



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

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARINDA İŞ
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Ali GUBUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ve BİYOMEDİKAL BİLİMLER (DİSİPLİNLERARASI)

ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Canan DEMİR BARUTCU

BURDUR -2023

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

**112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARINDA İŞ
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

Ali GUBUZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK ve BİYOMEDİKAL BİLİMLER (DİSİPLİNLERARASI)

ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Canan DEMİR BARUTCU

BURDUR -2023

TEŐEKKÖR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca; bilgi birikimini ve tecrübelerini her zaman benimle paylaşan, sabırla bana yol gösteren, tez çalışmam sürecinde bana vermiş olduğu büyük desteğı ve emeklerinden dolayı kıymetli danışmanım Doç. Dr. Canan DEMİR BARUTCU' ya, tüm eğitim hayatım boyunca gerek maddi gerekse manevi desteğini bir an olsun benden esirgemeyen sevgili annem ve kız kardeşime, tez konumu belirlemem konusunda fikir ve önerisi ile bana destek olan iş arkadaşım Paramedik Serkan MELTEM' e ve kıymetli zamanlarını ayırıp çalışmama katılım sağlayıp destek olan meslektaşlarımı en içten ve kalbi teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK	i
KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
ETİK BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	4
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık Kavramının Tanımlanması	5
2.2. Hastalık Kavramının Tanımlanması	5
2.3. İlk Yardımın Tanımlanması	6
2.4. Acil Tıp ve Acil Yardımın Tanımlanması	6
2.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tanımlanması	6
2.6. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri	7
2.7. Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri kavramı ve Tarihsel Gelişimi	8
2.8. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	14
2.9. Hastane Öncesi Dönemde Kullanılan Acil Sağlık Sistemleri	21
2.9.1. Franko-German Modeli	22
2.9.2. Anglo-Amerikan Modeli	23
2.10. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı	24
2.10.1. Acil Sağlık Hizmetleri Merkez Yapılanması	24
2.10.2. Acil Sağlık Hizmetleri Taşra Yapılanması	25
2.10.2.1. İl Sağlık Müdürlüğü	27
2.10.2.2. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü	27
2.10.2.3. İl Ambulans Servisi Başhekimliği	27
2.10.2.4. Komuta Kontrol Merkezi	28
2.10.2.5. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları	30

2.11. Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumu ve İşleyişi	32
2.12. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılmakta Olan Ambulanslar	34
2.12.1. Ambulans Çeşitleri	35
2.12.1.1. Kara Ambulansları	36
2.12.1.1.1. Acil Yardım Ambulansları	36
2.12.1.1.2. Hasta Nakil Ambulansları	37
2.12.1.1.3. Özel Donanımlı Ambulanslar	37
2.12.1.2. Hava Ambulansları	38
2.12.1.3. Deniz Ambulansları	39
2.13. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılmakta Olan Acil Sağlık Araçları	39
2.14. Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanları ve Görev Tanımları	41
2.14.1. Doktorlar	42
2.14.2. Hemşire ve Sağlık Memurları	43
2.14.3. Ambulans Sürücüler	43
2.14.4. Acil Tıp Teknisyenleri	44
2.14.5. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri	45
2.15. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mevcut Çalışma Koşulları ve Etkileyen Faktörler	47
2.16. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Yönelik Yapılan Çalışmalar	47
2.17. İş, Kalite ve Yaşam Kalitesinin Tanımlanması	49
2.18. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi	50
2.19. İş Yaşam Kalitesi Kavramı	50
2.20. İş Yaşam Kalitesinin Amacı	51
2.21. İş Yaşam Kalitesinin Önemi	53
2.22. İş Yaşam Kalitesinin Yararları	53
2.23. İş Yaşam Kalitesi Unsurları	54
2.23.1. Yeterli ve Adil Ücretlendirme	54
2.23.2. Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları	55
2.23.3. Çalışanların Kişisel Gelişim Fırsatları	55
2.23.4. Sürekli Gelişim ve İş Güvenliği için Fırsatların Sunulması	55
2.23.5. Örgüt İçi Entegrasyon	56
2.23.6. Çalışan Hakları	56
2.23.7. Çalışma ve Özel Yaşam Alanı	56
2.23.8. Çalışma Hayatının Sosyal Boyutu	57

2.24. İş Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	57
2.25. İş Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Üzerine Yapılan Çalışmalar	58
3. GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.1. Araştırmanın Tipi	62
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	62
3.3. Araştırma Örneklemi	62
3.4. Veri Toplama Araçları	63
3.4.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu	63
3.4.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	63
3.5. Veri Toplama Süreci	64
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	64
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	65
4. BULGULAR	66
5. TARTIŞMA	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	95
KAYNAKLAR	99
EKLER	114
Ek-1 Sosyo-Demografik Özellikler Formu	114
Ek-2 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	115
Ek-3 Kurum İzni	116
Ek-4 Etik Kurul İzni	117
Ek-5 Ölçek İzni	118
ÖZGEÇMİŞ	119

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Baron Larrey'in iki tekerlekli uçan ambulansı	9
Şekil 2.2. New York Bellevue Hastanesi'ne ait bir atlı ambulans	10
Şekil 2.3. II. Dünya Savaşı esnasında ABD ordusu tarafından yaralıların transportu için kullanılan uçak ambulans	13
Şekil 2.4. Kızılay'ın savaş zamanında kurmuş olduğu bir yardım çadırı	16
Şekil 2.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri taşra organizasyon şeması	26
Şekil 2.6. 112 Komuta Kontrol Merkezi	30
Şekil 2.7. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	32
Şekil 2.8. Hayat Yıldızı	33
Şekil 2.9. 112 Acil sağlık hizmetleri sunumu algoritması	34
Şekil 2.10. Yıllara göre ambulans sayısı	35
Şekil 2.11. Ulaşım türlerine göre ambulanslar	36
Şekil 2.12. Antalya ilinde acil sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ambulans ve acil sağlık araçları	41
Şekil 2.13. İş yaşam kalitesine etki eden değişkenler	58

TABLÖLAR

Tablo 2.1. Franko-German modeli ile Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması	24
Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri	66
Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması	69
Tablo 4.3. Katılımcıların çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı	79



SİMGELER ve KISALTMALAR

%	Yüzde
AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ASHİ	Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları
ASHGM	Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ASHY	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
ÇYK	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
DEÜ	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr.	Doktor
HÖASH	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri
İASB	İl Ambulans Servisi Başhekimliği
İYK	İş Yaşam Kalitesi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKM	Komuta Kontrol Merkezi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YK	Yaşam Kalitesi
yy.	Yüzyıl

ÖZET

112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Bu araştırmada 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma, Haziran–Aralık 2022 tarihleri arasında komuta kontrol merkezi ve acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan 250 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak “*Sosyo-Demografik Özellikler Formu*” ve “*Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği*” kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda; gelir durumu, haftalık çalışma saati, yıllık izinleri düzenli kullanma durumu, çalışma biriminde iş yükünün fazla olması durumu, nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlenme durumu, sosyal aktivitelere katılma durumu, mevcut işinden memnun olma durumu, çalışma esnasında şiddete maruz kalma, iş kazası geçirme değişkenleri ile iş yaşam kalitesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0,05$), buna karşın cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, sürekli ilaç kullanma durumu, mesleki unvan, istihdam durumu, bulunduğu kurumdaki hizmet süresi, eğitimine uygun bir birimde çalışma durumu değişkenleri ile iş yaşam kalitesi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda iş yaşam kalitesinin korunması ve geliştirilerek yükseltilmesine yönelik önlemler alınmalıdır. Alınacak bu önlemler hem iş yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek hem de acil sağlık hizmetleri sunumunda kalitenin artmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: 112 Acil sağlık hizmetleri, İş yaşamı kalitesi, Sağlık çalışanları

ABSTRACT

Determination of the Factors Affecting the Quality of Work Life of Emergency Medical Services Employees

The aim of this study was to determine the quality of work life and the factors affecting it among emergency medical services employees. This descriptive and cross-sectional study was conducted with 250 healthcare workers working at command control centers and emergency medical service stations between June and December 2022. "*Socio-Demographic Characteristics Form*" and "*Quality of Life Scale for Employees*" were used as data collection tools. The analysis of the data obtained from the study revealed that there was a statistically significant difference ($p<0,05$) in terms of income status, weekly working hours, regular use of annual leave, high workload in the workplace, sufficient rest before and after shifts, participation in social activities, job satisfaction, exposure to violence during work, and work-related accidents in terms of quality of work life. On the other hand, there was no significant difference ($p>0,05$) in terms of gender, marital status, place of residence, continuous use of medication, professional title, employment status, length of service in the current institution, and working in a unit suitable for education. Based on these results, measures should be taken to maintain and improve the quality of work life. These measures will not only have a positive effect on the quality of work life but also contribute to the improvement of the quality of emergency medical services.

Keywords: Emergency medical services, Quality of work life, Healthcare workers

1. GİRİŞ

Tarih boyunca hastalıklar, kazalar ve yaralanmalar insan yaşamını önemli ölçüde etkilemiştir. Bu sorunlar karşısında her dönemde farklı çözüm yolları oluşturulmuştur. Ancak geliştirilen alternatif çözümler zaman içerisinde artan insan nüfus, teknolojik gelişmeler, savaşlar ve afetler karşısında yetersiz hale gelmiştir. Bu nedenle görevi insanların acil sağlık hizmeti gereksinimlerini yerine getirmek olan bir iş kolu oluşturulmuştur (Demirbilek ve Hatık, 2020).

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH): *“Acil bir olaya bağlı olarak gelişen ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan hastalık, kaza veya sakatlık durumlarına karşı özel bir eğitim almış sağlık profesyonellerince tıbbi ekipman ve malzeme kullanılarak olay yerinde, transport esnasında ve hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin bütünüdür”* şeklinde tanımlamıştır (Resmî Gazete, 2000).

Acil sağlık hizmetleri kavramı hastane öncesi ve hastane içerisi olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır (Demirbilek ve Hatık, 2020; Yenal, 2019). Hastane öncesi bölüm iki ana unsurdan oluşmaktadır. Bunlar; ilk yardım yapan kişi/kişiler ve acil tıp teknisyenleri ve teknikerleridir. Hastane içerisi ise üç ana unsurdan meydana gelmiştir. Bu unsurlar; acil servis hemşireleri, acil doktorları ve uzman doktorlardır (Yenal, 2019). Acil sağlık hizmetlerinin amacı, herhangi bir acil durum ya da yaralanma durumu karşısında hızlı ve etkili müdahale ile oluşabilecek ölüm ve sakat kalma durumlarının en aza indirilmesidir. Acil sağlık hizmetleri birbirine bağlı unsurlardan oluşmaktadır. Bunlar: acil yardım ve kurtarma, taşıma, kaza servisleri ve rehabilitasyon çalışmalarıdır. Bu unsurlardan birinin eksik olması hizmet sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Aslan ve Güzel, 2018). Bu nedenle acil sağlık hizmetlerinin ana bölümlerinden olan hastane öncesi dönem insan sağlığının korunmasında önemli bir yere sahiptir (Toker ve Küçükyılmaz, 2001).

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerine olan ihtiyaç 1960’lı yıllarda ortaya çıkmış ancak dönemin şartları nedeniyle geri planda kalmıştır. Zaman içerisinde alınan kararlar ve geliştirilen yöntemler ile günümüzün 112 acil sağlık hizmetleri kavramı

oluşmuş ve son şeklini almıştır (Sert, 2019). Günümüzde Türkiye’de acil sağlık hizmetleri İl Sağlık Müdürlüklerine bağlı olan komuta kontrol merkezleri, 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları ve sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

112 acil sağlık hizmetlerinde hem görev tanımı hem de unvan açısından birden fazla sağlık personeli yer almaktadır. Kuruluşunun ilk yıllarında doktorlar (Dr.) ve ambulans şoförleri 112 acil sağlık hizmetlerinde görev alırken zaman içerisinde sağlık memurları, hemşireler, acil tıp teknisyenleri (ATT), ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT) bu sisteme dahil edilmiştir. (Aksu, 2020; Uslu, 2017; Yılmaz, 2014).

Acil sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının: artan iş yükü, çalışma ortamının mevcut fiziki koşulları, çalışanların sosyodemografik özellikleri, 24 saat nöbet sistemi ile çalışma, iş doyumu, iş kazası geçirme riski, travmatik stres, şiddet gibi değişkenler sonucunda iş yaşam kalitesi düşmekte ve sağlık hizmeti sunumu olumsuz yönde etkilenmektedir (Güneri ve ark., 2011; Önal, 2015; Sarıkahya ve ark., 2020).

Güneri ve ark. (2011), acil sağlık hizmetleri sunumunda görev yapan sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve iş memnuniyetlerini inceledikleri çalışmada: acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iş memnuniyetlerinin medeni durum, çocuk sayısı, eşin çalışma durumu, mesleki unvan, toplam hizmet süresi, çalışma birimi ve hastalık veya iş kazasına bağlı iş göremezlik raporu almak gibi sosyo-demografik değişkenlerinden etkilendiği görülmüştür. Ayrıca çalışanların toplam hizmet süreleri incelendiğinde işinden en memnun olanların 1-3 yıl arasında görev yapanlar olduğu en az memnun olanların ise 10 yıl ve üzerinde görev yapan çalışanlar olduğu görülmüştür. Bu durumda toplam hizmet süresinin artmasının işe olan memnuniyet ile ters orantılı olduğu anlaşılmıştır. Önal (2015), acil sağlık hizmetleri sunumunda görev yapan sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştıkları mesleki risklerin tespiti amacıyla yapmış olduğu çalışmada çalışanların son bir yıl içerisinde maruz kaldıkları mesleki riskleri incelemiştir. İnceleme sonucunda: çalışanların iş kazası geçirme oranının %3,8 olduğu, iş veya işe bağlı meslek hastalığı geçirme oranının %9 olduğu, çalışanların

%44,3'ünün kas-iskelet sistemi etkileyen hastalık geçirdiği, %22,9'unun kan ve vücut sıvılarına riskli bir şekilde maruz kaldığı, %11'inin ambulans içerisinde trafik kazası geçirdiği ve %15,7'sinin psikolojik anlamda kendisini çoğunla kötü hissettiği saptanmıştır. Ayrıca 30 yaş altı sağlık çalışanların iş kazası geçime oranının 30 yaş üstü çalışanlara kıyasla daha fazla olduğu, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının iş veya işe bağlı meslek hastalığı geçirme oranının daha yüksek olduğu, kadın sağlık çalışanlarında kas-iskelet sistemi etkileyen hastalıkların daha çok görüldüğü, ambulans ve acil bakım teknikeri ve ambulans sürücülerinin ambulans içerisinde trafik kazası geçirme riskinin çalışmaya katılan diğer meslek gruplarına kıyasla daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sarıkahya ve ark. (2020), acil sağlık hizmetleri sunumunda görev yapan sağlık çalışanlarının iş ortamında karşılaştıkları sağlık problemleri ve maruz kaldıkları mesleki risklerin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu araştırmada: acil sağlık hizmetleri çalışanlarının iş ortamından kaynaklı en fazla mesleki risklerinin (%69,5) stresli ortam, (%63,5) ağır taşıma, (%63,5) hastaların ve yakınlarının tacizi ve (%48,2) enfeksiyon bulaşına maruz kalınması olduğu belirlenmiştir. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının başlıca sağlık problemlerinin (%64,5) sırt ağrısı, (%32,5) uyku problemleri, (%27,4) şiddete maruz kalınması, (%20,8) ambulans içerisinde meydana gelen iş kazalarına bağlı olduğu görülmüştür. Ayrıca acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının %76,6'sının görevi esnasında en az bir defa şiddete maruz kaldığı; maruz kalınan bu şiddet olaylarının %48,7'sinin bağırma-tehdit ve hakaret gibi sözlü şiddet olduğu ve %26,4'ünün ise hem fiziki hem de sözlü şiddete maruz kaldığı saptanmıştır.

Mevcut literatüre bakıldığında Türkiye'de; sağlık hizmeti sunumunun sağlanmasında görev alan sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve iş yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmış çok sayıda araştırmanın olduğu görülmüştür (Alan ve Yıldırım, 2016; Ayaz ve Beydağ, 2014; Coşkun ve Uğur, 2018; Çatak ve Bahçecik, 2015; Davas ve ark., 2017; Erenoğlu ve ark., 2019; Güçlü ve Kurşun, 2018; Güneri, 2010; Memiş ve ark., 2015; Mollaoğlu ve ark., 2010; Öztürk ve ark., 2018; Palabıyık ve İşözen, 2021; Saygılı ve Çelik, 2011; Şahin ve ark., 2021; Tamer ve Öztürk, 2021; Türk ve ark., 2008). Ancak 112 acil sağlık hizmetleri sunumunda görev yapan sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin

belirlenmesine yönelik bir araştırmaya ulaşamamıştır. Oldukça zor bir görev yapan toplumun en değerli meslek gruplarından olan sağlık personellerinin sağlıklı olması ve stresiyle baş edebilmesi önce kendi sağlıkları açısından sonra toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bu anlamda çalışırken hissettikleri yaşam kalitesinin araştırılması hem kendi durumlarının hem de yöneticilerinin farkındalığını artıracaktır. Bu nedenle bu çalışma; 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın amacı, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

- H₁: 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yaşam kalitesi düzeyi yüksektir.
- H₂: 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri iş yaşam kalitesini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kavramının Tanımlanması

Sağlık; esenlik hali, sıhhat, afiyet ve canlı olma durumu olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2022). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanımlamaya göre sağlık, *‘‘kişinin bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik içerisinde olması’’* durumudur (WHO, 2023). Sağlık; fiziki, biyolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik etkenlere göre şekillenmektedir (Ünsal, 2017). Sağlığının kavramsal yönden daha net bir şekilde tanımlanabilmesi için öznel ve nesnel açıdan iki şekilde incelenmesi gerekmektedir. Öznel olarak sağlık; kişinin kendisini fiziki, psikolojik ve sosyal açılardan iyi hissetmesi durumudur (Öztürk ve Kırac, 2019). Bu çerçeveye göre kişi, sağlık durumunda negatif yönde değişiklik olmamasına rağmen kendisinin hastalığı olduğunu veya hastalığı olmasına rağmen kendisinin sağlıklı olduğunu hissedebilmektedir. Nesnel olarak sağlık ise; hekim tarafından yapılan muayene ve testler sonucunda kişide herhangi bir hastalığın olmaması durumudur. Bu doğrultuda bir kişiye sağlıklı olduğunu söylemek için öncelikle hem kendisini öznel olarak sağlıklı hissetmesi hem de nesnel açıdan sağlıklı olması gerekmektedir (Öztürk ve Kırac, 2019).

2.2. Hastalık Kavramının Tanımlanması

Literatürde hastalık sözcüğü hakkında birden çok tanımlama bulunmaktadır. Bunlardan ilki, hücreler ve dokularda hem yapısal hem de işlevsel olarak anormal değişimlere bağlı gelişen bir durumdur (Esenay, 2018) Bir diğeri ise insan vücudunun mükemmel yapısına ve işlevine zıt bir olayın olmasıdır (Ünsal, 2017). Hastalık; kişisel, sosyo-ekonomik, biyolojik, fiziksel-çevresel ve siyasi değişkenlere göre şekillenmektedir (Öztürk ve Kırac, 2019). Hastalığın kavramsal yönden daha net bir şekilde tanımlanabilmesi için tıbbi ve sosyolojik açıdan iki şekilde incelenmesi gerekmektedir. Tıbbi olarak hastalık, spesifik semptomlar ve bulgular ile ortaya çıkan patolojik bir durumdur (Esenay, 2018; Ünsal, 2017). Organizmada meydana gelen biyokimyasal ve fonksiyonel değişiklikler sonucunda fark edilen virüsler, bakteriler ve kusurlu genler vb. gibi etkenlere bağlı ortaya çıkar (Esenay, 2018). Sosyolojik

açından hastalık, kültürel ve sosyal normlarda meydana gelen negatif değişimler sonucunda ortaya çıkmaktadır (Esenay, 2018; Ünsal, 2017). Bu görüşe göre sağlığın pozitif yönde gelişimi için yaşam kalitesine daha fazla odaklanılması gerekmektedir (Esenay, 2018).

2.3. İlk Yardımın Tanımlanması

İlk yardım; ani bir şekilde gelişen ve insan yaşamını olumsuz yönde etkileyen hastalıklar, kazalar veya yaralanmalar gibi olağan dışı durumlarda olay yerinde sağlık profesyonelleri gelinceye kadar eldeki mevcut olanaklar ile yapılan uygulamalar bütünüdür (Ergülek, 2022). Bu uygulamalar insan yaşamının korunması amacıyla tıbbi ekipman kullanmadan yapılan ilaçsız müdahalelerdir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

2.4. Acil Tıp ve Acil Yardımın Tanımlanması

Acil tıp; beklemeyen hastalık, sakatlık veya kaza vb. durumlara bağlı gelişen sağlık problemlerinde hastanın muayenesi, konsültasyonu, bakımı ve tedavisini sağlayarak maksimum düzeyde faydasını esas alan bir tıp alt dalıdır (Çakır, 2014).

Acil yardım ise herhangi bir afet veya acil duruma bağlı zarar gören insanların aranması, tahliye edilerek kurtarılması, tıbbi yardım desteğinin sağlanması, gıda desteğinin yapılması, barınma-korunma-hijyen ihtiyaçlarının karşılanması, psikolojik açıdan yardım gereksinimi duyanlara destek verilmesi ve haberleşme gibi insani ihtiyaçların karşılanması durumudur (Afete Hazırlık ve Deprem Eğitimi Derneği, 2022).

2.5. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tanımlanması

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH), ani olarak meydana gelen hastalık, yaralanma ve kaza vb. durumlarda kişilerde oluşması muhtemel sağlık problemlerini ve yaşam kayıplarını önlenmek amacıyla sunulan bir sağlık hizmetidir (Atalay, 2019; Şaşmaz, 2021). ASH, acil tıp ve acil yardım konularında profesyonel eğitim almış sağlık

personelince tıbbi malzeme ve ekipman kullanılarak yapılmaktadır. Bu sağlık hizmetinin sunumu olay yerinde başlar. Hastanın sağlık kurumuna transfer süreci ve transfer sonrasında da devam eder. Bu nedenle ASH sunumunda yer alan tüm aşamalar bir bütün halinde ilerlemektedir (AFAD, 2022). ASH kavramı temel olarak iki ana bölümden oluşmaktadır bunlar: hastane öncesi ve hastane içerisi bölümleridir (Demirbilek ve Hatık, 2020; Yenal, 2019). Hastane öncesi dönemde ATT ve AABT görev yaparken hastane içerisi dönemde; acil servis hemşireleri, acil doktorları ve uzman doktorlar görev yapmaktadır (Yenal, 2019).

Günümüzde ASH tüm dünyada önemli bir yere sahiptir. Çünkü yapılan değerlendirmelerde kazalar ve yaralanmalara bağlı gerçekleşen ölümlerin %10'unun ilk 3-5 dakikada, %54-60'ının ise ilk yarım saatte meydana geldiği görülmüştür. Bu nedenle birçok ülkede sistematik olarak ilk ve acil yardım teşkilatları oluşturulmuştur. Zaman içerisinde bu teşkilatlanma ASH'nin en değerli unsuru haline gelmiştir (Şişman ve ark., 2010).

2.6. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri (HÖASH), hastane öncesi dönemde acil sağlık hizmeti gereksinime duyan ihtiyaç sahiplerine sunulan sağlık hizmetleridir.

Tanım olarak HÖASH; herhangi bir kaza, yaralanma ve afetler gibi durumlara bağlı olarak gelişen sorunlar karşısında kişilerde oluşan acil yardım gereksiniminin karşılanması anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle acil yardıma ihtiyaç duyan kişiye olay yerinde gerekli sağlık hizmetinin sağlanması ve sonrasında hasta ya da yaralının en yakın ve en uygun sağlık kuruluşuna transportunun gerçekleştirilmesini kapsayan bir sistemdir (Şimşek ve ark., 2019). Bu sağlık hizmeti anlayışı gerekli durumlarda ihtiyaç sahiplerine 7/24 kesintisiz ambulans hizmetlerinin sağlanması olarak da nitelendirilebilmektedir (Aslan ve Güzel, 2018).

2.7. Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri kavramı ve Tarihsel Gelişimi

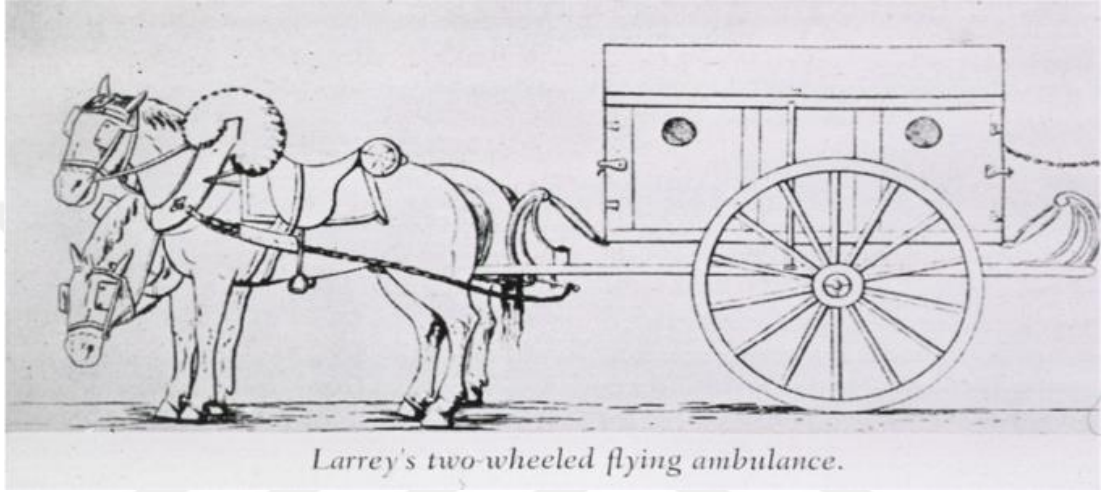
Tarihsel açıdan bakıldığında insanoğlu yaşamı sürecince kazalar, yaralanmalar veya afetlere bağlı gelişen sağlık sorunları karşısında acil olarak tıbbi yardıma ihtiyaç duymuştur (Gostak, 2021; Yılmaz, 2014). İnsanoğlunun ASH'ne gereksinimi geçmiş zamanlarda olduğu gibi günümüzde de her an devam etmektedir (Küçükkelepçe, 2022).

Tarihte ASH kapsamında yapılan ilk girişimin tahmini 5000 yıl öncesinde Mısırlılar tarafından uygulandığı düşünülmektedir. Edwin Smith Papirüsünde (M.Ö.17. yüzyıl) yer alan tıbbi girişimlere yönelik bilgiler bu kanıyı destekler niteliktedir (Demir, 2018; Karagöz, 2022). Ayrıca çeşitli kaynaklarda Eski Yunan ve Roma medeniyetlerinin savaş zamanlarında hasta ve yaralıların tedavisi ve transferlerine yönelik bilgiler olduğu görülmektedir (Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011). Bu durum acil sağlık hizmetlerinin savaşlarda kritik bir faktör olduğuna da işaret etmektedir. Şöyle ki 11. yüzyıl (yy.)'de haclı seferleri esnasında St. John Şövalyeleri Arap ve Yunan kökenli hekimler ve bilginlerden öğrenmiş oldukları ilk yardım bilgilerini savaş meydanlarından taşınan hasta ve yaralılara uygulamışlar ve savaş mağdurlarının hayatlarını kurtarma şansı elde etmişlerdir (Kaba, 2012; Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011).

15. yy.'de Avrupa'da meydana gelen Malaga savaşında ilk kez İspanyollar tarafından savaş meydanlarından hasta ve yaralıların savaş dışındaki güvenli alanlara taşınması amacıyla at arabaları kullanılmıştır (Bilgin, 2021; Gostak, 2021). Bu durum insanlık tarihinde ilk kez ambulans hizmetlerinin kullanıldığının bir kanıtı niteliğindedir (Demir, 2018; Gostak, 2021; Kaba, 2012; Karagöz, 2022; Küçükkelepçe, 2022).

1767-1772 yılları arasında Avrupa'da yer alan Amsterdam, Hamburg ve Paris şehirlerinde ilk yardım hizmetinin sunulması amacıyla acil yardım kurtarma timleri oluşturulmuştur (Kaba, 2012; Küçükkelepçe, 2022). 1797 yılında Prusya savaşında Napolyon Bonapart'ın baş cerrahi hekimi Baron Dominique Larrey tarafından ilk askeri

tıbbi ordu kurulmuştur. Bu ordunun amacı, savaş meydanlarındaki hasta ve yaralıların bulunup tedavilerinin bulundukları alanda yapılması ve tedavisi sonrasında güvenli noktalarda yer alan çadır hastanelere taşınmasının sağlamasıdır. Ayrıca Prusya savaşında Baron Larrey tarafından “*Flying Ambulance*” (Uçan Ambulans) olarak isimlendirilen atlı arabalar hasta ve yaralıların taşınması maksadıyla kullanılmıştır (Bilgin, 2021; Kaba, 2012; Karagöz, 2022; Küçükkelepçe, 2022; Yılmaz, 2014).



