; çalışanların tüm soruları doğru cevapladığı kabul edilmektedir. Bu araştırmada toplanan veriler “ Demografik bilgiler anket formu” ve “ Minnesota İş Doyum Ölçeği (MİDÖ) ile elde edilen verilerle sınırlıdır.

#### **4.1.7. Araştırmanın Hipotezleri:**

H<sub>1</sub>: Cinsiyet değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>2</sub>: Yaş değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>3</sub>: Unvan değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>4</sub>: Öğrenim durumu değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>5</sub>: Katılımcıların meslekte çalışma süreleri değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>6</sub>: Katılımcıların buldukları kurumda çalışma süreleri değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>7</sub>: Katılımcılar elde ettikleri gelir değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>8</sub>: Katılımcıların mesleklerine duydukları sevgi düzeyine göre iş doyumu düzeyleri farklılık gösterir.

#### 4.1.8. Güvenirlilik Analizi:

Cronbach' s Alpha güvenilirlik testi uygulanan araştırmada analiz sonucunda elde edilen değer 0 ile 1 arasında değişmekle birlikte analizlerin anlamlı sonuçlar vermesi için Nunnally (1967) elde edilen katsayının 0,70 ve üzerinde bir değer olması gerektiğini ifade etmiştir. Alfa ( $\alpha$ ) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği şu şekilde yorumlanmaktadır (Nunnally,1967 s;248).

- $.00 \leq \alpha < .40$  ise ölçek güvenilir değildir
- $.40 \leq \alpha < .60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşük,
- $.60 \leq \alpha < .80$  ise ölçek oldukça güvenilir,
- $.80 \leq \alpha < 1.00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Araştırmada kullanılan tüm ölçekler ve bu ölçeklerin alt ölçekleri Alpha değerleri açısından 70' in üzerinde bulgulanmıştır. Ayrıca Item-Total Statistics tablosunda ölçeklere ait tüm maddelerin güvenilirliklerine bakılmış ve bu maddelerin yüksek güvenilirlik katsayısına sahip oldukları görülmüştür. Bu analizlerden sonra araştırmada kullanılan ölçekler ve bu ölçeklere ait alt ölçekler, tüm güvenilirlik analizi aşamalarını geçmişlerdir.

**Tablo 8.** Minnesota İş Doyum Ölçeklerinin Güvenirliği.

	Alt Ölçekler	Cronbach's Alpha	Soru Sayısı
	İçsel Doyum	0,89	12
İş Doyumu	Dışsal Doyum	0,87	8
	Genel Doyum	0,92	20

Tablo 8’ de Cronbach’ s Alpha katsayılarına bakıldığında iş doyumu ölçeğinin  $\alpha$  katsayısı 0,92 yani kullanılan ölçeğin analizler içinde yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür. Alt ölçeklerde ise içsel doyum için  $\alpha$  katsayısı 0,89, dışsal doyum içinde  $\alpha$  0,87 bulunmuş ve yüksek derecede güvenilirlik gösterdiği kanıtlanmıştır.

## **4.2. BULGULAR:**

### **4.2.1. Çalışanların İş Doyumu:**

Ankara 112 çalışanlarının iş doyum ölçeğinden aldıkları puanlar Tablo 9’da gösterilmektedir. Tablo 9 incelendiğinde ölçek nötr puanının 3 olduğu göz önüne alınarak katılımcıların sorulara verdikleri cevapların ortalamalarını baz alarak şunu söyleyebiliriz ki katılımcılar genel olarak yaptıkları işten aldıkları içsel doyumları yüksek iken, idarecilerden memnun olmadıkları bu nedenle dışsal doyumlarının düşük olduğu görülmüştür.

Katılımcıların içsel doyumlarında işlerinde başkaları için bir şeyler yapabilmelerinin olması (4,15) ile en çok doyum yaşadıkları konu olmuştur. Bunu (3,18) ile işlerinin sabit bir iş olması ve (3,62) ile işlerinin vicdanlarına uygun şeyler yapabilmelerine olanak sağlamaları konularında ki doyumları takip etmektedir.

Katılımcıların doyumsuz olduğu konularda ise soruların ortalaması 3’ ten küçük olduğu için dışsal doyum soruları incelenecektir. Dışsal doyum soruları içinde katılımcıların tek doyum yaşadıkları konu çalışma arkadaşları ile anlaşmalarıdır. (3,03). Diğer sorular incelendiğinde (2,20) ortalama ile en doyumsuz oldukları konu; işlerinde terfi olanağının olmaması, (2,32) ortalama ile yöneticilerin karar verme yeteneği, (2,35) ortalama ile yöneticilerin astlarını idare tarzı, gibi konulardan dolayı doyumsuzlukları mevcuttur.

**Tablo 9.** İş Doyum Ölçeği Sorularının Ortalama Puan Dağılımı.

SORU	ORTALAMA PUAN	TEPE DEĞER	STANDART SAPMA
<b>İÇSEL DOYUM SORULARI</b>			
1-İşimin beni her zaman meşgul etmesinden	2,89	3	1,02
2-İşimin tek başıma çalışma imkanı vermesinden	2,96	2	1,15
3-İşimin ara sıra değişik şeyler yapabilmeme imkan vermesinden	3,41	4	1,03
4-İşimin toplumda saygın bir kişi olma şansını bana vermesinden	3,41	4	1,07
7-İşimde vicdanıma uygun şeyler yapabilme olanağımın olmasından	3,62	4	1,08
8-İşimin bana sabit bir iş olanağı sağlamasından	3,81	4	1,02
9-İşimde başkaları için bir şeyler yapabilme olanağımın olmasından	4,15	4	0,86
10-İşimde kişilere ne yapacaklarını söyleme şansım olmasından	3,41	4	1,18
11-İşimde kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme olanağımın olmasından	3,59	4	1,14
15-Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini vermesinden	2,52	2	1,16
16-Kendi yeteneklerimi uygulama şansını vermesinden	2,98	4	1,23
20-Yaptığım işten duyduğum başarı hissinden	3,46	4	1,22
<b>İÇSEL DOYUM GENEL</b>	3,35	4	0,75
<b>DIŞSAL DOYUM SORULARI</b>			
5-Yöneticilerimin astlarını idare tarzından	2,35	1	1,13
6-Yöneticimin karar vermedeki yeteneğinden	2,32	3	1,06
12-İşimde iş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konmasından	2,80	3	1,20
13-Yaptığım iş karşılığı aldığım ücretten	2,45	1	1,31
14-İşte terfi olanağımın olmasından	2,20	1	1,18
17-Çalışma şartlarından	2,47	1	1,19
18-Çalışma arkadaşlarının birbirleriyle anlaşmalarından	3,03	4	1,16
19-Yaptığım iş karşılığında takdir edilmemden	2,43	2	1,20
<b>DIŞSAL DOYUM GENEL</b>	2,50	3	0,86
<b>GENEL İŞ DOYUM</b>	3,01	2	0,74

#### 4.2.2. Ankara 112 İl Ambulans Servisi Çalışanlarının Mesleki Yaşamına İlişkin Özellikleri

Tablo 10’ da Ankara İl Ambulans Servisi Çalışanlarının Mesleki Yaşamlarına İlişkin veriler yer almaktadır.

**Tablo 10.** Personelin Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özelliklerinin Dağılımı.

CİNSİYET	N	%
Kadın	161	61,5
Erkek	101	38,5
YAŞ		
25’ten küçük	52	19,8
25-34 arası	139	53,1
35-44 arası	54	20,6
45-54 arası	17	6,5
55 ve üzeri	0	0
ÜNVAN		
Doktor	16	6,1
Hemşire	35	13,3
Sağlık Memuru	19	7,3
Paramedik	53	20,2
ATT	121	46,2
Şoför	18	6,9
ÖĞRENİM DURUMU		
Ortaöğretim ve Lise	78	29,8
Önlisans	100	38,2
Lisans	63	24
Yüksek Lisans ve üzeri	21	8
ÇALIŞMA SÜRESİ		
1 yıldan az	13	5
1-5 yıl	66	25,2
5-10 yıl	98	37,4
10-15 yıl	50	19,1
15 yıl ve üzeri	35	13,3
KURUM ÇALIŞMA SÜRESİ		
1 yıldan az	19	7,3
1-5 yıl	101	38,5
5-10 yıl	89	34
10 yıl ve üzeri	53	20,2
AYLIK GELİR		
1500 ve altı	15	5,7
1500-2500 arası	104	39,7
2500-3500 arası	123	46,9
3500 ve üzeri	20	7,7
MESLEĞİNİZİ SEVİYOR MUSUNUZ		
Hiç sevmiyorum	8	3,1
Sevmiyorum	32	12,2
Kısmen sevmiyorum	77	29,4
Sevmiyorum	108	41,2
Çok sevmiyorum	37	14,1
MESLEĞİNİZİ ÖNERİR MİSİNİZ?		
Kesinlikle önermem	35	13,4
Önermem	56	21,4
Kısmen öneririm	88	33,6
Öneririm	72	27,5
Kesinlikle öneririm	11	4,1
TOPLAM	262	100

Araştırmaya katılan personellerden elde edilen veriler doğrultusunda hazırlanan Tablo 10'da katılımcıların %61,5'ini kadınlar, %38,5'ini ise erkekler oluşturmaktadır. Katılımcılar ortalama 25-34 yaş aralığında bulunmakta ve bu yaş aralığı genel dağılımın %53'ünü kapsamaktadır. Bunu takip eden yaş aralıkları incelendiğinde ise Ankara il ambulans servisi çalışanlarının genç bir popülasyona sahip olduğu söylenebilir.

Anket çalışmasına katılan doktorlar örnekleminizin %6'sını, sağlık memurları ve şoförler %7'sini, hemşireler %13'ünü, paramedikler %20'sini ve acil tıp teknisyenleri %46'oluşturmuşlardır. Çalışmaya en yüksek katılım acil tıp teknisyenlerinden olmuştur.

Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında %38 oranıyla önlisans mezunların çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Tablo 11 incelendiğinde ise katılımcıların ünvanlarına göre hangi eğitim seviyesinin daha çok görüldüğü tespit edilebilir.

**Tablo 11.** Unvan ile Öğrenim Durumu Çaprazlaması

ÜNVAN		ÖĞRENİM DURUMU					Toplam
		Ortaöğretim	Lise	Önlisans	Lisans	Yükseklisans ve üzeri	
Doktor	Sayı	0	0	0	7	9	16
	Ünvan içindeki %	0	0	0	43,8	56,2	100
Hemşire	Sayı	0	4	8	22	1	35
	Ünvan içindeki %	0	11,3	22,9	62,9	2,9	100
Sağlık Memuru	Sayı	0	1	8	6	4	19
	Ünvan içindeki %	0	5,3	42	31,6	21,1	100
Paramedik.	Sayı	0	1	41	8	3	53
	Ünvan içindeki %	0	1,9	77,4	15,1	5,6	100
Att	Sayı	2	55	41	19	4	121
	Ünvan içindeki %	1,7	45,5	33,9	15,7	3,2	100
Şoför	Sayı	0	15	2	1	0	18
	Ünvan içindeki %	0	83,3	11,1	5,6	0	100
Toplam	Sayı	2	76	100	63	21	262
	%	1	29	38	24	8	100

Tablo 11 incelendiğinde yüksek lisans mezunu olan kişilerin %56'sı doktorlardan oluşmaktadır. Hemşirelerin %62,9'u lisans mezunu, Sağlık Memurları'nın %42 oranında önlisans mezunu oldukları, paramediklerin %77,4 oranıyla önlisans mezunu oldukları görülmüştür. Acil tıp teknisyenlerinin %45,5 oranında lise mezunu oldukları bulunmuştur. Araştırmaya katılan katılımcılardan eğitim seviyesi en düşük grup acil tıp teknisyenleri bulunmuştur.

