



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**112 SAĞLIK HİZMETLERİ AMBULANS NAKİL VAKALARININ
RETROSPEKTİF ANALİZİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Rıfat EREN

Danışman

Doç. Dr. Mehmet ESEN

TOKAT- 2023

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Mehmet ESEN danışmanlığında hazırlamış olduğum “**112 Sağlık Hizmetleri Ambulans Nakil Vakaların Retrospektif Analizi**” adlı Yüksek Lisans tez çalışmasının bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Rıfat EREN

JÜRİ ONAY VE KABUL



ONAY

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

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Acil tıp hemşireliği yüksek lisans tezime başladığım zaman konu seçimimden tezimin bitimine kadar emeği geçen saygı değer hocam Doç. Dr. Mehmet ESEN hocama minnet ve saygı ile çok teşekkür ederim.

Sadece bu yüksek lisans eğitimin değil tüm öğrenim hayatım boyunca bana desteklerini hiç esirgemeyen ve her zaman yanımda duran, başta annem Melahat EREN, babam Ercan EREN'e, ablam Arzu TEKMEN'e sonsuz teşekkürlerini ve minnetlerini sunarım. Ayrıca benden desteğini hiç eksik etmeyen biricik eşim Sefa GÖKMEN EREN'e çok teşekkür ediyorum.

Tezimin istatistik verilerini hazırlayan Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre KUYUCU hocama ve eğitim ve öğrenim hayatımda bana destek veren tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkür ve minneti bir borç bilirim.

Rıfat
EREN

ÖZET**112 SAĞLIK HİZMETLERİ AMBULANS NAKİL VAKALARININ
RETROSPEKTİF ANALİZİ****EREN RIFAT**

Yüksek Lisans, Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehmet ESEN

Ağustos 2023, XV+158 sayfa

Giriş ve Amaç: Bu çalışma 25/02/2022-15/08/2022 tarihleri arasında 112 ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesine getirilen ve TOGÜ' den başka hastaneye sevk olan hastaların başvuru nedenlerini araştırmak için yapılmıştır. Bu çalışmada hangi tanıyla hastaların nakli, ambulansla neler yapıldığı, konulan ön tanı ile hastane tanılarının tutarlılığı, hastanede bekleme süreleri ve sevk nedenleri göz önüne alınmıştır. Bu çalışma, 112 KKM ambulanslarının yanlış kullanımını belirlemek ve eksikliklerin giderilmesi için ışık tutması amacıyla planlanmıştır.

Materyal ve Metod: Retrospektif olarak dizayn edilen bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Acil Servis sarı alandan (ENLİL HBYS sistemi ve hasta dosyaları) ve 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) kayıtlarından elde edilen veri kayıtları ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics Version 22 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama $\pm$ standart sapma, yüzdelik dağılımlar, bağımlı örneklem t testi, ki-kare testi kullanılmış olup. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 652 hastanın % 50'si erkek ve %50'si kadındı, %33'ü 65 yaş ve üzeriydi. Vakaların başvuru saatleri dikkate alındığında, en çok başvuru %47,2 ile saat 8-16 saatleri arasındaydı. KKM tarafından vakalar ortalama 1-2 dk içinde ambulans ekiplerine bildirdikleri, ambulans ekiplerinin bu vakalara bulundukları istasyondan ortalama 61-90 sn'de (%40,3) çıktıkları ve ambulans personelinin ortalama 0-10 dk (%57,2) içerisinde vakalara ulaştıkları belirlendi. Vakaların çoğunun (%35,4) evden alındığı saptandı. 112 KKM ambulansla konulan ön tanılarına bakıldığında; en çok %22,3 nörolojik hasta grubu, % 22.1 travma hastaları,

%17,3 kardiyak hastalar olduğu gözlemlendi. Hastane tanılarına bakınca; en çok %20,9 travma hastaları, %20,1 kardiyak hastalar, % 18,7 nörolojik hasta grubu olduğu gözlemlendi. 1. basamak sağlık kuruluşunda hastaların acilde kalış sürelerine bakıldığında; 0-1 saat kalan hasta sayısı 2 (%4,5), 1-2 saat kalan hasta sayısı 11 (%25), 2-3 saat kalan hasta sayısı 12 (%27,3), 3 saatten daha fazla kalan hasta sayısı 29 (%65,9) idi. 2. basamak sağlık kuruluşunda meydana gelen vakalardaki hastaların acilde kalış sürelerine bakıldığında; 1-2 saat kalan hasta sayısının 9 (%4,2), 2-3 saat kalan hasta sayısının 9 (%4,2), 3 saatten daha fazla acilde kalan hasta sayısının ise 198 (%91,7) olduğu gözlemlendi. En sık yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle TOGÜ acil servisten hastaların sevk edildiği gözlemlendi. Hastaların %48,2'sinin acil serviste en az 3 saat kaldığı ve %48,5'inin ise ayaktan taburcu edildiği gözlemlendi.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre, yaşlı nüfusun artması ile orantılı olarak ambulans hizmetlerinden daha fazla yararlandığı belirlendi. Bu nedenle 112 ambulans ekiplerinin travmalardan daha çok medikal hastalara hizmet verdiği saptandı. 3. Basamak acil servise getirilen vakaların çoğunun rahatlıkla ayaktan başvurabilecek ve ambulans hizmeti gerektirmeyecek hastalar olduğu gözlemlendi. Bu sebepten ambulans personeline telekonferans doktor bağlantısı ile olay yerinde müdahale ve nakil uygunluğu belirlemede yetki verilmesi veya doktorlu ambulansların sayısının artırılması, 112 ve hastane personelinin iş yükünü azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: 112, Ambulans, Acil Servis, Bekleme Süresi, Nakil

ABSTRACT**112 HEALTH SERVICES RETROSPECTIVE ANALYSIS OF AMBULANCE
TRANSPORT CASE****EREN RIFAT**

Master, Emergency Medicine Nursing Master's Program

Thesis Advisor: Assoc. DR. Mehmet ESEN

August 2023, XV+158 Pages

Introduction and Objective: This study was carried out to investigate the reasons for the admission of patients who were brought to Tokat Gaziosmanpaşa University Training and Research Hospital between 25/02/2022-15/08/2022 with 112 and referred to a hospital other than TOGU. In this study, the patients with which diagnosis were transported, what was done in the ambulance, the consistency of the preliminary diagnosis and the hospital diagnosis, the waiting times in the hospital and the reasons for the referral were taken into consideration. This study was planned to determine the misuse of 112 KKM ambulances and to shed light on the deficiencies.

Materials and Methods: This study, which was designed retrospectively, was carried out with data records obtained from Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital Emergency Service yellow area (ENLİL HBYS system and patient files) and 112 Command and Control Center (KKM) records. Statistical analyzes were made in IBM SPSS Statistics Version 22 package program. Mean $\pm$ standard deviation, percentile distributions, dependent sample t-test, and chi-square test were used in the evaluation of the data. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Of the 652 patients included in the evaluation, 50% were male and 50% were female, and 33% were aged 65 and over. Considering the application hours of the cases, the highest number of applications was between 8-16 hours with 47.2%. It was determined that the KKM reported the cases to the ambulance teams within 1-2 minutes on average, the ambulance teams left the station in 61-90 seconds (40.3%) on average, and the ambulance personnel reached the cases within an average of 0-10 minutes (57.2%). It was determined that most of the cases (35.4%) were taken from the house.

Considering the preliminary diagnoses made in 112 KKM ambulances; it was observed that the most common were 22.3% neurological patients, 22.1% trauma patients, 17.3% cardiac patients. Looking at the hospital diagnoses; it was observed that the most 20.9% trauma patients, 20.1% cardiac patients, 18.7% neurological patients. Considering the length of stay of the patients in the ED in the primary health care institution; The number of patients staying 0-1 hours was 2 (4.5%), the number of patients staying 1-2 hours was 11 (25%), the number of patients staying 2-3 hours was 12 (27.3%), and the number of patients staying longer than 3 hours was 29 (65.9%). Considering the duration of stay in the emergency room of the patients in the cases that occurred in the second level health institution; It was observed that the number of patients staying for 1-2 hours was 9 (4.2%), the number of patients staying for 2-3 hours was 9 (4.2%), and the number of patients staying in the emergency room for more than 3 hours was 198 (91.7%). It was observed that patients were referred from the TOGU emergency department most frequently due to the need for intensive care. It was observed that 48.2% of the patients stayed in the emergency department for at least 3 hours and 48.5% were discharged from the outpatient clinic.