Şekil 2.1. Baron Larrey’in iki tekerlekli uçan ambulansı (National Library of Medicine)

18. yy.’de cerrahi alanda ünlü bir doktor olan Esmarsch Schleswig (1823-1908) tarafından ilk yardım uygulamasının önem ve kurallarının yer aldığı kitaplar yazılmış ve yayımlanmıştır. Ayrıca Esmarsch Schleswig ilk yardımın kurucusu olarak kabul görülmektedir. İsviçre’de 1863 yılında savaşlarda zarar gören ve yaralanan insanlara yardım edilmesi amacıyla Kızılhaç teşkilatı kurulmuştur (Gostak, 2021). 1864 yılında Cenevre Sözleşmesi imzalanmıştır. Bu sözleşmede ambulansların önemine dikkat çekilmiş ve bu araçlara savaşlarda saldırı yapılması yasaklanmıştır (Kaba, 2012; Demir, 2018). Sözleşme gereğince, birliklerin askerlerine hangi cephede olursa olsun hasta ve yaralanmış olan askerlere bakma zorunluluğu getirilmiştir (Gostak, 2021). Bu nedenle 1870 yılında “*Britanya Kızılhaç Cemiyeti*” kurulmuştur (Gostak, 2021; Küçükkelepçe, 2022). Ayrıca 5 Temmuz 1865 yılında Osmanlı İmparatorluğu Cenevre sözleşmesini imzalayarak kabul etmiştir. Sözleşmenin uygulanması amacıyla 11 Haziran 1868 yılında “*Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti*” kurulmuştur. Sonrasında ise bu cemiyet Kızılay adını almıştır (Gostak, 2021).

19. yy. ortalarına gelindiğinde Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’inde savaş esnasında yaralanan ve sakat kalan askerlerin savaş meydanlarından taşınıp sahra hastanelerine götürülmesi amacıyla bir nevi ambulans görevi gören at arabaları kullanılmıştır (Gostak, 2021; Ongun, 2018). Savaşın sona ermesi ile birlikte 1865 yılında Cincinnati şehrinde özel bir sağlık kuruluşuna bağlı olan ilk ambulans servisi kurulmuş ve hizmet vermeye başlamıştır (Bilgin, 2021; Gostak, 2021; Ongun, 2018). Bunu takiben 1870 yılında New York ve 1875 yılında Washington şehirlerinde bulunan hastanelere bağlı olan ambulans servisleri kurulmuş ve hizmet vermeye başlamıştır (Bilgin, 2021; Gostak, 2021). Bu ambulans servislerinde sağlık kuruluşlarına hastaların taşınması amacıyla özel olarak tasarlanan ambulanslar kullanılmıştır (Yılmaz, 2014). Ayrıca bu ambulansların içerisinde mide pompaları, sabitleme amacıyla kullanılan ateller, morfin türevi ilaçlar ve tıbbi gereçlere yer verilmiştir (Gostak, 2021).



Şekil 2.2. New York Bellevue Hastanesi’ne ait bir atlı ambulans (Antonino, 2023)

Avrupa’da ilk sivil ambulans kuruluğu 1878 yılında İngiltere’nin Londra şehrinde kurulmuştur (Demir, 2018; Gezgın, 2015; Gostak,2021; Kaba, 2012; Karagöz, 2022; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Küçükkelepçe, 2022; Yılmaz, 2014). 1881 ve 1882 yıllarında İngiltere’de ve İskoçya’da bulunan kilise yardım birlikleri Kraliçe Victoria’nın talimatıyla savaşta yaralanarak gazi olmuş insanlar ve ilk yardım konuları hakkında kitap yazıp yayımlama ve teşkilatlanma hakkını elde etmişlerdir. Böylece ilk ambulans birliklerinin kurulması ve hizmete açılması süreci başlamıştır (Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011; Gezgın, 2015). 1884 yılında sertifikasyon programı verilmeye başlanmıştır (Kaba, 2012). 1897 yılında Londra’da 24 saat hizmet veren ambulans servisleri faaliyete geçmiştir (Demir, 2018; Gezgın, 2015; Gostak,2021; Kaba, 2012; Karagöz, 2022; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Küçükkelepçe, 2022; Yılmaz, 2014). Aynı yıllarda Osmanlı İmparatorluğu’nda ise insanların sağlık problemleriyle alakadar olmaları için taşralara doktorlar gönderilmiştir. Sağlanmış olan bu hizmet ambulans servisi kapsamında olmamakla beraber doktorların zorunlu hallerde sağlık problemi olan insanların evlerine giderek tedavi yaptığına işaret etmektedir.

İlk motorlu ambulanslar ABD’nin Chicago eyaletinde yer alan Michael Reese Hastanesi’nde faaliyet göstermeye başlamıştır (Gostak, 2021). Avrupa’da ise 1906 yılında ilk motorlu ambulanslar Alman askeri birlikleri tarafından kullanılmıştır (Demir, 2018; Kaba, 2012). Zamanla bu ambulansların iç dizaynı donanımsal açıdan tıbbi müdahaleye uygun hale getirilmiştir. Bu adım ambulansların amacının sadece hasta ve yaralıların taşınmasından ibaret olmadığına bir göstergesi olmuştur (Demir, 2018). 1915 yılında ilk resmi ambulans hizmeti Londra’da kullanılmaya başlanmıştır (Bilgin, 2021). 1918 yılında ise Alman askeri birlikleri bünyesinde 3200 motorlu ambulansın sağlık hizmeti vermeye başladığı bildirilmiştir (Kaba, 2012). 20. yy.’de kentleşme ve sanayileşme nedeniyle dünyadaki insan nüfusu hızla artmıştır. Bu artış beraberinde kazalar, hastalıklar ve yaralanma sayılarının yükselişine neden olmuştur (Demirbilek ve Hatık, 2020).

20. yy. çok büyük ve kitlesel savaşların yaşandığı bir yüzyıldır. Çünkü 1914-1918 yılları arasında I. Dünya Savaşı meydana gelmiş ve çok sayıda kişi hayatını kaybetmiştir (Gostak, 2021). Savaş esnasında hasta ve yaralılara ilk yardım amacıyla

müdahaleler yapılmış ve çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden birisi ise atellemedir ve Sir Hugh Owen Thomas tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem sayesinde özellikle uyluk kemiğinde oluşan kırıklara bağlı gelişen ölüm sayılarında orantısal açıdan %20 ile %80 arasında bir azalma olmuştur (Yılmaz, 2014). Savaş başladığında askeri tıbbın esas amacı, ilk önce hasta ve yaralılara kısa süreli tıbbi müdahale yapılması sonrasında ise hasta ve yaralıların savaş dışında yer alan güvenli bölgelerdeki sahra hastanelerine taşınarak uzun süreli tıbbi müdahalelerinin yapılmasının sağlanmasıdır (Gostak, 2021). Savaş anında meydana gelen askeri saldırılar beraberinde hasta ve yaralıların transportunun sağlanmasında yeniliklere gidilmesine neden olmuştur. Bu yeniliklerden en dikkat çekenini ise uçakların hasta ve yaralıların transport aracı olarak kullanılmaya başlanmasıdır. Uçakla bilinen ilk hasta ve yaralı transportu 1915 yılında Sırp askeri birliklerinin Arnavutluk'tan çekilmesi sırasında kullanılmıştır (Yılmaz, 2014). Ayrıca 1. ve 2. Dünya Savaşları'nda hasta ve yaralı sayılarının çok fazla olmasından dolayı kara araçlarının yanında gemiler, trenler, uçaklar ve helikopterler gibi araçlar ile sağlık kuruluşlarına hasta ve yaralılar taşınmıştır (Gezgin, 2015; Gostak, 2021; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Yılmaz, 2014).

Kore (1950-1953) ve Vietnam (1955-1975) savaşlarında hasta ve yaralıların transportu için askeri tip helikopterler sıklıkla kullanılmıştır (Gezgin, 2015; Gostak, 2021; Yılmaz, 2014). Bu hava araçlarının kullanılmasının sebebi diğer transport araçlarına kıyasla daha hızlı olmalarıdır. Bu özellik, Vietnam Savaşı'nda hasta ve yaralıların hızlı bir şekilde transport edilmesini sağlanmış ve yapılan tıbbi müdahalelerde pozitif bir etki oluşmasına destek olmuştur (Gostak, 2021). Bu nedenle ilerleyen yıllarda Almanya ve İskandinav ülkelerinde hava kurtarma teşkilatları kurulmuş ve bu teşkilatlarda hizmet verecek personellerin temini için kurslar açılmıştır (Gezgin, 2015; Yılmaz, 2014).



Şekil 2.3. II. Dünya Savaşı esnasında ABD ordusu tarafından yaralıların transportu için kullanılan uçak ambulans (National Library of Medicine)

Amerika Birleşik Devleti'nde savaşlar neticesinde elde edilen tecrübeler doğrultusunda ASH'nin yapısal anlamda güçlendirilmesi amacıyla ilk olarak 1965 yılında Medicare (Sağlık Bakımı) sonrasında ise 1966 yılında Medicaid (Sağlık Yardımı) kanunları yayımlanmıştır (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Aynı yıllarda önce İrlanda'da hastane öncesi dönemde acil kardiyak yardım girişimlerinde bulunulmuş sonrasında Kanada'nın Toronto şehrinde buna benzer bir girişim yapılmıştır. Yapılan bu girişime "*Cardiac One*" ismi verilmiştir. Her iki müdahale girişiminde de belli bir başarı elde edilmiş fakat girişimler esnasında kullanılan tıbbi görüntüleme araçlarının ağırlıklarının fazlalığı mevcut teknolojinin geride olduğunu göstermiştir (Aktaş, 2009). 1960 yılının sonlarına doğru gelindiğinde doktorlar ve paramedikler ambulanslarda çalışmaya başlamış böylece ASH çok daha hızlı ve etkin duruma gelmiştir (Demirbilek ve Hatık, 2020; Gezgin, 2015; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011). Aynı zamanda günümüzde kullanılmakta olduğumuz acil tıp sisteminin esasları bu yıllarda şekillenmiştir (Demir, 2018; Kaba ve Elçioğlu, 2013).

Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi tarafından ‘‘Beyaz Kitap’’ adıyla bir bildiri yayımlanmıştır (Uslu, 2017). Bildiride, hasta ve yaralılarına sunulan acil bakım hizmetinin eksik olduğuna dikkat çekilmiştir (Demir, 2018). Aynı zamanda bu bildiri hastane öncesi dönemde verilen bakım hizmetinin geliştirilmesine katkı sağlamıştır (Yılmaz, 2014).

1970 yılının başlarında ABD’de acil tıp sistemleri süratle kurulmaya başlanmıştır (Gostak, 2021). Aynı zamanda akademik anlamda bir hamle atılarak Cincinnati Üniversitesi’nde acil tıba yönelik bir bilim dalı kurulmuştur (Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011; Uslu, 2017). Akabinde acil tıp derneğince doktorlar için ASH’e yönelik bir öğretim planı oluşturulmuştur. 1990 yılında travmalara yönelik bakım sistemi planlama ve geliştirme kanunu senatodan geçerek yürürlüğe girmiştir. 1991 yılında ise ambulans hizmetleri denklik komisyonunca ambulans hizmetlerine yönelik usul ve esaslar belirlenmiştir (Uslu, 2017; Yılmaz, 2014).

Zaman içerisinde ASH’de meydana gelen yenilikler acil tıbbın gelişerek ilerlemesine katkı sağlamış ve bugünkü modernize acil tıp sistemini ortaya çıkarmıştır (Gostak, 2021; Uslu, 2017; Yılmaz, 2014).

2.8. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Herhangi bir kaza ya da yaralanma sonucunda oluşabilecek sorunlara hızlı bir şekilde müdahale edilmesi son derece önemlidir. Bu durumlar karşısında akla ilk gelen yol ise 112 acil çağrı merkezini arayarak gerekli tedavi ihtiyacının hızlı ve etkili olarak karşılanmasını sağlamaktır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda acil sağlık hizmetleri önemli bir yere sahiptir (Toker ve Küçükıymaz, 2001; Aslan ve Güzel, 2018).

Türkiye’de ASH’nin ortaya çıkış sürecinin miladı savaş zamanlarıdır (Kozyel,2020). Tarihsel açıdan bakıldığında ASH sürecinin Osmanlı Devleti zamanlarına dayandığı görülmektedir (Demir, 2018). Bu doğrultuda ilk adım olarak Osmanlı Devleti Cenevre Antlaşması’nı imzalamıştır (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

Antlaşma hükümlerince dönemin sağlık bakanı Dr. Marko Paşa, Dr. Kırımlı Aziz Paşa ve arkadaşları tarafından 11 Haziran 1868 yılında “*Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenat (Yaralılara ve Askeri Esirlere Yardım ve Kurtarma Cemiyeti)*” kurulmuştur (Demir, 2018; Eren, 2020; Kaba, 2012; Uslu, 2017; Yılmaz, 2014). Cemiyetin adı II. Abdulhamit tarafından 11 Nisan 1877 yılında “*Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti*” olarak değiştirilmiştir (Mezgit ve Çelik, 2020; Köse, 2021). Sonrasında ise cemiyete bağlı atlı ambulans hizmetleri başlamıştır (Köse, 2021). Tarihte 93 Harbi (1877-1878) olarak bilinen Osmanlı-Rusya Savaşı’nda cemiyet tarafından birçok yardım toplanmıştır. Toplanan bu yardımlar ile ordunun ilaç gereksinimleri karşılanmıştır. Ek olarak kalan bütçe ile 9 adet seyyar hastane ve 4 adet ambulans alımı yapılmıştır (Sofuoğlu,2020).

1907 yılında, Londra şehrinde yapılan Kızılhaç buluşmasında Dr. Ömer Paşa’nın girişimiyle cemiyetin Kızılhaç üyeliği onaylanmıştır (Demir, 2018; Kaba,2012; Küçükkelepçe, 2022).

1911 yılında, Aksaray yangını hadisesinde cemiyet tarafından ilk müdahale timleri kurulmuştur. Bu durum sivil açıdan ilk ASH müdahalesi örneğidir (Demirbilek ve Hatık, 2020). Yine aynı yıl Dr. Ömer Paşa’nın girişimiyle altı aylık hemşirelik eğitim kursu düzenlenmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013). I. Dünya Savaşı sırasında ise cemiyet bünyesindeki atlı ambulanslar ile yaralıların güvenli yerlere taşınarak gerekli müdahalelerin yapıldığı bilinmektedir (Demirbilek ve Hatık, 2020).

29 Ekim 1923 tarihinde Cumhuriyetin ilanından sonra ASH konusunda birtakım yenilikler yapıldığı görülmektedir (Küçükkelepçe, 2022). Bu doğrultuda ilk olarak aynı yıl Hilal-i Ahmer Cemiyeti’nin ismi “*Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti*” olarak değiştirilmiştir (Kızılay, 2022). Ayrıca cemiyet tarafından 1928 İzmir depreminde halka hem arama-kurtarma hem de sağlık hizmetleri verilmiştir (Yılmaz,2014). ASH konusunda ilk yasal çerçeve 1580 Sayılı Belediyeler Yasası’dır. Bu yasa 1930 yılında çıkarılarak yürürlüğe girmiştir (Gostak, 2021). Akabinde 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Yasası çıkarılmıştır. Bu yasa ile yerel yönetimlere tıbbi imdat ve yardım örgütlerini oluşturma, hastane, doğum evi ve dispanserleri kurma yetkisi verilmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Fakat belediyelerin yeterli bütçelerinin

olmamasından dolayı HÖASH’de istenilen seviyede değişim ve yenilikler sağlanamamıştır (Bilgin, 2021; Kozyel, 2020).



Şekil 2.4. Kızılay’ın savaş zamanında kurmuş olduğu bir yardım çadırı (Perk, 2012)

1935 yılında, cemiyetin ismi “*Türkiye Kızılay Cemiyeti*” olarak değiştirmiştir (Bilgin, 2021; Yılmaz, 2014). Sonrasında 1947 yılında cemiyete “*Türkiye Kızılay Derneği*” ismi verilmiştir. Ayrıca kuruluşa en bilinen ismi olan “Kızılay” adı ulu önderimiz Mustafa Kemal Atatürk tarafından verilmiştir (Kızılay, 2022).

Cumhuriyetin ilk yıllarında çıkarılan kanun ile yerel yönetimlere bırakılan sağlık tesisleri, zaman içerisinde belediyeler üzerinde ciddi anlamda maddi külfet olmuş ve bu tesisler maddi kaynaklarının yeterli olmaması nedeniyle verimsiz bir hal almışlardır. Bu yüzden 1954 yılında yürürlüğe giren bir yasa ile sağlık tesislerinin birçoğu dönemin Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesine geçirilmiştir. Sadece İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde yerel yönetimlere bağlı birkaç sağlık tesisi kapsam dışı bırakılmıştır (Atasever, 2014).

1955 yılında Beyoğlu'nda bir cankurtaran merkezi kurulmuştur. Bu merkez, kendisine gelen ihbarlara göre İstanbul'un çeşitli ilçelerinde yer alan (Beşiktaş, Fatih, Sarıyer, Eminönü, Üsküdar, Eyüp, Kadıköy ve Beyoğlu) toplam 15 adet cankurtaran aracı ile sağlık hizmeti vermiştir (Sofuoğlu,2020). 1959 yılında ise cankurtaran merkezlerinin sayısı 11'e çıkarılmıştır (Aydın ve Tokaç, 2015).

1960'lı yıllarda Kızılay tarafından ilk yardım eğitimi için kurslar açılmaya başlanmış ve St. Jones Yardım Teşkilatı'nın ilk yardım kitabının Türkçe çevirisi yapılmıştır (Akyolcu, 2007). 1962'de ise Sakatların Rehabilitasyonu Cemiyeti ve Ankara Üniversitesi iş birliğince Ankara'da ilk ve acil yardım eğitim kursları açılmıştır. 1970 yılından sonra eğitim kursları Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı tarafından öğrenciler ve kamu çalışanlarına verilmeye devam edilmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013). Türkiye'de ilk yardım alanında ilk kitap çalışması olan “*İlk Tıbbi Yardım*” kitabı 1972 yılında Prof. Dr. Derviş Manizade tarafından yayımlanmıştır (Akyolcu, 2007).

Türkiye'de ASH alanında yapılan yenilikler 1960 ve sonrasındaki yıllarda ortaya çıkmıştır (Demir, 2018). Çünkü bu yıllarda karayolu taşımacılığı gelişme göstermiş bu durum beraberinde HÖASH gereksinimi artırmıştır. Karayolu taşımacılığının gelişmesi trafik kazalarının artmasına neden olmuş ancak dönemin şartlarının elverişsiz olması nedeniyle ASH geri planda kalmıştır (Sert, 2019).

12 Ocak 1961 tarihinde 224 sayılı “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*” yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla sağlık hizmeti sunumunun toplumun her kesimine ulaştırılabilmesi hedeflenmiştir. 1982 anayasası ile herkesin adil bir şekilde sağlık hizmeti alabilmesi hakkı devlet garantisine alınmıştır (Yılmaz, 2014; Uslu, 2017). 1980'li yıllarda ise ekonomik kaygılar nedeniyle oluşan göç dalgası beraberinde trafik kazaları sonucunda ölüm sayılarının artmasına neden olmuştur. Bu durum acil sağlık hizmetlerine duyulan gereksinimi gündeme getirmiştir. Bunun sonucunda 1983 yılında 2918'nolu Trafik Kanunu çıkartılmıştır (Sert, 2019). 1984 yılında acil yardım aramaları için PTT Genel Müdürlüğü'nce ilk olarak 07 numarası sonrasında ise 077 numarası kullanıma sunulmuştur (Çalışkan, 2015). 1985 yılında

mevcut sorunların giderilmesi amacıyla trafik ve nüfusun yoğun olarak görüldüğü birkaç ilde ambulans hizmetleri verilmeye başlanmıştır. (Demirbilek ve Hatık, 2020).

Türkiye’de 1985 yılına gelindiğinde modernize bir şekilde ilerleyen herhangi bir ambulans servisinin bulunmadığı görülmüştür. Bu durum hakkında dönemin Sağlık Bakanı Mehmet Aydın tarafından meclisteki bütçe görüşmelerinde bahsedilmiş ve modern bir acil yardım ağının olmaması konusundan yakınılmıştır. Bu nedenle Ankara’da 21 ambulans acil yardım ekibinin kurulacağı duyurulmuş ve kurulan bu ekiplerin hızır-1 ve hızır-2 adıyla ASH sunacağı belirtilmiştir (Gostak, 2021). 9 Ekim 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi’ne bağlı “*Hızır Acil Servis*” adıyla yeni bir birim oluşturulmuştur (Burmali, 2021; Erbay, 2021). Bu gelişme Türkiye’de modernize acil sağlık hizmetlerinin miladı olarak kabul edilmektedir (Demirbilek ve Hatık, 2020). Ardından İstanbul ve İzmir gibi nüfus yoğunluğunun fazla olduğu büyük şehirlerde “*Hızır Acil Servis*” sistemi kurulmuş ve bu hizmetten rahatça yararlanılması için 077 numarası tahsis edilmiştir (Bulut, 2016; Şaşmaz, 2021). Tahsis edilen 077 numarasının kullanımı devlet tarafından ücretsiz bir şekilde karşılanmıştır (Gül, 2021). Kurulan bu sistemlerde yerel yönetimler çok önemli yere sahiptir. Çünkü sistemin ihtiyacı olan sürücü, ambulans, yakıt desteği yerel yönetimler tarafından sağlanmıştır (Erbay, 2021; Şenüren, 2015). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ise sağlık görevlisi, tıbbi ekipman ve malzeme desteği sağlanmıştır (Kaba ve Elçioğlu, 2013). 1986 yılının sonuna gelindiğinde 22 il ve 9 ilçe merkezinde “*Hızır Acil Servis*” kurularak 433 ambulans ile ASH verilmeye başlanmıştır (Gostak, 2021). Ancak yeterli sayıda personelin bulunmaması ve bu konuda gerekli eğitim almış kişilerin olmaması mevcut sistem içerisinde sorunlara neden olmuştur (Şimşek ve ark., 2019).

1987’de yapılan Yüksek Sağlık Şurası’nda Türkiye genelinde ilk ve acil yardım hakkında bilgi birikiminin eksik olduğu dile getirilmiştir. Bu nedenle orta ve yüksek öğretim yapan eğitim kurumlarında ilk yardım dersinin verilmesi kararı alınmıştır (Kaba, 2012; Karagöz, 2022).

1988’de TRT’de “077 Hızır Acil” adıyla bir televizyon programı yayına başlamış ve o yılların sevilen sanatçıları bu programda sahne almıştır. Yapılan

program sayesinde vatandaşlarda ambulans hizmetleri ve bu hizmetten faydalanmak için kullanılan 077 numarası hakkında bir bilinç düzeyi oluşmuştur (Erbay, 2021).

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri'nin akademik anlamda gelişim süreci, 1990 yılında Dokuz Eylül Üniversite (DEÜ)'sinin çağrısı ile Türkiye'ye Dr. John Fowler'ın gelmesi ve üniversite hastanesinin acil servis kliniğinde işe başlaması ile başlamıştır (Doğan, 2012; Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011). Aynı yıl ASH'in niteliğinin artırılması amacıyla “*Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne*” bağlı “*Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü*” birimi kurulmuştur (İlhan ve ark., 2016; Köksal, 2010). Kurulan bu birim ile Sağlık Bakanlığı HÖASH'nin yeniden yapılanmasını hedeflemiştir. Bu hedef doğrultusunda ASH ile ilgili problemlerin belirlenmesine yönelik Ankara, İstanbul ve İzmir şehirlerini kapsayan pilot uygulama çalışması yapılmış ve çalışmadan elde edilen veriler bir rapor haline getirilmiştir. Raporla; planlama hataları, moral ve motivasyon faktörleri, alt yapıdan kaynaklı sorunlar, teşkilatlanma ve uyum vb. konular hakkında bilgilere yer verilmiştir (Gostak, 2021).

1991 ve 1992 yıllarında telekomünikasyon alt yapısında yeniliklere gidilerek ASH'de kullanılmak üzere 112 numarası tahsis edilmiştir. Bu numara hala ASH iletişim numarası olarak kullanılmaktadır (Demirbilek ve Hatık, 2020). 1992 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından I. Ulusal Sağlık Kurultay'ı düzenlenmiştir. Yapılan bu kurultayda ASH konusunda yaşanmakta olan sorunlar ele alınmış ve bu hizmetler hakkında yasal bir düzenleme ile genel anlamda bir temel oluşturulmasının gerektiği belirtilmiştir (Kaba ve Elçioğlu, 2013). 1993 yılında, Türkiye'de ASH alanında görev alacak sağlık çalışanlarının yetirilmesi için DEÜ'de Acil Tıp Ana Bilim dalı kurulmuştur. Böylece ilk ve acil yardım tıpta bir uzmanlık dalı haline gelmiştir. Akabinde Fırat Üniversitesi bünyesinde Acil Tıp Ana Bilim dalı kurularak eğitim faaliyetlerine başlamıştır (İlhan ve ark., 2016; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Uslu, 2017; Paksoy, 2016; Şen ve ark., 2013; Yılmaz, 2014). Aynı yıl, DEÜ bünyesinde “*İlk ve Acil Yardım*” ön lisans programı açılarak öğrencilere eğitim vermeye başlanmıştır (Çebi, 2022; Çelikli, 2016; Karagöz, 2022; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; İlhan ve ark., 2016).

1994 yılında milletlerarası uyum çalışmaları kapsamında, HÖASH’de kullanılan 077 numarası yerine 112 numarasına geçilmiştir (Bulut, 2016; Düzova, 2015). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı tarafından 112 numarası ile “*112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri*” projesi geliştirilmiştir. Proje kapsamında altı ilde acil sağlık hizmeti verilmeye başlanmıştır (Aslan ve Güzel, 2018; Nur ve ark., 2008). ASH’ye erişimin artırılmasıyla amacıyla 1995’te çıkarılan karar ile 112 numarası Türkiye’nin acil sağlık çağrı numarası olarak kabul edilmiştir (Gül, 2021; Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

1996 yılında Sağlık Bakanlığı’na bağlı eğitim kurumlarında acil tıp teknisyenliği bölümü kurularak öğretime başlamıştır (Çebi, 2022; Doğan, 2012; Eren, 2020; Gezgin, 2015; Köksal, 2010; Paksoy, 2016). Sonraki yıllarda bu eğitim kurumları Milli Eğitim Bakanlığı bünyesine bağlanmıştır (Atasever, 2014).

1997 yılında “*İlkyardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı*” kurulmuştur (Gül, 2021; Kaba, 2012). “*İlkyardım Şube Müdürlüğü*” ile “*Afet Kriz Yönetimi Şube Müdürlüğü*” bu başkanlığın bünyesine dahil edilmiştir (İlhan ve ark, 2016). Sunulan acil sağlık hizmetleri 1998 yılında 49 ilde verilmeye başlanmıştır (Demirbilek ve Hatık, 2020). Aynı yıl Türkiye’nin ilk ilk ve acil yardım uzmanları mezun olmuştur (Köse, 2021; Küçükkelepçe, 2022).

2000 yılında “*Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (ASHY)*” Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. (Çebi, 2022; Köse, 2021; Şimşek ve ark., 2019). Bu yönetmelik ASH’nin yönetim ve organizasyona dair standartları içermekte olup çıkartılan bu yönetmelik ile konumu neresi olursa olsun herkesin ASH’ye daha kolay erişim sağlayabilmesi, nitelikli, kaliteli ve verimli bir sağlık hizmeti sunumu alabilmesi amaçlanmıştır (Eren, 2020; Düzova, 2015; İlhan ve ark.,2016; Paksoy, 2016).

2001 yılında “*Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*” Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Çebi, 2022; Şimşek ve ark., 2019).

İlk kez 2004 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmet veren 112 acil yardım istasyonu ve hastanelere ABTT ve ATT'lerin ataması yapılmış ve göreve başlamışlardır (Almacıoğlu, 2011; İlhan ve ark., 2016; Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011; Paksoy, 2016).

2007'de 2000 yılında hazırlanarak yürürlüğe giren ASHY'nin 28. maddesinde güncellemeye gidilerek AABT ve ATT'lerin görev tanımları eklenmiştir (Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011; Paksoy, 2016).

26 Mart 2009 tarihinde Resmi Gazete'de 27181 Sayılı AABT ve ATT'lerin çalışma hususlarına dair standartları içeren bir bildiri yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete, 2009). Yayımlanan bildiride HÖASH'de uygulanan tıbbi yardım ve müdahale aşamaları yer almaktadır (Almacıoğlu, 2011).

Günümüzde Türkiye'de HÖASH; İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde yer alan komuta kontrol merkezleri, 112 acil sağlık hizmetleri istasyonları ve sağlık kurumları tarafından verilmektedir (Şimşek ve ark., 2019). Mevcut verilere göre Türkiye'de ASH sunumunun sağlanmasında 3 bine yakın 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu, 5 binin üzerinde ambulans ve 34 binin üzerinde sağlık profesyoneli görev almaktadır. Türkiye'nin dört bir yanına ulaşan 112 acil sağlık hizmetleri mevcut sağlık sistemimizin en önemli unsuru haline gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

2.9. Hastane Öncesi Dönemde Kullanılan Acil Sağlık Sistemleri

Dünya geneline bakıldığında ASH'nin ülkeden ülkeye değişkenlik gösterdiği görülmüştür. WHO'ya göre; acil tıp sistemleri işlevsel ve etkin olması nedeniyle sağlık sistemlerinde önemli bir yere sahiptir (Sert, 2019).