Katılımcıların çalışma sürelerinin dağılımı incelendiğinde %37 oranıyla çoğunluğu 5-10 yıl arasında çalışma hayatı olanların oluşturduğu görülmektedir. Bunu %25 oranıyla 1-5 yıl arası çalışma süresi ve %19 oranıyla 10-15 yıl arası bir çalışma süresine sahip kişilerin oluşturduğu bulunmuştur.

Katılımcıların Ankara İl Ambulans Servisinde çalıştıkları süreye bakıldığında şuan ki kurumlarında %39 oranıyla 1-5 yıl %34 oranıyla 5-10 yıl arasında yaptıkları işleri sürdürdükleri bunun karşılığı olarak %47'sinin 2500-3500 tl arası, %40'nın ise 1500-2500 tl arası bir gelire sahip olduğu görülmektedir.

Katılımcılara mesleklerine duydukları sevginin durumu sorulduğunda ise; %41'i mesleklerini sevdiklerini, %29'u mesleklerini kısmen sevdiklerini, %14'ü mesleklerini çok sevdiklerini, %15'i ise mesleklerini sevmediğini belirtmişlerdir.

**Tablo 12.** Unvan ve Meslek Sevgisi Çapraz Tablosu

MESLEK SEVGİSİ		DOKTOR	HEMŞİRE	SAĞLIK MEMURU	PARAMEDİK	ATT	ŞOFÖR	TOPAM
Hiç sevmiyorum	Sayı	0	0	2	0	5	1	8
	%	0	0	25	0	62,5	12,5	100
Sevmiyorm	Sayı	0	2	0	11	14	5	32
	%	0	6,2	0	34,4	43,8	15,6	100
Kısmen Seviyorum	Sayı	2	16	8	18	29	4	77
	%	2,6	20,8	10,4	23,4	37,6	5,2	100
Seviyorum	Sayı	12	14	7	19	50	6	108
	%	11,1	13,0	6,5	17,6	46,2	5,6	100
Çok seviyorum	Sayı	2	3	2	5	23	2	37
	%	5,4	8,1	5,4	13,5	62,2	5,4	100
TOPLAM	Sayı	16	35	19	53	121	18	262
	%	6,1	13,4	7,3	20,2	46,2	6,8	100

Tablo 12 incelendiğinde mesleklerini sevdiğini söyleyen 108 kişinin %46'sını acil tıp teknisyenleri aynı şekilde mesleklerini çok seven 37 kişinin %62'sinin de acil tıp teknisyenleri olduğu bulunurken karşımıza çıkan bir çelişkide ise mesleklerini hiç sevmeyen 8 kişinin de %62,5'inin acil tıp teknisyenleri olduğu görülmüştür. Hemşirelerin mesleklerine olan sevgilerinde ara da kaldıkları net bir şekilde sevip sevmediklerini dile getiremediklerini %21 oranında kısmen seviyorum seçeneğini işaretlemeleriyle kanıtlanmış olmaktadır. Aynı şekilde %6,3 oranında hemşirelerin mesleklerini sevmedikleri görülmektedir. Sağlık memurlarının çoğunluğu ise; mesleklerini %25 oranında hiç sevmedikleri ve %10 oranında kısmen sevdiklerini belirtmişlerdir. Paramedikler ise; %34 oranında mesleklerini sevmediklerini ve %23 oranında kısmen sevdiklerini belirtmişlerdir. Şoförler %12,5 oranında mesleklerini hiç sevmediklerini ve %16 oranında sevmediklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya

katılan doktorların ise mesleklerini %2 oranında kısmen sevdikleri, %11 oranında sevdikleri ve %5 oranında çok sevdikleri bulunmuştur.

Katılımcıların çoğunluğu (%33,6) mesleklerini başkalarına önerme konusunda kararsız kaldıklarını belirtirken diğer oranlara bakıldığında %34,8 oranıyla kişilerin yaptıkları işi başkalarına önermeyecekleri söylenebilir. Yaptıkları işi başkalarına öneririm ve kesinlikle öneririm cevabını işaretleyenlerin oranı ise %31,7 olarak bulunmuştur.

#### **4.2.3. Demografik Bilgilere İlişkin Hipotezlerin Test Edilmesi ve Sonuçları**

Katılımcılara sorularak elde edilen bilgilerin t ve F testleriyle farklılıkları test edilmiştir. Ana hipotez “Ankara İl Ambulans Servisinde çalışan personelin iş doyumunu demografik değişkenlere göre farklılık gösterir” ifadesidir. Ana hipotezin alt hipotezleri ise şunlardır;

H<sub>1</sub>: Cinsiyet değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir

H<sub>2</sub>: Yaş değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>3</sub>: Unvan değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir

H<sub>4</sub>: Öğrenim durumu değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>5</sub>: Katılımcıların meslekte çalışma süreleri değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>6</sub>: Katılımcıların buldukları kurumda çalışma süreleri değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>7</sub>: Katılımcılar elde ettikleri gelir değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.

H<sub>8</sub>: Katılımcıların mesleklerine duydukları sevgi düzeyine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.

F ve t testleri uygulanırken kitleden alınan örneklemin normal dağılım gösterdiği ve varyansların homojen olduğu varsayımların sağlandığı koşullar altında

parametrik testler uygulanmıştır. Sırasıyla t testi bağımsız iki grup arasında, f testi ise bağımsız ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığının belirlenmesinde kullanılan testlerdir.

**Tablo 13.** Katılımcıların Cinsiyeti ile İş Doyumu Düzeyleri t Testi.

	Boyutlar	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	SS	t	p
İş Doyumu	İçsel Doyum	Kadın	161	3,31	0,74	-0,851	0,396
		Erkek	101	3,40	0,78		
	Dışsal Doyum	Kadın	161	2,97	0,72	-0,873	0,384
		Erkek	101	3,06	0,76		
	Genel Doyum	Kadın	161	2,47	0,85	-0,932	0,352
		Erkek	101	2,56	0,89		

Tablo 13'deki analiz sonuçları incelendiğinde genel doyum düzeyleri açısından erkek ve kadın çalışanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. ( $t=-0,932$ ;  $P=0,352>0,05$ ).

Alt boyutlar içinde elde edilen sonuçlara göre kadın ve erkeklerin iş doyumları arasında farklılık bulunmamaktadır. İçsel doyum  $p=0,396>\alpha=0,05$ . Dışsal doyum  $p=0,384>\alpha=0,05$ , sonuçları bunu kanıtlamaktadır.

Ankara ili 112 İl Ambulans Servisinde çalışanların cinsiyetlerinin farklı olması iş doyumlarının da farklı olması beklentisini doğrulamamıştır.  $H_1$  hipotezimiz "cinsiyet değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir" doğrulanamamıştır.

Sırasıyla diğer hipotezleri test etmek için Anova (varyans) analizi kullanılmıştır.

**Tablo 14.** Çalışanların Yaş Gruplarına Göre İş Doyumundaki Farklılıkları.

	Yaş	$\bar{x}$	SS	z/F	p
<b>Genel doyum</b>	25'ten küçük	3,15	0,85	2,215	0,08
	25-35 arası	3,45	0,76		
	35-45 arası	3,28	0,59		
	45-55 arası	3,34	0,81		
<b>İçsel doyum</b>	25'ten küçük	2,85	0,89	1,795	0,14
	25-35 arası	3,10	0,69		
	35-45 arası	2,92	0,67		
	45-55 arası	3,00	0,79		
<b>Dışsal doyum</b>	25'ten küçük	2,41	1,07	0,941	0,42
	25-35 arası	2,58	0,75		
	35-45 arası	2,39	0,91		
	45-55 arası	2,50	0,90		

Tablo 14'te varyans analizi sonuçlarına bakıldığında yaş değişkenine göre çalışanların iş doyumları arasında fark yoktur. (p değeri  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkmıştır)

Genel doyum  $p=0,08 > \alpha=0,05$ , alt doyum p değerlerine bakıldığında da aynı sonuca ulaşılmıştır. Buna göre  $H_2$  hipotezimiz “Yaş değişkenine göre iş doyum düzeyleri farklılık gösterir” reddedilmiştir.

**Tablo 15.** Unvan Dağılımının Homojenlik Testi Sonucu.

	Levene test değeri	p
<b>Genel doyum</b>	0,95	0,44
<b>İçsel doyum</b>	1,30	0,36
<b>Dışsal doyum</b>	1,60	0,15

Gruplar arası fark kontrolünde önemli bir adım olan varyansların homojen dağılması unsuru Tablo 15'de p değerlerinin  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkması ile doğrulanmıştır.

**Tablo 16.** Ünvan Değişkenine Göre İş Doyum Düzeyleri Farklılık Sonuçları.

	Ünvan	$\bar{x}$	SS	z/F	p
<b>Genel Doyum</b>	Doktor	2,95	0,77	3,00	0,01
	Hemşire	2,80	0,61		
	Sağlık memuru	3,08	0,85		
	Paramedik	2,76	0,70		
	ATT	3,18	0,75		
	Şoför	3,02	0,62		
<b>İçsel Doyum</b>	Doktor	3,27	0,77	2,20	0,05
	Hemşire	3,21	0,61		
	Sağlık memuru	3,32	0,80		
	Paramedik	3,14	0,76		
	ATT	3,51	0,78		
	Şoför	3,28	0,56		
<b>Dışsal Doyum</b>	Doktor	2,46	0,96	3,75	0,003
	Hemşire	2,16	0,72		
	Sağlık memuru	2,73	1,03		
	Paramedik	2,20	0,81		
	ATT	2,67	0,85		
	Şoför	2,63	0,81		

Tablo 16 incelendiğinde bütün p değerlerinin (0,01; 0,05; 0,003)  $\alpha=0,05$  değerinden küçük çıkması sonucu ünvan gruplarının iş doyum düzeyleri arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır. Buna göre  $H_3$  hipotezi kabul edilmiştir. Yani 112 çalışanlarının iş doyum düzeyleri doktor ya da acil tıp teknisyeni olmalarına göre farklılık göstermiştir. Bu farklılığı Tukey HDS testine bakarak hangi ünvanın iş doyum düzeyinin farklı olduğu bulunmuştur.

**Tablo 17.** Gruplar Arası Farklılık Sonuçları.

Tukey HSD	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	p
<b>Doktor</b>	Hemşire	,14091	,989
	Sağlık memuru	-,13684	,994
	Paramedik	,18019	,955
	ATT	-,23178	,842
	Soför	-,07222	1,000
<b>Hemşire</b>	Doktor	-,14091	,989
	Sağlık memuru	-,27775	,775
	Paramedik	,03928	1,000
	ATT	-,37269	,104
	Soför	-,21313	,919
<b>Sağlık memuru</b>	Doktor	,13684	,994
	Hemşire	,27775	,775
	Paramedik	,31703	,586
	ATT	-,09494	,995
	Şoför	,06462	1,000
<b>Paramedik</b>	Doktor	-,18019	,955
	Hemşire	-,03928	1,000
	Sağlık memuru	-,31703	,586
	ATT	-,41197*	,010*
	Soför	-,25241	,804
<b>ATT</b>	Doktor	,23178	,842
	Hemşire	,37269	,104
	Sağlık memuru	,09494	,995
	Paramedik	,41197*	,010*
	Şoför	,15956	,955
<b>Şoför</b>	Doktor	,14091	1,000
	Hemşire	-,13684	,919
	Sağlık memuru	,18019	1,000
	Paramedik	-,23178	,804
	ATT	-,07222	,989

İş doyumu düzeyleri meslek gruplarına göre farklılık gösteriyordu. Tablo 17 incelenerek hangi grubun farklılık gösterdiğini bulmak için hipotezler kurulursa;

$H_0$ : Doktorlar ve hemşireler arasında iş doyumunu açısından farklılık yoktur. Bütün ünvanlar arasında bu tarz kurulacak hipotezler ile Tablo 17'deki sonuçlar değerlendirildiğinde sadece Acil tıp teknisyenleri ve paramediklerin iş doyumları arasında fark vardır.  $p=0,01 < \alpha=0,05$  ve aralarındaki ortalama fark 0,41197'dir ve acil tıp teknisyenlerinin iş doyum düzeyleri paramediklerden yüksektir.