Conclusion: According to the results of the study, it was determined that the elderly population benefited more from ambulance services in proportion to the increase. For this reason, it was determined that 112 ambulance crews served more medical patients than traumas. It was observed that most of the cases brought to the 3rd step emergency department were patients who could easily apply as an outpatient and did not require ambulance service. For this reason, it is thought that authorizing ambulance personnel to determine the appropriateness of intervention and transport at the scene with a teleconference doctor connection or increasing the number of ambulances with doctors will reduce the workload of 112 and hospital personnel.

Key words: 112, Ambulance, Emergency Service, Waiting Time, Transport

İÇİNDEKİLER

ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ ONAY VE KABUL	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
RESİMLER.....	xi
TABLolar	xiii
KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Tarihçe, Modeller ve Temel Kavramlar.....	3
2.1.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi	3
2.1.2. Dünyada Uygulanan Acil Sağlık Hizmet Modelleri	17
2.1.2.1. Anglo-Amerikan Modeli	19
2.1.2.2. Franko-German Modeli	19
2.1.3. Kavramlar ve Tanımlar	21
2.2. Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	25
2.2.1. Birinci Dönem: Hızır Acil Servis'e Kadar Geçen Dönem.....	26
2.2.1.1. Deneyimlerle Başlayan Örgütlenme Süreci.....	26
2.2.1.2. Çanakkale'de acil sağlık hizmetlerinin uygulanışı	29
2.2.1.3. Modern Acil Sağlık Hizmetlerine Giden Yolda Atılan İlk Adımlar	34
2.2.2. İkinci Dönem: Modern Ambulans Hizmetleri Dönemi	47
2.2.2.1. Hızır Acil Servis (1985-1994)	48
2.2.2.2. Acil Yardım Ve Kurtarma (1994-2003)	57

2.2.2.3.	Acil Sağlık Hizmetleri (2003 ve Sonrası).....	59
2.3.	Günümüz Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	69
2.3.1.	Teşkilat Yapılanması.....	69
2.3.1.1.	Merkez Teşkilatlanması.....	70
2.3.1.1.1.	Genel Müdürlük	70
2.3.1.1.2.	Daire başkanlıkları	71
2.3.1.2.	Taşra teşkilatlanması	75
2.3.2.	Acil sağlık hizmetleri birimi	76
2.3.3.	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi.....	77
2.3.3.1.	Acil Sağlık Çağrısı, Çağrının Değerlendirilmesi Ve Yönlendirme	77
2.3.3.2.	Hizmetin Sunulması ve Sonuçlandırılması.....	79
2.3.3.3.	Ambulanslar Ve Acil Sağlık Araçları.....	79
2.3.3.4.	Ambulans Personeli	83
2.3.3.5.	İstasyon Tipleri	84
2.3.3.6.	Acil Sağlık Otomasyon Sistemi	85
2.3.3.7.	Akıllı Ambulans Ve Tablet Uygulaması	85
2.3.3.8.	Ortak Çağrı Sistemine Geçiş	86
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	86
3.1.	Araştırmanın Amacı ve Şekli	86
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	86
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	87
3.4.	Verilerin Toplanması	87
3.5.	Araştırmanın Etik Yönü.....	87
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	87
3.7.	Araştırmanın Sınırlılıkları	88
4.	BULGULAR.....	88

5. TARTIŞMA.....	128
6. SONUÇ.....	136
7. ÖNERİLER.....	140
8. KAYNAKÇA	141
EK 1: Veri Toplama Formu	156
EK 2: TOGÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay.....	159
ÖZGEÇMİŞ	160



RESİMLER

Resim 1: İlk Çağlarda Yaralı Tedavisi.....	4
Resim 2: Larrey'in İki Tekerlekli Uçan Ambulansı.	7
Resim 3: Percy Tarafından Tasarlanan Ambulans.	8
Resim 4: Kakule Taşıma Sistemi.	9
Resim 5: Develer İle Kakule Taşıma Sistemi.	10
Resim 6: New York'ta Atlı Ambulans (A) ve Bellevue Hastanesi Ambulansı.	11
Resim 7: 1890 Yılında Londra'da Ambulans Sınıfı Eğitimleri.	13
Resim 8: Erken Dönem Motorlu Ambulansı.	14
Resim 9: 2. Dünya Savaşında Yaralı Askerlerin Taşınması.	15
Resim 10: Kızılay Tarafından Kurulan Çadırda Yaralı Askerlerin Tedavisi.	28
Resim 11: Çanakkale Savaşında Siperlerde Müdahale Ve Taşıma.	31
Resim 12: Çanakkale Savaşında Kurulan Hastane.	32
Resim 13: Çanakkale Savaşında Sırasında Yaralanan Askerlerin İstanbul'a Gemi İle Getirilmesi.	33
Resim 14: Ülkemizde İlk Kullanılan Ambulans Örnekleri.	37
Resim 15: Kızılayın İlk Yardım Ambulansları.	39
Resim 16: Özel Bir Ambulans Şirketine Ait El İlanı.	41
Resim 17: Sovyet Rusya'dan Alınması Planlanan Ambulansların Kararnemesi.	42
Resim 18: Skoda Marka Ambulanslar.	43

Resim 19: Cadillac Marka Bir Ambulans 1967 Yılında.	44
Resim 20: 1973 Model Bir Ambulans.	44
Resim 21: Hızır Acil Hizmete Girdi Haberi.	50
Resim 22: Üzerinde 77 Yazan Ambulans.	52
Resim 23: Üzerinde 077 Yazan Ambulans.	52
Resim 24: Acil Yardım Ambulansı.	57
Resim 25: İBB Hızır Acil Ambulansı.	61
Resim 26: Umke Aracı.	62
Resim 27: Kar Paletli Ambulans.	63
Resim 28: Deniz Ambulansı.	64
Resim 29: Helikopter Ambulansı.	65
Resim 30: Motosiklet Ambulansı.	65
Resim 31: Uçak Ambulansı.	66
Resim 32: AÇM Düşen Telefonların Akış Şeması.	78
Resim 33: Acil Yardım Ambulansı.	80
Resim 34: Obez Ambulans.	81
Resim 35: Yenidoğan Ambulansı.	82
Resim 36: Helikopter Ambulansı Haritası.	82

TABLolar

Tablo 1: Vakaların Sosyodemografik Yapılarına Göre Dağılımı.	91
Tablo 2: Vakaların Yaşa Göre Dağılımı.	97
Tablo 3: Vakaların Cinsiyet Bakımından Dağılımı.	100
Tablo 4: Vakaların Coğrafi Durum Yönünden Değerlendirilmesi.	103
Tablo 5: Vakaların Olay Yerine göre Değerlendirilmesi.	107
Tablo 6: Vakaların Çağrı Nedeni Bakımından Değerlendirilmesi.	111
Tablo 7: Vakaların Hasta Türü Yönünden Değerlendirilmesi.	114
Tablo 8: Vakaların Ön Tanı-Son Tanı Olarak Değerlendirilmesi.	117
Tablo 9: Ön Tanı-Acilde Kalış Süresi.	118
Tablo 10: Hastane Tanı-Acilde Kalış Süresi.	120
Tablo 11: Hastane Tanısı- Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu.	121
Tablo 12: Ön Tanı-Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu.	124
Tablo 13: Vaka Oluş Saati.	127

KISALTMALAR

ASH: Acil Sağlık Hizmetleri

ATS: Acil Tıp Servisler

ASHİ: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

KKM: Komuta Kontrol Merkezi

UMKE: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi

AABT: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri

ATT: Acil Tıp Teknisyeni

AET: Avrupa Ekonomik Topluluğu

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

SDP: Sağlık Dönüşüm Programı

ASKOM: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi

AÇM: Acil Çağrı Merkezi

ASHİ: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

TOGÜ: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

SN: Saniye

DK: Dakika

KVS: Kardiyo Vasküler Sistem

KBB: Kulak Burun Boğaz

GİS: Gastrointestinal Sistem

ASOS: Acil Sağlık Otomasyon Sistemi

EKG: Elektrokardiyografi

AAHD: Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği



1. GİRİŞ

İnsan hayatını tehdit eden bir olay karşısında yapılacak en ufak bir müdahale bile kişinin hayatını kurtarmaktadır. Kurtarmanın yanında yapılmadığı takdirde ise insan hayatını telafisi olmayan sonuçlara götürmektedir. İnsan hayatı var olduğu günden beri bulunduğu zamanın şartlarına göre insanın hayatını kurtarmak adına bazı müdahalelerde bulunarak insanların hayatlarını kurtarmışlardır. Bu olaylar eski zamanlarda daha çok savaş meydanlarında olmuştur. Savaş meydanlarında yapılan müdahaleler ilk yardımın temellerini ortaya atmıştır. Sonraki zamanlarda savaş meydanlarında askerlere müdahalelere yeteri kadar yapılamadığı oradan en yakın sahra hastanelerine ya da tedavi merkezlerine götürme fikri ortaya çıkmıştır. Bu olay da hastane dışı sağlık hizmetleri başlamasına öncü olmuş olaydır.