Hastane öncesi dönemde milyonlarca kişi komplike olaylar ya da yaralanmalar karşısında ASH'den faydalanmaktadır. Nitelikli bir ASH sunumu sağlamak için ülkelerin yeterli seviyede bilgiye, beceriye ve ekipmanı bulunması gerekmektedir. HÖASH; acil yardıma ihtiyaç duyan kişiye olay yerinde gerekli sağlık hizmetinin sağlanması ve sonrasında ise en yakın ve en uygun sağlık kuruluşuna transportunun

sağlanması amaçlayan bir sağlık hizmetidir (Şimşek ve ark., 2019). 20. yy.'nin ikinci yarısından itibaren gelişmiş toplumlarda bu sağlık hizmetinin öneminin farkına varılmış ve birçok çalışma yapılarak en doğru ve en uygun olan bir acil sağlık sistemi geliştirilmeye çalışılmıştır (Durmuş, 2022).

1970 yılından itibaren HÖASH sunumu farklı niteliklere sahip olan iki acil sağlık modeline göre gerçekleştirilmekte olup bunlar; Franko-German (Fransız-Alman) ve Anglo-Amerikan (İngiliz-Amerikan) modelidir. (Al-Shaqsi, 2010; Kotsiou ve ark., 2018). Franko-German modelinde, hizmet sunumunda doktorlar görev almakta iken Anglo-Amerikan modelinde ise, AABT ve ATT'ler görev yapmaktadır (Durmuş, 2022; Şaşmaz, 2021).

2.9.1. Franko-German Modeli

Bu model, Avrupa'nın batı kısmında ortaya çıkmıştır (Düzova, 2015). Rusya'da yaygın olarak kullanılmasına karşın Fransız-Alman modeli olarak bilinmektedir (Paksoy, 2016). Anglo-Amerikan modelinin aksine kal ve müdahale et mantığını esas almaktadır (Gül, 2021; Palteki, 2017; Yiğit, 2019). Modelin temel amacı; hastanelerin mevcut imkanlarının hasta ve yaralılara sunulmasının sağlanmasıdır (Çebi, 2022). Bu modelde sağlık hizmeti sunumu doktorlar tarafından verilmektedir (Gül, 2021; Şaşmaz, 2021).

Bu acil tıp modelinde, hasta ve yaralıya sahada tıbbi girişimler yapılmakta sadece hayati tehlikesi bulunan kişiler hastaneye transfer edilmektedir. Bu modelin tercih edildiği sağlık birimlerinde koordineli ve ekipmanlı bir acil servis çoğu zaman bulunmamaktadır. Acil servisi olan yerlerde ise, uyum eğitimi alan pratisyen hekimler anestezi hekimlerinin gözetiminde hizmet vermektedir. Ayrıca bu modelde, daha fazla elemana ve araç-gerece gereksinim duyulmaktadır (Şaşmaz, 2021).

Franko-German modeli; Fransa, Litvanya, Rusya, Almanya, Portekiz, Avusturya, Yunanistan, Finlandiya, Slovenya, Malta, İsviçre, Norveç ve İsveç'te kullanılmaktadır (Aslan ve Güzel, 2018; Durmuş, 2022; Doğan, 2012; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Sert, 2019; Şimşek ve ark., 2019).

2.9.2. Anglo-Amerikan Modeli

Dünya genelinde birçok ülke tarafından kabul görmüş bir acil tıp sistemidir (Doğan, 2012). 1973'te ABD'de geliştirilmiştir. “*Scoop and Run*” ismiyle de anılmaktadır (Düzova, 2015). Franko-German modelinin tersine yükle ve götür mantığını esas almaktadır (Gül, 2021). Bu modelde asıl hedef, hasta ve yaralıların olay yerinden sağlık kuruluşlarına seri bir şekilde transport edilerek vakit kaybının en aza indirilmesidir (Aslan ve Güzel, 2018; Paksoy, 2016). Bu modelde, hastaya gerekli olan tıbbi girişim olay yerinde AABT ve ATT tarafından başlatılır ve hastanın sağlık kuruluşuna transportu esnasında da devam eder. Sonrasında ise hastanın ileri düzey tıbbi bakım desteği alması için acil servis birimine teslimi sağlanır. (Aslan ve Güzel, 2018; Doğan, 2012; Şimşek ve ark., 2019). Acil servis birimleri acil alanında uzmanlığı olan hekimler tarafından koordine edilmektedir (Aslan ve Güzel, 2018). Bu nedenle bu modelin tercih edildiği yerlerde acil tıp alanı ayrı bir uzmanlık dalı olarak görülmektedir (Çebi, 2022).

Anglo-Amerikan modelini uygulayan devletler ise; Kanada, ABD, Avustralya ve İngiltere'dir (Şaşmaz, 2021). Anglo-Amerikan modeli benimseyip uyum sağlamaya çalışan devletler ise; Kosta Rika, Hong Kong, İrlanda, İsrail, İzlanda, Malezya, Hollanda, Filipinler, Yeni Zelanda, Polonya, Nikaragua, Güney Kore, Singapur, Tayvan'dır (Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011).

Türkiye'de HÖASH'de Anglo-Amerikan modeli kullanılmaktadır. Bu modelde, sahada meydana gelebilecek beklenmeyen bir olaya karşı kendisine her an ulaşılabilen bir tıbbi yönetici bulunmaktadır. Türkiye'de bu kişi danışman hekim olarak adlandırılmaktadır. Tıbbi yönetici, belirlenen zorunlu hizmet içi eğitimleri almış bir tıp hekimi olup olay yerinde görev alan ASH çalışanlarının kontrolü ve yapılacak olan tıbbi uygulamaların denetiminden sorumludur. Tıbbi onay gerektiren zorunlu hallerde ASH çalışanlarına gerekli olan talimatları vererek hasta ve yaralıların sunulan ASH'den maksimum seviyede faydalanmasını sağlar (Durmuş, 2022).

Model	Anglo-Amerikan Modeli	Franko- German Modeli
Hasta Bakımı	Olay yerinde minimum seviyede tıbbi müdahale Sağlık kuruluşuna daha fazla transfer	Olay yerinde maksimum seviyede tıbbi müdahale Sağlık kuruluşuna daha az transfer
Bakım Veren	Paramedikler	Paramedikler ile desteklenmiş hekimler
Temel Amaç	Hasta ve yaralının sağlık kuruluşuna transfer edilmesi	Hasta ve yaralıya sağlık kuruluşunun getirilmesi
Transfer Yeri	Direkt olarak hastane acil servisleri	Hastane acil servisleri by-pass edilerek doğrudan ilgili yataklı servislere
Kapsamı	Kamu güvenliği organizasyonu	Kamu sağlığı organizasyonu

Tablo 2.1. Franko-German modeli ile Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması (Eren, 2020)

2.10. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyon Yapısı

Acil sağlık hizmetleri, acil durumlarda yapılması gereken tıbbi müdahaleler konusunda eğitim almış sağlık profesyonellerince erken dönemde tıbbi ekipman ve malzeme kullanılarak sunulan hizmetler olup yurt genelinde tek bir merkezden planlanıp sevk ve idare edilen bir yapıdadır (Çalışkan, 2015).

Acil sağlık hizmetlerinin gelişim sürecine kronolojik açıdan bakıldığında teşkilat yapısının her ülkede farklılık gösterdiği görülmüştür. Dünyada meydana gelen değişimler ve yenilikler ışığında Türkiye’de ise özellikle son dönemde ASH üzerinde birtakım çalışmalar yapılarak revizyona gidilmiştir (Çebi, 2022; Gül, 2021).

Acil sağlık hizmetleri organizasyon yapısı merkez ve taşra yapılanması olarak iki ana bölümden oluşmaktadır (Gezgin, 2015; Milli Eğitim Bakanlığı-Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, 2011).

2.10.1. Acil Sağlık Hizmetleri Merkez Yapılanması

İnsanların gereksinimleri doğrultusunda devamlı olarak değişim ve gelişim halinde olan ASH Türkiye’de 1980’li yıllarda gündem haline gelmiştir (Çebi, 2022).

Türkiye’de kamu idaresinin yeniden düzenlenmesi ve sağlık hizmeti sunumunun iyi bir şekilde verilmesine yönelik hazırlanarak Aralık 2003 tarihinde halka sunulan Sağlıkta Dönüşüm Planı kapsamında sağlık hizmetlerinde yeni bir teşkilatlanmaya gidilmiştir (Yılmaz, 2014).

11 Ekim 2011 yılında Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğüne giren 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile ASH şuan ki mevcut halini almıştır (Çebi, 2022; Yılmaz, 2014). Çıkarılan bu KHK ile, Sağlık Bakanlığı’na bağlı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde yer alan Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (ASHGM) ismini alarak yeni bir hizmet birime haline gelmiştir (Çebi, 2022; Yılmaz, 2014). ASHGM’ye bağlı 6 daire başkanlığı bulunmaktadır (Eren, 2020; Gül, 2021). Bunlar;

- “Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı,
- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı,
- 112 Acil Sağlık Daire Başkanlığı,
- Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı,
- İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı,
- Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı’dır” (Bilgin, 2021; Çalışkan, 2015; Kozyel, 2020; Küçükkeleş, 2022).

2.10.2. Acil Sağlık Hizmetleri Taşra Yapılanması

Türkiye’nin her şehrinde ASH’nin sağlanması için çalışan ASHGM bünyesine bağlı taşra yapıları bulunmaktadır (Bilgin, 2021).

Acil sağlık hizmetlerinin taşra yapılanması merkez yapılanmasında görüldüğü gibi belli bir düzen esas alınarak oluşturulmuştur (Çalışkan, 2015). ASH taşra yapısı; temel ve destek hizmetler olarak iki kola ayrılmaktadır (Çalışkan, 2015; Kozyel, 2020).

Şehirlerde yer alan ASH temel hizmet birimleri;

- Acil sağlık hizmetleri şube müdürlüğü,
- İl ambulans servisi başhekimliği (İASB),
- Kamu ve özel sağlık kurumlarda yer alan acil servis birimleri,

Şehirlerde yer alan ASH destek hizmet birimleri ise;

- I. basamak sağlık kurum ve kuruluşları (Toplum sağlığı merkezleri, aile hekimlikleri ve sağlık evleri),
- Yataklı tedavi kurum ve kuruluşları (Eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri vb.),
- Sağlık hizmeti sunumu yapan kamu kurum ve kuruluşları,
- ASH sunumu yapan özel sağlık kuruluşları ve kişileridir (Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, 2021; Bilgin, 2021).



Şekil 2.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri taşra organizasyon şeması (Çebi, 2022)

2.10.2.1. İl Sağlık Müdürlüğü

İl merkezlerinde, bakanlıklar ve bağlı kurum ve kuruluşlarının taşra yapılanmalarının en üst amirleri görev mahalleri ile ilgili her konuda valiye karşı sorumlu konumdadır (Yılmaz, 2014).

Taşra yapılanması bütününde verilen tüm hizmetlerin koordinasyonu için KHK ile sağlık müdürü, ilde valinin sağlık danışmanı ve bakanlığın validen sonraki en üst amiri olarak seçilmiştir. İl sağlık müdürlüğü, hem ASH'nin sağlamasından hem de kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarının koordineli bir şekilde hizmet vermesinden sorumludur (Yılmaz, 2014).

2.10.2.2. Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü

Acil sağlık hizmetlerinin temel hizmet birimleri arasında yer almaktadır (Yılmaz, 2014). İl sağlık müdürlüğü adına; ASH'ne yönelik faaliyetlerin planlı ve koordineli bir şekilde yürütülmesi, ilde hizmet veren bütün ambulansların ruhsatlandırması ve kontrolü, hastane acil servis birimlerinin denetim ve koordinasyonu, il genelinde ilk yardım eğitim faaliyetlerinin organizasyonu ve bu faaliyetlerin yapılmasına yardımcı olan ilk yardım merkezlerinin ruhsatlandırması ve kontrolü, il afet programının hazırlanma ve uygulanma aşamalarının organizasyonu ve ASH ile ilgili her türlü bilginin toplanarak değerlendirilmesi gibi görevleri yerine getiren bir hizmet birimidir (Çalışkan, 2015; Kozyel, 2020; Küçükkelepçe, 2022).

2.10.2.3. İl Ambulans Servisi Başhekimliği

İldeki ASH ihtiyacının karşılanması amacıyla bünyesinde komuta kontrol merkezi (KKM) ve acil sağlık hizmetleri istasyonlarını (ASHİ) barındıran bir hizmet birimidir (Bilgin, 2021). Bu doğrultuda, hastane öncesi dönemde ASH için 112 acil çağrı merkezine gelen çağrılarının karşılanması, alınan çağrılara göre mevcut ambulansların koordinasyonu, bünyesinde yer alan alt birimlerin ve sağlık çalışanlarının idaresi gibi konulardan sorumludur (Altan, 2020).

İl Ambulans Servisi Başhekimliğinin başlıca sorumlulukları;

- Başhekimliğe bağlı olarak ASH sunumunda görev yapan herkesin denetlenmesi ve organize bir biçimde çalışmasının sağlanması,
- ASH'ye yönelik her türlü verinin kayıt altına alınması, işlenmesi ve istatistiki açıdan değerlendirilmesi,
- İlin mevcut coğrafi yapısına, ihtiyaçlarına ve il genelindeki kişi sayısına göre deniz-kara-hava ambulanslarının temininin sağlanması,
- Komuta kontrol merkezi ve acil sağlık hizmetleri istasyonlarında kullanılmak üzere her türlü ekipmanın temin edilmesi, kayıt altına alınması ve periyodik bakımlarının yapılmasının sağlanması,
- ASH'nin sürekliliğinin sağlanması ve gelişmesine yönelik gerekli olan hizmet binası, sağlık çalışanı ve gerekli ekipmanların temini için planlama ve bütçe çalışmalarının yapılması,
- ASH sunumunda yer almak bütün kurumlar arasında iş birliğinin sağlanmasıdır (Aksu, 2020; Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, 2020; Gezgin, 2015).

2.10.2.4. Komuta Kontrol Merkezi

Herhangi bir ilde ya da bölgede, meydana gelen acil durumlarda ambulans talebi için acil aramalar tek bir numaraya yapılmakta olup Türkiye'de acil durumlar için 112 numarası kullanılmaktadır (Akbiyık, 2011).

Komuta Kontrol Merkezi'nin birçok yerde bilinen adı çağrı merkezidir. Bu merkeze sadece acil durum çağrıları gelmektedir. KKM gelen acil durum çağrısına kayıt altına alan, sonrasında ise en yakın ve en uygun sağlık ekibini olay yerine sevk eden teknolojik açıdan gelişmiş bir alt yapıya sahiptir ve insan kaynaklı hataları en aza düşürmeyi hedefleyen bir otomasyon sistemini kullanmaktadır (Ayten, 2015).

Komuta Kontrol Merkezi, İASB'ye bağlı olarak hizmet vermektedir (Ayten, 2015; Tanrıverdi ve Köksal, 2012). ASHY'nin 9.maddesi çerçevesinde 7/24 ASH sunumunun sağlanmasında görev alırlar. Bu merkezler, bulundukları ilde yaşayan

insan sayısına, acil durum çağrısı sayılarına, ilin mevcut niteliklerine göre yeterli miktarda sağlık çalışanı, teknolojik ekipman ve otomasyon ile uygun olan yapılara kurularak hizmet verirler (Ayten, 2015; Tan, 2020).

Komuta Kontrol Merkezi'nin başlıca sorumlulukları;

- 112 acil durum çağrılarını değerlendirerek kaydetmek, gelen çağrılar doğrultusunda en yakın ve en uygun sağlık ekibinin olay yerine sevkini sağlamak,
- İl genelinde kendi bünyesinde yer alan istasyonların kullanmakta olduğu acil sağlık araçlarının koordineli bir biçimde sevk ve idaresini sağlamak,
- Sağlık kurumları arasındaki düzeni sağlayarak hasta nakil ağının nizami bir şekilde ilerlemesini sağlamak, başta yoğun bakımlar olmak üzere sağlık kurumlarında yer alan tüm servislerdeki doluluk oranı sağlık çalışanı sayısının takip etmek,
- Acil sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hizmete katılıp destek olan kurum ve kuruluşların koordineli bir şekilde çalışmasını sağlamak,
- Beklenmedik olaylar ve afet durumlarında diğer kuruluşlar ile koordinasyon içinde olay yerine yeteli miktarda ambulans ve acil sağlık aracı yönlendirmek, sağlık kurumlarının koordinasyonunun sağlanmak, gerekli hallerde il genelinde bulunan bütün kamu ve özel ambulansların sevk ve idaresini yapmak,
- İl ambulans servisi başhekimliği tarafından verilmiş olan diğer sorumlulukları yerine getirmektedir (Aksu, 2020; Altan, 2020; Ongun, 2018).



Şekil 2.6. 112 Komuta Kontrol Merkezi (Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü, 2021)

2.10.2.5. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları

Acil sağlık hizmetleri istasyonları, KKM'ye iletilen aramaların değerlendirilmesi sonucunda oluşan mevcut vakaların telsiz ya da telefon aracılığıyla iletildiği hizmet birimleridir (Ayten, 2015; Burmalı, 2021; Gül, 2021).

Acil sağlık hizmetleri istasyonları; hasta veya yaralılara en kısa zamanda ulaşarak ASH sunumunu sağlar, gerekli tıbbi uygulamayı yapar ve ileri tedavi için hasta veya yaralıları olay yerinden alarak en yakın ve en uygun sağlık kuruluşuna naklini sağlamaktadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Acil sağlık hizmetleri istasyonlarında acil sağlık alanında eğitim almış sağlık çalışanları görev yapmakta ve gerekli tıbbi donanıma sahip ambulanslar bulunmaktadır (Aksu, 2020).

Acil sağlık hizmetleri istasyonlarının bir bölgede kurulabilmesi için; insan sayısının elli bin ve üzerinde olması, ulaşımın zor olması, ASH gerektiren durumların sayısının çok olması, trafik kazası, iş kazası ve benzeri durumların sayısı gibi faktörlere bakılarak İl sağlık müdürlüğünün önerisi ve valiliğin izni gerekmektedir (Altan, 2020). Ancak zorunlu hallerde il dışında da valilik önerisi ve Sağlık Bakanlığı'nın izni ile ASH kurulabilmektedir (Altan, 2020; Burmalı, 2021).

Türkiye’de ASHİ; görevli sağlık personeline, bağlı bulunan idari birime ve çalışma süresine göre üç şekilde sınıflandırılmıştır (Ekşi, 2015). Bunlar;

- **A Tipi İstasyon:** Bu istasyonlar, kesintisiz bir şekilde ASH sunumunu sağlayan 7 gün 24 saat esasına göre sağlık hizmeti sunan birimlerdir (Aksu, 2020; Çalışkan, 2015; Çebi, 2022). İASB’ye bağlı olarak görev yaparlar (Ayten, 2015; Eren, 2020; Ongun, 2018). Bulundukları lokasyonun gereksinime göre A tipi istasyonlarda birden fazla 112 ekibi ve ambulans görev yapabilir (Gül, 2021; Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü, 2022; Tan, 2020). Bu istasyonları göreve açma ve kapatma yetkisi Sağlık Bakanlığı’na ait olup tarafınca gerçekleştirilmektedir (Altan, 2020; Tanrıverdi ve Köksal, 2012). A tipi istasyonlar bünyesinde görev yapan sağlık personeline göre, A1 ve A2 olarak adlandırılmaktadır. A1 tipinde görev yapan sağlık ekibinde doktor bulunurken, A2 tipinde ise AABT ve ATT’ler yer almaktadır (Küçükkelepçe, 2022; Tan, 2020).
- **B Tipi İstasyon:** Birinci, ikinci ve üçüncü seviye sağlık kurum ve kuruluşlarına entegre bir şekilde ASH sunumunu sağlayan hizmet birimleridir (Burmali, 2021; Ongun, 2018). Mevcut kadrosu ve özlük hakları yönünden yer aldıkları kuruma, ambulans hizmeti yönünden ise İASB’ye bağlı olarak çalışırlar (Altan, 2020; Ekşi, 2015). B tipi istasyonlarda 112 ekibi içinde doktorlar görev yapmaktadır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Bu istasyonlar bağlı oldukları kuruma göre, B1 ve B1 olarak adlandırılmaktadır. B1 tipi hastane acil servis birimlerine entegre bir şekilde görev yaparken, B2 tipi ise birinci seviye sağlık kurum ve kuruluşlarına entegredir (Altan, 2020; Burmalı, 2021; Ekşi, 2015; Ongun, 2018).
- **C Tipi İstasyon:** Bu istasyonlar, günün belli zamanlarında mevcut gereksinimler doğrultusunda yalnızca ambulans hizmetinin sağlanması amacıyla hizmet vermektedir (Gül, 2021; Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü, 2020; Ongun, 2018). Yönetim ve özlük hakları yönünde İASB’ye bağlı olarak görev yaparlar (Ayten, 2015; Eren, 2020; Tan, 2020).

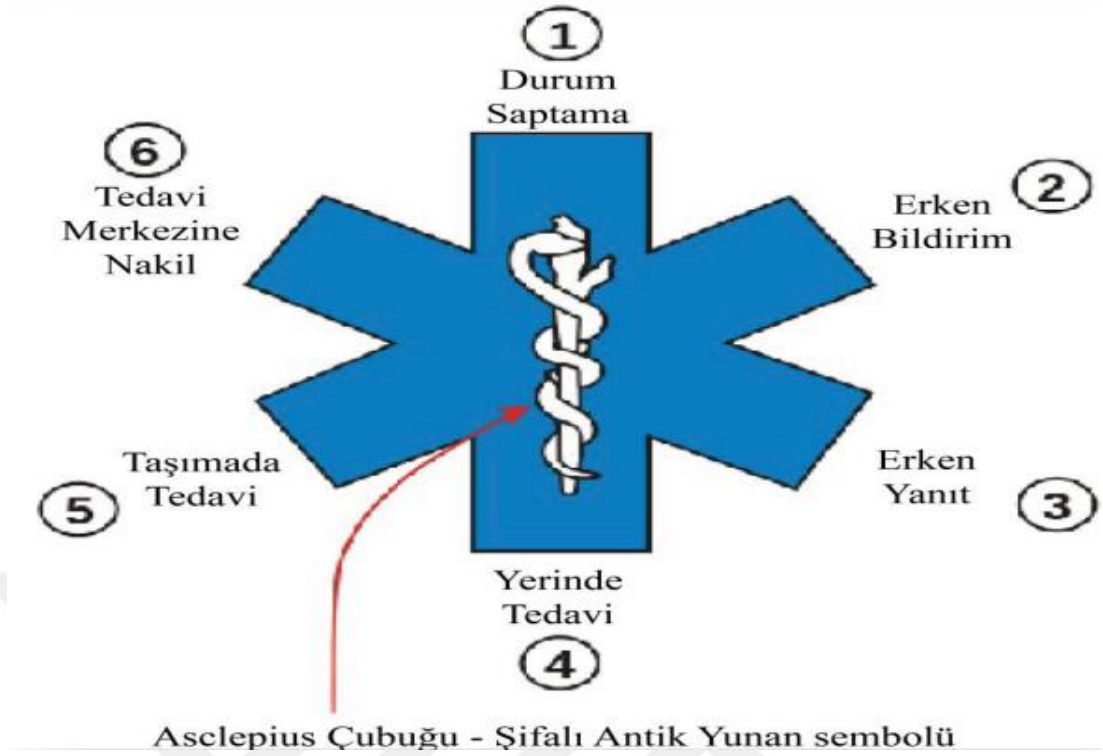


Şekil 2.7. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, 2018)

2.11. Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumu ve İşleyişi

112 ASH sunumunun nasıl ilerlediği ve hangi unsurlar çevresinde şekillendiği son derece önemlidir. HÖASH'nin her bir basamağı uluslararası geçerliliği olan bir simge ile açıklamıştır. Bu simge “*Hayat Yıldızı (Star of Life)*” olarak isimlendirilmiştir. Buna göre HÖASH sunumu altı evreden oluşmaktadır. Bunlar;

- Mevcut olayının saptanması (Detection),
- Olay bildirimi (Reporting),
- Bildiriminin yanıtlanması (Response),
- Olay yerinde tıbbi müdahale (Treatment at scene),
- Transport aşamasında tıbbi müdahale (Treatment at transport),
- Sağlık kuruluşuna nakledilmesi (Transfer to definitive care unit) dir (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).



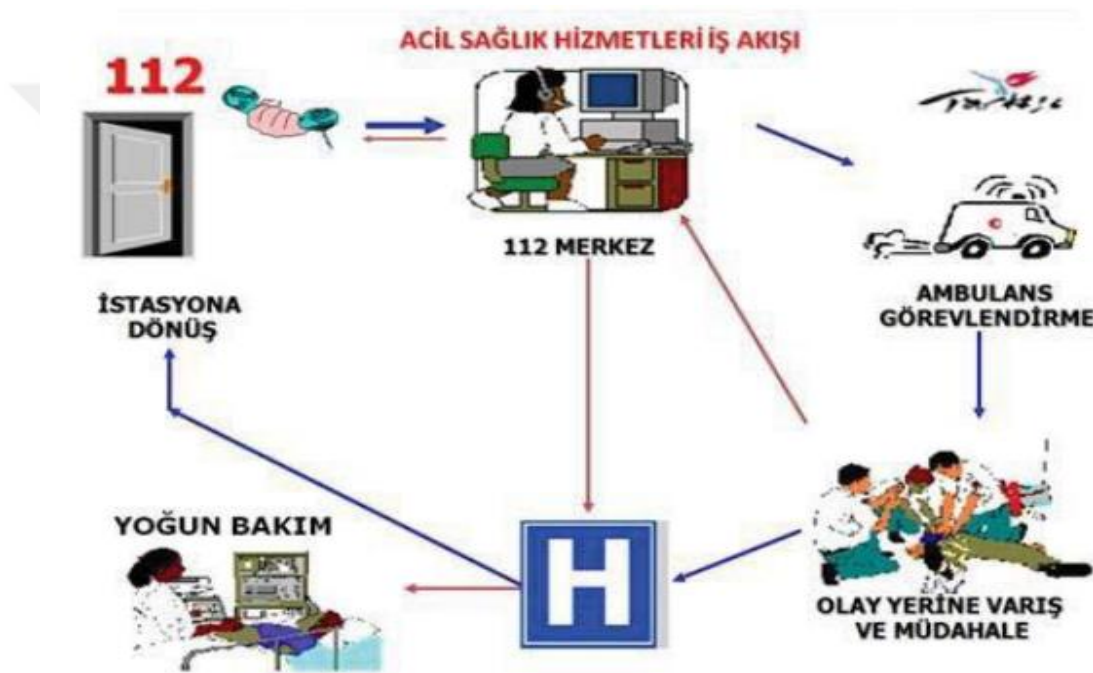
Şekil 2.8. Hayat Yıldızı (Çalışkan, 2015)

Acil sağlık hizmeti sunumunun ülkenin her yerinde; adil bir biçimde, aksamalar ve gecikmeler olmadan, kesintisiz ve devamlı olarak sağlanması gerekmektedir. Bu hizmet anlayışı çerçevesinde ASH sunumu işlevsel bir şekilde yürütülmektedir. Türkiye’de ASH Sağlık Bakanlığı tarafınca yürütülmekte olup ASH’nin yönetim ve koordinasyonu önceden belirlenmiş kurallara göre sağlamaktadır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019).

Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren ASHY incelendiğinde ASH sunumu ve işleyişinin belli aşamalara göre sağlandığı görülmüştür. Bu aşamalar;

- Acil yardım aramasının merkeze ulaşması,
- Ulaşan acil yardım aramasının merkez tarafınca değerlendirilmesi,
- Değerlendirilmiş olan acil yardım aramasının merkez tarafınca yönlendirilmesi,
- Yapılmış olan yönlendirmenin ASHİ tarafından karşılanması,
- Vakaya ulaşan 112 ekibi tarafından hasta ya da yaralıyı olay yerinden sağlık kurum ve kuruluşuna transferi,

- İlgili vakanın merkez tarafından sağlanan koordinasyon ile en yakın ve en uygun sağlık kurum ve kuruluşunun acil servis birimine transferinin sağlanması,
- Vakanın transferinin yapıldığı acil servis birimince yürütülecek tıbbi müdahale ve işlemler,
- Acil sağlık hizmetlerinin sunumu sonrasında zorunlu olan kayıt ve bildirimlerin konu ile görevli olan birimlere yapılmasıdır (Çebi, 2020; Düzova, 2015).