**Tablo 18.** Öğrenim Durumu Değişkenine Göre İş Doyum Düzeyleri Farklılık Sonuçları.

		$\bar{x}$	Ss	z/F	P
<b>Genel doyum</b>	Ortaöğretim ve lise	3,34	0,73	0,328	0,805
	Ön lisans	3,37	0,77		
	Lisans	3,29	0,81		
	Yüksek lisans ve üzeri	3,47	0,59		
<b>İçsel doyum</b>	Ortaöğretim ve lise	3,02	0,74	0,129	0,943
	Ön lisans	3,03	0,75		
	Lisans	2,96	0,76		
	Yüksek lisans ve üzeri	3,01	0,59		
<b>Dışsal doyum</b>	Ortaöğretim ve lise	2,54	0,84	0,430	0,732
	Ön lisans	2,53	0,89		
	Lisans	2,47	0,88		
	Yüksek lisans ve üzeri	2,32	0,78		

Tablo 18'deki varyans analizi sonuçlarında öğrenim durumu değişkenine göre çalışanların iş doyumları arasında fark olmadığı p değerinin  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkması sonucu ile kanıtlanmıştır. Genel doyum  $p=0,805 > \alpha=0,05$  ve alt doyum p değerlerine bakıldığında aynı sonuca ulaşılmıştır.

Bu durumda 112 çalışanlarının öğrenim durumlarına göre iş doyum düzeylerinde farklılık görülmemiş ve  $H_4$  hipotezi red edilmiştir.

**Tablo 19.** Katılımcıların Meslekte Çalışma Süreleri Değişkenine Göre İş Doyumu Düzeyleri Farklılık Sonuçları.

		$\bar{x}$	Ss	z/F	p
<b>İçsel doyum</b>	1 yıldan az	2,94	0,23	2,510	0,40
	1-5 yıl	3,23	0,83		
	5-10 yıl	3,49	0,76		
	10-15 yıl	3,39	0,75		
	15 yıl ve üzeri	3,23	0,64		
<b>Genel doyum</b>	1 yıldan az	2,79	0,28	1,543	0,19
	1-5 yıl	2,94	0,84		
	5-10 yıl	3,12	0,71		
	10-15 yıl	3,05	0,75		
	15 yıl ve üzeri	2,84	0,67		
<b>Dışsal doyum</b>	1 yıldan az	2,57	0,50	0,987	0,41
	1-5 yıl	2,50	0,97		
	5-10 yıl	2,57	0,81		
	10-15 yıl	2,54	0,92		
	15 yıl ve üzeri	2,24	0,82		

Tablo 19 incelendiğinde çalışanların iş hayatlarındaki çalışma süreleri değişkenine göre iş görenlerin iş doyumları arasında fark olmadığı p değerinin  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkması sonucu ile kanıtlanmıştır. Genel doyum  $p=0,19 > \alpha=0,05$  alt doyum p değerlerinde de aynı sonuca ulaşılmıştır.

112 çalışanlarının bu değerlere göre iş hayatlarında toplam çalışma sürelerine göre iş doyum düzeylerinde farklılık görülmemiştir. Bu durumda  $H_5$  hipotezi red edilmiştir.

**Tablo 20.** Katılımcıların Buldukları Kurumda Çalışma Süreleri Değişkenine Göre İş Doyumu Düzeyleri Farklılık Sonuçları.

		$\bar{x}$	Ss	z/F	P
<b>İçsel doyum</b>	1 yıldan az	3,1535	,58746	1,635	0,182
	1-5 yıl	3,3061	,82117		
	5-10 yıl	3,4850	,79003		
	10 yıl ve üzeri	3,2850	,59942		
<b>Genel doyum</b>	1 yıldan az	3,0105	,54914	1,496	0,216
	1-5 yıl	2,9921	,83020		
	5-10 yıl	3,1292	,71881		
	10 yıl ve üzeri	2,8780	,63631		
<b>Dışsal doyum</b>	1 yıldan az	2,7961	,72673	2,822	0,05
	1-5 yıl	2,5210	,95853		
	5-10 yıl	2,5955	,77469		
	10 yıl ve üzeri	2,2335	,84211		

Tablo 20 'de varyans analiz sonuçları incelendiğinde kurumdaki çalışma süreleri değişkenine göre çalışanların iş doyumları arasında fark olmadığı p değerinin  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkması ile anlaşılmıştır. Genel doyum  $p=0,216 > \alpha=0,05$  alt doyum p değerlerine de bakıldığında aynı sonuca ulaşılmıştır. Bu durumda 112 çalışanlarının kurumdaki çalışma sürelerine göre iş doyum düzeylerinde farklılık görülmemiş ve  $H_0$  hipotezi red edilmiştir.

**Tablo 21.** Katılımcıların Elde Ettikleri Gelir Değişkenine Göre İş Doyum Düzeyleri Farklılık Sonuçları.

		<b>x</b>	<b>Ss</b>	<b>z/F</b>	<b>p</b>
<b>İçsel doyum</b>	1500 ve altı	3,16	0,83	0,512	0,67
	1500-2500	3,34	0,75		
	2500-3500	3,39	0,75		
	3500 ve üstü	3,26	0,72		
<b>Genel doyum</b>	1500 ve altı	2,88	0,74	0,240	0,86
	1500-2500	3,020	0,74		
	2500-3500	3,03	0,73		
	3500 ve üstü	2,95	0,75		
<b>Dışsal doyum</b>	1500 ve altı	2,45	0,80	0,055	0,98
	1500-2500	2,53	0,84		
	2500-3500	2,49	0,88		
	3500 ve üstü	2,48	0,99		

Tablo 21 'de varyans analiz sonuçları incelendiğinde elde ettikleri gelir düzeyine göre çalışanların iş doyumları arasında fark olmadığı p değerinin  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkması ile anlaşılmıştır. Genel doyum  $p=0,86 > \alpha=0,05$  alt doyum p değerlerine de bakıldığında aynı sonuca ulaşılmıştır. Bu durumda 112 çalışanlarının gelir miktarlarına göre iş doyum düzeylerinde farklılık görülmemiştir.  $H_7$  hipotezi red edilmiştir.

**Tablo 22.** Meslek Sevgisi Değişkeninin Dağılımının Homojenlik Testi Sonucu.

	<b>Levene test değeri</b>	<b>p</b>
<b>Genel doyum</b>	0,299	0,878
<b>İçsel doyum</b>	0,117	0,977
<b>Dışsal doyum</b>	0,445	0,776

Gruplar arası fark kontrolünde önemli bir adım olan varyansların homojen dağılması unsuru test edilerek meslek sevgisi değişkeni dağılımında varyansın homojen dağıldığı Tablo 22'de p değerinin  $\alpha=0,05$  değerinden büyük çıkması ile doğrulanmıştır.

**Tablo 23.** Katılımcıların Mesleklerine Duydukları Sevgi Düzeyine Göre İş Doyumu Düzeyleri Farklılık Sonuçları.

		$\bar{x}$	Ss	z/F	p
<b>İçsel doyum</b>	Hiç sevmiyorum	2,3958	,71928	25,79	0,000
	Sevmiyorum	2,8958	,56559		
	Kısmen seviyorum	3,0444	,66620		
	Seviyorum	3,5347	,63271		
	Çok seviyorum	4,0518	,68644		
<b>Genel doyum</b>	Hiç sevmiyorum	2,0875	,65288	28,25	0,000
	Sevmiyorum	2,5438	,53788		
	Kısmen seviyorum	2,6916	,63378		
	Seviyorum	3,2162	,62584		
	Çok seviyorum	3,7000	,64893		
<b>Dışsal doyum</b>	Hiç sevmiyorum	1,6250	,65805	19,12	0,000
	Sevmiyorum	2,0156	,65435		
	Kısmen seviyorum	2,1623	,76117		
	Seviyorum	2,7384	,77838		
	Çok seviyorum	3,1723	,86470		

Tablo 23 incelendiğinde 112 çalışanlarının mesleklerine duydukları sevginin düzeyine göre iş doyum düzeyleri arasında farklılık olduğu görülmüştür. Genel doyum düzeyi ve alt doyum düzeyleri açısından  $p=0,00$  değerlerinin  $\alpha=0,05$  değerinden küçük çıkması sonucu 112 çalışanlarının mesleklerine duydukları sevgi açısından iş doyum düzeyleri arasında farklılık olduğu kanıtlanmış ve  $H_8$  hipotezi kabul edilmiştir. Tukey çoklu karşılaştırma metoduyla, bu farklılıkların meslek sevgilerinin hangi düzeyinde olduğuna bakılmış ve sonuçlar tablo 24'te verilmiştir.

$H_0$ : Mesleğini hiç sevmeyen katılımcı ile mesleğini seven katılımcının iş doyum düzeyleri arasında fark yoktur.

$H_5$ : Mesleğini hiç sevmeyen katılımcı ile mesleğini seven katılımcının iş doyum düzeyleri arasında fark vardır.

Bu şekilde kurulan  $H_0$  hipotezi test edildiğinde içsel doyum düzeyi için tablo 24 oluşturuldu.

**Tablo 24.** Meslek Düzeyleri Açısından İçsel Doyum Düzeyleri Çoklu Karşılaştırma Sonuçları.

Tukey HSD	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	p
<b>Hiç sevmiyorum(I)</b>	Sevmiyorum	-,50000	,289
	Kısmen seviyorum	-,64854	,056
	Seviyorum	-1,13889*	,000*
	Çok seviyorum	-1,65597*	,000*
<b>Sevmiyorum</b>	Hiç sevmiyorum	,50000	,289
	Kısmen seviyorum	-,14854	,809
	Seviyorum	-,63889*	,000*
	Çok seviyorum	-1,15597*	,000*
<b>Kısmen seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	,64854	,056
	Sevmiyorum	,14854	,809
	Seviyorum	-,49035*	,000*
	Çok seviyorum	-1,00743*	,000*
<b>Seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	1,13889*	,000*
	Sevmiyorum	,63889*	,000*
	Kısmen seviyorum	,49035*	,000*
	Çok seviyorum	-,51708*	,000*
<b>Çok seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	1,65597*	,000*
	Sevmiyorum	1,15597*	,000*
	Kısmen seviyorum	1,00743*	,000*
	Seviyorum	,51708*	,000*

Tablo 24 'te sonuçlar incelendiğinde  $p=0,00 < \alpha=0,05$  olduğu durumlarda kurduğumuz  $H_0$  hipotezi red edilir ve farklılık miktarı ortalama fark sütununda söylenerek bir grupta yoluna gidildi bu durumda;

İçsel doyum düzeyine göre mesleğini hiç sevmeyenler ile mesleklerini sevdiklerini ve çok sevdiklerini söyleyenler arasında anlamlı bir farklılık p değerinden kanıtlanıyor. Ortalama fark sütununa bakıldığında ise mesleğini sevenlerin iş doyumunu mesleğini hiç sevmeyenlere göre ortalama 1,138 fazladır. Aynı

şekilde mesleğini çok sevenlerin iş doyumu da mesleğini hiç sevmeyenlerden ortalama 1,65 fazladır. Mesleklerini sevenlerin iş doyumu mesleklerini sevmeyenlere göre 0,63 fazladır. Mesleklerini çok sevenlerin iş doyumu sevmeyenlerin iş doyumundan ortalama 1,15 fazladır. Mesleklerini kısmen sevenler, hiç sevmeyenler ve sevmeyenler arasında iş doyum düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır bu sebeple bu üç cevabı verenlerin iş doyum düzeylerini aynı denilebilir. Mesleklerini çok sevenlerin ise mesleklerini sevenlere göre iş doyumlarının ortalama 0,517 fazla olduğunu söylenebilir. Bu durumda mesleklerini çok sevenler içsel iş doyumu açısından en yüksek doyuma sahipken bunu mesleklerini sevenler takip etmektedir. İçsel doyumu en düşük olanlar ise mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir.