Hasta ve yaralı olay yerinde sağlık personeli ya da ilk yardım bilen kişiler tarafında başlatılan müdahaleler ambulanslar ile ya da farklı taşıma yöntemleri ile hastaneye taşınması ve hastane de devam eden müdahaleler şeklindeki olayların zinciri acil sağlık hizmetlerinin temelini atmıştır.

Acil Sağlık Hizmetleri (ASH), ilk çağlardan beri insanoğlu bulunduğu zaman şartında elindeki imkanlar ile hasta ve yaralıya çeşitli müdahaleler yaparak sürekli ASH geliştirerek bu zamanlara kadar gelmesini sağlamışlardır.

112 ASH ambulans hizmetleri hastane dışı hasta ve yaralıya yaptığı ilk müdahaleler hastane dışı sağlık hizmetlerini kapsadığından ambulans hizmetlerini iyi değerlendirilmesi gerekir.

Türkiye de ambulans hizmetleri 1985 yılında açılan Hızır Acil ile temelleri atılmış ve ilk defa düzenli hale gelmiştir. Hızır acil ile modern ambulans sistemine geçilmiştir. 1985 yılında kurulan ambulans servisi hizmeti, Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler iş birliği ile yürütülen, bir merkez tarafından koordine edilen, personeli bulunan ve hastanelerle iletişimin sağlandığı sistemsal bir yapıdır. 1994 yılında Sağlık Bakanlığı yeni düzenleme ile 112 Acil Yardım ve Kurtarma dönemini başlatarak, her ilde kendi koordinasyonunda bir hizmet anlayışı oluşturmaktadır. 2000 yılında “ASH

alanında kapsamlı bir yönetmelik” yayınlanmaktadır. 2003 yılı itibariyle, 112 ASH dönemine geçiş ile hizmette yeni bir dönüşüm yaşanmaktadır.

112 ASH sistemine geçiş ile birlikte; Ambulans hizmetleri sadece karada, denizde ve havada sunulmaya başlanmakta, ASH alanında eğitimli personeller ile bu personellere uygun kadrolar oluşturulmakta ve ihtiyaç duyan herkesin hizmetten ücretsiz yararlanması sağlanmaktadır. Günümüzde 81 ilde, 24 saat esasına göre, kesintisiz sürdürülen bir hizmetin, çağın şartlarına uygun bir şekilde sunulduğuna ortaya konulmuştur.

Bu hizmetin sürekli gelişmekte olan bir sistem olduğundan hasta ve yaralıların bu hizmeti daha çok hangi amaçlarla tercih ettiği, ambulansın hastayı kendi hastalığı için doğru hastaneye tercih etmiş mi, tedavisi olan hastanın hastanede ne kadar kaldığı ve sonucun ne olduğu gibi değerli sorular karşımıza çıkmaktadır.

Bu sebepten dolayı bu tezi, yaparken ambulans ile gelen hastaların değerlendirerek hastaların ambulans hizmetini ne için tercih ettikleri ön plana çıkması planlanması gerekmekte ve ihtiyacı olan hastaları ambulans hizmeti ne kadar zamanda ulaşmış ambulans konumlanmanın doğru yapıp yapılmadığı bu yapılan tez ile planlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tarihçe, Modeller ve Temel Kavramlar

Bu tezimizde tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi acil servisinin sarı alanına ambulans ile getirilen hastaların değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır. Bu sebepten dolayı konumuz ambulans olmasından kaynaklı ilk önce ambulans hizmetlerinin tarihine değinilmesi gerekmektedir.

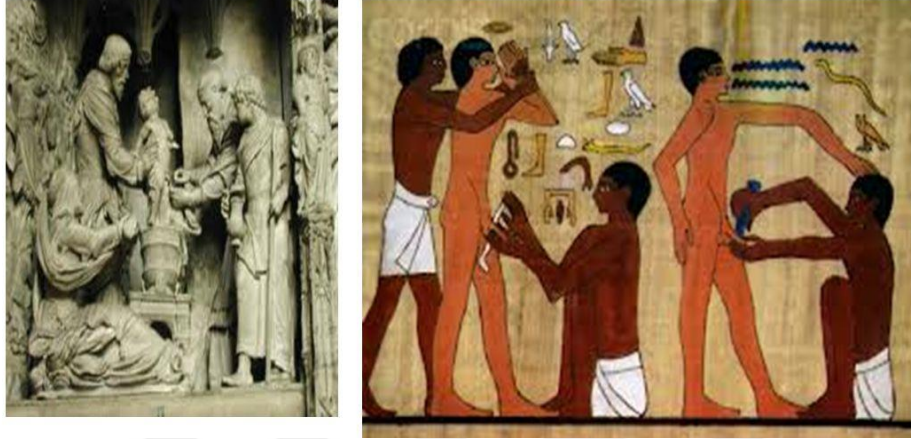
2.1.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi

İnsanoğlu ilk çağlardan bu yana çeşitli hastalık, yaralanma ve sakatlıklara maruz kalmış ve bunlara karşı hayatta tutunma mücadelesi vermektedir. Ali Haydar Bayat, Tıp Tarihi adlı eserinde ‘*Yeryüzünde vücut acısının koparttığı ilk çığlık, hekim çağıran ilk ses olmuştur; ancak bu sese ne zaman cevap verildiğini bilememekteyiz*’ ifadelerine yer almaktadır (Bayat, 2010). Ali Haydar Bayat’ın ifadelerinden; insanoğlunun, yaralanmalarda ölmek için yardım istedikleri, hastalıklarına şifa aradıkları, yaralarını sardıkları ve acılarını dindirmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır.

ASH olay yerinde başlayan müdahalelerle başlar ve daha sonra nakil ve hastane acil servis ile ilgili biriminde sunulan hizmetler bütünüdür (Resmi Gazete, 2000). Bu sebepten dolayı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihini, insanlık tarihi ile birlikte gelişen bir sistem olduğu düşünülmektedir. Çünkü ASH’nin bir parçası olan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; olayın başladığı andan itibaren yapılan tüm hastane dışı –amatör ve profesyonel- müdahaleleri kapsamaktadır.

Günümüzde, ilgili mevzuatta acil sağlık hizmetlerinin tanımı: “*Acil bir hastalık ya da yaralanma hallerinde, bu konuda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.*” şeklinde tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2004). ASH tanımından anlaşılabacağı üzere, acil sağlık hizmetleri genellikle ambulanslar ve hastane acil servisleri üzerinden bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Ambulanslar ve ambulans ekibinin müdahaleleri hastane öncesini ifade ederken; acil servisler, acil servis ve hastane çalışanlarının müdahaleleri ise hastaneleri kapsayan bir anlam taşımaktadır. Bu yüzden hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihinde, milat olarak,

genellikle tarihte kullanılan ilk ambulans üzerinden değerlendirmeler yapıldığı görülmektedir. Fakat insanların acil bir sağlık sorunu ile karşılaştıklarında, bu sorunları çözmek için tıbbi girişimde bulunmaları çok daha eski yıllara dayanmaktadır.