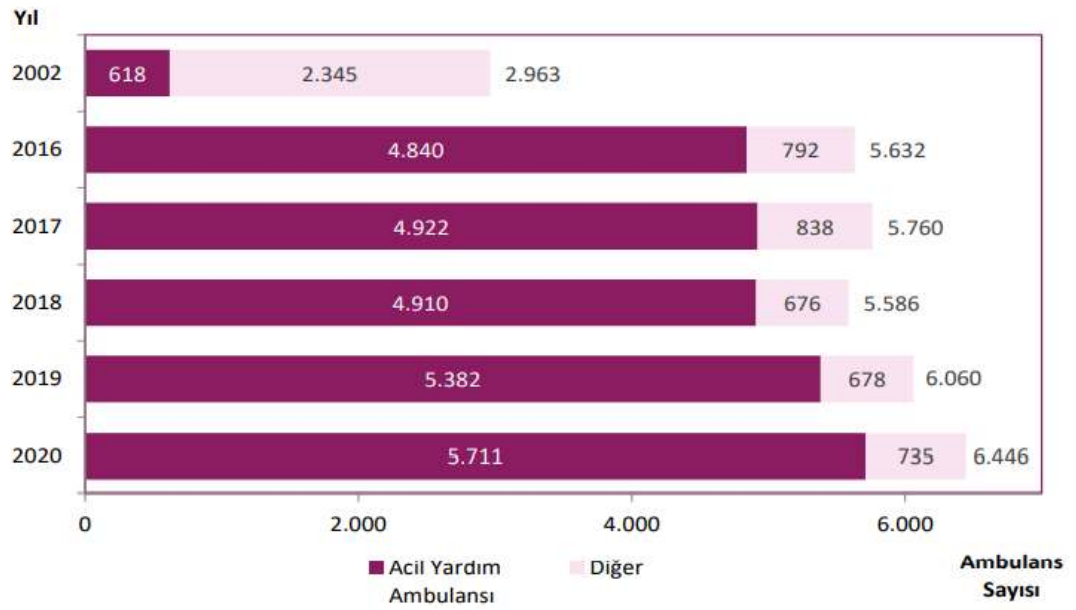
Şekil 2.9. 112 Acil sağlık hizmetleri sunumu algoritması (Çebi, 2022)

2.12. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılmakta Olan Ambulanslar

Dönemin koşullarına ve teknolojiye bağlı olarak sağlık hizmetleri her an değişerek gelişim göstermektedir. HÖASH’de bu durumdan pozitif yönde etkilenmektedir. Türkiye’de HÖASH sunumunun sağlamasında acil sağlık araçları ve ambulans önemli bir yere sahiptir. Tarihsel açıdan bakıldığında ambulansların değişim ve gelişimleri dönemin teknolojisi ile doğru orantılıdır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019).

Ambulans sözcüğü, insanlar için birden fazla anlama gelmektedir. Bu nedenle literatürde birçok tanımlama yer almaktadır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019). Hasta veya yaralıların olay yerinden transferinin sağlanması yardımcı olan araçlara ambulans ismi verilmiştir (Uslu, 2018). Ambulans sözcüğü Latince kökenlidir. Latince yürümek manasına gelen “*ambulare*” sözcüğünde türetilmiştir (Atay, 2022; Eren, 2020; Uslu, 2018).

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği’ne göre ambulans; hasta veya yaralıları acil yardım maksadıyla kullanılan, mevcut yönetmelikte yer alan usul ve esaslara göre hem teknik hem de tıbbi ekipmanlarla spesifik olarak donatılmış araçlardır (Çalışkan, 2015; Ekşi, 2015).



Şekil 2.10. Yıllara göre ambulans sayısı (Başara ve ark., 2022).

2.12.1. Ambulans Çeşitleri

Ambulanslar ulaşım biçimine göre; kara, hava ve deniz olarak üç şekilde sınıflandırılmıştır (Uslu, 2017; Sevim ve Maden, 2018; Şaşmaz, 2021).



Şekil 2.11. Ulaşım türlerine göre ambulanslar (Aksu, 2020)

2.12.1.1. Kara Ambulansları

Türkiye’de en sık kullanılan ambulans tipidir. Kara ambulanslarının hasta ve şoför kabinleri birleşik şekildedir (Uslu, 2018). İçerisinde yer alan tıbbi ekipmanlar ve görevli sağlık çalışanına göre farklı alt tipleri mevcuttur. Donanımsal açıdan dışardan tanınıp fark edilmeleri amacıyla üst kısımlarında tepe lambası ve siren gibi uyarıcı ekipmanlar yer almaktadır (Düzova, 2015).

Kara ambulanslar kullanılma amacına göre;

- Acil Yardım Ambulansları,
- Hasta Nakil Ambulansları,
- Özel Donanımlı Ambulanslar olmak üzere üç alt tipe ayrılmaktadır (Ekşi, 2015; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

2.12.1.1.1. Acil Yardım Ambulansları

Her türlü gelişen acil durum karşısında olay yeri ve ambulans içinde hasta ve yaralıya gerekli olan acil tedaviyi uygulayabilecek sağlık ekibi ve tıbbi ekipmana sahip olan kara aracına acil yardım ambulansı adı verilir (Çakır, 2017; Güneş, 2019).

Bu ambulans tipinde, en az üç çalışanın yer aldığı bir sağlık ekibi hizmet vermektedir. Sağlık ekibi içerisinde en az bir doktor ya da AABT, bir sağlık çalışanı ile bir ambulans sürücü yer almakta olup eğer sağlık ekibi içerisinde doktor yoksa, hastanın yer aldığı bölümde transfer aşamasında hastanın tedavisini sağlamak amacıyla görevli en az bir AABT'nin bulunması zorunludur (Uslu, 2017). Acil yardım ambulanslarının rengi beyazdır. Dış kısımlarında en az 200 mm büyüklüğünde kırmızı renkli ve fosforlu bir bant bulunmaktadır. Ayrıca ambulansın her iki tarafında kırmızı renkli ay işareti yer almaktadır (Şaşmaz, 2021).

2.12.1.1.2. Hasta Nakil Ambulansları

Hasta nakil ambulansları acil müdahale gereksinimi olmayan hasta veya yaralıların transportunun sağlanması amacıyla kullanılmaktadır (Çalışkan, 2015). Bu ambulanslar sıklıkla hastaların bir sağlık kurumdan diğerine transferi veya sağlık kurumundan evine naklinde görev alırlar. Ambulans içerisinde temel seviyede kullanılan tıbbi ekipmanlar yer almaktadır (Ekşi, 2015).

Bu ambulans tipinde, en az bir çalışan olmak üzere iki sağlık çalışanın yer aldığı bir sağlık ekibi hizmet vermektedir (Çalışkan, 2015). Hastanın transferi esnasında bir sağlık çalışanı hasta yanında bulunur. Eğer sağlık ekibi içerisinde ambulans sürücülüğü görevini yapılabilecek bir sağlık çalışanı yoksa ekibe ambulans sürücüsü dahil edebilir (Güneş, 2019; Uslu, 2018). Hasta nakil ambulansın rengi beyazdır. Dış kısımlarında en az 200 mm büyüklüğünde mavi renkli ve fosforlu bir bant bulunmaktadır (Aksu, 2020). Ayrıca ambulansın her iki tarafında kırmızı renkli ay işareti yer almaktadır (Çalışkan, 2015).

2.12.1.1.3. Özel Donanımlı Ambulanslar

Acil sağlık hizmetleri sunumunun sağlanması sırasında diğer ambulans tiplerinin elverişsiz olduğu durumlarda bu ambulanslar görev almaktadır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019).

Özel donanımlı ambulanslar, hasta ve yaralıların mevcut nitelikleri doğrultusunda düzenlemiş araçlardır (Atay, 2022). Yapılan bu düzenlemeler ASH sunumunun kalitesini artırmakta ve hasta ve yaralılara büyük ölçüde rahatlık sağlamaktadır (Atay, 2022).

Bu ambulans tipinde, en az iki sağlık çalışanı yer aldığı bir sağlık ekibi görev yapar. Sağlık ekibi içerisinde AABT veya doktor olmak üzere bir sağlık çalışanı ile ambulans sürücü yer almaktadır (Aksu, 2020).

Özel donanımlı ambulanslar kendi içerisinde;

- Yoğun Bakım Ambulansı,
- Yenidoğan Ambulansı,
- Obez Ambulans,
- Arazi Tipi Ambulans,
- Çoklu Ambulans olmak üzere beş çeşide ayrılmıştır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Uslu, 2018).

2.12.1.2. Hava Ambulansları

Hastane öncesi dönemde, hasta ve yaralıların transfer aşamasında kullanılan en önemli öğelerden birisi hava yolu ile yapılan transport sistemidir. Özellikle travma vakaları karayolu ile ulaşım olanağının zor olduğu bölgelerde meydana gelmektedir. Bu nedenle kırsal bölgelerde hasta ve yaralıların transferinin sağlanmasında hava yolu ile taşıma yapmak en ideal seçenektir (Yenice, 2012).

Hava ambulansları, hasta ve yaralıların transferi ya da acil tıbbi işlemler amacıyla kullanılmak üzere ulusal düzeyde sivil havacılık konusunda yetkin birimlerden çalışma ve uçuş oluru almış ve ilgili yönetmelikte yer alan usul ve esaslara doğrultusunda içerisinde tıbbi ekipmanlar bulunan araçlardır (Atay, 2022; Ünsal ve Ünsal, 2021). Hava ambulansları hem sabit (uçak) hem de dönen kanatlı (helikopter) taşıtlardan oluşmaktadır (Kozyel, 2020).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde, ASH sunumunda toplamda yedi helikopter ambulans ve üç uçak ambulans hizmet vermektedir (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022).

Bu ambulans tipinde, en az bir doktor ve bir sağlık çalışanı ya da iki sağlık çalışanı ile sivil havacılık kanununa göre belirlenen uçuş görevlisinin yer aldığı bir sağlık ekibi hizmet vermektedir (Şaşmaz, 2021; Uslu, 2017). Aynı zamanda bu ambulanslarda görevli çalışanlar çekirdek personel olarak da isimlendirilmektedir (Uslu, 2018).

2.12.1.3. Deniz Ambulansları

Deniz, göl ve nehir gibi yerlerden hasta ve yaralıların transferinin sağlanması amacıyla kullanılan ambulans tipidir (Düzova, 2015).

Deniz ambulansları, hasta ve yaralıların transferi ya da acil tıbbi işlemler maksadıyla kullanılmak üzere Denizcilik Müsteşarlığından çalışma oluru almış ve ilgili yönetmelikte yer alan usul ve esaslara doğrultusunda içerisinde tıbbi ekipmanlar bulunan araçlardır (Atay, 2022; Çalışkan, 2015; Şaşmaz, 2021).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde, ASH sunumunda toplamda altı deniz ambulans hizmet vermektedir (Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021).

Bu ambulans tipinde, en az bir doktor, bir ya da iki sağlık çalışanı ve deniz ambulansı kullanım belgesine sahip personelin yer aldığı bir sağlık ekibi görev yapmaktadır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Uslu, 2018).

2.13. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Kullanılmakta Olan Acil Sağlık Araçları

Acil Sağlık Araçları, hasta ve yaralıların hayatlarının kurtarılması amacıyla gerekli olan sağlık çalışanı ve ekipman desteğinin olay yerine en hızlı biçimde ulaştırmasını sağlamak ve olay yerinde hizmet vermek amacıyla tasarlanmış araçlardır (Atay 2022; Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019).

Bu araçların esas görevi, ASH sunumunda görev yapan sağlık ekibinin ihtiyaç duyduğu çalışan ve ekipmanın ulaştırılmasını sağlamaktır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019).

Acil sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan acil sağlık araçları kara, deniz ve hava araçları olarak nitelendirilmektedir (Atay, 2022; Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Başlıca kullanılan acil sağlık araçları:

- Organ nakil araçları,
- Mobil olarak hizmet verilmesini sağlayan KKM araçları,
- Mobil sağlık araçları (Motosiklet ve Bisikletli 112 ekipleri)
- Medikal kurtarma araçları ve bunlara benzer özelliklere sahip araçlardır (Kılınçlı ve Kaptanoğlu, 2019; Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Bu araçları diğerlerinden ayıran özellikler mevcuttur. Bu özellikler ise;

- Sesli ve ışıklı ikaz sistemlerin bulunması,
- Telefon ve telsiz gibi iletişim araçları bulunması,
- Dış kısımlarında kullanılma amacını belirten fosforlu yazıların ve işaretlerin olması,
- İç kısımlarında kullanılma amacına göre tıbbi ve teknik ekipmanların yer alması,
- Araçların yer ve konumlarının takip edilmesini sağlayan navigasyon cihazlarının bulunmasıdır (Tanrıverdi ve Köksal, 2012).



Şekil 2.12. Antalya ilinde acil sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ambulans ve acil sağlık araçları (Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, 2022)

2.14. Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Sağlık Çalışanları ve Görev Tanımları

Acil sağlık hizmetleri sunumunun sağlanmasında görev ve unvan tanımı olarak birbirinden farklı sağlık çalışanları yer almaktadır. Bu nedenle, ASH sunumunun sağlanmasında bu konuda eğitim almış ve gerekli donanıma sahip sağlık profesyonelleri mevcut sağlık hizmet sunumunun en önemli unsurudur (Uslu, 2017).

Bu hizmet sunumunun sağlanmasında ilk zamanlarda doktorlar ve ambulans sürücüleri yer alırken zaman içerisinde hemşireler, sağlık memurları, acil tıp teknisyenleri ve ambulans ve acil bakım teknikerleri görev almıştır (Aksu, 2020; Yılmaz, 2014).

2.14.1. Doktorlar

Doktorlar, acil sağlık hizmetleri sunumunun sağlamasında yer alan çalışanlardan ilkidir (Küçükkelepçe, 2022). 112 ASH organizasyon yapılanmasında idari birimden sahaya kadar her hizmet biriminde farklı görev ve sorumlulukları yerine getirmektedirler (Bulut, 2016; Küçükkelepçe, 2022).

Acil sağlık hizmetlerinde doktor olarak hizmet verebilmek için 1219 sayılı yasaya göre;

- Tıp Faköltesi'nden mezun olmak,
- Görev ve sorumluluklarını yerine getirebilecek kabiliyet ve yetkisine sahip olmak,
- Sağlık Bakanlığı tarafınca alınan mezuniyet belgesinin tescillenmesi,
- Kasıtlı bir biçimde işlen suç neticesinde beş sene ve üzerinde ya da 28. maddede yer alan suçlardan hapis cezasına alarak mahkûmiyet almamak gerekmektedir (Demir, 2018; Eren, 2020).

Acil sağlık hizmetlerinin ilk dönemlerinde ambulans araçlarında hizmet veren doktorlar acil tıp konusunda ayrı bir eğitim almamışlardır. Sonraki süreçte doktorlar, acil hekimliği sertifikasyon eğitimi ve Sağlık Bakanlığı'nca kabul edilen zorunlu hizmet içi eğitimlere katılarak görevlerini yerine getirmeye başlamışlardır (Ongun, 2018; Şaşmaz, 2021).

Acil sağlık hizmetleri sunumunda hizmet veren sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarına ilişkin bilgiler İASB alışma talimatlarına açık bir şekilde ifade edilmektedir (Demir, 2018; Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Bu doğrultuda ASH'de doktorlar;

- Ambulans servisi bünyesinde görevli 112 ekibince hasta ve yaralıları uygulanan tıbbi müdahaleler,

- Hasta ve yaralılara yapılan işlemlerin kayıt altına alınması ve düzenlemesinden sorumludur (Bulut, 2016).

Ayrıca olay yerine giden 112 ekibi içerisinde doktorların yer almaması durumunda KKM bünyesinde AABT'ye tıbbi açıdan danışmanlık sunarak hasta ve yaralılar için gerekli olan tıbbi müdahalelerin yapılmasına yardımcı olmaktadır (Demir, 2018).

2.14.2. Hemşire ve Sağlık Memurları

Hemşire ve sağlık memurlarının 112 ASH kuruluşundan bugüne kadar önemli bir desteği olmuştur (Uslu, 2017). Ancak günümüzde ASH hizmet veren hemşire ve sağlık memuru sayısının son derece azaldığı görülmektedir. Bunun nedeni ise, acil tıp konusunda gerekli eğitimleri alan AABT ve ATT'nin tayinlerinin yapılarak ASH sunumunda göreve başlamasıdır (Eren 2020; Tanrıverdi ve Köksal, 2012). Günümüzde hemşire ve sağlık memurları ASH organizasyon yapısında yer alan idari birimlerde hizmet vermektedir (Demir, 2018; Eren, 2020; Küçükkelepçe, 2022, Uslu, 2017).

2.14.3. Ambulans Sürücüler

Ambulans sürücüsü, ASH sunumu sırasında ihtiyaç duyulan sağlık çalışanı ve ekipmanlar ile ambulansların güvenli bir şekilde en kısa sürede olay yerine ulaştırılmasında görev yapan kişilerdir (Demir, 2018; Eren, 2020). Ambulanslarda sürücü olarak görev yapabilmek için;

- Kullanacağı ambulans aracı için gerekli olan sürücü ehliyeteye sahip olmak,
- Temel ilk yardım konusunda sertifikasyon eğitimi alması gerekmektedir (Küçükkelepçe, 2022; Uslu, 2017).

Ambulanslarda 2000'li tarihlere kadar ayrı olarak şoför kadrosu mevcuttu (Şaşmaz, 2021). Ancak 2004 yılında ve sonrasında ASH alanında AABT ve ATT'nin

istihdam edilmesi ve ASH mevzuatında yapılan birtakım düzenlemeler ile AABT ve ATT'ler bu görevi yerine getirmeye başlamıştır (Bulut, 2016; Şaşmaz, 2021; Tanrıverdi ve Köksal, 2012).

Acil sağlık hizmetleri sunumunda hizmet veren ambulans sürücülerinin görev ve sorumluluklarına ilişkin bilgiler İASB çalışma talimatlarında içerisinde yer alan 12. ve 15. maddelerde açık bir şekilde ifade edilmektedir (Uslu, 2017).

2.14.4. Acil Tıp Teknisyenleri

Acil Tıp Teknisyeni, herhangi bir olaya bağlı olarak gelişen hastalık ve sakatlık durumları karşında hasta ve yaralıların ihtiyaç duyduğu ilk yardım ve acil bakım müdahalesini yapan, kişilerin olay yerinden en yakın ve en uygun sağlık kuruluşuna transferini sağlayan sağlık çalışanlarıdır (Bulut, 2016; Demir, 2018; Usta, 2018).

Türkiye’de ATT yetiştirilmesi amacıyla ilk kez 2000 yılında Sağlık Meslek Liselerinde bu program açılmış ve eğitim vermeye başlanmıştır. 2004 yılında ise, ASH sunumunda ATT'ler aktif bir şekilde görev almaya başlamışlardır (Ongun, 2018; Uslu, 2017; Şaşmaz 2021).

Acil Tıp Teknisyenlerinin yetki ve sorumluluklarına ilişkin esaslar Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren yönetmelikte açık bir şekilde belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2014). Bu doğrultuda ATT'ler;

- Hasta ve yaralıya tıbbi müdahale için kullanılacak intravenöz ve intraosseöz girişimleri yapar,
- Hasta ve yaralı için tıbbi müdahale açısından gerekli ise temel olarak kullanılan hava yolu protokolünü uygular (Endotrekeal entübasyon ve oksijen inhalasyon uygulaması),
- Hasta ve yaralının olay yerinden transferi için uygun olan taşıma yöntemlerinin kullanılmasını sağlar,
- Hasta ve yaralıya temel yaşam desteği protokolüne göre müdahale eder. Tıbbi müdahale esnasında gerekli ise defibrilatör kullanılır,

- Travma durumlarına karşı çıkık, kırık ve burkulma olaylarında hasta ve yaralıya sabitleyerek olay yerinde sağlık kuruluşuna transferinin en iyi şekilde yapılmasını sağlar,
- Hasta ve yaralılarda oluşabilecek yaralanmalara karşı basit anlamda kanama kontrolü yapar ve yaraların kapatılmasını sağlar,
- Acil doğum vakalarında doğumun kolay bir şekilde gerçekleştirilmesine yardım eder,
- Hasta ve yaralının ritim analizi gerekli olan kardiyak monitörizasyon işleminin yapılmasına yardım eder,
- Sağlık hizmeti sunumunun her anında haberleşmeyi doğru ve etkin kullanılır,
- Ambulansın hem teknik hem de tıbbi ekipman açısından her an hazır bir şekilde bulunması sağlar ve gerekli durumlarda ambulans şoförlüğü görevi yerine getirir (Yenal, 2019).

2.14.5. Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri, HÖASH’de hasta ve yaralı için gerekli olan tıbbi müdahalenin profesyonel açıdan başlatılmasını sağlayan, kişilerin olay yerinden transferi sırasında gerekli olan tıbbi müdahaleye devam eden, transferin yapıldığı sağlık kuruluşuna kişi hakkında detaylı bir anemnez vererek teslimini yapan ve gerekli durumlarda ambulans şoförlüğü görevi yerine getirebilen sağlık çalışanlarıdır (Bulut, 2016; Demir, 2018).

Türkiye’de AABT’ler üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksek okullarında yer alan ilk ve acil yardım programlarında iki yıl süre ile eğitim alıp mezun olmaktadır (Bulut, 2016; Eren, 2020; Usta, 2018).

Türkiye’de AABT yetiştirilmesi amacıyla ilk kez 1993 yılında DEÜ’de ilk ve acil yardım ön lisans programı açılmış ve eğitim vermeye başlamıştır. 2004 yılında ise, ASH sunumunda AABT’ler aktif bir şekilde görev almaya başlamışlardır (Ongun, 2018; Uslu, 2017; Şaşmaz 2021).

Ambulans ve Acil Bakım Teknikerlerinin yetki ve sorumluluklarına ilişkin esaslar Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren yönetmelikte açık bir şekilde belirtilmiştir (Resmi Gazete, 2014). Bu doğrultuda AABT’ler;

- Hasta ve yaralının sağlık kuruluşuna teslimine kadar Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilmiş olan acil ilaç ve mayileri gerekli durumlarda intravenöz ve intraosseöz yoldan uygular,
- Hasta ve yaralı için tıbbi müdahale açısından gerekli ise temel olarak kullanılan hava yolu protokolünü uygular (Endotrekeal entübasyon, oksijen inhalasyon uygulaması ve zorunlu durumlarda krikotirotomi uygulaması),
- Travma durumlarına karşı çıkık, kırık ve burkulma olaylarında hasta ve yaralıya sabitleyerek olay yerinde sağlık kuruluşuna transferinin en iyi şekilde yapılmasını sağlar,
- Hasta ve yaralılarda oluşabilecek yaralanmalara karşı basit anlamda kanama kontrolü yapar ve yaraların kapatılmasını sağlar,
- Hasta ve yaralının olay yerinden transferi için uygun olan taşıma yöntemlerinin kullanılmasını sağlar,
- Hasta ve yaralıyı kardiyak açıdan değerlendirmek için EKG çekilmesini sağlar, monitörizasyon yapar ve gerekli durumlarda kalbin elektriksel aktivitesinin düzenlenmesi amacıyla defibrilasyon, kardiyoversiyon, external kalp pili uygulamalarını yapar,
- Acil doğum vakalarında doğumun kolay bir şekilde gerçekleştirilmesine yardım eder,
- Sağlık hizmeti sunumunun her anında haberleşmeyi doğru ve etkin kullanılır,
- Ambulansın hem teknik hem de tıbbi ekipman açısından her an hazır bir şekilde bulunması sağlar ve gerekli durumlarda ambulans şoförlüğü görevi yerine getirir (Çelikli, 2016; Yenal, 2019).

2.15. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Mevcut Çalışma Koşulları ve Etkileyen Faktörler

Acil sağlık hizmeti sunumunda görevli sağlık çalışanlarının çalışma koşulları birden çok risk faktöründen etkilenmektedir (Önal, 2015). Çalışma koşulları üzerinde etkili olan faktörlerden ilki çalışanların sosyodemografik özellikleridir. Bunlar; yaş, cinsiyet, medeni durum, eşin çalışma durumu, çocuk sayısı, aylık ortalama gelir düzeyi, öğrenim düzeyi, mesleki unvan, çalışma birimi, hizmet süresi, gibi öncüller olarak sıralanabilir (Güneri ve ark., 2011; Önal, 2015; Sarıkahya ve ark., 2020). Bir diğeri ise sağlık çalışanlarında yaptığı işe bağlı gelişen sağlık problemleridir. Sırt ağrısı, herniasyonlar, uyku problemleri, emosyonel problemler, enfeksiyon hastalıkları, gastro-intestinal bozukluklar, varisler, işitme kayıpları, bulaşıcı hastalıklar sağlık çalışanlarından gelişebilecek başlıca sağlık sorunlarıdır. Bu sağlık sorunları; çalışma ortamı, ağır yük kaldırma, travmatik olaylar, hasta ya da yakını tarafından gerçekleştirilen fiziksel-sözel şiddet, çalışma ortamına bağlı oluşan gürültü-sıcak ve soğuk ortam, iş kazaları gibi faktörlere bağlı gelişmektedir (Sarıkahya ve ark., 2020).

2.16. Sağlık Çalışanlarının Çalışma Koşullarına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Literatürde sağlık çalışanların mevcut çalışma koşulları ve etkileyen faktörler ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan bazıları:

- Ankara 112’de acil sağlık hizmetlerin sunumun sağlanmasında görev yapan 510 sağlık çalışanın çalışma koşulları ve memnuniyetini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılan araştırma sonucuna göre; çalışanların %8.4’ünün hekim, %17.1’inin ambulans ve acil bakım teknikeri, %28.8’sinin acil tıp teknisyeni, %36.5’inin diğerk sağlık personeli ve %9.8’inin memur ve ambulans sürücüsü olduğu, çalışanların %75.3’ünün 45 saatin üzerinde çalıştığı, çalışanların %32.9’unun daha önce iş kazası geçirdiği ve %6.1’inin iş kazası nedeniyle iş görmezlik raporu aldığı evli olan çalışanların bekârlara kıyasla daha memnun olduğu, çalışma yılının arttıkça iş memnuniyetinin azaldığı, cinsiyet, gelir, bakım yükü, çalışma saati, iş kazası ve iş görmezlik raporu almak gibi değişkenlerin iş memnuniyeti üzerinde etkisinin olmadığı

($p>0,05$) saptanmıştır. Bu nedenle 112 acil sağlık hizmetleri çalışanların çalışma koşullarının izlenmesi ve gerekli düzenlemeler yapılarak iyileştirilmesi önerilmektedir. Fazla çalışma saatleri, çalışma ortamının fiziki şartlarının yetersiz olması, sosyal imkânlar vb. gibi çalışma koşullarını etkileyen konular yeniden ele alınmalı ve düzeltilmesi gerektiği kanısına varılmıştır (Güneri, 2010).

- Bir üniversite hastanesinde 2548 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada; son bir yılda iş kazası geçirmiş olan personel sayısının %27,5 olduğu saptanmıştır. Çalışılan birime göre acil serviste çalışmanın diğer birimlere kıyasla çok daha riskli olduğu, sözleşmeli olarak görev yapan sağlık çalışanlarının kadrolu sağlık çalışanlarına kıyasla mesleki risklerinin 2,4 kat daha fazla olduğu, haftalık çalışma süresi ile gece vardiyasının çalışanları etkilediği ve mesleki risklerin artmasına neden olduğu bulunmuştur (Davas ve ark., 2017).
- Bir devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının stres üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma sonucuna göre; sağlık çalışanlarında çalışma koşullarına bağlı oluşan stres durumunun beklenenin aksine mevcut çalışma sürelerinin uyumsuzluğu ve çok sayıda nöbet tutma durumundan kaynakladığı saptanmıştır (Türk ve ark., 2008).
- Kırıkkale ilinde yer alan merkez ve ilçelerde bulunan 3 sağlık kurumunda görev yapan sağlık çalışanların çalışma ortamları konusunda algı ve iş doyumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucuna göre; klinik birimlerde çalışanlar idari birimlerde çalışanlara kıyasla yönetici destek algılarının daha olumsuz olduğu görülmüştür. Bunun nedeni olarak ise; yöneticilere mevcut sorunlarının iletilememesi, hastalar ile olan problemlerde sağlık çalışanlarına olan desteğin bulunmaması, birimde adil bir görev paylaşımının yapılmaması bu nedenle iş yükünün artması durumlarının etkili olduğu saptanmıştır (Saygılı ve Çelik, 2011).
- Sivas ilinde hastanelerde çalışan hemşirelerin mevcut çalışma ortamına yönelik algı düzeylerini ölçmek amacıyla yapılan çalışmada; hemşirelere ait sosyodemografik ve mesleki özelliklerin çalışma ortamı üzerinde son derece etkili olduğu anlaşılmıştır. Çalışma ortamında yapılacak olumlu yöndeki değişimler hemşireler tarafından sunulan hizmet sunumunu pozitif yönde

etkileyeceği, hemşirelerin iş performans düzeylerini arttıracak kanısına varılmıştır (Mollaoğlu ve ark., 2010).

- Acil sağlık hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının mevcut iş koşullarına bağlı olarak gelişen sağlık problemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada; çalışmaya katılan %63.6 kişinin mevcut bir sağlık sorununun olduğu, %62.6 kişinin herhangi bir hastalık hali olduğu halde çalışmaya devam ettiği, %47.5 kişinin psikolojik destek alma ihtiyacının olduğu, %17.2 kişinin daha önceden psikolojik destek aldığı, kadın çalışanların erkek çalışanlara kıyasla sağlık problemlerinin yüksek olduğu ve 24 saat nöbet tutan çalışanların 8 saat mesai şeklinde çalışanlara kıyasla sağlık durumların kötü olduğu görülmüştür. Bu nedenle kurum idarecileri tarafından acil sağlık hizmetleri çalışanlarını olumsuz yönde etkileyen fiziksel ve psikolojik stres ve koşullarının tespit edilmesi ve bu sorunlarının giderilmesi gerektiği kanısına varılmıştır (Şahin ve ark., 2021).