**Tablo 25.** Genel Doyum Düzeyleri Çoklu Karşılaştırması.

Tukey HSD	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	p
<b>Hiç sevmiyorum(I)</b>	Sevmiyorum	-,45625	,345
	Kısmen seviyorum	-,60406	,071
	Seviyorum	-1,12870*	,000*
	Çok seviyorum	-1,61250*	,000*
<b>Sevmiyorum</b>	Hiç sevmiyorum	,45625	,345
	Kısmen seviyorum	-,14781	,791
	Seviyorum	-,67245*	,000*
	Çok seviyorum	-1,15625*	,000*
<b>Kısmen seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	,60406	,071
	Sevmiyorum	,14781	,791
	Seviyorum	-,52465*	,000*
	Çok seviyorum	-1,00844*	,000*
<b>Seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	1,12870*	,000*
	Sevmiyorum	,67245*	,000*
	Kısmen seviyorum	,52465*	,000*
	Çok seviyorum	-,48380*	,001*
<b>Çok seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	1,61250*	,000*
	Sevmiyorum	1,15625*	,000*
	Kısmen seviyorum	1,00844*	,000*
	Seviyorum	,48380*	,001*

Tablo 25 incelendiğinde  $p=0,00 < \alpha=0,05$  olduğu durumlarda kurulan  $H_0$  hipotezi red edilir ve farklılık miktarını ortalama fark sütunundan söylenerek bir grupta yoluna gidilir bu durumda;

Genel doyum düzeyine göre mesleğini hiç sevmeyenler ile mesleklerini sevdiklerini ve çok sevdiklerini söyleyenler arasındaki anlamlı farklılık p değerinden kanıtlanıyor. Ortalama fark sütununa bakıldığında ise mesleğini sevenlerin iş doyumunu mesleğini hiç sevmeyenlere göre ortalama 1,128 fazladır. Aynı şekilde mesleğini çok sevenlerin iş doyumunu da mesleğini hiç sevmeyenlerden ortalama 1,61

fazladır. Mesleklerini sevenlerin iş doyumunu mesleklerini sevmeyenlere göre 0,67 fazladır. Mesleklerini çok sevenlerin iş doyumunu sevmeyenlerin iş doyumundan ortalama 1,15 fazladır. Mesleklerini kısmen sevenler, hiç sevmeyenler ve sevmeyenler arasında iş doyum düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır bu sebeple bu üç cevabı verenlerin iş doyum düzeyleri aynıdır.. Mesleklerini çok sevenlerin ise mesleklerini sevenlere göre iş doyumlarının ortalama 0,48 fazla olduğunu söyleriz bu durumda mesleklerini çok sevenler genel iş doyumunu açısından en yüksek doyuma sahipken bunu mesleklerini sevenler takip etmektedir. Genel doyumunu en düşük olanlar mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir.

**Tablo 26.** Dışsal Doyum Düzeyleri Çoklu Karşılaştırması.

Tukey HSD	Gruplar (J)	Ortalama fark (I-J)	p
<b>Hiç sevmiyorum(I)</b>	Sevmiyorum	-,39063	,701
	Kısmen seviyorum	-,53734	,331
	Seviyorum	-1,11343*	,001*
	Çok seviyorum	-1,54730*	,000*
<b>Sevmiyorum</b>	Hiç sevmiyorum	,39063	,701
	Kısmen seviyorum	-,39063	,894
	Seviyorum	-,72280*	,000*
	Çok seviyorum	-1,15667*	,000*
<b>Kısmen seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	,53734	,331
	Sevmiyorum	,14671	,894
	Seviyorum	-,57609*	,000*
	Çok seviyorum	-1,00996*	,000*
<b>Seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	1,11343*	,001*
	Sevmiyorum	,72280*	,000*
	Kısmen seviyorum	,57609*	,000
	Çok seviyorum	-,43387*	,028*
<b>Çok seviyorum</b>	Hiç sevmiyorum	1,54730*	,000*
	Sevmiyorum	1,15667*	,000*
	Kısmen Seviyorum	1,00996*	,000*
	Seviyorum	,43387*	,028*

Tablo 26 incelendiğinde  $p=0,00 < \alpha=0,05$  olduğu durumlarda kurduğumuz  $H_0$  hipotezi red edilmiştir ve farklılık miktarı ortalama fark sütununa bakılarak bir gruplama yoluna gidilmiştir bu durumda;

Dışsal doyum düzeyine göre mesleğini hiç sevmeyenler ile mesleklerini sevdiklerini ve çok sevdiklerini söyleyenler arasında anlamlı bir farklılık p değerinden kanıtlanıyor. Ortalama fark sütununa bakıldığında ise mesleğini sevenlerin iş doyumunu mesleğini hiç sevmeyenlere göre ortalama 1,113 fazladır. Aynı şekilde mesleğini çok sevenlerin iş doyumunu da mesleğini hiç sevmeyenlerden ortalama 1,54 fazladır. Mesleklerini sevenlerin iş doyumunu mesleklerini sevmeyenlere göre 0,72 fazladır. Mesleklerini çok sevenlerin iş doyumunu sevmeyenlerin iş doyumundan ortalama 1,15 fazladır. Mesleklerini kısmen sevenler, hiç sevmeyenler ve sevmeyenler arasında iş doyum düzeyi açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır

bu sebeple bu üç cevabı verelerin iş doyum düzeylerini aynıdır. Mesleklerini çok sevenlerin ise mesleklerini sevenlere göre iş doyumları ortalama 0,43 fazladır. Bu durumda mesleklerini çok sevenler dışsal iş doyumunu açısından en yüksek doyuma sahipken bunu mesleklerini sevenler takip etmektedir. Dışsal doyumunu en düşük olanlar mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir.

### 4.3. TARTIŞMA

Çalışmada katılımcıların genel olarak yaptıkları işten aldıkları içsel doyumları yüksek iken dışsal doyumlarının düşük olduğu görülmüştür. İçsel doyum başarı, kendini gerçekleştirme, işte özerklik, işin doğası gibi faktörlerden oluşmaktadır. Katılımcıların içsel doyumların da işlerinde başkaları için bir şeyler yapabilme olanaklarının olması (4,15) en çok doyum yaşadıkları konu olmuştur. Bunu işlerinin sabit bir iş olması (3,81) ve işlerinin vicdanlarına uygun şeyler yapabilmelerine olanak sağlamaları (3,62) konularındaki doyumları takip etmiştir.

Katılımcıların dışsal doyum soruları içinde tek doyum sağladıkları konu çalışma arkadaşları ile anlaşmalarıdır. (3,03)

Dışsal doyumda en doyumsuz oldukları konular işlerinde terfi olanağının olmaması (2,20), yöneticilerin karar verme yeteneği (2,32) ve yöneticilerin astlarını idare tarzı (2,35) gibi konularda çalışanlar doyumsuzluk yaşamaktadır.

Knopp'un (1995) yaptığı bir araştırmada içsel doyumun işe bağlılığı artırıcı bir faktör olduğu ancak dışsal doyumun ise bağlılığa herhangi bir etki etmediği görülmüştür. Knopp'un araştırmasında tespit ettiği bulgular Weissenberg ve Gruenfelt (1968) tarafından yapılan araştırmalarda da görülmüştür (Knopp 1995, s.129).

Herzberg'in motivasyon kuramına göre, iş ve iş ortamına ilişkin beklentilerin karşılanması sadece tatminsizliği önleyip bireyi motive etmezken, bazı beklentilerin karşılanması ise bireyde tatmine yol açmakta, motive edici bir özellik kazanmaktadır.

Katılımcıların %61,5'ini kadın, %38,5' ini erkekler oluşturmakta ve bu katılımcılar ortalama 25-34 yaş aralığında bulunmaktadır. Bu yaş aralığı ise genel dağılımın %53' ünü oluşturmaktadır. Ankara 112 ambulans hizmetlerinde çalışan

personelin genç bir popülasyona sahip olduğu söylenebilir. Bunun sebebi olarak ülkemizde 112 ambulans servislerinde çalışmak üzere istihdam edilen acil tıp teknisyenleri (ATT) kadrolarının fazla olmasıdır. Bu kadroların 2007 yılından itibaren aktif hale geçmesi ile genç, dinamik ve özellikle bayan ağırlıklı bir dağılımın olduğu dikkat çekmektedir.

Çalışmaya katılanların oranlarına bakıldığında doktorlar örneklemin %6,1'sini, sağlık memurları %7,3 şoförler %7'sini, hemşireler %13,4'ünü paramedikler %20'sini ve acil tıp teknisyenleri %46,2 'sını oluşturmaktadır.

Katılımcıların öğrenim durumlarına bakıldığında %38 oranıyla önlisans mezunlarının çoğunluğu oluşturduğu görülmüştür.

Katılımcılardan yüksek lisans ve üzeri mezun grubun %56'sı doktorlardan, lisans mezunlarının %63'ü hemşirelerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılan sağlık memurlarının %42'si önlisans, paramediklerin %77'si önlisans ve acil tıp teknisyenlerin %45'nin lise mezunu olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %37 oranıyla yani büyük çoğunluğun 6-10 yıl arası çalışma hayatında olduğu görülmektedir. Çalışanların Ankara İl Ambulans Servisinde çalıştıkları süreye bakıldığında ise kurumlarında %72 oranıyla 2-10 arasında yaptıkları işleri sürdürdükleri ve bunun karşılığı olarak %47'sinin 2501-3500 tl arası bir gelire sahip oldukları söylenebilir.

Katılımcılar mesleğinizi seviyor musunuz sorusuna seviyorum ve çok seviyorum cevabını verenlerin toplamı %55,3 iken sevmiyorum ve hiç sevmiyorum diyenlerin toplamı %15,3 olarak bulunmuştur. Kısmen seviyorum diyenlerin oranı ise %29,4 tür. Mesleğini sevdiğini söyleyen kişilerin %46'sı att ve aynı şekilde mesleklerini çok seven kişilerde att'dir. Bunun yanında karşımıza çıkan çelişki de ise mesleklerini hiç sevmeyen kişilerinde att olduğudur.

Çalışmaya katılan hemşireler %21 oranıyla mesleklerini kısmen seviyorum seçeneğini işaretlemişlerdir. Bu sonuca göre hemşirelerin mesleklerine olan sevgilerinde arada kaldıkları net bir şekilde sevip sevmediklerini dile getiremedikleri sonucuna varılmıştır.

Literatürde farklı ölçeklerin kullanıldığı araştırmalarda hemşirelerin genel iş doyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Aksungur tarafından 2009 yılında Ankara ilinde hemşireler ile yapılan bir araştırmada hemşirelerin mesleğini severek yapma durumlarına göre sağlanan iş doyum düzeyinin, çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler boyutu dışında farklılaşmadığı belirlenmiştir (Aksungur 2009).

Katılımcıların %33,5 oranında mesleklerini başkalarına önerme konusunda kararsız kaldıklarını belirtirken %34,8 (%35) oranında yaptıkları işi önermeyeceklerini ve %31,6 oranında yaptıkları işi öneririm, kısmen öneririm cevaplarını vermişlerdir.

Ankara 112 İl Ambulans Servisinde çalışan personelin iş doyumunu, demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında ise çalışmamızda; cinsiyet, yaş öğrenim durumu, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süreleri ve elde ettikleri gelir değişkenlerine göre iş doyum düzeylerinin farklılık göstermediği bulgusuna ulaşılmıştır.