Resim 1: İlk Çağlarda Yaralı Tedavisi (Demirhan Erdemir, 2006)

Eski Mısır'da acil müdahaleye ilişkin belgelere, eski Yunan ve Roma döneminde ise savaş alanlarında yaralanan askerlere yönelik ilk yardım müdahalelerine ve yaralıların taşınmasına ilişkin bilgilere rastlanmaktadır (Demirhan Erdemir, 2006). Mısır'da acil tıbbi müdahalelerin uygulanıp geliştirildiği, Yunan ve Roma uygarlıklarında savaş meydanlarında ilk yardım uygulamalarının yapıldığı ve yaralıların taşındıkları bilinmektedir (MEGEP, 2011). Mezopotamya ve Mısır medeniyetlerindeki acil müdahale uygulamalarına baktığımızda, özellikle savaşçı toplumlarda yaralananlar için cerrahi uygulamaların yapıldığı görülmektedir. Babil'de; tıbbi bakım sağlayıcıları tarafından, hastaların evlerinde müdahaleler yapılmaktadır (Caroline, 2007) (Bayat, 2016).

İncil Luka'da, iyi komşu tanımlamasının yapıldığı bölümde; *“Adamın yanına gitti, yaralarının üzerine yağla şarap dökerek sardı. Sonra adamı kendi hayvanına bindirip hana götürdü, onunla ilgilendi”* (Luka:10-34) sözü yer almaktadır. Luka'nın sözünde hastaneden bahsedilmemiş olsa da günümüz hastane öncesi ASH

tanımlamasının bir parçası olan ilk müdahalenin yapılmasından ve yaralı taşınmasından söz edilmektedir.

Savaşta yaralananlara yardım etmek kabileler ve bedevi toplumlarda bile şerefli bir iş olarak kabul edilmiştir (Özaydın, 1990, s. 70-89). İslam öncesi dönemde kadınların savaş alanlarında bulundukları ve buralarda yaralılara tedaviler uyguladıkları bilinmektedir (Bardakoğlu, 2005).

Kur'an-ı Kerim'de, Maide Suresi 32. ayetinde mealen; *“bir insanın hayatını kurtarmanın tüm insanlığın hayatını kurtarmak gibi kabul edildiği bildirilmektedir.”* Peygamber döneminde, Müslüman kadınlar, savaşlarda yaralıların tedavisi ve cephe gerisine taşınmasında görev almışlardır (Bayat, 2016).

11. Yüzyılda kurulan Aziz Yuhanna (St.John) Şövalyeleri, ilk başta Kudüs'teki hasta hacıların tedavisi için hizmet vermektedir (Martin, 2009). Daha sonrasında, haclı seferleri sırasında ise savaşta yaralanan askerlerin tedavisi ve cephe gerisine taşınmasında aktif rol almışlardır (MEGEP, 2011).

15. yüzyılda Kraliçe Isabella zamanında, Malaga kuşatması zamanında yaralıları taşımak için özel tahsis edilmiş atlı arabalar kullanılmıştır. İspanyol ordusu tarafından kullanılan atlı arabalarda amaç, yaralıların savaş alanından güvenli bölgelere taşınmasıdır. Dolayısıyla tarihte ilk ambulans benzeri araç, 1487 yılında Malaga kuşatması sırasında kullanılmıştır (Tanrıverdi, 2005).

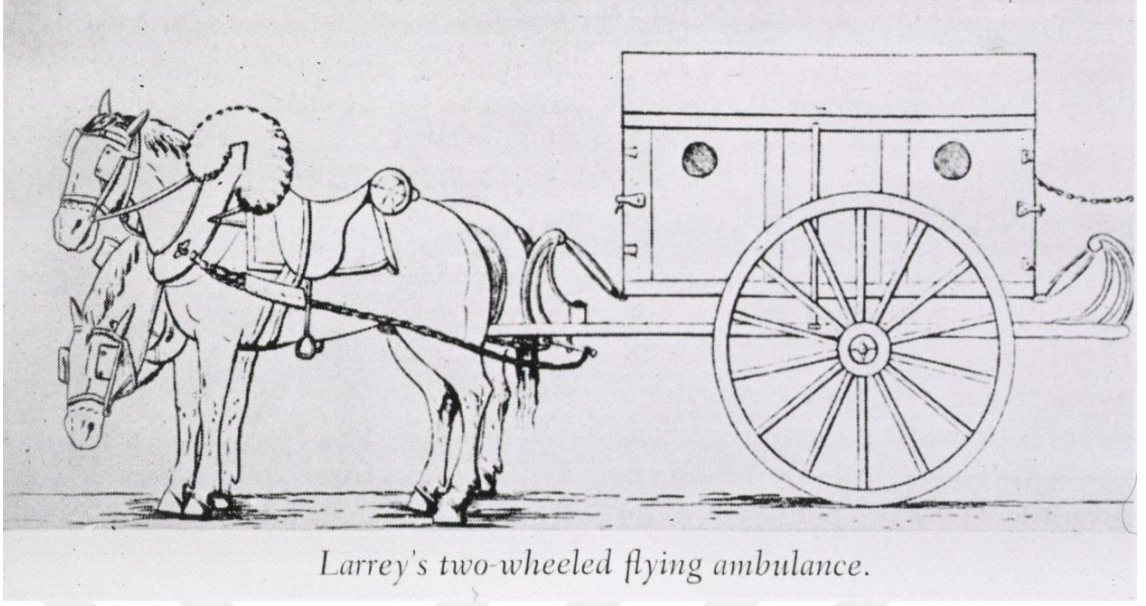
Bir ordu cerrahı olan Fransız Ambroise Pare tarafından kaleme alınan “Tüfek ve Diğer Ateşli Silahlarla Açılmış Yaraları Tedavi Yöntemi” isimli kitap 1545 yılında yayınlandı (Kiter, 2010). Pare, savaş alanında yaptığı müdahaleler ile edindiği tecrübeler doğrultusunda yazdığı bu kitabında, ateşli silah yaralanmalarının tedavisine ilişkin yeni tedavi yöntemleri tavsiye etmektedir. Değişen tedavi yöntemleri ile acil sağlık yöntemlerinin önemi bir kez daha ortaya atılmaktadır (Kuehl, 2002)

1590 yılında, Fransa'da IV. Henry ordu içerisinde yaralıları kaldırma ve taşıma ile ilgili görevlendirmeler yapmıştır (Çelikli, 2016). Hastane dışı acil sağlıkta, savaş yıllarında yaralılara müdahale ve yaralıların taşınmasına yönelik faaliyetlerden,

sivilleşmeye geçiş dönemi 1800'lü yıllardan öncedir. Avrupa'da; 1767'de Amsterdam'da, 1768'de Hamburg'da ve 1772'de Paris'te ilk kurtarma toplulukları kurulur. 1772 yılında Danimarka Kralı tarafından, hasta ve suda boğulanların kurtarılması ve yakın evlerden birinde barındırılmasına dair karar yayınlanmaktadır (Demirhan Erdemir, 2006).

Hastane öncesi acil sağlık alanında, ilk yardım birlikleri ile sivilleşme süredursun insanlık tarihinde savaşlar eksik olmadığından, bu alanda gelişmeler yine savaş tecrübeleri ile hız kazanmaktadır. 1792'de Napolyon, savaş alanındaki yaralı askerlere ilk müdahaleyi yapmak ve el arabalarıyla yaralıları hastanelere taşımak üzere orduda görevli tıbbi birlikler oluşturmuştur (Şimşek, 2019). Bu tıbbi birliklerde geliştirilen taşıma yöntemleri ile ambulans araçlarının temeli atılmaktadır.

Napolyon Bonapart'ın Baş Cerrahı Dominique-Jean Larrey, Prusya seferinde yaralıları taşımak için, hastane öncesi sistemi tasarlamış, atlı arabalarla oluşturulan ve adına uçan ambulans denilen araçlarla, hasta ve yaralıları taşımıştır (Page ve ark., 2004). Modern askeri cerrahinin babası olarak tanımlanan Larrey, ilk tıbbi ordu birliğini kurmuş ve modern ambulansı tanımlamıştır (Brewer, 1986, s. 1096-1098) (Gürhan, 2020). Atla hareket eden ve "*Flying Ambulance*" adı verilen taşıma araçlarında, yaralıların taşınması sağlanarak, taşıma anında içinde bulunan eğitilmiş sağlıkçılar ile tedavi işlemleri gerçekleştirilmiştir (Demirhan Erdemir, 2006). İki tekerlekli ve iki atın çektiği bu araçların, savaş alanında hızlı manevra kabiliyeti sunduğu düşünülmektedir. Larrey, savaş alanında yaralıları yardım sağlamak amacıyla "*ambulans*" icat ettiğinde veya uçan hastaneyi inşa ettiğinde, askeri alanda yaralıların bakımı ve taşınmasında bir devrim başlamıştır (Ortiz, 1998, s. 17-25). Larrey tarafından tasarlanan iki tekerlekli ambulans modeli Resim 2'de gösterilmektedir (Çevrimiçi, 2021).