2.17. İş, Kalite ve Yaşam Kalitesinin Tanımlanması

Literatüre bakıldığında, iş, kalite ve yaşam kalitesi kavramları hakkında yapılmış birden çok tanımlamanın olduğu görülmektedir.

İş; insan hayatının devamlığını sağlayan, çalışkanlık gerektiren bir etkinliktir. (Çoşkun, 2016). İş kavramı kişiyi; toplumsal, ekonomik ve kültürel açıdan bulunduğu ortama bağlamasını sağlamaktadır. Genel bir ifadeyle iş kavramı; belirli bir ücret karşılığında bir malın üretilmesi ya da hizmetin verilmesi eylemidir (Atıcı, 2022).

Günümüzde kavramsal açıdan kalitenin önemine vurgu yapılmaktadır. Bu nedenle yapılan her işin kaliteli olması beklenilmektedir. Uluslararası Standardizasyon Örgütü kaliteyi; bir malın ya da hizmetin belirtilen veya ihtiyaç duyulan eksik yönlerini idame etme kabiliyetine dayanan özelliklerin bütünü olarak tanımlamıştır (Atıcı, 2022).

Yaşam kalitesi (YK), mutlu olmayı ve hayattan memnun kalmayı içeren bir kavramdır (Eser, 2012). İnsanların iyilik durumun tespit edilmesi amacıyla

geliştirilmiştir (Tulupcu, 2021). Terimsel açıdan “*iyi olma durumu*” olarak kullanılmaktadır (Eser, 2012). Tarihsel açıdan bakıldığında YK kavramının Aristo’ya kadar dayandığı görülmektedir (Pınar, 2012).

2.18. Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi

İnsanlar için iş kavramı son derece önemlidir (Çınar ve Kavlak, 2009). Çünkü insanlar günün yarısını veya ömürlerinin ortalama 1/3’ünü iş ortamında geçirmektedir (Karaaslan, 2016). Bu nedenle iş ortamında geçirilen sürenin nitelikli olması ve işin sevilerek yapılması mevcut işin kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir (Kılıç ve Keklik, 2012).

Moral ve motivasyonun düşük seviyede olduğu bir iş ortamında iş yaşam kalitesi (İYK) de olumsuz açıdan etkilenmektedir. Bu etkileşim beraberinde çalışanların iş hayatından yeterli düzeyde verim almamasına neden olmaktadır. Bu yüzden yönetim ve organizasyon kadrosunda yer alan kurum amirlerinin çalışanların morallerini, motivasyonlarını ve İYK’sini artıracak düzenlemeler yapmaları gerekmektedir (Aksu, 2021).

İş yaşam kalitesi, diğer kurumlara kıyasla sağlık alanında hizmet veren kurumlar için son derece önemlidir. Çünkü bu alanda görev yapan kişiler insan yaşamı gibi son derece hassas ve kusur kabul etmeyen, olumsuz bir durum geliştiğinde telafi imkanının olmadığı bir alanda görev yapmaktadırlar (Kılıç ve Keklik, 2012).

2.19. İş Yaşam Kalitesi Kavramı

Bilgi ve teknoloji zaman içerisinde hızlı bir gelişim göstermiştir. Bu gelişmeler beraberinde iş yaşamına yeni kavramların girmesine neden olmuştur (Aba, 2009). Bu kavramlardan biriside iş yaşam kalitesidir ve her geçen gün önemi artmaktadır (Genç, 2015).

İş yaşam kalitesi ile ilgili birden fazla tanımlama olduğu görülmektedir. Bu tanımlamalardan bazıları;

- İş yaşam kalitesi; çalışanların yönetsel kararlar verilirken söz hakkının olduğu, isteklerinin ve gereksinimlerinin karşılandığı, kendilerinin güvende olduğunu ve kıymetli hissetmelerini sağlayacak alanların oluşturulması felsefesidir (Deveci, 2021).
- İş yaşam kalitesi; çalışanlara güvenli bir çalışma ortamının sağlanması için gerekli ihtiyaçların yerine getirilmesi, çalışanların mevcut özelliklerine yönelik farkındalık geliştirilmesi ve çalışanların mesleki gelişim süreçlerine yönelik uygun bir ortamın oluşturulmasını amaçlayan bir kavramdır. Başka bir deyişle iş yaşam kalitesi; mevcut çalışma ortamında birtakım yenilikler yapılarak daha sağlıklı çalışma koşullarını oluşturmayı hedefleyen, işyerinin mevcut faaliyetlerinin artmasının yanında iş yerinde görevli personelin mesleki gelişim sürecinin devamının sağlanması ve çalışanların yaşam kalitelerinin artmasını amaçlayan bir olgudur (Nur, 2017).
- İş yaşam kalitesi; mevcut yapılan işin insancillaştırılması sürecidir. İşin insancillaştırılması; çalışanların fiziksel, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması ve bu ihtiyaçların bir bütün olarak değerlendirilip bu doğrultuda mevcut iş şartlarının iyileştirilmesidir (Durdu, 2019).

2.20. İş Yaşam Kalitesinin Amacı

Yapılan işte verimliliğin sağlanmasında kullanılacak yöntemlerden en önemlisi çalışanların mevcut işe yönelik istekliklerin karşılanması ve bu isteklerin yerine getirilmesidir. Tüm bunlar beraberinde hem çalışanların mevcut işe sadakatin artmasını sağlayacak hem de iş gücünün en üst seviyelere çıkmasına yardımcı olacaktır. Bu nedenle iş yaşam kalitesinin geliştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır (Demirel, 2019).

İş yaşam kalitesinin amacı, çalışanların iş doyumunun ve işe yönelik isteklerinin artırılması, yapılan işin karşılığında alınan ücretin yeterli ve adil olması, çalışanların işe duydukları güveninin artırılması, işe bağlı ya da çalışanların kişisel sorunları sonucu oluşabilecek olumsuz davranışlarının önlenmesidir (Demirel, 2019).

İş yaşam kalitesinin başlıca amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Çalışanların üretkenliğini arttırmak ve çalışanlara sorumluluk duygusunu aşılamak,
- İş içerisinde bir ekip ruhu oluşturup çalışanlar arasındaki iletişimi kuvvetlendirmek,
- Çalışanların moral ve motivasyon düzeylerini yükseltmek,
- İşe bağlı gelişen stresin azaltılması sağlamak,
- Çalışanların hem iş hem de iş dışındaki ilişkilerinin gelişmesine katkı sağlamak,
- İş ortamındaki çalışma şartlarını daha iyi hale getirerek iş güvenliğinin artmasını sağlamak,
- İnsan kaynaklarına yönelik programlarının gelişmesine yönelik çalışmalar yapmak,
- Çalışanların iş doyumunun artırılmasını sağlamak,
- İş yerindeki mevcut öğrenme sürecini desteklemek,
- Sürekli olarak devam eden değişim ve gelişim sürecini daha iyi idare etmek,
- Çalışanların işe yönelik atılacak olan adımlarda yönetim sürecine her aşamada katılımlarının gerçekleştirilmesini sağlamaktır (Arslan, 2018; Seyhan, 2020).

Yukarıda yer alan maddelere bakıldığında İYK; işveren, iş alanı ve çevresi arasında yer alan korelasyonun aksine ihmal edilen çalışan faktörünün farkındalığını arttırmayı amaçlamıştır (Dere, 2022).

2.21. İş Yaşam Kalitesinin Önemi

İş yaşam kalitesi, çalışanların mevcut işlerine katılımını ve iş verimini direkt olarak etkileyen unsurlardan oluşan yönetimsel bir süreçtir. Bu yönetim süreci birbiri ile bağlantılı birçok alt boyuttan oluşmaktadır (İbrahim, 2017). Bu nedenle İYK son derece önem arz etmektedir. Çünkü bir çalışan işinde ne kadar mutlu ise o kadar üretken ve yaratıcı olmakta ve işe bağlılığı artmaktadır (Öztürk, 2010).

Eğer bir işin kalitesi olması isteniyorsa iş alanı ve çevresinin mevcut standartlarının yeterli düzeyde ve eksiksiz olması gerekmektedir (Toprak, 2019).

İş yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda çalışanların iş hayatında daha etkili olması konusuna dikkat çekilmiştir (Torlak, 2019). İş hayatı insanların ruhsal sağlıkları açısından son derece önemlidir. Çünkü iş hayatı, insanların hem kendilerine olan saygılarını hem de bağımsızlık duygularını temellendirmektedir. İş ortamı üzerinde iç ve dış faktörlere bağlı olarak meydana değişimlerin fazla olması İYK'ni negatif olarak etkilemekte ve tükenmişlik sendromuna neden olmaktadır (Yaltagil, 2022).

2.22. İş Yaşam Kalitesinin Yararları

İş yaşam kalitesinin yararları şu şekilde sıralanabilir:

- Verimlilik,
- İş doyumu,
- Şikâyet etme durumlarının azalması,
- İş gelmeme durumlarının olmaması, olarak açıklanmıştır.

İş yaşam kalitesi, kurum ve kuruluşların pozitif anlamda gelişim göstermesini amaçlayan kavramdır. Asla basit bir süreç olarak görülmemelidir. İYK'nin gelişim sürecinde örgüte sağlamış olduğu yarar oldukça fazladır. Çalışma yaşamı kalitesinin artmasında çeşitli değişkenler etkilidir. Bu değişkenler ise; aylık maaşları, imkanlar,

sigorta, ikramiye, ücret ve sağlık hizmetleridir. Uygulamaya koyulan İYK değişkenleri çalışanların kuruma olan aidiyet duygusu üzerinde son derece etkilidir. Ayrıca İYK uygulamaları; çalışanların işe gelmeme durumlarının, disiplin suçlarının ve mevcut şikayetlerinin azalmasını sağlayarak çalışanların işlerine karşı olan olumlu davranışlarının artmasına yardımcı olmaktadır (Aksu, 2021).

2.23. İş Yaşam Kalitesi Unsurları

İş yaşam kalitesi, çalışma koşullarını ve kişilerin iş yerlerine yönelik görüşlerini ele alıp inceleyen kapsayıcı niteliğe sahip bir kavramdır (Nur, 2017). Bu kavramın ana hedefi kurum içerisinde yer alan çalışanların iş doyumlarının maksimum seviyeye ulaşmasını sağlamaktır (Tamer, 2018). Literatüre baktığımız zaman İYK unsurları sekiz boyuttan oluşmaktadır (Uşma, 2021).

2.23.1. Yeterli ve Adil Ücretlendirme

Ücret, yapılan bir iş karşısında elde edilen maddi kazançtır (Güçlü, 2014). Ücretlendirme kavramı, İYK üzerinde doğrudan etkili olan bir unsurdur (Deveci, 2021). Yapılan araştırmalarda bu kanıyı destekler niteliktedir (Karaaslan, 2016).

İnsanların çalışmasının asıl nedeni, çalışanların mevcut yaşamlarının devamını sağlamak için gerekli maddi kazancı sağlamaktır. Ücretin yeterli olması diğer önemli bir konudur (Durdu, 2019). İşveren tarafından çalışanlara yeterli ve adil bir ücretlendirme yapılması çalışanların motivasyonları üzerinde son derece etkilidir (Tamer, 2018; Uşma, 2021). Yeterli ve adil bir ücretlendirmenin yapılmaması çalışanlarda sinirlilik ve öfke hali yaratabilmekte ve çalışanların işe olan bakış açılarını olumsuz yönde etkilemektedir (Alan, 2012). Çalışanların aldığı ücret sadece yaşamlarını değil çalışma birimi içerisindeki statü ve saygınlıkları üzerinde etkili olan bir faktördür. Bu nedenle yeterli ve adil bir ücretlendirmenin sağlanması için nesnel kriterlere göre oluşturulan anlaşılır, açık, değişen çevresel şartlarına uyumlu, terfi ile doğru orantılı ve aynı seviyede çalışanlara eşit bir ücretlendirme anlayışı kabul edilmeli ve uygulanmalıdır (Tamer, 2018; Uşma, 2019).

2.23.2. Güvenli ve Sağlıklı Çalışma Koşulları

Çalışanlar için güvenilir ve sağlıklı bir çalışma alanının oluşturması kurumların ve işverenlerin sorumluluğundadır (Torlak, 2019). Ayrıca iş yeri içerisinde çalışanların sağlıklarının korunması ve çalışanlar için güvenli bir çalışma ortamının oluşturulması yaşama hakkı ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasında herhangi bir ayırım yapılmamalıdır. İş sağlığı ve güvenliği hakkı, her çalışan için var olan sağlık hakkının mevcut iş ortamına aktarılmasıdır (Tamer, 2018; Uşma, 2019). İş yerinde bu doğrultuda bir değerlendirme yapılabilmesi için; ideal çalışma süresi belirlenmeli, iş yerinde oluşabilecek yaralanma veya iş kazası geçirme olasılığı minimum seviyeye indirilmeli, çalışanların işe uygunluğu saptanmalıdır (Durdu, 2019; Karagöz, 2019). Ayrıca iş ortamındaki sıcaklık, ışık, kirlilik hali, gürültü gibi güvensiz bir çalışma ortamına neden olan fiziki koşullar revize edilip iyileştirilmelidir. Alınacak bu önlemler güvenilir ve sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulması sağlayacak ve çalışanların iş memnuniyetlerini olumlu şekilde etkileyecektir (Durdu, 2019).

2.23.3. Çalışanların Kişisel Gelişim Fırsatları

Çalışanların ihtiyaç duydukları yetenekleri ve bilgileri kazanabilmesi için; kendi kararlarını özgür bir şekilde verebilmeleri sağlanmalıdır. Çalışanların işini sevmesi, mevcut işinden ayrılması veya işini kendine göre tasarlayıp bu doğrultuda yapabilme imkânı tanınmalıdır (Karagöz, 2019). Çalışanlara bu imkanların verilmesi onların kendi kararlarını verme sürecinde etkin bir rol almaları sağlamakta kişisel ve mesleki becerilerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır (Uşma, 2021).

2.23.4. Sürekli Gelişim ve İş Güvenliği için Fırsatların Sunulması

İş yerinde fırsatlar çalışanların kariyerlerine odaklanmasını sağlamaktadır. Kişilerin işini kariyer şansı olarak görmesi yeni yetenekler kazanarak ilerlemelerini sağlamaktadır (Karagöz, 2019). Ayrıca bu boyutta yer alan faktörler çalışanların güdülenmeleri ve motive edilmeleri amacıyla kullanılabilir. Kariyer planı ile İYK birbiriyle ilişkili olgulardır. Kariyer planlamasının yapılması verimliliği etkiler,

Çalışanlar arasındaki iletişim kuvvetlendirir. Bu nedenle iş doyumunu pozitif yönde etkilemektedir (Durdu, 2019).

2.23.5. Örgüt İçi Entegrasyon

Bu boyut, çalışanların içerisinde yer aldığı kuruluşlar tarafından sosyal ve psikolojik gereksinimlerinin yerine getirilmesi ile ilişkilidir. Çalışanlara özel olan; sosyal birlik, sosyal ve siyasal denklik, kişisel kimlik ve benlik saygısı kazanılması/kazanılmaması gibi özelliklerinin belirlenmesini sağlamaktadır. Örgüt içerisindeki sosyal entegrasyon, kişilerin kuruma olan ön yargılarından arınmasını sağlayarak çalışanlarda takım ruhu bilincini oluşturmaktadır. Çalışanların sosyalleşmeleri son derece önemlidir. Çünkü işe başlamadan önce sosyalleşmesinin sağlanması çalışanların çalışma ortamında güzel iletişimler kurmasına yardımcı olur, kendilerini sosyal ortamın bir üyesi olarak tanımlamalarını sağlar ve çalışanların mutluluk düzeyi etkiler (Tamer, 2018).

2.23.6. alışan Hakları

Bu boyut, çalışanların hangi hakları sahip olduğu ve kendilerini nasıl savunmaları gerektiğine yönelik bilgileri kapsamaktadır (Torlak, 2019). Bu bağlamda; kişi hakları, kişinin dokunulmazlığı, eşit olma, mahremiyete saygı, fikirlerini özgürce dile getirebilme, haklar ve sorumluluklarının gözetilmesi ve çalışma kanunları gibi konular bu boyut içerisinde yer almaktadır (Karagöz, 2019). Kişilerin görev yerlerine göre değişkenlik gösterse bile kanunların yerine getirilmesini isteme, güvenlik ve işten çekilme, müracaat etme, şikayetçi olup davacı olma, izin, düşünce özgürlüğü ve korunma gibi hakları mevcuttur (Durdu, 2019; Tamer, 2018).

2.23.7. Çalışma ve Özel Yaşam Alanı

İş ve çalışma ortamı kişilerin sosyal çevre ve ailesi olan ilişkilerini doğrudan etkilemektedir (Tamer, 2018). Bu faktör; kişinin çalışma hayatı, aile hayatı, özel hayatı, çalışma süreleri, dinlenme vakitleri, ailesi ve kendisine ayırdığı zaman, yaşam içerisindeki rolü ve sorumlulukları arasındaki bağı içerir (Karagöz, 2019). Uzun mesai

saatleri çalışanların ailesine ve sosyal çevrelerine yeterince zaman ayıramamasına neden olmaktadır (Uşma, 2021). Bu sebeple çalışanların iş ve özel hayatındaki rolü arasında mutlak bir denge olması gerekmektedir (Durdu, 2019).

2.23.8. Çalışma Hayatının Sosyal Boyutu

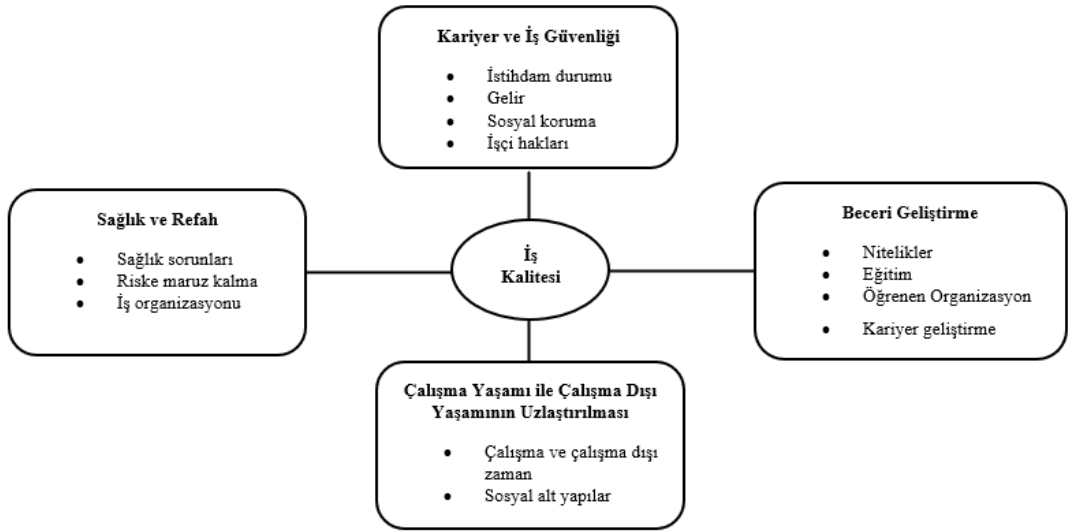
Kişilerin görev aldıkları kurum içerisindeki sorumluluk bilincini ifade etmektedir (Tamer, 2018). Çalışanlar için yapılmakta olan mevcut işlerin halka yararlarının anlaşılır ve açık olması son derece değerli ve önemlidir. Ayrıca sosyal açıdan sorumluluk düzeyi yüksek bir işte görev almak çalışanların İYK üzerinde pozitif bir etkiye sahiptir (Durdu, 2019).

2.24. İş Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

İş hayatında kalite üzerinde etkili olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler:

- Fiziki faktörler ve iş bilimi,
- Mevcut işin özelliği ve iş ahlakı,
- Çalışan ve patron arasındaki ilişki,
- İş yerindeki ücretlendirme yönetimi,
- Yönetim biçimi,
- Stres,
- Eğitim,
- Çalışma süreleri,
- Teknolojik yapı,
- Çalışanları etkileyen iç ve dış faktörler, şeklinde ele alınabilmektedir (Arslan, 2018; Demirel, 2019; Öztürk, 2010).

Yapılan çalışmaya göre iş yaşam kalitesini etkileyen değişkenler dört unsurdan oluşmaktadır. Her bir unsur ise birden çok alt boyuttan meydana gelmektedir. İş yaşam kalitesine etki eden değişkenler şekilde verilmiştir (Eurofound, 2002; Seyhan, 2020).



Şekil 2.13. İş yaşam kalitesine etki eden değişkenler (Eurofound, 2002; Seyhan, 2020)

Çalışanların sosyodemografik özellikleri ve mevcut nitelikleri iş yaşam kalitesi üzerinde etkili bir rol oynamaktadır. Bu doğrultuda iş yaşam kalitesine etki eden değişkenler: yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, gelir seviyesi, sağlık, sosyal destek, iş imkanları, boş zaman aktiviteleri, motivasyon, örgütsel bağ, şeklinde ele alınabilmektedir (Tamer, 2018).

2.25. İş Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi Üzerine Yapılan Çalışmalar

Yapılan literatür taramasında; çalışanların iş yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi açısından farklı örneklerde çalışmalar yapılmıştır.

Palabıyık ve İşözen (2021), hastane personelinin salgın sürecinde vardiyalı ve uzun çalışma sürelerinin iş yaşamı ve iş tatmini üzerine etkisini inceledikleri çalışmada: çalışanların yaş, cinsiyet, vardiya biçimi, çalışma süresi, toplam çalışma yılı gibi değişkenlerin iş doyumu ve iş yaşam dengesi üzerinde belirleyici olduğu görülmüştür. Vardiyalı çalışma ile mesai usulü çalışma arasında iş yaşam dengelerinin birbirinden farklı olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre mesai şeklinde çalışan hastane personelinin iş yaşam dengeleri vardiyalı çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tamer ve Öztürk (2021), hastanede görev yapan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin belirlemesi ve buna etki eden değişkenleri inceledikleri çalışmada:

hemşirelerinin iş yaşam kaliteleri mesleki tecrübe, çalışma birimi, işten ayrılma niyeti, mesleki doyum gibi etkenlere bağlı olduğu görülmüştür. Ayrıca kadın çalışanların erkek çalışanlara kıyasla iş yaşam kalitelerinin düşük olduğu, kadrolu çalışan hemşirelerin sözleşmeli çalışan hemşirelere oranla iş yaşam kalitesinin yüksek olduğu, mesleki tecrübenin arttıkça iş yaşam kalitesinin azaldığı, kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerin üniversite hastanelerinde çalışanlara kıyasla iş yaşam kalitelerinin düşük olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonucuna göre hemşirelerin iş yaşam kalitesinin orta seviyede olduğu anlaşılmıştır. Erenoğlu ve ark. (2019), yapmış oldukları çalışmada bir kamu hastanesinde görev yapan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin ölçülmesi ve etki eden değişkenlerin belirlenmesi amaçlamıştır. Yapılan araştırma sonucunda: hemşirelerin iş yaşam kalitesi hemşirelerin yaşları, çalışma yeri, meslekteki çalışma süresi, çalışma şekli, çalışma biriminde isteyerek görev alma, alınan eğitime göre uygun birimlerde çalışma ve alınan ücretin yeterli bulunması gibi değişkenlerinden etkilendiği saptanmıştır. Öztürk ve ark. (2018), iyonize radyasyon ile çalışan sağlık personelinin iş yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada: çalışanlar üzerindeki iş yükünün ve işe bağlı oluşan yorgunluğun iş yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu ancak sosyal desteğin iş yaşam kalitesi üzerinde pozitif bir etkisinin olduğu görülmüştür. Bu nedenle sağlık çalışanlarının motivasyonlarını yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalı, sağlık profesyonellerinin iş yükleri azaltılmalı ve çalışanlara yönelik sosyal destek arttırılmalıdır. Yapılacak bu önlemler ile iş yaşam kalitesinin pozitif yönde ilerleyeceği ve hizmet performansının yükseleceği düşünülmektedir. Coşkun ve Uğur (2018), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin yönetim konusundaki alınan kararlara katılım sağlamasının iş yaşam kalitesine etkisini incelemişlerdir. Yapılan araştırma sonucunda: yaş, eğitim seviyesi, hale devam etmekte olan bir öğrenim durumu, kurslara ve sertifika programlarına katılım, birim değişikliği ve çalışma zamanının iş yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Güçlü ve Kurşun (2018), yapmış oldukları çalışmada cerrahi birimlerde görev alan hemşirelerin iş yaşam kalitesi algılarını ölçmeyi ve buna etki eden unsurları belirlemeyi amaçlamışlardır. Yapılan çalışma sonucunda: erkek hemşirelerin iş yaşam kalitesinin kadınlara oranlara daha yüksek olduğu, yaşın artmasının iş yaşam kalitesi ile ters orantılı olduğu, bekar olan hemşirelerin evli olanlara kıyasla iş yaşam kalitesinin düşük

olduğu, eğitim seviyesinin iş yaşam kalitesini etkilediği, mesleki çalışma süresinin iş yaşam kalitesi ile ters orantılı olduğu ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde görev yapan hemşirelerin diğer birimlerde görev yapanlara oranla iş yaşam kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür. Alan ve Yıldırım (2016), yaptıkları çalışmada hemşirelerin iş yaşam kalitesinin ölçülmesi ve iş yaşam kalitesine etki eden unsurları belirlemeyi hedeflemişlerdir. Yapılan çalışma sonucunda: çalışanların yaşlarının iş yaşam kalitesini etkilediği, medeni durumun iş yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı, çalışmaya katılan hemşirelerin haftalık belirlenen çalışma süresinden daha fazla çalıştığı görülmüştür. Ayrıca çalışılan kurum, mesleki tecrübe, mesai süresi gibi değişkenlerin iş yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu, çalışma birimi ve pozisyonun ise iş yaşam kalitesine herhangi etkisinin bulunmadığı görülmüştür. Memiş ve ark. (2015), yapmış oldukları araştırmada sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve motivasyon seviyelerine etki eden değişkenleri belirlemek ve bu iki unsura ait alt boyutlar arasındaki yer alan ilişkiyi tespit etmeyi amaçlamışlardır. Elde edilen verilere göre: “iş ortamı, çalışma koşulları ve sağlanan hizmetler” değişkenlerinin iş yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Ayrıca iş yaşam kalitesi ve motivasyona etki eden alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda: iş yaşam kalitesini artırılmasına yönelik yapılan faaliyetlerin iş yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyebildiği, birim içerisindeki iletişimi artırarak takım çalışmasına teşvik edeceği kanısına varılmıştır. Çatak ve Bahçecik (2015), yaptıkları araştırmada hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve iş yaşam kalitesine etki eden değişkenleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Elde edilen verilere göre: sosyodemografik nitelikler, çalışma saatleri, nöbet çizelgeleri, hemşirelik mesleğinin isteyerek tercihi, işten ayrılma niyeti, yönetim tarafından alınan kararlara katılım sağlanması ve yönetimin çalışanlara karşı hakkaniyetli olmasının iş yaşam kalitesini etkilediği, çalışmaya katılan hemşirelerin iş yaşam kalitesi değerlerinin iyi seviyede olduğu, eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan hemşirelerin yaş ve mesleki tecrübelerinin artmasının iş yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ancak özel hastanelerde görevli hemşirelerin yaş ve mesleki tecrübelerinin iş yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı, özel hastanede görevli hemşirelerin eğitim seviyelerinin artmasının iş yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilediği buna karşın eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan

hemşirelerin eğitim seviyesinin artmasının iş yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görölmüştür. Ayaz ve Beydağ (2014), yaptıkları çalışmada hemşirelerinin çalışma şartlarına bağlı ortaya çıkan iş yaşam kalitesi değişkenlerini belirmeyi amaçlamıştır. Elde edilen verilere göre: eğitim seviyesi, mesleki tecrübe, yaş, medeni hal, ocuk sahibi olmak, haftalık çalışma süresi ve istihdam şeklinin (kadrolu/sözleşmeli) iş yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan ortalaması üzerinde etkisinin bulunmadığı ancak cinsiyet, çalışılan kurum, görevler ve görev birimleri, çalışma biçimi, aylık tutulan nöbet miktarı, kurs ve sertifika programlarına katılım, alınan eğitim ve sertifikalara uygun olan birimde çalışma ve terfi almanın iş yaşam kalitesi ölçeğinin toplam puan ortalaması üzerinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Literatürde, birçok alanda görev yapmakta olan çalışanların iş yaşam kalitelerinin ölölmesi ve etki eden faktörlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların olduğu görölmüştür. Ancak 112 acil sağlık hizmetlerini alanında görev yapan sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve etki eden faktörlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle yapılacak olan bu tez çalışması hem literatüre katkı sağlayacak hem de bilime yenilikler getirecektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Haziran–Aralık 2022 tarihleri arasında komuta kontrol merkezi ve acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev alan sağlık çalışanları ile yapılmıştır.