Akçamete ve ark. Öğretmenlerde tükenmişlik, iş doyum ve kişilik konulu çalışmalarında yaşın iş doyum ve tükenmişlik üzerinde etkili bir değişken olmadığını belirtmişlerdir. Çam ve Wiggins' in çalışmalarında da bizim çalışmamızdaki sonuçlar ile paralel sonuçlara ulaşılmış ve yaşın iş doyum üzerinde etkili bir değişken olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Knopp 1995 s;129, Wiggins 1984 s;108).

Çam ve Ergene yapmış oldukları çalışmalarında meslekte çalışma süresinin iş doyum üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını söylemişlerdir (Ergene age, s. 697-706). Karlıdağ ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada meslekte çalışma süresi arttıkça iş doyumunun arttığı bulunmuştur (Karlıdağ 2000, s.49-57).

Literatürde öğrenim durumu ile iş doyum arasında ki ilişkinin tutarlılık göstermediği görülmüştür. Piyal ve ark. öğrenim durumu değişkeninin iş doyum üzerinde farklılık gösterdiğini belirtirken (Pişkin 2001), Bener ve Pişkin eğitim

durumu ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığını bildirmişlerdir. (Bener 1999, s.61).

Çalışmada cinsiyet değişkeninin iş doyumunu üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Literatür de cinsiyet değişkeninin iş doyumunu üzerinde ki etkisi yapılan çalışmalarda farklı sonuçlandırılmıştır. Musal ve diğerlerinin (1995), Karlıdağ ve diğerlerinin (1998) hekimlere, Rout'un (1999) pratisyen hekimlere yönelik yaptıkları iş doyumunu çalışmalarında cinsiyetle iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (Karlıdağ 2000, s. 49-57, Musal 1995, s. 2-7, Rout 1999, s.4). Fakat bunun yanında Stordeur ve arkadaşları bir çok ülkede hemşirelerde iş doyumunu ve liderlik ile ilgili yaptıkları araştırmalarda kadınların iş doyum puan ortalamalarının, erkeklerin iş doyum puan ortalamalarından daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmada çalışanların buldukları kurumda çalışma değişkenine göre iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır.

Litaratürde bizim çalışmamızın tersi bulgular da mevcuttur. Piyal ve diğerlerinin (2000) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışanlara yönelik yaptıkları araştırmaya bakıldığında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesindeki hizmet süresi 0-2 yıl olanlar hariç, hizmet süreleriyle beraber iş doyumunda arttığı, 21 yıl ve daha çok hizmet verenlerde en yüksek değere ulaştığı görülmektedir (Piyal vd. 2000, s. 241-250).

Araştırmada elde edilen gelir değişkenine göre iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığa ulaşılamamıştır.

Herzberg bireyin motivasyonun da ekonomik etmenlere yer verdiğini ve bu ihtiyaçların giderilmemesi durumunda bireyin başarılı alamayacağını belirtmiştir.

Demir'in 2010 yılında yaptığı çalışmada maaş değişkeninin iş doyumunu üzerinde etkisi olmadığını belirtilmiştir (Demir 2010, s.57).

Çalışmada unvan değişkeni ile iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği bulgusuna ulaşılmıştır. Yani Ankara İl Ambulans Servisinde çalışan personelin iş doyumunu doktor ya da acil tıp teknisyeni olmalarına göre

farklılık göstermektedir. Acil tıp teknisyenleri ile paramediklerin iş doyumları arasında fark vardır ve ortalama fark 0,41197 şeklindedir. Bu farklılık ile Acil Tıp Teknisyenleri' nin iş doyum düzeylerinin paramediklere oranla daha yüksek olduğunu söyleriz.

Çimen ve Şahin'in (2000) bir kurumda çalışan sağlık personeline yaptıkları araştırma incelendiğinde; sağlık yöneticilerinin iş doyumunun en yüksek, hemşirelerin ise en düşük olduğu görülmektedir. İş doyum puanları yüksekten düşüğe doğru sırayla sağlık idarecisinden sonra diş hekimi, hekim, eczacı, sağlık teknisyeni, yüksek hemşire ve hemşire olarak sıralanmaktadır (Çimen ve Şahin 2000, s.53-67).

Katılımcıların mesleklerine duydukları sevgi düzeyine göre iş doyum düzeyleri arasında fark olduğu belirlenmiştir. İçsel doyum düzeyine göre mesleğini hiç sevmeyenler ile mesleklerini çok sevdiklerini söyleyenler arasında anlamlı bir fark vardır. Mesleğini seven çalışanların iş doyumunu, mesleğini hiç sevmeyenlere göre ortalama 1,138 fazladır. Mesleğini çok sevenlerin iş doyumunu da mesleğini hiç sevmeyenlerden ortalama 1,65 fazladır. Mesleklerini sevenlerin iş doyumunu ise mesleklerini sevmeyenlere göre 0,63 fazladır. Mesleklerini çok sevenlerin iş doyumunu da sevmeyenlerin iş doyumundan ortalama 1,15 fazladır. Bunun yanında mesleklerini kısmen sevenler, hiç sevmeyenler ve sevmeyenler arasında iş doyum düzeyi açısından anlamlı bir fark yoktur. Mesleklerini çok sevenlerin ise mesleklerini sevenlere göre iş doyumlarının ortalama 0,517 fazla olduğu görülmüştür. Tüm bu bulgulardan sonra mesleklerini çok sevenler içsel iş doyumunu en yüksek doyumuna sahip iken, bunu mesleklerini sevenler takip etmektedir ve içsel doyumunu en düşük olanlar ise mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir.

Genel iş doyumunu açısından bakıldığında ise mesleklerini çok sevenler genel iş doyumunu açısından en yüksek doyumuna sahipken bunu mesleklerini sevenler takip etmektedir. Genel iş doyumunu en düşük olanlar ise mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir.

Dışsal iş doyum açısından incelendiğinde ise; mesleklerini çok sevenler dışsal iş doyumunu en yüksek olanlar iken bunu mesleklerini sevenler takip etmektedir.

Dışsal doyumunu en dışuk olanlar mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir.

**Tablo 27.** Hipotez Tablosu.

<b>Hipotezler</b>	<b>Red</b>	<b>Kabul</b>
<b>H<sub>1</sub></b> :Cinsiyet değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir	H <sub>1</sub> hipotezi red edilmiştir.	
<b>H<sub>2</sub></b> : Yaş değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.	H <sub>2</sub> hipotezi red edilmiştir.	
<b>H<sub>3</sub></b> : Unvan değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.		H <sub>3</sub> hipotezi kabul edilmiştir
<b>H<sub>4</sub></b> : Öğrenim değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.	H <sub>4</sub> hipotezi red edilmiştir	
<b>H<sub>5</sub></b> :Katılımcıların meslekte çalışma süreleri değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.	H <sub>5</sub> hipotezi red edilmiştir	
<b>H<sub>6</sub></b> : Katılımcıların buldukları kurumda çalışma süreleri değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.	H <sub>6</sub> hipotezi red edilmiştir	
<b>H<sub>7</sub></b> : Katılımcıların elde ettikleri gelir değişkenine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.	H <sub>7</sub> hipotezi red edilmiştir	
<b>H<sub>8</sub></b> : Katılımcıların mesleklerine duydukları sevgi düzeyine göre iş doyumunu düzeyleri farklılık gösterir.		H <sub>8</sub> hipotezi kabul edilmiştir.

#### 4.4. SONUÇ

Ankara 112 İl Ambulans Servisinde çalışanların iş doyum düzeylerinin ölçülmesi ve buna etki eden faktörlerin belirlenebilmesi amacıyla yapılan bu çalışma sonucunda 112 çalışanlarının genel olarak yaptıkları işten aldıkları içsel doyumları yüksek iken dışsal doyumlarının düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların içsel doyumlarında işlerinde başkaları için bir şeyler yapabilme olanaklarının olması (4,15) en çok doyum yaşadıkları konu olmuştur.

Dışsal doyum soruları içinde katılımcıların tek doyum yaşadıkları konu çalışma arkadaşlarıyla anlaşma (3,03) olmuştur. Çalışanların en doyumsuz oldukları konular ise; (2,20) ortalama ile en doyumsuz oldukları konu işlerinde terfi olanağının olmaması, (2,32) ortalama ile yöneticilerinin karar verme yeteneği, (2,35) ortalama ile yöneticilerinin astlarını idare tarzı, (2,45) ortalama ile yaptıkları iş karşılığı aldığı ücretten, (2,43) ortalama ile yaptıkları iş karşılığı takdir edilmemeleri ve (2,47) oranında çalışma şartlarından doyumsuzlukları mevcuttur.

Ankara 112 İl Ambulans Servisi çalışanları özellikle genç ve bayan çalışanlardan oluşmaktadır. Başka bir ifade ile Ankara 112'nin genç bir popülasyona sahip olduğu söylenebilir.

112 çalışanlarının cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslekte çalışma süreleri, kurumda çalışma süreleri ve elde ettikleri gelir değişkenlerine göre iş doyum düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı fakat unvan ve mesleklerine duydukları sevgi düzeyi değişkenleri ile iş doyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Gruplar arası farklılık sonuçlarına bakıldığında Att ve paramedikler'in iş doyumları arasında fark olduğu ve ATT'nin iş doyum düzeylerinin paramediklere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların %41'i mesleklerini sevdiğini,%14'ü çok sevdiğini ve %15 i mesleklerini sevmediklerini belirtmişlerdir. Çalışmada mesleğini seven ve çok seven kişiler ATT'ler iken mesleğini hiç sevmeyenlerinde ATT'ler olduğu karşımıza bir çelişki olarak çıkmaktadır. Bunun sebebi olarak çalışmaya katılan çoğulcu grubun ATT'ler olduğu söylenebilir.

Ankara 112 çalışanlarının mesleklerine duydukları sevgi düzeyine göre iş doyumunu düzeyleri arasında anlamlı bir farka ulaşılmıştır. Mesleklerini çok sevenler içsel iş doyumunu açısından en yüksek doyuma sahiptir. İçsel doyumunu en düşük olanlar ise mesleklerini kısmen sevenler, sevmeyenler ve hiç sevmeyenlerdir. Mesleklerini çok sevenlerin dışsal doyum ve genel doyum puanları yüksektir.

Çalışmada benzer konu ile ilgili literatür taraması detaylı olarak verilmiştir. İstatistiksel değerlendirme ve sonuçların bazıları literatürde yapılan çalışmaları desteklerken bazı sonuçlar farklılaşma göstermiştir.

#### 4.5 ÖNERİLER

➤ Bu tipteki çalışmaların zaman zaman yapılması sağlanarak çalışanların tükenmişlik ve stres durumlarının yükselmesi, iş doyumunun düşmesi ve bunlara neden olabilecek faktörler konusunda belirtiler görüldüğünde kurum bazında gerekli önlemlerin zamanında alınması sağlanmalıdır.

➤ Çalışmada içsel doyumunu genel anlamda iyi çıkan çalışanların, dışsal doyumda iş doyum oranlarının düşük çıkmasına neden olan iş ve yöneticiler ile ilgili gerekli önlemler yönetim bazında alınmalıdır.

➤ Çalışanların en doyumsuz oldukları konuların başında işlerinde terfi olanağının olmaması gelmektedir. Bu birimlerde çalışanların görevde yükselme terfi sistemi ile ödüllendirilmeleri, 657 sayılı Devlet Memurluğu Kanunu 64 ve 68. Maddelerinde yer alan kıdem derece ilerlemelerine ek olarak her 5 yılda bir çalışanlara 1 derece verilmesi gibi çalışmalar yapılabilir.