Resim 2: Larrey'in İki Tekerlekli Uçan Ambulansı(Çevrimiçi, 2021)

Larrey uçan ambulansını geliştirdiği sıralarda, bir başka Fransız askeri hekimi Pierre François Percy, kendine has bir taşıma sistemi (ambulans) ortaya koymuştu. Bu iki büyük tıp adamının ambulansları arasındaki karşılaştırmalar, kesinlikle Larrey'in sistemini desteklese de, savaşlarda yaralı taşımada ilk iyileştirmeleri yaptığından, ambulans tarihi açısından Baron Percy'yi hatırlatmak da yarar olduğu düşünülmektedir (Ortiz, 1998, s. 17-25). Percy, cerrahları ve aletlerini savaşın olduğu bölgenin yakın bir yerine taşıyan aracı bir başka ifade ile ambulansı geliştirmiştir (Resim 3).



Resim 3: Percy Tarafından Tasarlanan Ambulans (Ortiz, 1998, s. 17-25)

Percy ile Larrey'in ambulans sistemleri arasındaki fark, kullanım amaçlarından kaynaklanmaktadır. Percy'nin ambulansı, cerrahları ve malzemelerini ilgili müdahale alanlarına ulaştıran bir araç olarak hizmet etmektedir. Daha sonra savaş alanındaki yaralılar, sedyeli taşıyıcılar tarafından cerrahi müdahalenin yapıldığı alanlara götürülmektedir. Larrey'in ambulansında ise; yaralılara savaş meydanlarında ilk müdahale yapılmakta ve ardından bu araçlara alınan yaralılar hızlı bir şekilde uzaklaştırılmaktadır (Laurent, 1827, s.161-162).

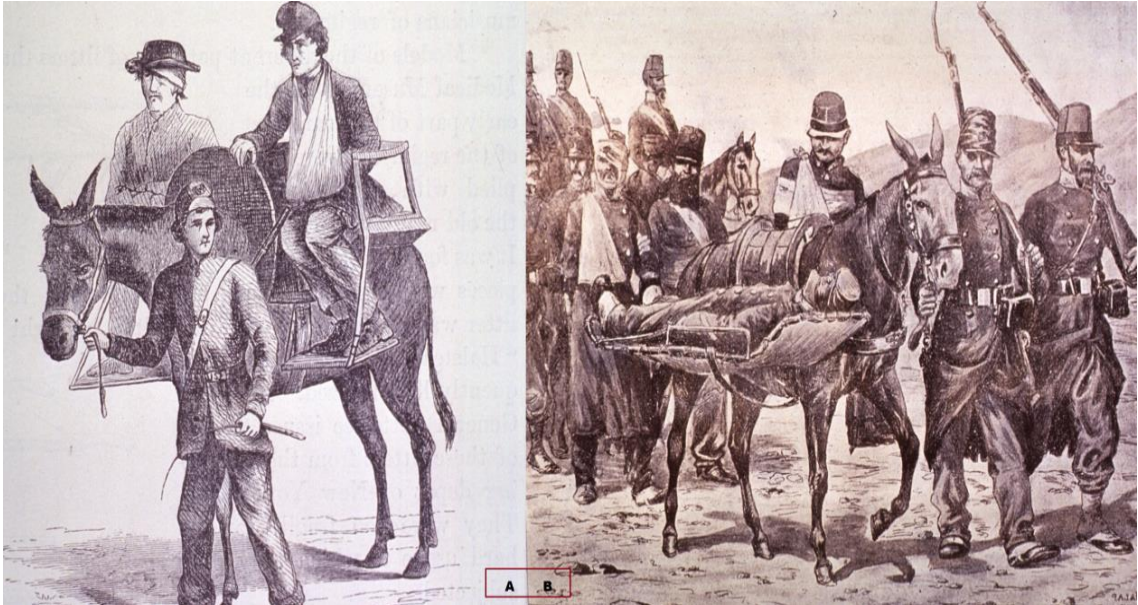
Aslında bu iki büyük hekimin, o yıllarda tasarlamış olduğu sistem; günümüz dünyasındaki acil tıp modellerinin temelini oluşturmaktadır. Daha sonraki bölümlerde bahsedileceği üzere acil tıp sistemleri arasında yer alan, hekimi olay yerine taşıyan '*Kal ve Oyna*' sistemi ile yaralıyı olay yerinden biran önce uzaklaştıran '*Kap ve Götür*' sistemine çok benzemektedir. Ancak modelleme açısından benzerliğe '*tam anlamıyla bu sistemdir*' demek, bu konuda araştırma yapanların yorumuna açıktır.

1817 yılında ortaya çıkan ilk kolera pandemisi 19.yüzyılın en öldürücü hastalığı olmuştur (Parıldar, 2020, s. 19-26). Dünyanın dört bir tarafında yaşanan bu salgında binlerce insan ölmüştür (Aslan, 2020, s. 35-41). 1832'de Londra'da kolera hastaları için bir nakliye vagonunun piyasaya sürülmesi, hasta taşımacılığı açısından büyük bir

ilerleme sağlamaktadır (Stringfixer, 2021). Çünkü hasta nakli alanında yapılan bu faaliyet, gelecek yıllarda ambulanslarla ilgili politikaları şekillendirmektedir.

1853-1856 yıllarında yaşanan Kırım Savaşı'nda ise; Fransızlar tarafından yeni bir hasta taşıma modeli geliştirilmiştir. Yaralı askerlerin savaş alanından sahra hastanelerine taşınmasında kakuleler (cacolet) kullanılmıştır (Yıldırım, 1998, s. 163-187). Kakule; yaralı taşımak için bir atın iki yanına iskemle biçiminde ya da hayvanın üzerine veya yanına yerleştirilen yatak şeklindeki sepettir (Yıldırım, 2007, s. 32-37.161). İskemle biçiminde olanlar hafif yaralılar için tercih edilirken, yatak şeklinde olanlar ise daha ağır yaralıların taşınmasında kullanılmıştır (Resim 4). Yaralılar, kakulelerle cephe gerisine taşınmış, ardından gemiler ya da ambulanslarla hastanelere taşınmıştır (Torun, 2014).

Kakuleler daha sonraları özellikle çöl iklimi olan bölgelerde, Osmanlı Ordusu tarafından develer üzerinde hasta taşımak amacıyla kullanılmıştır (Alkama, 2019) (Resim 5). Çağın ulaşım araçları ile coğrafi şartlarına uygun olarak o yıllarda tasarlanan yaralı taşıma modelleri, hastane dışı acil sağlık sisteminin tarihi açısından büyük önem taşımaktadır.



Resim 4: Kakule Taşıma Sistemi (Alkama, 2019)



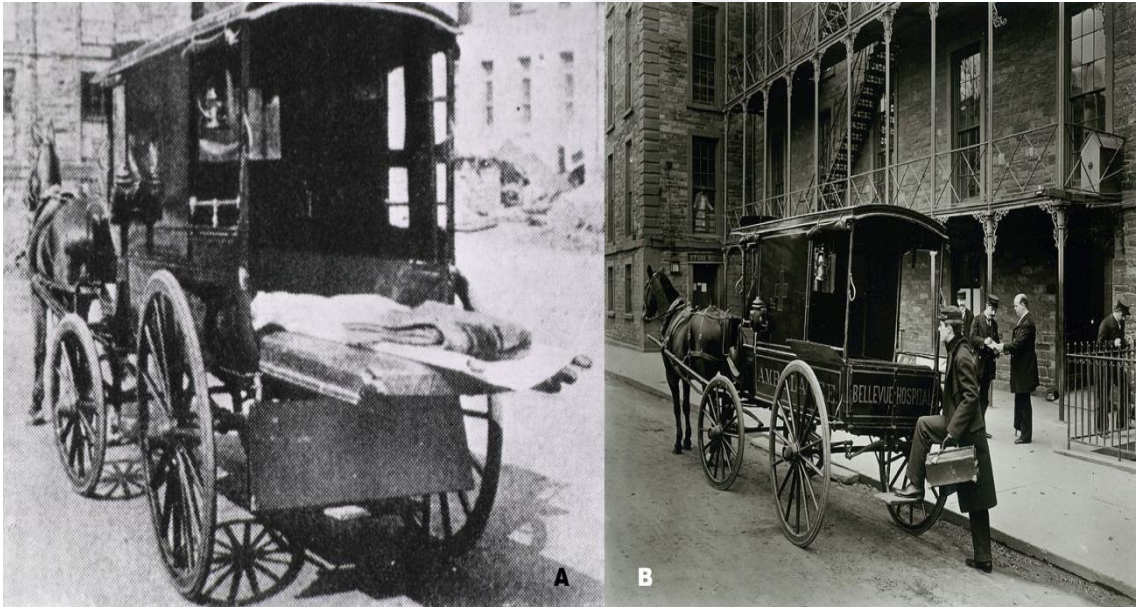
Resim 5: Develer İle Kakule Taşıma Sistemi (Alkama, 2019)