3.3. Araştırma Örneklemi

Bu araştırma kapsamında Antalya iline bağlı Acil Sağlık Hizmetleri sunumunda görev alan sağlık personeli evren olarak kabul edilmiştir. Herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırma örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 250 sağlık personeli oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi kullanılarak Tip I hata (α) 0,50, Tip II hata (β) 0,20 (%80 güç) olarak %95 güven aralığı dikkate alınarak yapılan güç analizinde araştırmanın gücü 0,80 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.05.2022 tarih ve GO 2022/730 karar no'lu izin ile Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nden 15.06.2022 tarih ve 98360293-604.01.02 sayılı karar ile yazılı izin alınmıştır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

Örneklem grubuna dahil edilme kriteri, katılımcıların araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesidir. Bunun dışında herhangi özel bir şart aranmamaktadır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan “*Sosyo-Demografik Özellikler Formu*” ve “*Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği*” kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyo-Demografik Özellikler Formu

Sosyo-demografik özellikler formu katılımcıların; yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, çocuk sayısı, yaşadıkları yeri, herhangi bir kronik hastalığın olup olmadığı, sürekli ilaç kullanımı, mevcut çalışma birimi, mesleki unvan, istihdam durumu, toplam hizmet yılı, bulunduğu kurumda kaç yıldır çalıştığı, haftalık çalışma saati, gece nöbeti tutma durumu, yıllık izinlerin düzenli olarak kullanılıp kullanılmadığı, mesleki açıdan alınan eğitime uygun birimde çalışma durumu, mevcut işleri esnasında görev tanımınız harici herhangi bir iş yapma durumu, mevcut çalışma biriminde iş yükünün durumu, nöbet öncesi veya sonrası yeteri kadar dinlenme durumu, sosyal aktivitelere katılım, mevcut işe karşı duyulan memnuniyet durumu, iş esnasında herhangi bir fiziksel-sosyal şiddete maruz kalma durumu ve iş kazası geçirme durumu olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda oluşturulmuştur (Erenoğlu ve ark., 2019; Macit ve ark., 2019; Pehlevan, 2017; Şahin, 2019; Uslu, 2017).

3.4.2. Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Acil sağlık hizmetlerinde görevli sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla Stamm (2005) tarafından geliştirilmiştir. Yeşil ve ark. (2010), tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, üç alt boyutta 10 soru olmak üzere toplam 30 sorudan oluşan 6’lı likert tipi (0: Hiçbir zaman, 5: Çok sık) bir ölçektir. Mesleki tatmin (compassion satisfaction) boyutu, ölçeğin ilk alt boyutudur. Çalışanların mevcut işi ya da mesleğiyle alakalı bir konuda desteğe ihtiyaç duyan bir başka kişiye yardımcı olması sonucunda yaşadığı doyumunu göstermektedir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, yardım eden olarak memnuniyet ya da tatmin hissinin seviyesini gösterir. Ölçekte yer alan 3, 6, 12, 16, 18 ,20, 22, 24, 27 ve 30.

sorular mesleki doyumu ölçmektedir. Mesleki tatmin boyutunun Cronbach's Alfa değeri 0,87'dir. Tükenmişlik (burnout) boyutu ölçeğin ikinci alt boyutudur. Bu boyutta; ümitsizlik, iş hayatında görülen problemlere karşı baş etme sürecinde yaşanan zorluklara bağlı oluşan tükenmişlik hissini ölçmektedir. Bu alt ölçekten alınan yüksek puan, tükenmişlik seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte yer alan 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 ve 29. sorular tükenmişliği ölçmektedir. Tükenmişlik boyutunun Cronbach's Alfa değeri 0,72'dir. Eşduyum yorgunluğu (compassion fatigue) boyutu, ölçeğin son boyutudur. Bu boyutta; strese sebep olan durumlar karşısında oluşan belirtileri ölçülmektedir. Bu alt ölçekten yüksek puan alan çalışanlara bir destek veya yardım alması tavsiye edilmektedir. Ölçekte yer alan 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25 ve 28. sorular eşduyum yorgunluğunu ölçülmesine yöneliktir. Eşduyum yorgunluğu boyutunun Cronbach's Alfa değeri 0.80'dir. Ölçekten elde edilen verilerin analiz sürecinde ise 1, 4, 15, 17 ve 29. sorular negatif ifadeler içerdiği için ters çevrilerek analiz yapılmaktadır.

Araştırmamızda ise; ölçeğin mesleki tatmin boyutu Cronbach's Alfa değeri 0,88, tükenmişlik boyutu Cronbach's Alfa değeri 0,70 ve eşduyum yorgunluğu boyutu Cronbach's Alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplam puanı olmadığı için ölçeğin toplam α değeri bulunmamaktadır.

3.5. Veri Toplama Süreci

Komuta Kontrol Merkezi ve Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında görev alan sağlık çalışanlarının dinlenme zamanlarında araştırmanın amacı anlatılmış ve araştırma katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarından sözel onam alınarak anket çalışması yapılmıştır. Anket formlarının doldurulması süreci ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22 programında analiz edilmiştir. Araştırmada sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma)

uygulanmıştır. Sonuçlar frekans, yüzde ve çapraz tablolar kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Sağlık çalışanlarının; vardiya sistemi ile çalışması, gece nöbeti tutması, yıllık izin ve istirahat izni almış personelin olması ve yoğun iş temposu sebebiyle erişilebilirliklerinin sınırlı olması ve örneklem sayısının az sayıda olması sebebiyle sonuçlar tüm sağlık çalışanlarına genellenemez.



4. BULGULAR

Bu bölümde; araştırmaya katılan 250 sağlık çalışanının sosyo-demografik özellikleri ile ölçekten elde edilen verilere ilişkin yapılan analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların yaş ortalaması $31,34 \pm 6,36$ olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %53,2'si kadın, %65,2'si evli, %46,8'inin gelirinin giderden az olduğu, %54,8'inin 1-3 arasında çocuk sahibi olduğu, %56,4'ünün ilde yaşadığı, %50'sinin lisans mezunu olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n:250)

Sosyo-Demografik Özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	
Yaş (min:22, max: 52)	31,34±6,36	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	133	53,2
Erkek	117	46,8
Medeni durumu		
Evli	163	65,2
Bekar	87	34,8
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	36	14,4
Gelir gidere eşit	97	38,8
Gelir giderden az	117	46,8
Çocuk Sayısı		
Yok	113	45,2
1-3	137	54,8
Yaşanılan yer		
İl	141	56,4
İlçe	98	39,2
Köy	11	4,4
Eğitim durumu		
Lise	13	5,2
Ön lisans	90	36,0
Lisans	125	50,0
Yüksek lisans ve üzeri	22	8,8

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n:250) (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	
	n	%
Kronik hastalığınız var mı?		
Evet	40	16,0
Hayır	210	84,0
Kullanmakta olduğunuz sürekli bir ilaç var mı?		
Evet	36	14,4
Hayır	214	85,6
Mevcut çalışma birimi		
Acil sağlık hizmetleri istasyonu	217	86,8
Komuta kontrol merkezi	33	13,2
Mesleki unvan		
Ambulans ve acil bakım teknikeri	111	44,4
Acil tıp teknisyeni	139	55,6
İstihdam durumu		
Kadrolu	207	82,8
Sözleşmeli	43	17,2
Toplam hizmet süresi		
1 yıldan az	6	2,4
1-5 yıl	56	22,4
6-10 yıl	79	31,6
11 yıldan fazla	109	43,6
Bulunduğunuz kurumdaki hizmet süreniz		
1 yıldan az	17	6,8
1-5 yıl	93	37,2
6-10 yıl	86	34,4
11 yıldan fazla	54	21,6
Haftalık çalışma saati		
25-49 saat arası	150	60,0
50-70 saat arası	70	28,0
71 saat ve üzeri	30	12,0
Yıllık izinleri düzenli kullanma durumunuz?		
Evet	123	49,2
Hayır	127	50,8
Eğitiminize uygun bir birimde mi çalışıyorsunuz?		
Evet	241	96,4
Hayır	9	3,6
Görev tanımınız harici herhangi bir iş yapıyor musunuz?		
Evet	136	54,4
Hayır	114	45,6
Şu Anda çalıştığınız birimde iş yükü fazla mı?		
Evet	169	67,6
Hayır	81	32,4

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (n:250) (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikleri	$\bar{X} \pm SS$	
	n	%
Nöbet öncesi ve nöbet sonrasında yeteri kadar dinlenebiliyor musunuz?		
Evet	116	46,4
Hayır	134	53,6
Sosyal aktivitelere katılım sağlıyor musunuz?		
Evet	113	45,2
Hayır	137	54,8
Mevcut işinizden memnun musunuz?		
Evet	150	60,0
Hayır	100	40,0
Cevabınız hayır ise nedeni		
İletişim sorunu	4	1,6
Mesleki doyumsuzluk	5	2,0
Ekonomik yetersizlik	36	14,4
Fiziksel koşulların yetersizliği	6	2,4
Sosyal olanak yetersizliği	4	1,6
Çalışma sistemindeki uygunsuzluklar	45	18,0
Çalışma esnasında şiddete maruz kaldınız mı?		
Evet	197	78,8
Hayır	53	21,2
Çalışma esnasında iş kazası geçirdiniz mi?		
Evet	79	31,6
Hayır	171	68,4

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Araştırmaya katılan sağlık çalışanların %84'ünün kronik hastalığının bulunmadığı, %85,6'sının kullanmakta olduğu sürekli bir ilacın olmadığı, %86,8'inin acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalıştığı, 55,6'sının acil tıp teknisyeni olarak görev yaptığı, %82,8'inin kadrolu olarak çalıştığı, %43,6'sının toplam hizmet süresinin 11 yıldan fazla olduğu, %37,2'sinin bulunduğu kurumda 1-5 yıl arasında çalıştığı, %60'ının haftalık çalışma saatinin 25-49 saat arasında olduğu, %50,8'inin yıllık izinlerini düzenli olarak kullanamadığı, %96,4'ünün almış olduğunu eğitime uygun bir birimde çalıştığı, %54,4'ünün görev tanımını harici herhangi bir iş yaptığı, %67,6'sının şu anda çalıştığı birimde iş yükünün fazla olduğu, %53,6'sının nöbet öncesi ve nöbet sonrasında yeteri kadar dinlenemediği, %54,8'inin sosyal aktivitelere katılım sağlayamadığı, %60'ının mevcut işinden memnun olduğu, %18'inin mevcut işinden memnun olmamasının nedeninin çalışma sistemindeki uygunsuzluklardan

kaynaklandığı, %78,8'inin çalışma esnasında şiddete maruz kaldığı ve %68,4'ünün çalışma esnasında iş kazası geçirmediği bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması (n:250)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Cinsiyet				
Kadın	133	37,54±8,39	20,27±7,33	22,89±10,14
Erkek	117	35,65±9,48	20,10±7,97	20,35±11,45
İstatistiksel analiz	t**	1,673	0,181	1,856
	p	0,096	0,856	0,065
Medeni durumu				
Evli	163	36,51±9,03	20,26±7,66	22,00±11,38
Bekar	87	36,94±8,82	20,06±7,59	21,16±9,74
İstatistiksel analiz	t**	-0,359	0,192	0,583
	p	0,720	0,848	0,561
Gelir durumu				
Gelir giderden fazla	36	39,22±6,64	19,05±6,61	20,41±9,43
Gelir gidere eşit	97	38,42±8,08	17,80±7,22	19,49±10,30
Gelir giderden az	117	34,41±9,74	22,59±7,59	23,94±11,28
İstatistiksel Analiz	F***	7,383	11,554	4,917
	p	0,001*	0,000*	0,008*
Çocuk sayısı				
Yok	113	36,85±8,94	19,73±7,57	19,84±10,19
1-3	137	36,50±8,98	20,57±7,67	23,24±11,12
İstatistiksel analiz	t**	0,311	-0,868	-2,490
	p	0,756	0,386	0,013*

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması (n:250) (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaşanılan yer				
İl	141	36,32±8,21	20,87±7,93	23,06±10,92
İlçe	98	37,18±10,14	19,33±7,33	20,02±10,60
Köy	11	36,36±6,90	19,18±5,52	19,36±9,99
İstatistiksel analiz	KW****	2,050	2,718	5,059
	p	0,359	0,257	0,080
Eğitim durumu				
Lise	13	39,46±10,30	15,46±7,22	13,84±9,92
Ön lisans	90	36,97±9,62	19,77±7,88	19,92±9,91
Lisans	125	35,97±8,57	20,92±7,57	23,22±11,49
Yüksek lisans ve üzeri	22	37,63±7,33	20,54±6,32	25,04±7,79
İstatistiksel Analiz	KW****	3,29	5,317	13,350
	p	0,348	0,150	0,004*
Kronik hastalığınız var mı?				
Evet	40	36,15±8,13	22,90±8,09	25,22±11,42
Hayır	210	36,76±9,11	19,68±7,44	21,03±10,60
İstatistiksel Analiz	t**	-0,396	2,472	2,259
	p	0,693	0,014*	0,025*
Kullanmakta olduğunuz sürekli bir ilaç var mı?				
Evet	36	35,63±9,44	21,97±8,55	23,80±12,31
Hayır	214	36,83±8,87	19,89±7,43	21,35±10,54
İstatistiksel Analiz	t**	-0,742	1,514	1,258
	p	0,459	0,131	0,210
Mevcut çalışma birimi				
Acil sağlık hizmetleri istasyonu	217	36,17±9,05	20,34±7,71	21,43±10,93
Komuta kontrol merkezi	33	39,87±7,59	19,21±7,07	23,48±10,10
İstatistiksel analiz	t**	-2,232	0,795	-1,012
	p	0,026*	0,427	0,313

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması (n:250) (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikler		Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
	n	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Mesleki Unvan				
Ambulans ve acil bakım teknikeri	111	37,00±7,77	20,53±7,54	22,65±11,06
Acil tıp teknisyeni	139	36,39±9,80	19,92±7,70	20,94±10,61
İstatistiksel Analiz		t**	0,530	1,240
		p	0,597	0,216
İstihdam durumu				
Kadrolu	207	36,36±9,11	20,37±7,77	22,00±10,87
Sözleşmeli	43	38,11±8,03	19,32±6,90	20,30±10,60
İstatistiksel Analiz		t**	-1,170	0,935
		p	0,243	0,351
Toplam hizmet Süresi				
1 yıldan az	6	39,00±8,79	15,33±3,93	21,50±8,57
1-5 yıl	56	38,32±8,34	20,17±8,35	21,44±11,46
6-10 yıl	79	34,02±9,66	20,25±8,11	19,87±11,93
11 yıldan fazla	109	37,59±8,40	20,43±6,99	23,18±9,61
İstatistiksel Analiz		KW****	9,195	5,18
		p	0,027*	0,138
Bulunduğunuz kurumdaki hizmet süreniz				
1 yıldan az	13	37,41±9,04	17,41±8,89	21,41±9,12
1-5 yıl	93	37,84±9,12	20,63±7,16	22,04±10,71
6-10 yıl	86	35,03±8,70	20,01±8,07	20,34±11,39
11 yıldan fazla	54	36,98±8,86	20,61±7,37	23,38±10,59
İstatistiksel Analiz		KW****	6,510	2,806
		p	0,089	0,422
Haftalık çalışma saati				
25-49 saat arası	150	38,18±8,28	18,54±7,03	20,44±9,87
50-70 saat arası	70	35,98±9,13	21,94±7,55	22,52±10,65
71 saat ve üzeri	30	30,63±9,26	24,40±8,34	26,10±14,35
İstatistiksel analiz		F***	9,832	3,768
		p	0,000*	0,024*

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması (n:250) (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yıllık izinleri düzenli kullanma durumunuz?				
Evet	123	38,13±8,85	17,50±6,79	19,28±10,04
Hayır	127	35,23±8,84	22,80±7,50	24,05±11,07
İstatistiksel analiz	t**	2,592	-5,847	-3,563
	p	0,010*	0,000*	0,000*
Eğitiminize uygun bir birimde çalışıyorsunuz?				
Evet	241	36,57±9,04	20,23±7,56	21,62±10,72
Hayır	9	39,11±5,81	19,11±9,64	24,00±13,88
İstatistiksel analiz	U*****	940,000	1076,000	940,000
	p	0,497	0,968	0,497
Görev tanımınız harici herhangi bir iş yapıyor musunuz?				
Evet	136	35,80±9,33	21,62±7,22	23,61±10,89
Hayır	114	37,69±8,40	18,49±7,76	19,43±10,35
İstatistiksel analiz	t**	-1,670	3,299	3,085
	p	0,096	0,001*	0,002*
Şu Anda çalıştığınız birimde iş yükü fazla mı?				
Evet	169	35,10±9,13	22,08±7,19	23,17±10,69
Hayır	81	39,92±7,63	16,24±7,00	18,64±10,53
İstatistiksel analiz	t**	-4,115	6,061	3,154
	p	0,000*	0,000*	0,002*
Nöbet öncesi ve nöbet sonrasında yeteri kadar dinlenebiliyor musunuz?				
Evet	116	38,72±8,32	17,37±7,08	19,34±10,34
Hayır	134	34,88±9,11	22,63±7,25	23,75±10,85
İstatistiksel analiz	t**	3,460	-5,775	-3,272
	p	0,001*	0,000*	0,001*

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile karşılaştırılması (n:250) (Devam)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği		
		Mesleki Tatmin	Tükenmişlik	Eşduyum Yorgunluğu
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Sosyal aktivitelere katılım sağlıyor musunuz?				
Evet	113	38,85±7,49	17,75±7,43	19,46±10,20
Hayır	137	34,85±9,64	22,21±7,20	23,56±11,01
İstatistiksel analiz	t**	3,604	-4,801	-3,029
	p	0,000*	0,000*	0,003*
Mevcut işinizden memnun musunuz?				
Evet	150	40,64±7,21	17,04±6,73	19,68±10,27
Hayır	100	30,69±7,94	24,93±6,35	24,75±10,97
İstatistiksel analizle	t**	10,264	-9,283	-3,719
	p	0,000*	0,000*	0,000*
Çalışma esnasında şiddete maruz kaldınız mı?				
Evet	197	36,54±8,71	21,16±7,53	23,12±10,84
Hayır	53	37,09±9,84	16,60±6,92	16,45±9,06
İstatistiksel analiz	t**	-0,394	3,976	4,104
	p	0,694	0,000*	0,000*
Çalışma esnasında iş kazası geçirdiniz mi?				
Evet	79	35,91±7,93	22,79±7,38	24,75±11,64
Hayır	171	37,01±9,38	18,99±7,45	20,29±10,15
İstatistiksel analiz	t**	-0,903	3,761	3,079
	p	0,367	0,000*	0,000*

*p<0,05, **Student t-testi, ***Oneway Anova testi, **** Kruskal Wallis H testi, *****Mann-Whitney U testi

Araştırma katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ile “Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği” (ÇYK) puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda elde edilen sonuçlar tablo 4.2.’de gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda kadınların ÇYK ölçeği puan ortalamalarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının medeni duruma göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda bekarların mesleki tatmin alt boyut puan ortalamalarının evlilere kıyasla daha yüksek olduğu ve evlilerin tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu alt boyut puan ortalamalarının bekarla kıyasla daha yüksek olduğu görülmüş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının gelir durumuna göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda geliri giderinden fazla olan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, geliri giderinden az olan çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aralarındaki bu farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının çocuk sayısına göre; mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak çocuk sayısı değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda çocuk sahibi olmayan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, 1 ve 3 arasında çocuk sahibi olan çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının yaşadıkları yere göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda ilçelerde ikamet ettiğini

belirtilenlerin çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, il merkezinde ikamet ettiği belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre; mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak eğitim durumu değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda lise mezunu olan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, lisans mezunu olan tükenmişlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve yüksek lisans ve üzeri mezun olan çalışanların ise eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının kronik hastalık tanısı alma durumuna göre; mesleki tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak kronik hastalık varlığı değişkeni ile; tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda kronik hastalığı olmayan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, kronik hastalığı olan çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının sürekli ilaç kullanımına göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda sürekli olarak ilaç kullanmadığını belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, sürekli ilaç kullandığını belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının mevcut çalışma birimine göre; mesleki tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Ancak mevcut çalışma birimi değişkeni ile; tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda komuta kontrol merkezinde görev yapan çalışanların mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, acil sağlık hizmetleri istasyonunda görev yapan çalışanların ise tükenmişlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının mesleki unvanına göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda ambulans ve acil bakım teknikeri olarak görev yapan çalışanların ÇYK ölçeği puan ortalamalarının acil tıp teknisyeni olarak görev yapan çalışanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının istihdam durumlarına göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda sözleşmeli statüde görev yapan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, kadrolu statüde görev yapan çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının toplam hizmet süresine göre; mesleki tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak toplam hizmet süresi değişkeni ile; tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda toplam hizmet süresi bir yıldan daha az olan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, toplam hizmet süresi 6-10 yıl olan çalışanların tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının bulundukları kurumdaki hizmet süresine göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda bulunduğu kurumda 1-5 yıl arasında görev yapan çalışanların mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, bulunduğu kurumda 11 yıldan fazla görev yapan çalışanların ise eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma saatine göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda haftalık 25-49 saat çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, haftalık 71 saat üzeri çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının yıllık izinleri düzenli kullanma olarak durumlarına göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda yıllık izinlerini düzenli olarak kullanan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yıllık izinlerini düzenli olarak kullanmayan çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının eğitimine uygun birimde çalışma durumuna göre; mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda eğitimlerine uygun birimde görev yapmayan çalışanların mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, uygun birimde görev yapan çalışanların ise tükenmişlik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma durumuna göre; mesleki tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor

olma değişkeni ile; tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda görev tanımını harici herhangi bir yapmadığı belirten çalışanlarının mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, görev tanımını harici herhangi bir iş yaptığını belirten çalışanların ise tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görölmüştür.

Sağlık alışanlarının çalıştığı birimde iş yükünün fazla olma durumuna göre; mesleki tatmin, tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda çalıştığı birimde iş yükünün fazla olmadığını belirten çalışanlarının mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, çalıştığı birimde iş yükünün fazla olduğunu belirten çalışanların ise tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görölmüştür.

Sağlık alışanlarının nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlenme durumuna göre; mesleki tatmin, tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlendiğini belirten çalışanlarının mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlenemediğini belirten çalışanların ise tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görölmüştür.

Sağlık alışanlarının sosyal aktivitelere katılma durumuna göre; mesleki tatmin, tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda sosyal aktivitelere katılım sağladığını belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, sosyal aktivitelere katılım sağlayamadığını belirten çalışanların ise tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görölmüştür.

Sağlık alışanlarının mevcut işinden memnun olma durumuna göre; mesleki tatmin, tüklenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda mevcut işinden memnun olduğunu belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, mevcut işinden memnun olmadığını belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının çalışma esnasında şiddete maruz kalma durumuna göre; mesleki tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak şiddete maruz kalma durumu değişkeni ile; tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda çalışma esnasında şiddete maruz kalmadığını belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, çalışma esnasında şiddete maruz kaldığını belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının çalışma esnasında iş kazası geçirme durumuna göre; mesleki tatmin puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ancak çalışma esnasında iş kazası geçirme değişkeni ile; tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Araştırmamızda çalışma esnasında iş kazası geçirmediğini belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, çalışma esnasında iş kazası geçirdiğini belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Katılımcıların çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı (n=250)

Ölçeğin Alt Boyutları	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	$\bar{X} \pm SS$
Mesleki tatmin	7	50	$36,66 \pm 8,95$
Tükenmişlik	0	43	$20,19 \pm 7,62$
Eşduyum Yorgunluğu	2	50	$21,70 \pm 10,82$

$\bar{X}$: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4.3.'de katılımcıların çalışanlar için yaşam kalitesi leği puan ortalamaları verilmiştir. Katılımcıların mesleki tatmin alt boyutu puan ortalaması $36,66 \pm 8,95$, tükenmişlik alt boyut puan ortalaması $20,19 \pm 7,62$, eşduyum yorgunluğu alt boyutu puan ortalaması $21,70 \pm 10,82$ olarak saptanmıştır.



5. TARTIŞMA

Bu bölümde; çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile literatürde yapılan araştırmalar ile tartışılmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının cinsiyet değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Al-Maskari ve ark., 2020; Devi ve Hajamohideen, 2018; Kaddourah ve ark., 2018; Kelbiso ve ark., 2017; Lebni ve ark., 2020; Moradi ve ark., 2014; Sadat ve ark., 2017; Saygılı ve ark., 2016). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak cinsiyet değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılığın görüldüğü ve kadın sağlık çalışanların erkeklere kıyasla eşduyum yorgunluğu seviyesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Polat, 2016). Demirbilek (2019), yapmış olduğu araştırmada cinsiyet değişkeni tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve erkeklerin kadınlara kıyasla tükenmişlik puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Raeissi ve ark. (2019), yapmış oldukları araştırmada cinsiyet değişkeni İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve erkeklerin İYK puan ortalamalarının kadınlara kıyasla düşük olduğu belirlenmiştir. Yeşil ve ark. (2010), yapmış oldukları çalışmada cinsiyet değişkeni tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve kadınların erkeklere kıyasla tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının; farklı örneklem gruplarıyla çalışılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının medeni durum değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Al-Maskari ve ark., 2020; Alan ve Yıldırım, 2016; Devi ve Hajamohideen, 2018; Hwang, 2022; Kaddourah ve ark., 2018; Kelbiso ve ark., 2017; Macit ve ark., 2019; Moradi ve ark., 2014; Polat, 2016; Sadat ve ark., 2017; Şahin, 2019; Yeşil ve ark., 2010). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak medeni durum değişkeni eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılığın

olduğu ve eşinden ayrılmış olan çalışanlarının bekâr ve evli olan çalışanlara kıyasla eşduyum yorgunluğu puanlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Demirbilek, 2019). Almaki ve ark. (2012), yapmış oldukları araştırmada medeni durum değişeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve bekâr olan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Fasla (2017), özel bir sağlık kuruluşunda görev yapan hemşirelerin iş yaşam kalitesinin belirlemek için yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin medeni durumları ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve evli hemşirelerin İYK'sının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemanathan ve ark. (2017), yapmış oldukları araştırmada medeni durum değişeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve evli hemşirelerin İYK'sının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lebni ve ark. (2020), yapmış oldukları çalışmada araştırma katılan hemşirelerin medeni durumları İYK'sı arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; katılımcıların mevcut aile bağları, evliliğe karşı olan tutum ve düşünceleri, medeni durumlarının hayat şartlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemesi ve çevresel faktörlerin etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının gelir durumu değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Akter ve ark., 2017; Almaki ve ark., 2012; Çatak ve Bahçecik, 2015; Devi ve Hajamohideen, 2018; Erenoğlu ve ark., 2019; Hwang, 2022; Kaddourah ve ark., 2018; Kelbiso ve ark., 2017; Toygar ve ark., 2018; Yeşil ve ark., 2010). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak ortalama gelir durumunun İYK üzerinde etkisinin olmadığı ve katılımcıların mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları ile gelir durumu arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Şahin, 2019). Moradi ve ark. (2014), yapmış oldukları araştırmada katılımcıların maaşlarının İYK üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır. Tamer ve Öztürk (2021), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin aylık gelir durumu ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının; katılımcıların aylık gelirlerinin değişkenlik göstermesi, kişilerin temel ve özel gereksinimleri, aylık gelir ve giderler

arasındaki ilişki ve gelir durumuna karşı olan bakış açıcı gibi faktörlerin etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının çocuk sayısı değişkeni ile mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak çocuk sayısı değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Almalki ve ark., 2012; Atan ve Tekingündüz, 2014; Atıcı ve ark., 2022; Ayaz ve Beydağ, 2014; Çolak, 2018; Demirler ve ark., 2014; Güçlü ve Kurşun, 2018; Kaddourah ve ark., 2018; Tamer ve Öztürk, 2021; Torlak, 2019; Yeşil ve ark., 2010). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak çocuk sahibi olmanın İYK üzerinde etkili olmadığı ve katılımcıların mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları ile çocuk sahibi olmak arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Demirbilek, 2019). Daşbilek ve ark. (2022), vardiya usulü ile çalışan hemşirelerin İYK değişkenlerinin belirlenmesi yönelik yapmış oldukları çalışmada çocuk sahibi olma durumu ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve çocuk sahibi olanlar hemşirelerin olmayanlara kıyasla tükenmişlik ve mesleki tatmin puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır. Denk (2018), yapmış olduğu çalışmada çocuk sahibi olma değişkeni ile mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve 3 çocuk sahibi hemşirelerin puan ortalamalarının diğerlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gül (2021), yapmış olduğu çalışmada çocuk sayısı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve bir çocuğu olan sağlık çalışanlarının diğerlerine oranla tükenmişlik puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Şen (2016), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çocuk sahibi olmalarının İYK üzerinde etkili olduğu ve çocuk sahibi katılımcıların olmayanlara kıyasla hemşirelik iş yaşam kalitesi ölçeğinin iş şartları alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; katılımcıların çocuk sahibi olmaya karşı olan tutum ve davranışları, iş ve özel hayattaki görev ve sorumluluklar, çevresel ve ailevi faktörler gibi birden fazla faktörün etkisinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının yaşanılan yer değişkeni ile çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak yaşanılan yer ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve köy ve kasabada yaşayan katılımcıların diğerlerine kıyasla İYK puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır (Demirler ve ark., 2014). Hemanathan ve ark. (2017), 3.basamak sağlık kuruluşunda görev yapan hemşirelerin İYK belirlemek için yapmış oldukları çalışmada yaşanılan yer ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın ve kentsel bölgede yaşan hemşirelerin İYK'sının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının; katılımcıların yaşadıkları yerlere karşı olan tutum ve düşünceleri ve yaşanılan yerdeki mevcut imkanlar gibi etkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının eğitim durumu değişkeni ile mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak eğitim durumu değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Al-Maskari ve ark., 2020; Akter ve ark., 2017; Ayaz ve Beydağ, 2014; Demirbilek, 2019; Hwang, 2022; Kaddourah ve ark., 2018; Tamer ve Öztürk, 2021). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak eğitim durumu değişkeni ile mesleki tatmin arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Şahin, 2019). Çoşkun ve Uğur (2018), yapmış oldukları çalışmada eğitim durumu ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve lisansüstü eğimi olan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Devi ve Hajamohideen (2018), yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Gül (2021), yapmış olduğu çalışmada eğitim durumu ile tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve yüksek lisans mezunu sağlık çalışanlarının diğerlerine kıyasla tükenmişlik puan ortalamalarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Hemanathan ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada eğitim durumu değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Kelbiso ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada eğitim