➤ Çalışmada özellikle att, paramedik ve kararsız kalan hemşire grubunun iş doyumunu ve örgütsel bağlılıklarını artırıcı yönde çalışmalar yapılmalıdır özellikle doktorlardan sonra eğitim seviyesi en yüksek çıkan hemşireler ile örgütsel bazda ortak bir çok çalışma yapılabileceği yönetim de bir çok alanda kendilerinden faydalanılabileceği unutulmamalıdır.

Kendilerine değişik birimlerde yetki ve sorumluluk verildiğinde kendilerini kuruma ait hissetmeleri ve terfi olanaklarının olması çalışanları mutlu edecek ve dolayısı ile iş doyumunu yükseltici bir etki oluşmasına neden olacaktır.

➤ Çalışmada çalışanlar yöneticiler tarafından takdir edilmediklerini bildirmişlerdir, özellikle belirli çalışmalar sonucunda örneğin ayın istasyonunu seçmek ve bir teşekkür belgesi vermek ya da denetimler sonrasında en başarılı bulunan istasyon personeline istasyon adına bir teşekkür belgesi sunmak takdir edildikleri yönünde bir artı puan oluşturabilir.

➤ 112 personeli yöneticilerin karar verme yeteneği ve astlarını idare tarzından özellikle memnun olmadıklarını bildirmişlerdir. Bu iki madde bir kurumda çok önemlidir şöyle ki; yöneticisine güvenmeyen çalışanların çoğunluğu oluşturduğu bir kurumda iş doyumlarının yüksek olması ve kurumdan memnun olmaları beklenemez 112 de görev yapan yöneticilerin bu konuda titizlikle çalışmaları ve bu güvensizlik ortamını biran önce düzeltmek için önlemler almaları gerekmektedir.

➤ 112 yönetim kademelerinde istihdam edilecek kişiler, 112 teşkilatı içerisinde seçilmeli ve 112 KKM ve istasyonlarında belirli bir süre çalışmış olma şartı bulunmalıdır.

➤ 112 KKM'lerine sahada çalışmayan personel alınmamalıdır, özellikle kkm'lerine direk atama yapılmamalı, burada çalışacak personel belirli bir süre en az 5 yıl sahada çalışıp saha hakkında ve orada yaşanan stres hakkında bilgi sahibi olduktan sonra ve kurum tarafından oluşturulacak bir eğitim modülünden geçerek KKM'ne alınmalıdır.

➤ 112 sisteminin daha etkin ve verimli işlemesi adına ve bürokrasinin azılması yönünde bakanlık bazında çalışmalar yapılmalıdır. 112 sorumlu il sağlık müdür yardımcısı, başhekimlik ve yardımcıları ile özellikle sistemde sayıca azaltılan ve komuta kontrol merkezlerindeki doktorların bürokratik işlerle uğraşmaktan çalışan personele ve kuruma yeterli zaman ayıramadıkları bir gerçektir. KKM'ki danışman hekimin öncelikli görevi sahada ki personeli takip etmek ve zor ya da olağan dışı bir durumda kriz anını yönetmek olmalıdır.

➤ 112' de yapılan işlerin işin uzmanları tarafından hazırlanmış belirli algoritmalar doğrultusunda yapılması daha doğru ve hizmet kalitesini artırıcı bir uygulama olacaktır. Bu algoritmalarda özellikle sahada müdahale, olağandışı

olaylarda müdahale, kriz anında müdahale, koordinasyon sırasında iş akış seması gibi bir çok yönde oluşturulup personele eğitiminin verilmesi gerekmektedir.

➤ Amerika’da doktor eksikliğinden ve ekonomik nedenlerle benimsenmek zorunda kalan sistemin ülkemize tam anlamıyla aktarılması yanlış bir uygulama olur, bu sebeple sistemde doktor ve hemşire istihdamının artırılması gerekmektedir. Özellikle ex raporu sorunu çözülmeden doktor istihdamı azaltmak hizmet kalitesinde kötü sonuçların oluşmasına neden olabilir. Sistemde çalışan doktorların daha çok danışmanlık ve koordinatörlük gibi görevlerde yer almaları sağlanmalıdır.

➤ 112 sisteminin çok büyük ve birbirinden uzak olması yönetimin personele ulaşmasını zorlaştırmaktadır, illerde bölgelere ayrılarak buralara bölge sorumluları görevlendirerek hizmetin bir bütün şeklinde sunulması sağlanabilir.

➤ Sağlık Bakanlığı bütçesinden modern 112 KKM ve istasyon binalarının yapılması için pay ayrılmalı, 112 kkm ve istasyonlar kendi kurumlarına ait, fiziksel ve güvenlik şartlarını sağlayan binalardan oluşmalıdır. Bunun sonucunda çalışanların diğer kurumlardan kaynaklanan sorunları ve güvenlik sıkıntıları giderilmiş olur.

➤ Güvenlik güçleri ve 112 arasında sıkı bir iletişim ve bilgi ağı kurulmalı olay yerlerine güvenlik güçlerinin ulaşımı hızlandırılarak 112 ekiplerinin güvenlikleri en üst seviyede sağlanmalıdır.

➤ 112 çalışanlarının yapmış oldukları müdahalelere bağlı olarak yaşamış oldukları idari ve yargısal suç duyurularına karşı personeli koruyacak bir sistem oluşturulmalı ya da mesleki sigortalama gibi alternatifler üzerinde çalışmalar yapılmalıdır.

➤ Hizmet kalitesinin artırılabilmesi ile çalışan personelin kalitesi doğru orantılıdır. Bu sebeple çalışan personelin eğitim seviyesi mutlaka lisans düzeyine çıkartılmalıdır. Yapılan işin önemli olması nedeniyle eğitim kalitesinin artırılması gerekmekte özellikle paramedik bölümlerinin açıldığı üniversiteler dikkatli seçilmeli öğrencilerin staj ve eğitimleri boyunca hastanelerde acil tıp uzmanlığı olan bölümlerde ve acil tıp uzmanları gözetiminde eğitimleri tamamlanmalıdır.

➤ 112 Çalışanları, çalışma sırasında işlerinden kaynaklanan birçok travmatik olaya tanık olmakta ve stresli bir iş yürütmektedirler. Travmatik olaylardan sonra çalışanlara örgütsel destek ve sosyal destek sağlanmalıdır. Yoğun iş stresine karşı genel muayenelere ek olarak psikoteknik muayenelerinde yapılması sağlanmalıdır.

➤ Kurumdaki çalışan güvenliği birimi özellikle bulaşıcı hastalar yönünden çalışanları bilgilendirmeli, gerekli tahlilleri yapmaları sağlanmalı, ve personelin sağlık taramaları ve aşıları düzenli olarak yaptırılmalıdır. Bu çalışmalarını kurum belirleyeceği bir sağlık tesisi ile protokol yaparak her yıl düzenli bir şekilde yapılmasını sağlamalıdır.

## KAYNAKÇA

AASA U, BRULİN C, ANGGUİST KA, BARNEKOW- BERGKVİST M. “ Work Related Psychosocial Factors, Worry About Work Conditions and Health Complaints Among Female and Male Ambulance Personnel. Scandinavian Journal of Caring Science 2005;19: 251-258.

ACIBADEM Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt:4.Sayı:2 Nisan 2013

ACİL TIP Dergisi Published On: Per,May2nd,2013

ADNED F, Lapostolle F, International EMS Systems: France, Resuscitation, 2004; 7-9

AKBOLAT M, IŞIK O, “Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri; Bir Kamu Hastanesi Örneği” Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.11,S.2, Ankara/2008

AKINCI, Z. (2002). “Turizm sektöründe iş gören iş tatminini etkileyen faktörler:beş yıldızlı konaklama işletmelerinde bir uygulama”, Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 2, Sayı:4, 1-25.

AKSAYAN S.” Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu Etmenlerinin İrdelenmesi” Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi Ankara/1990

AKSUNGUR A.”Doktor Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin İş Doyumu ve Yaşam Kalitesinin Düzeylerinin Belirlenmesi” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ankara/2009 (s;21)

ALTUNTAŞ S. “İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri” Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi (s;2)

AMBULANS ve ACİL SAĞLIK ARAÇLARI ile AMBULANS HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ, (07.12.2006) 26369 sayılı RG. 13.01.2010

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ. 24046 sayılı Resmi Gazete.  
<http://www.saglik.gov.tr>.

ARNOLD JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Ann Emerg Med*, 1999; 97–103.

ARSLAN.Ö ve ALBAYRAK.N,” Hemşirelerde İş Doyumu” *Modern Hastane Yönetimi Dergisi* 6(2) 29,35

ARSLANOĞLU.I “Öğretmenlerin Sosyal Statüsü ve Ekonomik Durumu”  
[www.gazi.edu.tr](http://www.gazi.edu.tr)

ARTIK S.”Yönetmelik Davranış Biçimlerinin İş Doyumuna Etkisi Üzerine Bir Araştırma” Atılım Üniversitesi Ankara/2009

ARVEY, R. D., Bouchard, Jr. T. J., Segal, N. L., ve Abraham, L. M. (1989). Job satisfaction: Environmental and genetic components. *Journal of Applied Psychology*, 74, 187-192

ASLAN Ümran, Okul Müdürlerinin Liderlik Stilleri İle Öğretmenlerin İş Doyumu Arasındaki İlişkinin incelenmesi, Gaziantep Üniv. Eğt. Bil. Enst. Eğitim Yönetimi, Teftişi, Planlaması ve Ekonomisi A.B.D., Y.L.T. Gaziantep, 2013.(s;47-48)

Australian Government Department of Foreign Affairs and Trade, Health Care in Australia ( [www.dfat.gov.au/facts/health\\_care.html](http://www.dfat.gov.au/facts/health_care.html))

BAKAN, İ. ve Büyükbeşe, T. (2004). “Örgütsel iletişim ile iş tatmini unsurları arasındaki ilişkiler:akademik örgütler için bir alan araştırması”, Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:4, Sayı:7, 1-30

BARAN M. “Hemşirelerde Öfke Düzeyinin İş Doyumuna Etkisi” Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Erzurum/2009

- BAYSAL.C.N, “Sosyal ve Örgütsel Psikolojik Tutumlar” Yalçın Ofset Matbaası, İstanbul/1981.
- BAYTOK K.S, “İş Tatmininin Örgütsel Bağlılık Üzerindeki Etkisi ve Bir Uygulama” Pamukkale Üniv. Sosyal Bilimler Enst. Yüksek Lisans Tezi Denizli/2001
- BENER, S.,Hemşirelerin Mesleki Doyumu ve Genel Ruhsal Sağlığı Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, Ankara, 1999.
- BLEGEN, M. A; (1993). “Nurses’ job satisfaction: a meta-analysis of related variables”,Nursing Research, Vol:42, No:1, 37
- BURT C.W, McCalg L.F, Valverde R.H, Analysis of Ambulance Transports and Diversions Among US Emergency Departments. Ann Emerg Med. 2006 47:317-26
- CAN H, KAVUNCUBAŞI S, “İnsan Kaynakları Yönetimi” 2. Baskı Ankara/2005
- CANBAZ S. “Manisa Kent Merkezinde Çalışan Ebelerin İş Doyumu ve Hizmete Yansıması” Celal Bayar Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Manisa/2005
- CARNEY CJ, Prehospital care- a UK perspective, British Medical Bulletin, 1999;55(4): 757-66
- CENGİZ S, “Hemşirelerde Empatik Eğilim ve İş Doyumu İlişkisi” Marmara Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul/2008
- CHARLES Hickson, Titus Oshagbemi “ The Effect of Age on The Satisfaction of Academics With Teacher and Research” International Journal of Social Economics, Vol. 26(4), 537-544-199)
- Communique For Health Reform (2003) Australian Health Care Summit  
<http://healthsummit.org.au> [www.healthreform.org.au](http://www.healthreform.org.au)
- CÜCELOĞLU D, “İnsan ve Davranış” Remzi Kitapevi, 2. Baskı İstanbul/1981-1992