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’inde 1861-1865 yıllarında iç savaşın ortaya çıkmasıyla ambulans hizmetlerinin eksikliği hissedilmektedir. Savaş zamanında askeri hemşire teşkilatı, ambulans hizmetleri, hastane hizmetleri gibi koordineli medikal teşkilatlar bulunmamaktadır (Leblebicioğlu, 2017, s. 268-274). İlk kez bir ambulans planı tasarımı, 1862 yılında Potomac Ordusuna askeri tıbbi direktör olarak atanan Jonathan Letterman tarafından tasarlanmış ancak daha sonraları çeşitli kurullarca bu plan kabul görmemiştir (Demirhan, 2003, s. 5-20.). Letterman iç savaşta mobil sahra hastaneleri kurarak, triyaj yaparak ve tıbbi malzemelerin etkin dağıtımını sağlayarak yaralıların tıbbi tedavisini yeniden düzenlemiştir. Letterman, savaşta ileri düzey ilk yardım istasyonları sistemini kurmuştur. Bu çalışmaları ona “*Modern Savaş Alanı Tıbbının Babası*” unvanını kazandırmıştır (Atkinson, 2010, s. 98-115).

1863 yılında İsviçre’de Kızılhaç teşkilatı kurulmuştur. Kuruluş amacı, savaş mağdurlarına ve yaralılara yardım sağlamaktır. 1864’de Cenevre Sözleşmesi kabul edildi. Sözleşme, orduları hangi tarafta olurlarsa olsun yaralı askerlere bakmakla yükümlü kılmaktadır (ICRC, 2021). Böylelikle Kızılhaç tarafından ilk yardım ve tıbbi yaralı taşımacılığı hizmetleri başlatılmaktadır. Osmanlı İmparatorluğu 5 Temmuz 1865 yılında Cenevre Sözleşmesini imzalamıştır (Ünver, 1983, s. 74-86). 11 Haziran 1868 tarihinde Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti kurulmuştur. Osmanlı

Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti son zamanlarda Kızılay adını alan bu cemiyet, savaş alanında hiçbir ayırım gözetmeksizin hasta ve yaralı askerlere yardım etmek amacıyla kurulmuştur (Kızılay, 2021).

19.yüzyılın ortalarına doğru savaşta yaralananlara yardım etmek için geliştirilen ilk yardım kavramı ve önemi, hastanelerde acil sağlık hizmetleri ile ilgili bölümlerin oluşturulması sürecini hızlandırmaktadır (Numanoğlu, 1998, s.99-105). 1865-1876 yılları arasında ABD’de hastane temelli sivil ambulans hizmetleri açılmaya başlamaktadır. 1865 yılında ilk hastane temelli ambulans hizmeti, ABD’nin Ohio eyaleti Cincinnati Hastanesinde kurulmuştur (Suess, 2018). Bunu, 1870’de New York Bellevue Hastanesi, 1875’de Washington’da ve diğer Şehirlerdeki hastanelerde kurulan ambulans hizmetleri izlemiştir (Demirhan, 2003, s. 5-20.) (Çevrimiçi, 2021). Bu ambulanslarda atel, mide pompası, morfin gibi tıbbi ekipmanlar bulunmaktadır (Stringfixer, 2021). New York’ta kullanılan atlı ambulans araçlarına ait görseller Resim 6’da gösterilmektedir



Resim 6: New York'ta Atlı Ambulans (A) ve Bellevue Hastanesi Ambulansı (Stringfixer, 2021)

1870-1871 yıllarında yaşanan Fransa-Prusya Savaşında, Alman sivil birliklerinin savaş meydanındaki hastane öncesi acil sağlık organizasyonu dikkat çekmektedir. Letterman tarafından Amerika’da uygulanan sistemin geliştirildiği

görülmektedir. Yaralıları cephede ilk yardım uygulaması ve cephe cerrahisi tarafından müdahale yapıldıktan sonra ayırma istasyonlarına getirilen yaralıların sahra hastanelerine nakilleri yapılmaktadır. Demiryolu ağına bağlanmış bu sistemle çok hızlı yaralı tahliyesi sağlanmaktadır (Cabriel, 1992).

İlk sivil ambulans örgütü 1878 yılında İngiltere’de kurulmuştur (Çelikli, 2016). Hastane öncesi acil sağlık alanında diğer önemli gelişme ise Alman cerrah Friedrich von Esmarch (1823-1908) tarafından yayınlanan, “savaş yaralanmaları ve ilk yardımın” önemine vurgu yapan kitaplardır. 1878 yılında “*Savaşta Yaralananların Tedavisine İlişkin Cerrahin El Kitabı*” adlı eseri yayınlanır (Esmarch, 1878). Esmarch kendi adı ile anılan bandaj ile yaptığı müdahaleler sonucu birçok kişiyi kurtarmıştır (Demirhan Erdemir, 2006). 1883’te yayınlanan “*Yaralanmalarda ve Kazalarda Erken Yardım*” kitabı ile ilk yardım konularını ve kurallarını anlatmaktadır (Esmarch, 1883). İlk yardım savaş alanlarında olduğu kadar artık sivil hayatta da önem kazanmaya başlamaktadır.

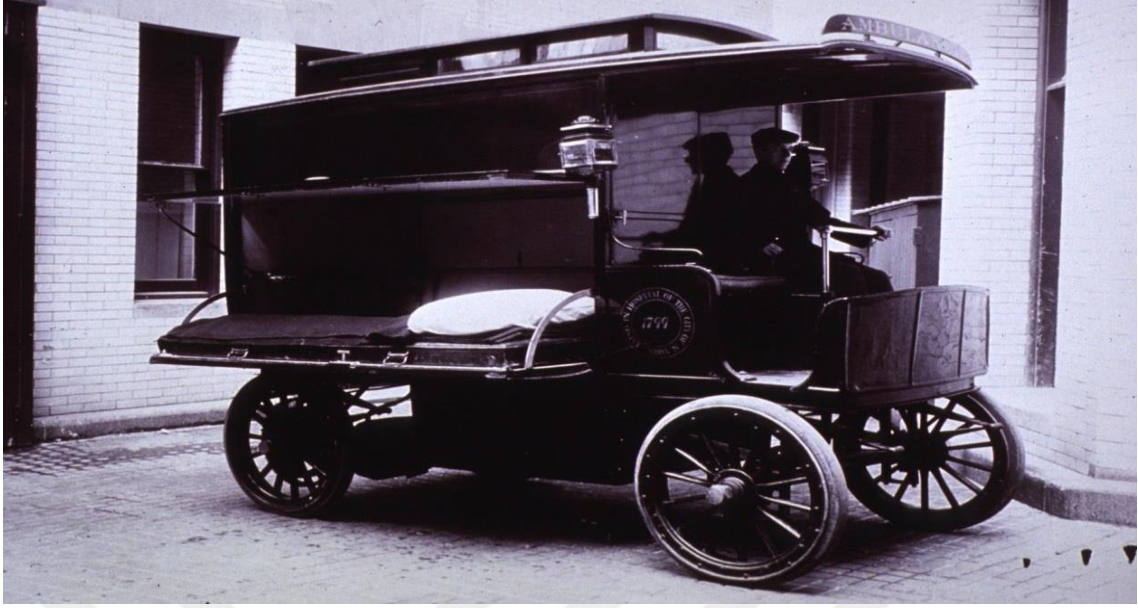
1881-1882 yıllarında İngiltere ve İskoçya’da kilise yardım örgütleri, Kraliçe Victoria’dan savaş yaralılarına yardım amacıyla, ilk yardım konularında teşkilatlanma ve kitap yayınlama izni almışlardır. Ardından ilk ambulans birlikleri kurulmaya başlamıştır (MEGEP, 2011). 1878 yılında kurulan ilk sivil ambulans organizasyonu ile birlikte tam gün esasına dayalı ambulans servisi hizmeti 1897 yılında Londra’da başlamıştır (Sofuoğlu, 2007, s. 14-16). Aynı dönemlerde Osmanlı’da, halkın acil sağlık sorunları ile ilgilenmek üzere taşrada hekimler görevlendirilmektedir. Bu görevlendirmeler ambulans hizmeti kapsamında olmamakla birlikte, hekimlerin gerektiğinde hastaların evlerine giderek müdahalede bulundukları anlaşılmaktadır (Şimşek, 2019). Ayrıca ambulanslarda görevli olacak sağlık personellerine eğitimler verilmeye başlanmıştır. ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi’nde yer alan siyah-beyaz ahşap bir gravürde, 1890 yılına dayandırılan bir ambulans sınıfı görülmektedir. 20. yüzyıldan önce, hastane öncesi ya da hastane dışında tıbbi müdahaleler dünyanın her yerinde artık önem kazanmaktadır (Helfand, 2003) (Resim 7).