düzeyi ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve düşük eğitim düzeyine sahip olan hemşirelerin İYK'sının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Lebni ve ark. (2020), yapmış oldukları çalışmada eğitim durumu değişeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Moradi ve ark. (2014), yapmış oldukları araştırmada eğitim düzeyi ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve eğitim düzeyi düşük olan hemşirelerin eğitim düzeyi yüksek olan kıyasla İYK'sının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Raeissi ve ark. (2019), yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ve düşük eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların İYK'sının daha düşük olduğu saptanmıştır. Sadat ve ark. (2017), yapmış oldukları araştırmada eğitim durumu ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve yüksek lisans ve ön lisans mezunu olan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha fazla olduğu belirlemiştir. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; literatürde yer alan çalışmaların büyük bir bölümünün yataklı tedavi kurumlarında görev yapan sağlık çalışanları üzerine yapıldığı bu nedenle evren ve örneklem gruplarının farklılık göstermesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının kronik hastalık varlığı değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ancak kronik hastalık varlığı değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak sağlık çalışanlarının kronik hastalığa sahip olup/olmaması ile tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Yeniyol, 2018). Aydın ve ark. (2011), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin kronik hastalığa sahip olup/olmaması ile tükenmişlik arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır. Uzun ve Mayda (2020), yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin kronik hastalığa sahip olup/olmaması ile tükenmişlik arasında anlamlı farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak yapılan literatür taramasında kronik hastalık varlığı ile mesleki tatmin ve eşduyum yorgunluğu arasındaki ilişki çalışmalara ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının sürekli ilaç kullanım durumu değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Alan yazında yapılan araştırmalar incelendiğinde ilaç kullanım durumunun sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine etkisini ele alan araştırmalara ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının mevcut çalışma birimi değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak mevcut çalışma birimi değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Al-Maskari ve ark., 2020; Alan ve Yıldırım, 2016; Daşbilek ve ark., 2022; Demirlere ve ark., 2014; Denk, 2018; Raeissi ve ark., 2019). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak çalışma birimi değişkeni ile mesleki tatmin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Çolak, 2018). Ayaz ve Beydağ (2014), yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin görev yerleri ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Devi ve Hajamohideen (2018), yapmış oldukları çalışmada çalışma birimi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Eren ve Hisar (2016) yapmış oldukları araştırmada çalışma birimi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın ve acil serviste çalışan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha düşük olduğu saptanmıştır. Erenoğlu ve ark. (2019), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin çalışma birimleri ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Güçlü ve Kurşun (2018), yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin çalışma birimleri ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve cerrahi yoğun bakımlarda çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla İYK puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kelbiso ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu çalışma birimi ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Lebni ve ark. (2020), yapmış oldukları çalışmada araştırma katılan hemşirelerin çalışma birimi İYK'sı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Moradi ve

ark. (2014), yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin çalıştığı hastane türü ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Sadat ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada çalışma birimi ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve diyaliz biriminde görev yapan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha iyi olduğu saptanmıştır. Şahin (2019), yapmış olduğu araştırmada katılımcıların mesleki tatmin puan ortalamaları ile çalışma birimi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Şen (2016), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin görev yerleri ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve polikliniklerde görev yapan hemşirelerin diğer birimlerde görev yapanlara kıyasla İYK puanlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Tamer ve Öztürk (2021), yapmış oldukları araştırmada çalışma birimi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Torlak (2019), yapmış olduğu çalışmada çalışma birimi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve gündüzlü birimlerde çalışan hemşirelerin yataklı birimlerde çalışanlara kıyasla İYK puan ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; katılımcıların çalışma birimlerinin değişkenlik göstermesi, mevcut çalışma birimi hakkında genel tutum ve örneklem gruplarının farklılık göstermesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının mesleki unvan değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Demirler ve ark., 2014; Kaddourah ve ark., 2018; Macit ve ark., 2019; Polat, 2016). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak hemşirelerin mesleki pozisyonları ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve başhemşire statüsünde görev yapan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Hwang, 2022). Al-Maskari ve ark. (2020), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin mesleki pozisyonları ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Ayaz ve Beydağ (2014), yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin görevleri ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Demirbilek (2019), yapmış olduğu çalışmada katılımcıların mesleki tatmin puan ortalamaları ile mesleki unvanı arasında istatistiksel

açından anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Denk (2018), yapmış olduğu araştırmada mesleki unvan değişkeni ile mesleki tatmin ve tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Gül (2021), yapmış olduğu çalışmada mesleki unvan değişkeni ile tükenmişlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ve hekimlerin tükenmişlik puanlarının diğer sağlık çalışanlarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sadat ve ark. (2017), yapmış oldukları araştırmada çalışma birimi ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Saygılı ve ark. (2016), yapmış oldukları çalışmada mesleki unvan değişkeni ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Şahin (2019), yapmış olduğu araştırmada katılımcıların mesleki tatmin puan ortalamaları ile mesleki unvanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Torlak (2019), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin pozisyonları ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve idareci/egitim pozisyonunda görev yapan hemşirelerin yatak başı hemşire pozisyonunda görev yapanlara kıyasla İYK toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yeşil ve ark. (2010), yapmış oldukları araştırmada meslek unvan değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının; sağlık çalışanlarının mesleki unvanların getirmiş olduğu görev ve sorumluluklar ve mesleki unvanın kişiye kazandırmış olduğu statü algısı gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının istihdam durumu ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Hosseinabadi ve ark., 2012; Moradi ve ark., 2014; Raeissi ve ark., 2019; Sadat ve ark., 2017). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak hemşirelerin tam zamanlı istihdamı ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Alharbi ve ark., 2019). Atıcı ve ark. (2022), yapmış oldukları araştırmada istihdam durumu ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve kadrolu olarak görev yapan hemşirelerin sözleşmeli olarak görev yapanlara kıyasla İYK toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Güçlü ve Kurşun (2018), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin istihdam durumu ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve sözleşmeli olarak görev yapan hemşirelerin kadrolu olarak görev yapanlara kıyasla İYK toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Lebni ve ark. (2020), yapmış oldukları araştırmada istihdam türü ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Tamer ve Öztürk (2021), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin kadro durumlarını ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; kadrolu olarak çalışmanın kişide yaratmış olduğu etki ve sözleşmeli olarak görev yapan çalışanların kadrolu çalışanlara kıyasla iş garantilerinin olmaması gibi faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının toplam hizmet süresi değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak toplam hizmet süresi ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Akter ve ark., 2017; Al-Maskari ve ark., 2020; Ayaz ve Beydağ, 2014; Çatak ve Bahçecik, 2015; Demirbilek, 2019; Demirler ve ark., 2014; Denk, 2018; Devi ve Hajamohideen, 2018; Kaddourah ve ark., 2018; Kelbiso ve ark., 2017; Sadat ve ark., 2017). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak toplam hizmet süresi değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı ancak toplam hizmet süresi değişkeni ile tükenmişlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır (Yeşil ve ark., 2010). Almalki ve ark. (2012), yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin toplam hizmet süresi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Çolak (2018), yapmış olduğu çalışmada hemşirelikte çalışma yılı ile mesleki tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı ancak tükenmişlik arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Coşkun ve Uğur (2018), yapmış oldukları araştırmada toplam hizmet süresi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Hemanathan ve ark. (2017), yapmış oldukları çalışmada toplam hizmet yılı değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu

saptanmıştır. Moradi ve ark. (2014), yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin iş deneyimi İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu ve 15 yıldan fazla iş deneyimi olan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Polat (2016), yapmış olduğu çalışmada toplam hizmet süresi ile mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Saygılı ve ark. (2016), yapmış oldukları araştırmada meslekte çalışma süresi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Şahin (2019), yapmış olduğu çalışmada toplam hizmet süresi ile tükenmişlik arasında anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Tamer ve Öztürk (2021), yapmış oldukları araştırmada mesleki deneyim süresi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Torlak (2019), yapmış olduğu çalışmada toplam mesleki deneyim ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Toygar ve ark. (2018), yapmış oldukları çalışmada çalışma yılı ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının; mesleki deneyim ve tecrübenin kişinin işine olan bakış açısı üzerindeki etkisi ve toplam hizmet süresi fazla olan katılımcıların mesleki anlamda daha fazla yıpranması gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının bulunduğu kurumdaki hizmet süresi değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Çolak, 2018; Demirbilek, 2019; Macit ve ark., 2019; Polat, 2016; Tamer ve Öztürk, 2021; Yerlikaya, 2015). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak birimdeki görev süresi ile İYK anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir (Alan ve Yıldırım, 2016). Atıcı ve ark. (2022), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin bulunduğu kurumdaki hizmet yılı ile İYK anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Daşbilek ve ark. (2022), yapmış oldukları araştırmada mesleki tatmin ve tükenmişlik ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Güçlü ve Kurşun (2018), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin bulundukları pozisyonda görev süresi ile İYK anlamlı bir farklılığın olduğu ve bulundukları pozisyonda bir yıldan az görev yapan hemşirelerin

diğerlerine kıyasla İYK puan ortalamaların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Saygılı ve ark. (2016), yapmış oldukları araştırmada kurumdaki hizmet yılı ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Şahin (2019), yapmış olduğu çalışmada katılımcıların 112 ASH'de çalışma süreleri ile mesleki tatmin arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Torlak (2019), yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin bulunduğu kurumdaki hizmet yılı ile İYK anlamlı bir farklılığın olduğu ve bulunduğu kurumda 6-10 yıl arası görev yapan hemşirelerinin diğerlerine kıyasla İYK puan ortalamaların daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; farklı evren ve örneklem gruplarıyla çalışılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının haftalık çalışma saati değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Alan ve Yıldırım, 2016; Çatak ve Bahçecik, 2015; Hemanathan ve ark., 2017; Saygılı ve ark., 2016; Tamer ve Öztürk, 2021). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak haftalık çalışma süresi ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (Yeşil ve ark., 2010). Ayaz ve Beydağ (2014), yapmış olduğu çalışmada haftalık çalışma süresi ile İYK istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı ancak fazla mesai yapan hemşirelerin diğerlerine kıyasla İYK'sının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Denk (2018), yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin haftalık ortalama çalışma süresi ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır. Raeissi ve ark. (2019), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin haftalık çalışma saatleri ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarının farklı olmasının; sağlık çalışanlarının haftalık mesai süresinden fazla çalışmasının yıpratıcı etkisi, her ay fazla mesai yapmanın kişide yaratmış olduğu stres ve yorgunluk hali, fazladan çalışma süresi ile işte geçen sürenin doğru orantılı olması ve bu durumun kişinin hem ailevi hem de özel hayatına etkileri gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının yıllık izinlerini düzenli olarak kullanma durumu değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Alan yazında yapılan araştırmalar incelendiğinde yıllık izinlerini düzenli olarak kullanma durumunun sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine etkisini ele alan araştırmalara ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının eğitimlerine uygun birimde çalışma durumu değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak hemşirelerin almış olduğu eğitime uygun bir hizmet biriminde görev yapıyorum fikri ile İYK arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve bu soruyu evet olarak yanıtlayanların diğerlerine kıyasla İYK puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Erenoğlu ve ark., 2019). Ayaz ve Beydağ (2014), yapmış oldukları araştırmada eğitimlerine uygun birimde çalışma durumu değişkeni ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Şen (2016), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin almış olduğu eğitime uygun bir birimde çalışma durumu ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan literatür taramasında bizim çalışma sonucumuzu destekleyen herhangi bir çalışmaya ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Alan yazında yapılan araştırmalar incelendiğinde görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma durumunun sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine etkisini ele alan araştırmalara ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının çalıştığı birimde iş yükünün fazla olması değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Torlak, 2019;

Atıcı ve ark., 2022). Ancak yapılan literatür taramasında bizim çalışma sonucumuzun aksine bir sonuç bulunmuş herhangi bir çalışmaya ulaşamadığı için tartışlamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlenme durumu değişkeni ile çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Alan yazında yapılan araştırmalar nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlenme durumunun sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine etkisini ele alan araştırmalara ulaşamadığı için tartışlamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının sosyal aktivitelere katılma durumu değişkeni ile çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak sağlık çalışanlarının sosyal aktivitelere katılma durumları ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Yeşil ve ark., 2010). Ancak yapılan literatür taramasında bizim çalışma sonucumuzu destekleyen herhangi bir çalışmaya ulaşamadığı için tartışlamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının mevcut işinden memnun olma durumu değişkeni ile ÇYK ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Şen, 2016; Tamer ve Öztürk, 2021). Bizim çalışma sonucumuzdan farklı olarak sağlık çalışanlarının işini sevmesi ile tükenmişlik puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (Yeşil ve ark., 2010). Denk (2018), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerinin mesleğinden memnun olma durumları ile eşduyum yorgunluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı ve işinden memnun olmayan hemşirelerin diğerlerine kıyasla eşduyum yorgunluğu ortalamalarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Durdu (2019), yapmış olduğu çalışmada hemşirelerinin işinden memnun olmaları ile İYK arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının farklılık göstermesinin; sağlık çalışanlarının işini sevmeye ve memnuniyet durumlarının farklılık göstermesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının çalışma esnasında şiddete maruz kalma değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak çalışma esnasında şiddete maruz kalma değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Literatürde yer alan birçok araştırma ile çalışmamız arasında benzerlik bulunmaktadır (Atıcı ve ark., 2022; Choi ve Lee, 2017; Çelebi, 2016; Kwak ve ark., 2019). Ancak yapılan literatür taramasında bizim çalışma sonucumuzun aksine bir sonuç bulunmuş herhangi bir çalışmaya ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda 112 ASH çalışanlarının iş kazası geçirme değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Ancak görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Alan yazında yapılan araştırmalar incelendiğinde iş kazası geçirme durumunun sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesine etkisini ele alan araştırmalara ulaşamadığı için tartışılamamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

112 ASH çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar;

- 112 ASH çalışanlarının cinsiyet ve medeni durum değişkenleri ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının gelir durumu değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve gelirinin giderinden fazla olduğu belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, gelirinin giderinden az olduğu belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının çocuk sayısı değişkeni ile mesleki tatmin ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak çocuk sayısı değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılık olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının yaşadıkları yer değişkeni ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının eğitim durumu değişkeni ile mesleki tatmin ve tükenmişlik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak eğitim durumu değişkeni ile eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılık olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının kronik hastalık varlığı değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılık olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının sürekli ilaç kullanma değişkeni ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının çalışma birimi değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ancak çalışma birimi değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının mesleki unvan ve istihdam durumu değişkenleri ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,

- 112 ASH çalışanlarının toplam hizmet süresi değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ancak toplam hizmet süresi değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının bulundukları kurumda çalışma süresi değişkeni ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının haftalık çalışma saati değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve haftalık 25-49 saat çalıştığını belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, haftalık 71 saat üzeri çalıştığını belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının yıllık izinleri düzenli kullanma değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve yıllık izinlerini düzenli olarak kullanan çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yıllık izinlerini düzenli olarak kullanmayan çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının eğitime uygun birimde çalışma değişkeni ile İYK arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı,
- 112 ASH çalışanlarının görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak görev tanımı harici herhangi bir iş yapıyor olma değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında bir farklılık olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının çalıştığı birimde iş yükünün fazla olması değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve çalıştığı birimde iş yükünün fazla olmadığını belirten çalışanlarının mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, çalıştığı birimde iş yükünün fazla olduğunu belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlenme durumu değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar dinlendiğini belirten çalışanlarının mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, nöbet öncesi ve sonrası yeteri kadar

dinlenemediğini belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,

- 112 ASH çalışanlarının sosyal aktiviteye katılma değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve sosyal aktivitelere katılım sağladığını belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, sosyal aktivitelere katılım sağlayamadığını belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının işinden memnun olması değişkeni ile İYK arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve işinden memnun olduğunu belirten çalışanların mesleki tatmin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, mevcut işinden memnun olmadığını belirten çalışanların ise tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının çalışma esnasında şiddete maruz kalma değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak çalışma esnasında şiddete maruz kalma değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında bir farklılık olduğu,
- 112 ASH çalışanlarının çalışma esnasında iş kazası geçirme değişkeni ile mesleki tatmin arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ancak çalışma esnasında iş kazası geçirme değişkeni ile tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu arasında bir farklılık olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre;

- 112 ASH çalışanlarının mevcut mali haklarının yeniden gözden geçirilmesi amacıyla girişimler planlanıp, alınan kararlar doğrultunda ekonomik anlamda pozitif yönde revizyonlar yapılması,
- 112 ASH çalışanlarına yönelik eş duyum yorgunluğu azaltmak adına, çocuk bakım, kreş desteği sağlanması,
- 112 ASH çalışanlarına yapılan periyodik sağlık taramalarının sıklığının artırılması, yapılan bu sağlık taramalarına dahiliye ve kardiyoloji branşlarının eklenerek çalışanların kronik hastalık durumlarının gözden geçirilmesi ve ciddi

kronik hastalığı olan çalışanlarına yönelik çalışma birimi konusunda revizyonlara gidilmesi,

- 112 ASH çalışanlarının çalışma birimlerinin fiziki, sosyal ve ergonomik şartlarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılması,
- 112 ASH çalışanlarının haftalık çalışma saatlerinin İYK üzerinde etkili olduğu bu nedenle haftalık çalışma saatlerinin yeniden gözden geçirilerek pozitif anlamda revizyonlara gidilmesi,
- 112 ASH çalışanlarının yıllık izinleri düzenli olarak kullanmasının İYK üzerinde etkili olduğu bu nedenle özlük hakkı olan yıllık izin kullanımı konusunda çalışma yapılması,
- 112 ASH çalışanlarının çalışma esnasında görev tanımları harici iş yapmalarının İYK negatif yönde etkilediği bu nedenle çalışanların mevcut görev tanımlarına riayet edilmesi,
- Çalışanların iş yüklerinin yüksek olduğu ve bu nedenle İYK'lerinin negatif olarak etkilendiği görülmüştür. Bu nedenle çalışanların iş yüklerinin azaltılmasına yönelik girişimler planlanarak iş yükünün azaltılmasına yönelik önlemler alınması,
- Sosyal aktivitelere katılım sağlayan çalışanların mesleki tatmin düzeyinin yüksek olduğu buna karşın katılım sağlamayan çalışanların tükenmişlik ve eş duyum yorgunluk düzeyinin yüksek olmasına bağlı sosyal aktivitelere katılım konusunda desteklenmesi, kurum içi ve kurum dışında sosyal etkinliklerin planlanması,
- 112 ASH çalışanlarının işlerine olan memnuniyetlerinin artmasına yönelik girişimlerin yapılması,
- Sağlık personeline uygulanan şiddete yönelik caydırıcı ve önleyici müdahalelerinin uygulanması,
- Çalışma esnasında meydana iş kazaları konusunda araştırmalar yapılması, yapılan araştırmalar sonucunda müdahale ve iyileştirilmesi planlarının oluşturulması ve uygulanması,
- Tek bir ilde gerçekleştirilen bu çalışmanın daha geniş kapsamlı bir evren ve örneklem grubu ile yeniden yapılması,
- Çalışma sonuçlarının kalitatif çalışmalarla desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Aba G (2009). *İş yaşam kalitesi ve motivasyon ilişkisi: sağlık sektöründe bir uygulama.* T.C. Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya/Türkiye.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2022). *Hava ambulansı.* <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4479/hava-ambulansi.html>. (Erişim Tarihi: 08.01.2023).

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2021). *Deniz ambulansı.* <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4482/deniz-ambulansi.html>. (Erişim Tarihi: 09.01.2023).

AFAD (2022). *Açıklamalı Afet Yönetimi Terimleri Sözlüğü.* <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>. (Erişim Tarihi: 28.11.2022).

Afete Hazırlık ve Deprem Eğitimi Derneği (2022). *Acil yardım nedir.* <https://www.ahder.org/definiciones/acil-yardim-nedir>. (Erişim Tarihi: 09.11.2022).

Akbiyık A (2011). *Acil sağlık hizmetleri 112 ambulans servislerinde enfeksiyon önleme ve kontrol uygulamaları.* T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir/Türkiye.

Aksu A (2020). *112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları ve risk değerlendirmesi.* T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Aksu MY (2021). *Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesinin örgütsel bağlılığa etkisi: bir zincir hastane örneği.* T.C. İstanbul Aydın Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Aktaş C (2009). *Türkiye’de 112 sistemi.* Ay D, Özel G, Topaçoğlu H, Yenal S, Atilla R, Karcıoğlu Ö. (Ed.), *Alanda acil bakım (Paramedikler için).* İstanbul: T.C. Yeditepe Üniversitesi Yayınları, s: 13-25.

Akter N, Akkadehunt T, Chontawan R, Klunklin A (2018). Factors predicting quality of work life among nurses in tertiary-level hospitals, bangladesh. *International Nursing Review*, **65(2)**, 182-189.

Akyolcu N (2007). Düünden bugüne acil hemşireliği. *FNJN.*, **15(60)**, 173-178.

Al-Maskari MA, Dupo JU, Al-Sulaimi NK (2020). Quality of work life among nurses a case study from ad dakhiliyah governorate, oman. *SQUMJ.*, **20(4)**, 304-311.

Al-Shaqsi S (2010). Models of international emergency medical service (ems) systems. *OMJ.*, **25(4)**, 320-323.

Alan H (2012). *Hemşirelerde iş yaşam kalitesi ölçeği geliştirme: Bir uygulama.* T.C. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Alan H, Yıldırım A (2016). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *SHYD.*, 3(2), 86-98.

Alharbi MF, Alahmadi BA, Alali M, Alsaedi S (2019). Quality of nursing work life among hospital nurses in saudi arabia: a cross-sectional study. *Journal Of Nursing Management*, 27(8), 1722-1730.

Altan F (2020). *Acil sağlık hizmetleri yönetimi.* Doğan M. (Ed.), Paramedik. Ankara: Akademisyen Kitabevi, s: 13-21.

Almacioğlu ML (2011). *Uludağ üniversitesi tıp fakültesi acil servisine ambulansla getirilen hastaların nakil uygunluğunun değerlendirilmesi.* T.C. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa/Türkiye.

Almalki MJ, FitzGerald G, Clark M (2012). Quality of work life among primary health care nurses in the jazan region, saudi arabia: a cross-sectional study. *Human resources for health*, 10(1), 1-13.

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü (2022). *Antalya acil sağlık hizmetleri 7/24 hizmetinizdedir.* <https://antalyaiasb.saglik.gov.tr/TR-250583/antalya-acil-saglik-hizmetleri--hizmetinizdedir.html>. (Erişim Tarihi: 09.01.2023).

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü (2021). *Teşkilat Şeması.* <https://antalyaism.saglik.gov.tr/TR-130817/teskilat-semasi.html>. (Erişim Tarihi: 13.12.2022).

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü (2018). *Antalya OSB 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu Töreni.* <https://www.antalyasm.gov.tr/duyuru/mudurluk-makamina-bagli-birim/antalya-osb-112-acil-saglik-hizmetleri-istasyonu-toreni/1124#prettyPhoto>. Erişim Tarihi: 09.01.2023).

Antonino C (2023). *March 28, 1865 (?), the first hospital ambulance service in the usa in cincinnati.* <https://www.emergency-live.com/ambulance/march-28-1865-the-first-hospital-ambulance-service-in-the-usa-in-cincinnati/>. (Erişim Tarihi: 27.04.2023).

Arslan I (2018). *Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesinin iş performansı üzerine etkisinde örgütsel desteğin aracılık rolü.* T.C. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Aslan Ş, Güzel Ş (2018). Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. *JSHSR.*, 5(31), 4995-5002.

Atalay E (2019). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri* [PowerPoint sunusu]. <http://www.mku.edu.tr/files/1975-e371d757-3be2-48c9-924e-cda983b2ba89.pdf>. (Erişim Tarihi: 28.11.2022).

Atan M, Tekingündüz S (2014). Ambulans çalışanlarının (112) tükenmişlik, algılanan iş stresi ve iş tatminlerinin kişisel özelliklere göre incelenmesi. *Social Sciences*, **9(3)**, 54-69.

Atasever M (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi.* <https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/34227/0/turkiye-saglik-hizmetlerinin-finansmani-ve-saglik-harcamalarinin-analizi-2002-2013-donemipdf.pdf>. (Erişim Tarihi: 03.12.2022).

Atay M (2022). *Ambulans şoförlerinde işitsel sistemin değerlendirilmesi.* Kapadokya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü, Nevşehir/Türkiye.

Atıcı E (2022). *Elazığ ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde görev yapan hemşirelerde iş yaşam kalitesinin irdelenmesi.* T.C. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ/Türkiye.

Atıcı E, Deveci SE, Bulut İ, Kurt O (2022). Elazığ ruh sağlığı hastalıkları hastanesinde görev yapan hemşirelerde iş yaşam kalitesinin irdelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, **36(3)**, 204-210.

Ayaz S, Beydağ KD (2014). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler: Balıkesir örneği. *SHYD.*, **1(2)**, 60-69.

Aydın ÖG, Çatav EK, Ercan S, Kara H, Yalçın S, Aksoy M (2011). Birinci basamak sağlık çalışanlarında tükenmişlik, iş doyumu ve stresle başa çıkma. *Sağlığın Başkenti Dergisi*, **20**, 1-13.

Aydın S, Tokaç M (2015). *Cumhuriyet döneminde istanbul'da sağlık hizmetleri.* Yılmaz C. (Ed.), Antik Çağdan XXI. Yüzyıla Büyük İstanbul Tarihi. İstanbul: İsam Yayınevi, s: 152-162.

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

Bilgin M (2021). *Acil sağlık hizmetleri ambulans organizasyonu: Türkiye trabzon ili helikopter ambulans örneği.* T.C. Avrasya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Trabzon/Türkiye.

Bulut A (2016). *112 acil durum ambulanslarında isg risklerinin tespiti ve isg rehberi.* T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı Ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara/Türkiye.

Burmali Ö (2021). *İstanbul büyükşehir belediyesi hızır acil ambulans çalışanlarının motivasyonunu etkileyen faktörlerin incelenmesi.* T.C. İbn Haldun Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Choi SH, Lee H (2017). Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, **25(7)**, 508-518.

Coşkun RÇ (2016). *Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının iş yaşam kalitesine etkisi.* T.C. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye

Coşkun RÇ, Uğur E (2018). Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının iş yaşam kalitesine etkisi. *AUHSJ.*, 9(2), 142-149.

Çakır EP (2017). *Çocuk acil servise 112 acil ambulans ile getirilen olguların özellikleri ve 112 acil ambulans tarafından konulan tanıların acil servis tanıları ile karşılaştırılması.* T.C. Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara/Türkiye.

Çakır ZG (2014). *Acil tıp nedir? ne değildir?* [PowerPoint sunusu]. https://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/im8jNiPjSN5R.pdf. (Erişim Tarihi: 27.04.2023).

Çalışkan Ç (2015). *Gökçeada ve bozcaada'dan 01.01.2009-31.12.2013 tarihlerinde 112 ambulansları ile sevk edilen hastaların ambulans hasta kayıt formlarının değerlendirilmesi.* T.C. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Ankara/Türkiye.

Çatak T, Bahçecik N (2015). Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *MÜSBED.*, 5(2), 85-95.

Çebi GE (2022). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının travma hastalarına yaklaşım ölçeğinin geliştirilmesi.* T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çanakkale/Türkiye.

Çelebi İ (2016). Çanakkale 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında görev yapan sağlık çalışanlarının şiddetle karşılaşma durumu ve bu durumun tükenmişlik sendromu üzerine etkisi. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 1-13.

Çelikli S (2016). Kuruluştan bugüne paramedik eğitiminde standardizasyon çabaları ve kırılma noktaları. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 39-54.

Çınar İ. Kavlak O (2009). İzmir ilinde çalışan ambulans ve acil bakım teknikerlerinde iş doyumunun ve buna etki eden faktörlerin incelenmesi. *JAEM.*, 8(3), 33-37.