- ÇALIŞIR H, "Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşire-Ebe Hemşire Örneği" Beykent Üniversitesi SBE İşletme ABD Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Tezi İstanbul/2012.
- ÇAM O. "Hemşirelerde Tükenmişlik ve Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi" yayınlanmamış doktora tezi İzmir/1999 a.g.e s;156-159
- ÇİMEN M, ŞAHİN İ, "Bir Kurumda Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeyinin Belirlenmesi" Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 5(4), 53-67, 2000
- DEMİR S. "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çalışanlarının Tükenmişlik ve İş Doyumu Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi" Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği ABD Yüksek Lisans Tezi Ankara/2010
- DERİN, N. "Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin İş Doyum Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri" Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eskişehir/2007 s;20
- DICK WF. Anglo-Amerikan vs. Franco-German emergency medical services system. Prehospital and Disaster Medicine, 2003;30,31,37
- DİELEMAN M., Cuong V. P., Anh L. V., Martineau T.: Identifying Factors For Job Motivation Of Rural Health Workers In North Viet Nam, Hum Resour Health. 2003; 1: 10.
- DOĞAN, H.Z. "Turizm işletmelerinde iş doyumunu etkileyen etmenler", 3. Ergonomi Kongresi Bildirileri Kitapçığı: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, İstanbul/1991
- DOĞAN.M.A "İlköğretim Okullarında Öğretmenlere Uygulanan Psikolojik Şiddetin İş Doyumuna Etkisi Ankara İli Sincan Örneği" Atılım Üniversitesi Ankara/2009

DÖNMEZ F.” Çalışanlarda İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık Diyarbakır Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği” Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul/2013

DURCH JS, Lohr KN. Institute of Medicine, Committee on Pediatric Emergency Medical Services. Institute of Medicine Report: Emergency Medical Services for Children. Washington, DC: National Academies Press; 1993: (285)

DÜNDAR C, Sunter A.T, Canbaz S, Çetinoğlu E, (2006) Emergency service use by older people in Samsun, Turkey. Adv Therapy. 23: 47-53

E.Journal of New World . Sciences Academy NWSA ID: 2014.9.3.3C0121 yayın no: 3C0121 s;54,69

EĞİNLİ.A.T, “Çalışanlarda İş Doyumu; Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarının İş Doyumuna Yönelik Bir Araştırma” Atatürk Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23(3),35-52

ERBAY H. “Hastane öncesi acil tıpta hastanın müdahaleyi reddetmesi” kurumsal değerlendirme ve bir alan çalışması Çukurova üniversitesi, doktora tezi Adana/2012

ERDOĞAN G.T “Toplam Kalite Yönetimi Yaklaşımında İnsan Kaynakları Yönetiminin Çalışanların İş Doyumuna Etkisi ve Uygulama Sonuçlarına Yönelik Bölgesel Bir Araştırma” doktora tezi İzmir/2004 (s;158)

ERDOĞAN İ, “İşletme Yönetiminde Örgütsel Davranış” İstanbul/1996

ERDOĞAN İ. 1994 “İşletmelerde Davranış” Beta Yayınları İstanbul/1994

EREN E. “ Yönetim ve Organizasyon” İstanbul/Beta Yayınevi;2001 s;27-39

ERGENE T. 2000 a.g.e, s;697-706

EROL A.ve ark.” Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu” Klinik Psikiyatri 2012;15: (103-110)

- ERYILMAZ M, “ Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri, İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri” Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 13(1), s;1-5
- GÖK Ş.”Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Personelin Kalite Çalışmaları Öncesi ve Sonrası Memnuniyet Durumu”. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul/2006
- GREENBER (aktaran) a.g.e.1984
- GÜL.G “Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri’nde Çalışan Personele Yönelik Hasta ve Çalışan Güvenliğinin İncelenmesi” Yüksek lisans tezi Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İzmir/2012
- GÜNERİ ve ark.”Ankara 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Çalışma Koşulları ve İş Memnuniyetinin Değerlendirilmesi” yüksel lisans tezi 2011;22:1-5 Gazi Med.J
- HACKMAN, J. R., ve Oldham, G. R. (1975). Development of the job diagnostic survey. *Journal of Applied Psychology* (s;160)
- HAMİD S., Malik A.U., Kamran İ., Ramzan M. (2014) Job Satisfaction Among Nurses Working In The Private And Public Sectors: A Qualitative Study In Tertiary Care Hospitals In Pakistan. *Journal Of Multidisciplinary Healthcare* 2014:7.
- HENNES HJ, Reinhardt T, Otto S, Dick WF. The efficacy of emergency physicianprehospital care: A prospective evaluation (German). *Anaesthesist*, 1993; 456
- HOLLİMAN J. International Development of Emergency Medicine. Lecture at the 1st International Congress of the Polish Society for Emergency Medicine: Emergency Medicine in Middle and Eastern Europe; Wroclaw, Poland. September, 2000 (13)
- HOROZOĞLU S. “Çalışanların İş Doyum Düzeylerinin Karşılaştırılması” Hacettepe Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Ankara/1995

- HOYER CB, Christensen EF. Fire fighters as basic life support responders: a study of successful implementation. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2009; 16-17
- IOM. Emergency Medical Services: At the Crossroads . Washington, DC: National Academy Press, 2007, (1-14)
- İPEK H.”Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doymu ve Denetim Odakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.” Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara/2003
- JUDGE, T. A., Hulin, C. L., ve Dalal, R. S. (2012). Job satisfaction and job affect. S. W. J. Kozlowski (Ed.), *The Oxford handbook of industrial and organizational psychology* içinde (ss. 496-525). New York: Oxford University Press
- JUDGE, T. A., Parker, S. K., Colbert, A. E., Heller, D., ve Ilies, R. (2001). Job satisfaction: A cross-cultural review. N. Anderson, D. S. Ones, H. K. Sinangil, ve C. Viswesvaran (Eds.), *Handbook of industrial, work, and organizational psychology* içinde (pp.26). London, UK: Sage
- JUDGE, T. A., ve Klinger, R. (2007). Job satisfaction: Subjective well-being at work. M. Eid ve R. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* içinde (ss. 395). New York: Guilford Publications.
- JUDGE, T. A., ve Klinger, R. (2009). Promote job satisfaction through mental challenge. E. A. Locke (Ed.), *Handbook of principles of organizational behavior* içinde (ss. 107-121). Chichester, UK: John Wiley & Sons (s;109)
- KAHYA.Y “Acil Tıp Merkezlerinin Mekansal İlişkiler Açısından İstanbul İli Örneğinde İncelenmesi” Yüksek lisans tezi Ekim/2009
- KANBAY A.” Hemşirelerin iş doymu ve örgütsel bağlılığı” Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul/2010
- KARADAĞ N, “Tükenmişlik ve İş Doymu Kırklareli Devlet Hastanesi Hemşireleri Örneği” Yüksek Lisans Tezi Beykent Üniversitesi İstanbul/2013

- KARAHALİLOĞLU N, “Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerde Tükenmişlik ve İş Doyumunun İncelenmesi” Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İstanbul/2013
- KARLIDAĞ, R., Ünal, S., ve Yoloğlu, S. (2000). Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 49-57.
- KAVLA İ.”Hemşirelerde İş Doyumu ile Tükenmişlik İlişki.” D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir/1998
- KESKİN. M. Ambulans Donanımları Standardizasyonu, 2009 (<http://www.attder.org.tr/images/pdfler/3,Ambulansdonanimlaristandatizasyonu.pdf>) Erişim Tarihi:13.12.2014
- KIDAK, L. Keskinöğlü, P, Sofuoğlu T. Ölmezoğlu, Z “112 Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımı” Genel Tıp Dergisi 2009,19(3), 114
- KIRCIOĞLU Ö, Yıldırım G.Ö Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 20(3), s: 135-142.
- KIRHAN Ş.” Çalışanların Duygusal Zeka Düzeyleri ile İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Bir Araştırma” Pamukkale Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi Denizli/2014.
- KİM ,WOO G, JEMOLD K. Leong and Young-Ki Lee (2005) Effect of Service Orientation on Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Intention of Leaving in a Casual Dining Chain Restaurant, *Hospitality Management*, 24(2) 171-193)
- KNOPP R. (1995). Relationship Among Job Satisfaction and Organizational Commitment For Nurses, *Journal of Psychology Interdisciplinary Applied*, Vol.129,No:6
- KÖKSAL G,”112 Acil Sağlık Hizmetleri’nin Yönetim ve Organizasyon Yapısının İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunları Üzerine Etkileri” Yüksek Lisans Tezi İstanbul/2010 s;342

KÖROĞLU Ö,” İş Doyumu ve Motivasyon Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin Performansla İlişkisi, Turist Rehberleri Üzerine Bir Araştırma” Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve O telcilik Ana Bilim Dalı Doktora Tezi Balıkesir/2011

KÖSE H, “Algılanan Liderlik Davranışları” İstanbul/2009

LANGHELLE A, Lossius HM, Silfvast T, Björnsson HM, ve ark. International EMS systems: the Nordic Countries. Resuscitation, 2004; 9-21.

LEWIN MR, Hori S, Aikawa N, Emergency medical services in Japan: An opportunity for the rational development of pre-hospital care and research. The Journal of Emergency Medicine, 2005; 237-41.

MUSAL, B., Elçi, Ö.Ç., Ergin, S., Uzman hekimlerde Mesleki Doyum, Toplum ve Hekim, 10(68):2-7, 1995.

MUTER Ş.” Örgüt Kültürü ve Örgütsel İletişim” CBÜ.SBÜ Doktora tezi Manisa/2008

NUNNALLY, 1967” What is coefficient alpha? (248) psychosphere.com

OFLASLI F. “Denizli İlinde Sahada Çalışan Ebelerin İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi” Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (2002)

ÖZCAN H.” Yüksek Öğrenim ve Kredi Yurtlar Kurumu Ankara Bölge Müdürlüğü Yurtları Yönetim İş görenlerinin İş Doyumu” Ankara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara/1991

ÖZER B.C.” Hastanelerde Halkla İlişkiler Uygulamalarının Sağlık Personelinin İş Doyumuna Etkisi Tarsus Devlet Hastanesi ve Mersin Özel Forum Yaşam Hastanesi “ Gazi Üniversitesi SBE. Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Mart/2014

ÖZGEN, H. T., Öztürk, A. ve Yalçın, A. (2001). İnsan Kaynakları Yönetimi, Nobel Kitabevi, Ankara. s;335

- ÖZVARIŞ, Ş.B. *Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme (s. 8-11)*. Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları. Ankara/2001
- PAVESIĆ, DAVID.V and ROBERT.A, BRYMER (1990) Job Satisfaction “ What’s Hoppening to Young Manager, Carnell Hotel and Restaurant Administration Quarterly, 30(4), 90,96
- PİŞKİN, A., Malatya Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Sağlık, İdari, Teknik ve Yardımcı Hizmetler Sınıfındaki Personelin İş Doyumu, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya, 2001
- PİYAL,B., Çelen, Ü., Şahin, N., Piyal,B., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışanların İş Doyumu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53 (4): 241-250, 2000.
- POPA F, RAED A, PURCAREA VL ve ark. (2010) “ Occupational Burnout Levels in Emergency Medicine- a Nationwide Study and Analysis J Med Life, 3; 207-215
- ROBİNSON J. and Elkan R. (1996) Health Needs Assessment. Pearson Professional Limited. New York.
- ROESSLER M, Zuzan O. EMS systems in Germany. Resuscitation. 2005 Jan; 415-9
- ROUT, U., Gender Diffrences in Stress ,Satisfaction and Mental Wellbeing Among General Practioners in England, 1999, 4(4).
- SAĞLIK BAKANLIĞI “Bakanlığı Sağlık İstatistiği yıllığı 2013”.
- SAĞLIK BAKANLIĞI” Eğitim ve Proje Hizmetleri Daire Başkanlığı.”
- SAT S. “Örgütsel ve Bireysel Özellikler Açısından İş Doyumu ile Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki” Almanya’da Banka Çalışanları Üzerinde Bir İnceleme. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Adana/2011