Resim 7: 1890 Yılında Londra'da Ambulans Sınıfı Eğitimleri (Helfand, 2003)

20. yüzyıl acil sağlık hizmetleri tarihinde de yeni bir dönemin kapılarını açmıştır. Artık hayvanların çektiği ambulansların yerini motorlu taşıtlar yer almaktadır. Yüzyılın hemen başlarında ilk motorlu ambulanslar kullanılmaktadır (Çelikli, 2016). İlk motorlu ambulans hizmetini, Chicago'daki Michael Reese Hastanesi başlatmıştır (Demirhan, 2003, s. 5-20.). Avrupa'da ilk motorlu ambulansların ordu için yapıldığı ve Alman ordusunun elinde 1918'de 3200 motorlu ambulans olduğu ifade edilmektedir (Demirhan Erdemir, 2006). Daha sonraları ise Londra'da motorlu ambulanslar kullanılmaktadır (AAHD, 2021). Ayrıca ABD'de sivil ambulanslar yaygınlaşmaya başlamaktadır.

Erken dönem motorlu ambulanslar araştırıldığında, ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi'nin dijital arşivinde New York'taki bir kadın doğum hastanesine ait motorlu ambulans fotoğrafına ulaşılmaktadır (Resim 8) (AAHD, 2021).



Resim 8: Erken Dönem Motorlu Ambulansı (AAHD, 2021)

20. yüzyıl büyük savaşların yaşandığı bir yüzyıl olarak tarihe geçmiştir. Birinci Dünya Savaşı (1914-1918) insanlık tarihinde yaşanmış en büyük ilk savaştır. Üstelik en etkili ve ölümcül ağır makineli tüfekler kullanılmıştır (Alkama, 2019). Savaş başladığında askeri tıbbın temel yaklaşımı, yaralıların ilk anda geçici tedavisinin yapılarak asıl tedavisi için cephe gerisindeki hastanelere transferinin sağlanması şeklindedir (Uçar, 2010). Savaşta yaralıların hastanelere erken naklinin yapılması yaşam şansını arttırdığı fark edilmektedir (Özcan, 2010). Bu sebepten dolayı, Birinci ve ikinci Dünya Savaşları'nda çok sayıda hasta ve yaralı kara yoluyla, trenler, gemiler ve hava araçları ile hastanelere taşınmıştır (MEGEP, 2011). 1939-1945 yılları arasında meydana gelen ikinci Dünya Savaşı'nda, motorlu taşıtlar ve uçaklar yaralı taşımada kullanılmıştır (Resim 9) (Demirhan, 2003, s. 5-20.).



Resim 9: 2. Dünya Savaşında Yaralı Askerlerin Taşınması (Demirhan, 2003, s. 5-20.)

İkinci Dünya Savaşı'nın son günlerinde Maingkwon, Burma'da çekilmiş bu fotoğrafla ilgili olarak, ABD Ulusal Sağlık ve Tıp Müzesi bilgilendirmesinde; ambulans uçaklarla ilgili değerlendirmeler yapılmaktadır. Ambulans uçakların, cerrahi bakımı ön planlarda tutulmaya başlandığı ve savaş yaralanmalarında, hayatta kalma oranlarını büyük ölçüde artırdığı ifade edilmektedir (Debakey, 2021).

1950-1953 yılları arasındaki Kore Savaşı'nda yaralıların nakledilmesinde ilk kez kullanılan helikopter ambulansların daha sonraki zamanlarda Vietnam Savaşında geliştirildiği görülmektedir (Melton, 2007). Helikopter ambulansın kullanılmasında birincil hedef, hekimin ve tıbbi imkânların olay yerine hızlı ulaştırılmasıdır (Elmacıoğlu, 2011). Vietnam Savaşı'nda yaralıların hızlı sevk edilmesini sağlayan helikopter ambulansların, yaralıların tedavileri üzerindeki olumlu etkisi görülmüştür (Sarıkaya, 2009). Kore ve Vietnam savaşları özellikle ABD'nin hastane öncesi sağlık hizmetlerindeki deneyimlerini arttırmıştır (Aydın, 2008).

1966 yılında gerçek anlamda Acil Tıp Servisleri (ATS) kurulmaktadır (Demirhan, 2003, s. 5-20.). O yıl Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi (*National Academy of Sciences*) tarafından '*Kazalara Bağlı Ölüm ve Sakatlıklar, Modern Toplumun İhmal Edilmiş Hastalığı*' adlı bir rapor yayınlanmıştır (Caroline, 2007). Raporda, "Vietnam savaşında yaralanan bir askerin, New York'ta vurulan bir sivilden

daha fazla yaşama şansı olduğunu” kanıtlanmaktadır (Akademies Press, 2021). Bu rapor neticesinde, sivil acil sağlık hizmetleri yeniden gözden geçirilmiş ve tüm ülkede bölgesel acil tıp hizmetlerinin gelişmesinin zorunlu kılındığı bir yasa oluşturulmuştur (Aydın, 2008). 1966’da ABD’de “Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği Yasası” kabul edilerek Acil Sağlık Hizmetleri resmi olarak başlamıştır (Pozner, 2004, s. 239-244).

1960 yılı ATS’nin gelişmesinde domino taşı olarak görülmektedir. Toplumdaki kaza ve travmalara bağlı ölümlerin artışı, önceki uygulamaların yetersizliğinden kaynaklanan sorunların çözülmesi, tecrübelerin artması ile bilgili ve deneyimli ekiplerin çalıştırılması bu yıllardan sonradır (Öztürk, 2017, s.6-7). İlk önceleri sadece hasta taşımak için kullanılan ambulanslar, daha sonraları hasta ve yaralıları ambulans içerisinde müdahale etmek için geliştirilmiştir. Böylelikle 1960’ların sonunda, ABD’de ambulanslarda paramedikler görev almıştır (Çelikli, 2016).

1970’li yılların başında ABD’de ATS’ler hızla kurulmuştur. Anabilim dalı olarak acil tıp, 1970 yılında ilk kez Cincinnati Üniversitesi’nde açılmıştır (Amerikan History, 2021). 1970’lerin ikinci yarısında paramedik eğitimi yaygınlaşmış ve başta Kanada olmak üzere birçok ülkede paramedik eğitimi verilmeye başlanmıştır (Çelikli, 2016). 1975 yılında Uluslararası Cenevre Anlaşması çerçevesinde ‘İlk Yardım’ için bütün ülkeler ‘First Aid’ sözcüğünü kullanmaya karar kılmıştır, ülkemizde ise ‘Acil Yardım’ sözcüğü kullanılmaya başlanmıştır (Demirhan, 2003, s. 5-20.).

Kore ve Vietnam Savaşlarındaki hava kurtarma operasyonlarının başarıları sivil hava ambulansın geliştirilmesine vesile olmuştur. Amerika, Almanya ve İskandinav ülkeleri hava ambulans örgütleri kurarak, bu alanda personel yetiştirmişlerdir (Demirhan, 2003, s. 5-20.). 1987 yılında İngiltere’de helikopter ambulans sistemi devreye girmiştir (Melton, 2007). Günümüzde ülkemizde dahil olmak üzere birçok ülkede hava ambulans sistemi işletilmektedir. Bütün bu gelişmelere paralel olarak dünya genelinde acil sağlık hizmetlerinin sunumu geliştirilmiş ve günümüzde sunulan modern acil tıp sistemi ve acil sağlık hizmetleri oluşmuştur. Hekim çağrın sese, çok daha uzaklardan (911, 112 gibi hatlar üzerinden) çok daha kısa sürede cevap verilmeye başlanmıştır.