Çolak Y (2018). *Dans ve hareket terapisi yöntemlerinin kullanımının, hemşirelerin mesleki tatmin, tükenmişlik ve eşduyum yorgunluğu düzeylerine etkisinin incelenmesi.* T.C. Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya/Türkiye.

Daşbilek F, Yükseköl ÖD, Orhan İ (2022). Vardiyalı çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitelerinin ve iş aile çatışmasının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *SHYD.*, 9(2), 272-284.

Davas A, Türk M, Yüksel M (2016). Çalışma koşulları ile iş kazaları arasındaki ilişki: Bir hastane örneği. *MSG.*, 16(60- 61), 67-75.

Dere T (2022). *Hastane çalışanlarının can sıkıntısı eğilimleri ile iş yaşam kalitesi arasındaki ilişki.* T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta/Türkiye.

Demir S (2018). *Acil sağlık hizmetlerinde hizmet işleyişı ve hukuki sorunlar.* T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Demirbilek Ö (2019). *112 acil sağlık çalışanları arasında eşduyum yorgunluğu, eşduyum tatmini ve tükenmişlik - kayseri ili örneği.* T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale/Türkiye.

Demirbilek Ö, Hatık SF (2020). *Dünyada ve türkiyede acil sağlık hizmetleri tarihçesi.* Ulutaşdemir N. (Ed.), Sağlığın korunması ve geliştirilmesi – I. Ankara: İksad Yayınevi, s: 41-58.

Demirel EA (2019). *Yönetim fonksiyonlarının iş yaşam kalitesi üzerindeki etkisi: Sağlık sektöründe hemşireler üzerine bir uygulama.* T.C. Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale/Türkiye.

Demirler S, Kutlu AK, Baydur H (2014). Yönetici hemşirelerin yaşam kaliteleri ile çalışma yaşamı kalitelerinin incelenmesi. *EGEHFD.*, **30(2)**, 26-39.

Denk T (2018). *Bir üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerde mesleki yaşam kalitesi merhamet memnuniyeti merhamet yorgunluğu.* T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep/Türkiye.

Deveci Ş (2021). *Lise öğretmenlerinin iş yaşam kalitesi ve iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişki.* T.C. Fırat Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Elazığ/Türkiye.

Devi BR, Hajamohideen OM (2018). A study on quality of work life among nurses working in private hospitals an thanjavur, tamilnadu. *IOSR-JBM.*, **20(4)**, 61-64.

Doğan MB (2012). *Adli vakalarda olay yerine müdahaleye giden sağlık ekiplerinin olay yerine ve delillere yaklaşımı.* T.C. İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Durdu İ (2019). *Hemşirelerde iş güvenliği ve iş yaşam kalitesi.* T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Durmuş S (2022). *Hastane öncesi protokollerinin karşılaştırmalı incelenmesi ve türkiye’de paramediklerin protokollere uyum durumu.* T.C. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir/Türkiye.

Düzova S (2015). *112 acil sağlık hizmetleri’nde çalışan personelin iş doyumu: ankara ili örneği.* T.C. Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara/Türkiye.

Ekşi A (2015). *Kitlesel olaylarda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yönetimi.* 3. Baskı, İzmir: Kitapana Yayınevi, s: 16-37.

Eorufound (2002). *Quality of work and employment in europe: Issues and challenges.* https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef0212en.pdf. (Erişim Tarihi: 16.02.2023).

Erbay H (2021). Türkiye'nin ilk ambulans servisi: 077 hızır acil. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics.*, 29(3), 323-330.

Eren T (2020). *Acil hizmetler komuta kontrol merkezi çalışanlarının iletişim becerilerinin değerlendirilmesi- istanbul 112 komuta kontrol merkezinde yapılan bir çalışma.* T.C. Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Eren H, Hisar F (2016). Quality of work life perceived by nurses and their organizational commitment level. *Journal of Human Sciences*, 13(1), 1123-1132.

Erenoğlu R, Tambağ H, Can R, Kabakoğlu H (2019). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 181-187.

Ergülek H (2022). İlk yardım nedir?. <https://www.isgenstitu.com/ilk-yardim-nedir/>. (Erişim Tarihi: 27.04.2023).

Esenay FI (2018). *Sağlık-hastalık kavramları* [PowerPoint sunusu]. https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/96519/mod_resource/content/0/2-Sa%C4%9Fl%C4%B1k_hastal%C4%B1k%20kavramlar%C4%B1%202018.pdf. (Erişim Tarihi: 18.11.2022).

Eser E (2012). *Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.* Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. 4 Mayıs, s: 2-4.

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü (2020). *Görevlerimiz.* <https://eskisehiriasb.saglik.gov.tr/TR-65429/gorevlerimiz.html>. (Erişim Tarihi: 20.12.2022).

Fasla NP (2017). A study on quality of worklife among private hospital nurses with special reference to mannarkkad municipality, palakkad district. *International Journal of Research-Granthaalayah*, 5(4), 128-134.

Genç E (2015). *İş yaşam kalitesi ve işe yabancılaşmanın işten ayrılma niyeti üzerine etkisi: hizmet sektöründe bir uygulama.* T.C. Mustafa Kemal Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hatay/Türkiye.

Gezgin MF (2015). *Türkiye'de 112 acil yardım ambulanslarında görev yapan sağlık personellerinin hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri.* T.C. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Gostak H (2021). *Türkiye'de 112 acil sağlık hizmetlerinin tarihi.* T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Güçlü A (2014). *Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ile işten ayrılma niyetleri arasındaki ilişki.* T.C. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya/Türkiye.

Güçlü A, Kurşun Ş (2018). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve ilişkili faktörler. *FNJN.*, 26(3), 187-197.

Karaaslan A (2016). *Ceza ve tevkif evlerinde çalışan hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve örgütsel bağlılık düzeyleri arasındaki ilişki.* T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya/Türkiye.

Karagöz AŞ (2022). *112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının karşılaştıkları mesleki riskler ve risk yönetimi.* T.C. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çanakkale/Türkiye.

Karagöz E (2019). *Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin iş-yaşam kalitesi ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.* T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep/Türkiye.

Kelbiso L, Belay A, Woldie M (2017). Determinants of quality of work life among nurses working in hawassa town public health facilities, south ethiopia: a cross-sectional study. *Nursing Research and Practice*, 1-11.

Kılıç R, Keklik B (2012). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve motivasyona etkisi üzerine bir araştırma. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 147-160.

Kılınçlı T, Kaptanoğlu AY (2019). *Hastane öncesi sağlık hizmetleri yönetimi.* <http://www.aysegulyildirimkaptanoglu.com/rsmlr/dosya/K%C4%B0TAP2019.pdf>. (Erişim Tarihi: 16.11.2022).

Kızılay (2020). *Tarihçemiz.* <https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/tarihcemiz>. (Erişim Tarihi: 03.12.2022).

Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü (2021). *Komuta Kontrol Merkezi.* <https://kocaeliiasb.saglik.gov.tr/TR-60045/komuta-kontrol-merkezi.html>. (Erişim Tarihi: 21.12.2022).

Kotsiou OS, Srivastava DS, Kotsios P, Exadaktylos AK, Gourgoulisanis KI (2018). The emergency medical system in greece: opening aeolus' bag of winds. *IJERPH*, 15(4), 1-14.

Kozyel M (2020). *Çanakkale 112 il ambulans servisi başhekimliği'ne bağlı hava ambulansının 01.09.2009-31.12.2018 tarihleri arasındaki faaliyetlerinin değerlendirilmesi.* T.C. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara/Türkiye.

Köksal G (2010). *112 acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyon yapısının iş sağlığı ve güvenliği sorunları üzerine etkileri.* T.C. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Köse G (2021). *Antalya ili acil sağlık hizmetleri'nde çalışan paramediklerin üniversite eğitimlerinin mesleki yeterliliklerine etkisinin araştırılması,* T.C. Burdur Mehmet Akif Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Burdur/Türkiye.

Küçükkelepçe O (2022). *Adıyaman 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.* T.C. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya/Türkiye.

Kwak Y, Han Y, Song JS, Kim JS (2019). Impact of emotional labour and workplace violence on professional quality of life among clinical nurses. *International journal of nursing practice*, 26(1), 1-8.

Lebni JY, Togholi R, Abbas J, Kianipour N, Nejhadadgar N, Salahshoor MR, Chaboksavar F, Moradi F, Ziapour A (2021). Nurses' work-related quality of life and its influencing demographic factors at a public hospital in western iran: a cross-sectional study. *International Quarterly of Community Health Education*, 42(1), 37-45.

Macit M, Eren AS, Karaman M, Demir İE (2019). Çalışma yaşamı kalitesi ölçeği geçerlilik güvenirlik çalışması: sağlık çalışanlarında bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 26(3), 903-917.

Memiş K, Hoşgör H, Boz C, Gün İ, Hoşgör DG (2015). İş yaşam kalitesi ve motivasyon ilişkisi: Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Hastanesi örneği. *MÜSBED.*, 5(4), 220-230.

Mezgit M, Çelik İ (2020). Aydın türk kızılây'ının iktisadi işletmesinin ilk yardım uygulamaları, *YFD*, 12(24), 106-131.

Milli Eğitim Bakanlığı (2011). *Acil sağlık hizmetlerinin yapısı*. Ankara. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Acil%20Saglik%20Hizmetlerinin%20Yapisi.pdf. (Erişim Tarihi: 09.11.2022).

Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(15), 17-30.

Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I (2014). Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(2), 1-6.

National Library of Medicine (2022). *Patients being loaded in ambulance plane, maingkwan, burma.* <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101743405X297-img>. (Erişim Tarihi: 29.11.2022).

National Library of Medicine (2022). *Transportation of the wounded.* <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101436513-img>. (Erişim Tarihi: 29.11.2022).

Nevşehir İl Sağlık Müdürlüğü (2022). *Acil sağlık hizmetleri istasyonlarımız.* <https://testtasra.saglik.gov.tr/nevsehir112/TR,198383/acil-saglik-hizmetleri-istasyonlarimiz.html>. (Erişim Tarihi: 01.01.2023).

Nur N, Demir ÖF, Çetinkaya S, Tirek N (2008). Yaşlılar tarafından kullanılan acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11(7), 7-11.

Nur R (2017). *Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi ve örgütsel çekicilik: Şanlıurfa'daki özel hastanelerde yapılan bir araştırma*. T.C. Harran Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Şanlıurfa/Türkiye.

Ongun Y (2018). *Uludağ üniversitesi tıp fakültesi acil servisine 112 ambulansı ile başvuran hastalarda, hasta ce yakınlarının sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerinin 112 kullanımına etkisinin araştırılması.* T.C. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa/Türkiye

Önal Ö (2015). Acil sağlık istasyonlarında çalışan personelin mesleki risk durumları. *JCM.*, **5(4)**, 239-244.

Öztürk DA (2010). *Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranımları ve iş yaşam kalitesinin iş doyum düzeyine etkileri üzerine bir araştırma.* T.C. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Öztürk YE, Kırac K (2019). *Sağlık ve hastalık.* Dalkılıç M. (Ed.), Scientific developments. 1. Baskı, Ankara: Gece Akademi, s: 382-389.

Öztürk YE, Kırac R, Kara F (2018). Sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin incelenmesine yönelik bir araştırma. *ASOSJOURNAL.*, **84**, 567-577.

Paksoy VM (2016). Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırması: anglo-amerikan ve franko-german modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **4(1)**, 6-24.

Palabıyık N, İşözen H (2021). İş yaşam dengesi ve iş doyumunu hastane çalışanları örneği. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*, **4(4)**, 309-325.

Palteki T (2017). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde neredeyiz, ne yapmalıyız?*. <https://www.sdplatform.com/Dergi/1012/Hastane-oncesi-acil-saglik-hizmetlerinde-neredeyiz-ne-yapmalıyız.aspx>. (Erişim Tarihi: 11.12.2022).

Pehlevan O (2017). *112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin tükenmişlik ve iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi.* T.C. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara/Türkiye.

Perk H (2012). *Felaketlerin umut ışığı türk kızılای.* <https://ia802907.us.archive.org/24/items/zeytinburnu-belediyesi-kultur-sanat-yayinlari-pdf-arsivi>. (Erişim Tarihi: 03.12.2022).

Pınar R (2012). *Türkiye’de hemşirelik alanında yaşam kalitesi.* Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu. 4 Mayıs, s: 5-10.

Polat FN (2016). *Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: sağlık profesyonelleri örneği.* T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta/Türkiye.

Raeissi P, Rajabi MR, Ahmadizadeh E, Rajabkhah K, Kakemam E (2019). Quality of work life and factors associated with it among nurses in public hospitals, iran. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, **94**, 1-8.

Resmi Gazete (2000). *Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği.* <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. (Erişim Tarihi: 25.11.2022).

Resmi Gazete (2009). *Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin çalışma usul ve esaslarına dair tebliğ.* <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/03/20090326-4.htm>. (Erişim Tarihi: 06.12.2022).

Resmi Gazete (2014). *Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik.* <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>. (Erişim Tarihi: 20.01.2023).

Sadat Z, Aboutalebi MS, Alavi NM (2017). Quality of work life and its related factors: a survey of nurses. *Trauma Monthly*, **22(3)**, 1-5.

Sağlık Bakanlığı (2019). *112 acil ambulans sisteminin 25. yılı kutlandı.* <https://www.saglik.gov.tr/tr,59151/112-acil-ambulans-sisteminin-25-yili-kutlandi.html>. (Erişim Tarihi: 26.11.2022).

Sağlık Bakanlığı (2022). *Acil sağlık hizmetleri.* Başara BB, Çağlar İS, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B. (Ed.), Sağlık istatistikleri yıllığı. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, s: 257-270.

Sarıkahya SD, Güden E, Balcı E, Güden A (2020). Kayseri 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin çalışma ortamında karşılaştıkları sağlık sorunları ve karşılaştıkları mesleki riskler. *PASHİD.*, **2(1)**, 31-43.

Saygılı M, Avcı K, Sönmez S (2016). Sağlık çalışanlarının çalışma yaşam kalitesine ilişkin bir değerlendirme: bir kamu hastanesi örneği. *JASSS.*, **52**, 437-451.

Saygılı M, Çelik Y (2011). Hastane çalışanlarının çalışma ortamlarına ilişkin algıları ile iş doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **14(1)**, 39-71.

Sert A (2019). *Burdur ili acil sağlık hizmetlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi (2013-2017 yılları arası).* T.C. Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Burdur/Türkiye.

Sevim İ, Maden ř (2018). *Ülkemizde kullanılan ambulans tipleri ve bölgelere göre hizmet alanlarının incelenmesi.* 2. Uluslararası Bilimsel Çalışmalarda Yenilikçi Yaklaşımlar Sempozyumu. 30 Kasım-2 Aralık Samsun, s: 594-597.

Seyhan F (2020). *Sağlık çalışanlarının yaşadığı örgütsel çatışma, örgütsel stres, iş yaşam kalitesi, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki.* T.C. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ankara/Türkiye.

Sofuoğlu T (2020). *Dünyada ve türkiye’de ambulans hizmetlerinin gelişimi.* <https://www.healthworldnews.net/dunyada-ve-turkiyede-ambulans-hizmetlerinin-gelisimi>. (Erişim Tarihi: 02.12.2022).

Şahin H (2019). *Çalışmaya tutkunluk ve iş yükünün işte yaşam kalitesi üzerine etkisi:112 acil sağlık hizmetleri çalışanları örneği.* T.C. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sakarya/Türkiye.

Şahin L, Ekmekyapar M, Gür A, Bilgili MA (2021). Acil sağlık hizmetleri çalışanlarında işle ilgili sağlık sorunları. *Van Tıp Derg.*, **28(4)**, 588-594.

Şaşmaz T (2021). *Pandemi sürecinin erken döneminde ambulans hizmetleri ile üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastaların tıbbi durum ve demografik özelliklerinin incelenmesi.* T.C. Kırıkkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kırıkkale/Türkiye.

Şen MA (2016). *Dicle üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerde iş yaşamı kalitesi ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi.* T.C. Dicle Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır/Türkiye.

Şen J, Büyükçam F, Akpınar Ş, Karakılıç E (2013). The vacancies and preferability of emergency medicine training in recent years in turkey. *JAEM.*, **12**, 180-184.

Şenüren ÇÖ (2015). *Paramedik program öğrencelerinde uygulanan düzenli antrenman programının fiziksel performans ve mesleki becereler üzerine etkisi.* T.C. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Şişman A, Şişman Y, Terzi Ö (2010). *Samsun 112 acil çağrılarının ve acil sağlık hizmet istasyonlarının konumlarının cbs ile değerlendirilmesi.* III. Uzaktan Algılama ve Coğrafi Bilgi Sistemleri Sempozyumu. 11 – 13 Ekim 2010, Gebze/Kocaeli, s:523-532.

Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A (2019). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye’ye örneği. *GÜSBD.*, **8(1)**, 120 – 127.

Tamer E (2018). *Hemşirelerinin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi.* T.C. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon/Türkiye.

Tamer E, Öztürk H (2021). Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *EGEHFD.*, **37(2)**, 107-119.

Tan YF (2020). *Denizli il ambulans servisi başhekimliği, acil sağlık istasyonları ve komuta kontrol merkezi çalışanlarının afet inanç ölçeği modeline göre afete hazırlık durumları.* T.C. Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli/Türkiye.

Tanrıverdi H, Köksal G (2012). *112 acil sağlık hizmetleri yönetimi.* 1.Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık, s: 22-112.

Toker SO, Küçükylmaz Ü (2001). Acil sağlık sistemi nedir? Türkiye'nin ulusal acil sağlık sistemine genel bir bakış. *Dirim.*, **76(2)**, 11-16.

Toprak ME (2019). *Hemşirelerin iş yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi.* T.C. Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa/Türkiye.

Torlak K (2019). *Hemşirelik çalışma ortamının hemşirelerin iş yaşam kalitesine etkisi.* T.C. Koç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Toygar ŞA, Kara D, Kırhoğlu M (2018). İşgörenlerin iş yaşam kalitesinin incelenmesi: ankara ilinde bir eğitim-araştırma hastanesi örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, **10(3)**, 306-320.

Tulupcu S (2021). *Vardiyalı çalışan hemşirelerde yorgunluk düzeyinin iş yaşam kalitesi ve genel sağlık durumu ile ilişkisi.* T.C. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya/Türkiye.

Türk Dil Kurumu (2022). *Güncel Türkçe Sözlük.* <https://sozluk.gov.tr>. (Erişim Tarihi: 09.11.2022).

Türk K, Eroğlu C, Türk D (2008). T.C. devlet hastanelerindeki çalışma koşullarının stres üzerine etkilerini ölçmeye yönelik bir araştırma: Geyve devlet hastanesi örneği. *JHS.*, **5(1)**, 1-17.

Uslu S (2018). *Ambulans tipleri ve özellikleri.* Özlü ZK, Çakır Z. (Ed.), Acil servis araçları eğitimi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, s: 66-87.

Uslu Y (2017). *112'de çalışan sağlık personelin çalışma koşullarına göre dikkat ve konsantrasyon düzeylerinin değerlendirilmesi.* T.C. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara/Türkiye.

Usta G (2018). *Artvin 112 acil sağlık hizmetlerine 2016 yılında yapılan çağrılarının acil durum yönetimi açısından analizi.* T.C. Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gümüşhane/Türkiye.

Uşma H (2021). *Hemşirelerin iş yaşam kalitesi ve izolasyon önlemlerine uyumu.* T.C. Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Uzun LN, Mayda AS (2020). Hemşirelerde tükenmişlik düzeyinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: bir üniversite hastanesi örneği. *Konuralp Tıp Dergisi*, **12(1)**, 137-143.

Ünsal A (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık&hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **1(1)**, 11-25.

Ünsal İ, Ünsal DE (2021). Hava ambulans sisteminin türkiye'deki gelişimi. *JASS.*, **2(1)**, 47-70.

World Health Organization (2023). *Constitution.* <https://www.who.int/about/governance/constitution>. (Erişim Tarihi: 27.04.2023).

Yaltagil E (2022). *Covid-19 pandemisi sürecinde aktif çalışan sağlık personellerinin iş yaşam kalitesinin tükenmişlik sendromuna etkisinin adli bilimler açısından değerlendirilmesi.* T.C. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya/Türkiye.

Yenal S (2019). *Acil sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri çalışanları ve görev tanımları, mesleki eğitim.* Yavuz S, Yavuz G. (Ed.), Hastane öncesi acil tıp. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 3-12.

Yenice H (2012). *Uludağ üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servisine hava ambulansı ile nakledilen olguların değerlendirilmesi.* T.C. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa/Türkiye.

Yeniyol ZD (2018). *Sağlık çalışanlarının iş doyumu, kaygı ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi.* T.C. Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Yerlikaya Ö (2015). *Çalışma hayatında tükenmişlik (Edirne 112 acil sağlık çalışanları örneği).* T.C. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F, Olgun NN, Aker AT (2010). *Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenilirlik çalışması.* NPA., 47, 111-117.

Yılmaz Aİ (2014). *112 acil sağlık hizmetleri sunumu ve etkileyen faktörler (Konya Örneği).* T.C. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul/Türkiye.

Yiğit A (2019). *Sağlık kurumlarında acil ve yoğun bakım hizmetleri.* Akbulut Y. (Ed.), Sağlık kurumları yönetimi I. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, s: 162-186.



EKLER

Ek-1 Sosyo-Demografik Özellikler Formu

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma, 112 acil sağlık hizmetleri sunumunda görev alan sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Anketi doldurmak için ayıracağınız süre ve değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğr. Ali GUBUZ

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sosyo-Demografik Özellikler Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar
4. Gelir Durumunuz: () Gelir Giderden Fazla () Gelir Gidere Eşit () Gelir Giderden Az
5. Çocuk Sayısı: () Yok () 1- 3 () 4 ve Üzeri
6. Yaşanılan Yer: () İl () İlçe () Köy () Diğer
7. Eğitim Durumunuz:
() Sağlık Meslek Lisesi () Ön Lisans () Lisans ()Yüksek Lisans Ve Üzeri
8. Herhangi Bir Kronik Hastalığınız Var Mı? () Evet () Hayır
9. Kullanmakta Olduğunuz Sürekli Bir İlaç Var Mı? () Evet () Hayır
10. Mevcut Çalışma Biriminiz:
() Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu () Komuta Kontrol Merkezi () Diğer
11. Mesleki Unvanınız:
() Hekim () Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri () Acil Tıp Teknisyeni () Sürücü () Diğer
12. İstihdam Durumunuz: () Kadrolu () Sözleşmeli
13. Toplam Hizmet Yılınız: () 1 Yıldan Az () 1-5 Yıl () 6-10 Yıl () 11 Yıldan Fazla
14. Bulunduğunuz Kurumda Kaç Yıldır Çalışıyorsunuz?
() 1 Yıldan Az () 1-5 Yıl () 6-10 Yıl () 11 Yıldan Fazla
15. Haftalık Çalışma Saatiniz:
() 1-24 Saat Arası () 25-49 Saat Arası () 50-70 Saat Arası () 71 Saat ve Üzeri
16. Gece Nöbeti Tutuyor Musunuz? () Evet () Hayır
17. Yıllık İzinlerinizi Düzenli Olarak Kullanabiliyor Musunuz? () Evet () Hayır
18. Mesleki Açından Almış Olduğunuz Eğitiminize Uygun Bir Birimde Mi Çalışıyorsunuz? () Evet () Hayır
19. Mevcut İşiniz Esnasında Görev Tanımınız Harici Herhangi Bir İş Yapıyor Musunuz? () Evet () Hayır
20. Şu Anda Çalıştığınız Birimde İş Yükü Fazla Mı? () Evet () Hayır
21. Nöbet Öncesi Ve Nöbet Sonrasında Yeteri Kadar Dinlenebiliyor Musunuz? () Evet () Hayır
22. Sosyal Aktivitelere Katılım Sağlıyor Musunuz? () Evet () Hayır
23. Mevcut İşinizden Memnun Musunuz? () Evet () Hayır
24. Cevabınız Hayır İse Nedeni (Size En Uygun Olan Bir Tanesi İşaretleyiniz)
() İletişim Sorunu () Mesleki Doyumsuzluk () Ekonomik Yetersizlik () Fiziksel Koşulların Yetersizliği () Sosyal Olanak Yetersizliği () Çalışma Sistemindeki Uygunsuzluklar () Diğer (Lütfen Yazınız)
25. Mevcut İşiniz Esnasında Fiziksel-Sosyal-Psikolojik Şiddette Maruz Kaldınız Mı? () Evet () Hayır
26. Mevcut İşiniz Esnasında İş Kazası Geçirdiniz Mi? () Evet () Hayır

Ek-2 Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

<i>Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği</i>	Katılma Düzeyi					
	0: Hiçbir Zaman 1 2 3 4 5: Çok Sık					
1. Kendimi mutlu hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Yardım ettiğim kişiler zihnimi aşırı meşgul ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. İnsanlara yardım edebiliyor olmaktan memnun oluyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Başkalarıyla ilişki kurabildiğimi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Ani ya da beklenmedik ses duyunca sıçırıyor ya da ürktüyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Başkalarına yardım ettikten sonra kendimi daha güçlü hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Yardım eden rolümle kendi özel hayatımı birbirinden ayırmakta zorlanıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Yardım ettiğim kişinin yaşadığı çok acı bir olay uykumun bozulmasına neden oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Yardım ettiğim kişilerin yaşadığı stresin bana de geçebileceğini düşünüyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Yardım eden olarak kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Yardım için yaptığım çalışmalarımın dolaylı zaman zaman kendimi zorda hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. İşimi seviyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yardım eden olmamın sonucunda kendimi çökkün hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Yardım ettiğim kişilerin başlarından geçen çok acı yaşantıları sanki kendim yaşıyormuş gibi hissettiğim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Bana güç veren inançlarım var.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Bildiğim yardım yöntemlerini ne kadar çok kullanabilirsem o kadar iyi hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Her zaman olmak istediğim gibi bir insanım	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. İşim beni tatmin ediyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Kendimi tükenmiş hissediyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Yardım ettiğim kişiler ve onlara yaptığım yardımlarla ilgili olumlu düşünce ve duygular taşıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Yaptığım işin yoğunluğu veya yardım ettiğim kişilerin çokluğu gibi nedenlerle kendimi tükenmiş hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. İşimde yaptıklarımın bir fark yaratabileceğime inanıyorum	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Bana, yardım ettiğim insanların korku verici yaşantılarını hatırlattığı için çeşitli etkinlik ve durumlarda bulunmaktan kaçınıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Yardım edebildiğim durumlardan gurur duyuyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Yardım etmemin sonucu olarak sıkıntı verici veya korkutucu düşüncelerim oluyor.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Çalışma sisteminden dolayı kendimi çıkmaza girmiş gibi hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Yardım eden olarak kendimi “başarılı” hissediyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Travma mağdurlarıyla yaptığım çalışmaların önemli bölümlerini hatırlayamıyorum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Çok hassas bir insanım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Bu işi seçtiğim için mutluyum.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Ek-3 Kurum İzni



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ANTALYA SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRİMİ



Sayı : E-98360293-604.01.02
Konu : Ali GUBUZ(Araştırma İzin Talebi)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 10/06/2022 tarihli ve 98360293-604.01.02-02-3453 sayılı yazı.
: 07/06/2022 tarihli ve 48520027-319-E-48520027-319-1391 sayılı yazı.

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisi ve İl Ambulans Servisi Başhekimliği Korkuteli 2 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda ATT olarak görev yapan Ali GUBUZ'un "112 Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışmayı Antalya İl Ambulans Servisi Başhekimliği 'ne bağlı Komuta Kontrol Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışan personele uygulanarak yapılabilmesi talebine ilişkin Müdürlüğümüze başvuru yapılmıştır. Antalya Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı çalışanının Komuta Kontrol Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında yapılmasında sakınca bulunmadığını bildirmiştir. Söz konusu çalışma yapılırken Kişisel Verilerin Korunması Kanununun mahremiyetin korunması ile gizliliğe yönelik ilgili maddeleri dikkate alınarak, iş ve işlemlerin aksatılmaması, enfeksiyon önlemleri, etik kurallar ve bilgi güvenliğine dikkat edilmesi koşulları ile çalışmanın Komuta Kontrol Merkezi ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında uygulanabilmesi uygun görülmüş olup, ilgili birim ve çalışanlara bildirilmesi hususunda,

Bilgi ve gereğini arz/rica ederim.

Op.Dr. Reha Sermed AYGÖREN
Sağlık Müdürü a.
Sağlık Hizmetleri Başkanı

Ek:
1- Antalya Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Üst Yazı
2- İl Sağlık Müdürlüğü Üst Yazı(Makam Onayı)
3- Ali GUBUZ Başvuru Dilekçesi

Dağıtım:
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Rektörlüğü
Antalya Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı
Antalya İl Ambulans Servisi Başhekimliği

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: d57a8127-9819-4418-89e1-cfad50c53ab6 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü

Bilgi için: Züleyha ÖĞÜR

Telefon: Faks No: 0242 228 50 47

HEMŞİRE

e-Posta: zuleyha.ogur@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.antalyasim.gov.tr>

Telefon No: (0 242) 320 60 00

Belge Doğrulama Kodu: 94567213-5453-4438-883d-19b8d7fefac2

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