- SHAH MN, Bishop P, Lerner EB, Fairbanks RJ, ve ark. Validation of EMS dispatch codes associated with low-acuity patients. Prehosp Emerg Care, 2005 (24–31)
- SİĞRİ Ü ve BASIM N, “İş Görenlerin İş Doyumu ile Örgütsel Bağlılık Düzeylerinin Analizi ; Kamu ve Özel Sektörde Karşılaştırmalı bir Araştırma” Selçuk Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 6(12,131,154)
- SİKKA N, Margolis G. Understanding diversity among prehospital care delivery systems around the world. Emerg Med Clin North A, 2005; 101
- SOFUOĞLU T, Erol O, Topaçoğlu H. Ambulans ekipleri standardizasyonu, 1.baskı, İzmir 2009/ 9-10.
- SUKKARYL-Stolba S., Fullerton J.T.: Task analysis in education and evaluation: an application among midwives in the Republic of Yemen, Midwifery, 1994 Jun;10(2):104-11
- TANRIVERDİ H. Köksal G. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi İstanbul/2012 Beta Yayınevi.
- TINAR.M.Y ve ark. “Bireysel İlgi Odağı Olarak Çalışma Yaşamı” Verimlilik Dergisi 1997/1
- TRAVMA ve RESÜSİTASYON Derneği Kurs Kitabı 2006 s;15-35.
- TİNTİNALLİ JE, Cameron P, Holliman J. EMS: A practical global guidebook. PMPH USA 2010; (8-38)
- TOKER İ. Mersin üniversitesi tıp fakültesi acil tıp anabilim dalı Acil Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde İş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi Mersin/2013)
- TURKISH Medical Journal Volume:6/Number:3- December 2012.
- TÜRKDEMİR A.H, Önal. E,” Afetlere Hazırlıkta Kurumların Entegrasyonu” Deprem Sempozyumu Kocaeli/2005

- USLU M, “Resmi Eğitim Kurumlarında Çalışan Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uzmanlarının İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Danışmanların Denetim Odağı ve Bazı Değişkenlere Göre Karşılaştırılması” Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi Konya/1999
- UYAR G. “Hemşirelik ve Yönetim” 1. Baskı Hürbilek Matbaacılık, Ankara/1993.
- VAN DER PLOEG E, KLEBER RJ, “ Acute and Chronic Job Stressor Among Ambulance Personnel” Predictors of Health Symptoms. Occupational and Environmental Medicine 2003;60 (suppl) 40-46
- WIGGINS D.J “Personality Environmental Factors Related Job Satisfaction of School Counselors” Vocational Guidance Quarterly,1984
- YERLİSU T, ÇELENK B, “Liglerde Görev Yapan Voleybol Antrenörlerinin İş Doyumu Düzeylerinin Değerlendirilmesi” Sportmen Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi C6,S2, s;88 Ankara/2008
- YILMAZ H.” İş Stresi Bataryası'nın Genel İş Doyumu Ölçeğinin Revize Edilmesi” İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul/2013

**İNTERNET KAYNAKLARI**

[www.gazi.edu.tr](http://www.gazi.edu.tr) Erişim tarihi: 19.11.2014

[www.hava-ambulansi.com](http://www.hava-ambulansi.com) Erişim tarihi: 27.01.2015

[www.ankara112.gov.tr](http://www.ankara112.gov.tr) Erişim Tarihi:05.02.2015

[www.ncbi.gov/pubmed/1](http://www.ncbi.gov/pubmed/1) Erişim tarihi14.11.2014

<http://healthsummit.org.av> [www.healthreform.org.av](http://www.healthreform.org.av) Erişim tarihi: 14.11.2014

[www.nfscareers.nhs.uk](http://www.nfscareers.nhs.uk) Erişim tarihi: 27.11.2014

[www.londonambulance.nhs](http://www.londonambulance.nhs) Erişim tarihi: 18.12.2014

[www.tatd.org.tr](http://www.tatd.org.tr) Erişim tarihi:11.12.2014

[www.aciltip.com/acil tip/](http://www.aciltip.com/acil_tip/) Erişim tarihi:12.12.2014

[www.acilafet.gov.tr](http://www.acilafet.gov.tr) Erişim tarihi 03.01.2015

[www.dfat.gov.au/facts/health\\_care.html](http://www.dfat.gov.au/facts/health_care.html) Erişim tarihi:23.11.2014

[mtegm.meb.gov.tr/.../ACİL%20SAĞLIK%20HİZMETLERİ/ACİL%20SAĞLIK%20SİSTEMİ/Acil%20sağlık%20hizmetlerinin](http://mtegm.meb.gov.tr/.../ACİL%20SAĞLIK%20HİZMETLERİ/ACİL%20SAĞLIK%20SİSTEMİ/Acil%20sağlık%20hizmetlerinin) Erişim tarihi: 16.11.2014

[www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr) Erişim tarihi 08.01.2015

**EKLER**

EK-1: Anket Soruları

EK-2: Sağlık Bakanlığı Anket Uygulama İzni.

**EK.1. Anket Soruları**

Değerli Ankara İl Ambulans Servisi çalışanları;

Bu anket bir yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu araştırmanın amacı Ankara İl Ambulans Servisinde çalışan personelin iş doyumunun ölçülerek, buna etki eden faktörlerin saptanabilmesi ve çözüm önerilerinin sunulabilmesidir. Araştırma bilimsel bir amaç doğrultusunda yapılmaktadır ve anketler kişi ve kişilere verilmeyecektir bu sebeple anket formları doldurulurken isminizi yazmayınız.

Araştırmanın amacına ulaşması anket sorularının dikkatlice okunmasına, cevapların özenle seçilmesine ve soruların cevapsız bırakılmaması ile doğrudan ilgilidir. İçten vereceğiniz yanıtlarla araştırmama bulunacağınız katkılar için şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Sibel DÜZOVA

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Öğrencisi

sibelduzova@gmail.com

### MİNNESOTA İŞ DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda yapmakta olduğunuz işe karşı duygu ve durumlarınızı gösteren ifadeler bulunmaktadır. Sizden beklenen bu ifadeler üzerinde düşünerek size en uygun seçeneği ‘X’ işareti koyarak belirtmenizdir.

**1-**Hiç memnun değilim **2-** Memnun değilim **3-** Kısmen memnunum **4-** Memnunum  
**5-** Çok memnunum.

	Mesleğimin	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Kısmen Memnunum	Memnunum	Çok Memnunum
1	Beni her zaman meşgul etmesinden					
2	Tek başıma çalışmama imkan vermesinden					
3	Ara sıra değişik şeyler yapabilmeme imkan vermesinden					
4	Toplumda saygın bir kişi olma şansını bana vermesinden					
5	Yöneticimin astlarını idare tarzından					
6	Yöneticimin karar vermedeki yeteneğinden					
7	Vicdanıma uygun şeyler yapabilme olanağımın olmasından					
8	Bana sabit bir iş olanağı sağlamasından					
9	Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağım olmasından					
10	Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansım olmasından					
11	Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansımın olmasından					
12	İş ile ilgili alınan kararların uygulanmaya konmasından					
13	Yaptığım iş karşılığında aldığım ücretten					
14	İş de terfi olanağımın olmasından					
15	Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini vermesinden					
16	Kendi yeteneklerimi uygulama şansını vermesinden					
17	Çalışma şartlarından					
18	Çalışma arkadaşlarımla birbirleriyle anlaşmalarından					
19	Yaptığım iş karşılığı takdir edilmemden.					
20	Yaptığım işten duyduğum başarı hissinden.					

**DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ANKET FORMU**

1	CİNSİYETİNİZ?		
		Kadın	1
		Erkek	2
2	YAŞINIZ?	25'ten küçük	1
		25-34 arası	2
		35-44 arası	3
		45-54 arası	4
		55 ve üzeri	5
3	ÜN VANINIZ?	Doktor	1
		Hemşire	2
		Sağlık Memuru	3
		Paramedik	4
		ATT	5
		Şoför	6
4	ÖĞRENİM DURUMUNUZ?		
		Ortaöğretim ve Lise	1
		Önlisans	2
		Lisans	3
		Yüksek lisans ve üzeri	4
5	KAÇ YILDIR ÇALIŞIYORSUNUZ?		
		1 yıldan az	1
		1-5 yıl	2
		5-10 yıl	3
		10-15 yıl	4
		15 yıl ve üzeri	5
6	KURUMDA TOPLAM ÇALIŞMA		

	SÜRENİZ		
		1 yıldan az	1
		1-5 yıl	2
		5-10 yıl	3
		10 yıl ve üzeri	4
7	AYLIK GELİRİNİZ NE KADAR?		
		1500 tl ve altı	1
		1500—2500 arası	2
		2500—3500 arası	3
		3500 ve üzeri	4

8	MESLEĞİNİZİ GENEL OLARAK SEVİYORMUSUNUZ?		
		Hiç sevmiyorum	1
		Sevmiyorum	2
		Kısmen Seviyorum	3
		Seviyorum	4
		Çok Seviyorum	5
9	MESLEĞİNİZİ BAŞKALARINA ÖNERİRMİSİNİZ		
		Kesinlikle Önermem	1
		Önermem	2
		Kısmen öneririm	3
		Öneririm	4
		Kesinlikle öneririm	5

## EK.2. Sağlık Bakanlığı Anket Uygulama İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



Sayı : 39942531/770  
Konu : Tez Çalışması

Sayın: SİBEL DÜZOVA

İlgi: 10.11.2014 tarih ve 2014.5053.2.170899 sayılı yazınız

İlgi yazınızda belirtilen "112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Personelin İş Doyumu (Ankara İl örneği)" yüksek lisans tezin yapılması Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, tez sonuçlarının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Osman Arıkan NACAR  
Bakan a.  
Genel Müdür

Belgenin Aslı Elektronik İmzası:  
Yaşar ŞEREFİCAN  
Hiz.7534  
13...1.04.2015

Mithatpaşa Cad. No:3 B Blok Sıhhiye/Ankara  
A tılı bilgi için: 312 585 13 75

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fcd797f8-26bf-452a-a433-3d4560666bdc kodu ile erişebilirsiniz.

## TURNİTİN ORİJİNALLİK RAPORU

Tez Sibel DÜZOVA tarafından

Tez tarama (SBE tez) den

- 06-Tem-2015 10:17 EE ST' de işleme konu
- NUMARA: 554270774
- Kelime Sayısı: 28710

Benzerlik Endeksi

%12

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%11

Yayımlar:

%3

Öğrenci Ödevleri:

%5

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı:** Sibel DÜZOVA

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Ankara/1975

### Öğrenim Durumu.

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
<b>Yüksek Lisans</b>	Sağlık Kurumları Yöneticiliği	Atılım Üniversitesi	Devam ediyor.
<b>Lisans</b>	Hemşirelik	Atatürk Üniversitesi	2011

### İş Deneyimi.

Çalıştığı Yer	Görev	Yıl
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu 1.Bölge Genel Sekreterliği	Hemşire	Devam ediyor.
Ankara 112 İl Ambulans Servisi	Hemşire	2002/2014 arası
Nallıhan Devlet Hastanesi	Hemşire	1997/2002 arası
Nevşehir Hacıbekaş Sağlık Ocağı	Hemşire	1995/1997 arası

**Yabancı Diller:** İngilizce (orta düzeyde)

**E-posta:** sibelduzova@gmail.com

**Tarih:** 15.04.2015