2.1.2. Dünyada Uygulanan Acil Sağlık Hizmet Modelleri

Acil ambulans hizmetleri, kişinin hayatında acil sağlık hizmetleri gerektiren durumlarda, hasta ya da yaralıların hastaneye ulaşmaları yapılana kadar yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesine yardımcı olarak, mümkün olan en kısa sürede acil servislere ulaşımını sağlayan bir halk sağlığı hizmetidir (Kıdak, 2009, s.113). Acil sağlık hizmetleri, yaşamı tehdit eden acil durumlarda, yaralanmaya maruz kalan insanların çoğunluğu açısından hem ilk temas noktası, hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine erişimde kapı tutucu bir aşamadır (Paksoy, 2016, s.6-24). Gerekli müdahalenin zamanında ve uygun bir şekilde yapılması, acil ambulans servisine ihtiyaç duyan kişinin hayatını kurtaracak bir etkiye sahiptir (Öksüzkaya, 2019).

Yaşamı tehdit eden hayati durumlarda, acil müdahalenin biran önce sağlanması esastır. Bu yüzden geçmişten günümüze sürekli olarak gelişen acil sağlık hizmetleri ile acil olaylarda yapılan müdahaleler ışığında, ambulans hizmetleri geliştirilmiştir (Gostak, 2019). Günümüzde acil sağlık alanında temel standartlarda görüş birliği sağlanmasına rağmen, sistemin nasıl örgütleneceği ya da hangi örgüt modelinin kabul edileceği yönünde bir görüş birliği bulunmamaktadır (Düzova, 2015). Çünkü acil sağlık hizmet modellerinde tüm dünyada tek tip bir modelin uygulanması kültürel, coğrafi, siyasi gibi farklı nedenlerle imkânsız görülmektedir. Bu nedenle ülkelerin acil sağlık hizmet modelleri bazı konularda benzerlik gösterse de kendilerine has düzenlemeleri bulunmaktadır (Yaman, 2015).

Acil sağlık ve ambulans hizmetlerinin organize edilmesi ile ilgili süreçler genel olarak değerlendirildiğinde, acil sağlık hizmet modellerinin ülkelerin içinde bulundukları koşullar ve tarihsel süreçlerine göre şekillendiği ve hatta ülke içerisindeki bölgesel ya da yerel koşullara bağlı olarak bazı temel farklılıkların ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin, Amerika kıtasında, ABD ve Kanada gibi ülkelerde ambulans, itfaiye ve polis ekiplerinin tek bir çağrı merkezinden yönetildiği, acil bir çağrı anında gerekli ekiplerin olay yerine yönlendirildiği, güvenlik ekiplerinin ön planda tutulduğu bir sistem mevcuttur (MEGEP, 2011).

Avrupa'ya baktığımızda, İkinci Dünya Savaşı sonrasında çoğu Avrupa ülkesinde askeri güvenlik teşkilatlarının yok olması, savaş sırası ve sonrasında itfaiye ekiplerinin

önem kazanması gibi tarihsel deneyimler ile acil sağlık hizmet modelinin şekillendiğini görülmektedir. Dolayısıyla ambulans hizmetleri başta Almanya olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde itfaiye teşkilatlarının içinde yürütülmektedir (Paksoy, 2016, s.6-24).

İngiltere’de ise bir özel sektör kuruluşu gibi organize olmuş, profesyonel bir yönetim kurulu ile yönetilen ve itfaiyeden ayrı bir merkezden koordine edilen ambulans servisleri mevcuttur (MEGEP, 2011). Fransa’da şehirlerarasında ve bölgeler arasında farklılıklar olmakla birlikte, genel olarak ambulans hizmetlerinin hastane merkezli olduğu, ancak itfaiye teşkilatına bağlı ambulans servisleri ile iş birliği içerisinde yürütülen farklı bir sistem olduğu görülmektedir (Paksoy, 2016, s.6-24).

İsrail’in askeri yapılanmasından kaynaklı travma vakalarının sıklığı gibi nedenlerden ötürü, acil sağlık hizmetlerini travma merkezlerine bağlı olarak çalışan, askeri helikopterlerin kullanılması şeklinde organize ettiği görülmektedir (MEGEP, 2011) (Gostak, 2019). Japonya’da itfaiye sistemi üzerinden yürütülen acil sağlık hizmet modeli, Çin’de ise hastane dışı, hastane acil servisleri ve yoğun bakım ünitelerinin de dahil olduğu üçlü bir organizasyon şeklindedir (Paksoy, 2016, s.6-24).

Türkiye’nin acil sağlık hizmet modeli ise ülke genelinde bakanlık acil sağlık merkez teşkilatı koordinasyonunda, illerde acil sağlık hizmet birimlerinin organizasyonu şeklinde, tek bir merkez üzerinden yürütülmektedir. Merkez üzerinden sağlanan hizmette; acil yardım uygulamalarının sahada az sayıdaki doktorlar ve çoğunluğu paramedikler üzerine kurulu bir yapı tarafından verilmesi, acil bakımın ise hastane acil servislerinde acil tıp uzmanları ve acil hekimleri tarafından verilmesi şeklindedir. Genel olarak hasta ya da yaralıların, hastaneye götürüldüğü bir sistem uygulanmaktadır (Aslan&Güzel, 2018).

Bazı farklılıklar olmakla birlikte, dünyada genel olarak acil sağlık hizmetleri, İngiliz-Amerikan (Anglo-Amerikan) Modeli ve Fransız-Alman (Franko- German) Modeline göre yapılmaktadır (Düzova, 2015). ‘*Kap ve Götür*’ prensibi ile organize edilen ve hastanın, hastaneye götürüldüğü model: **Anglo-Amerikan Modeli**, ‘*Kal ve Oyna*’ prensibi ile organize edilen ve hastanenin, hastaya götürüldüğü model: **Franko-German Modeli**’dir.

2.1.2.1.Anglo-Amerikan Modeli

Amerika Birleşik Devletleri tarafından geliştirilmiş bu modelde, hasta ya da yaralıları en kısa sürede ulaşılarak, en yakın hastanelere hızlı bir şekilde nakil işlemlerinin sağlanması temel hedeftir (Dick, 2003, s.29-35). Acil tıbbi müdahale açısından olay yerinde zaman kaybetmeden, hızlı bir şekilde hasta ve yaralının acil servislere nakledilmesi amaçlanan bu sistemin, dünyada yeni açılan birçok acil tıp sisteminde benimsendiği ve uygulandığı görülmektedir (MEGEP, 2011). Bu model, *Kap-Götür (Scoop and Run)* modeli olarak da adlandırılmaktadır (Düzova, 2015).

Anglo-Amerikan modelinde, acil sağlık hizmetleri olay yerinde başlatılır, nakil esnasında devam ettirilir ve acil bakım alanında gerekli diğer tüm işlemler ise hastane acil servislerinde yapılır. Bu modelin amacı, daha az hastane öncesi girişimler ile hastayı hızlı bir şekilde sağlık kurumuna ulaştırmaktır (Paksoy, 2016, s.6-24). Hastane öncesi hizmetlerin, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin etkin acil yardım müdahaleleri ile sağlandığı, hastane hizmetlerinin ise acil servislerde, acil tıp uzmanları ve/veya onların gözetimindeki hekim ve diğer sağlık personelleri ile ileri düzey acil bakım müdahaleleri ile sağlandığı bir sistemdir (Gostak, 2019). Bu modelin uygulandığı ülkelerde, acil tıp hizmetleri gelişmiş ve acil sağlık hizmetleri ayrı bir uzmanlık alanı olarak görülmektedir (Paksoy, 2016, s.6-24).

Anglo-Amerikan modelinde, hastalar, personel ve ekipman açısından donanımlı ambulanslar ile ileri düzey acil bakımların sağlandığı acil servislere taşınmaktadır. ABD ve Kanada başta olmak üzere ülkemizin yanı sıra İngiltere, Avustralya, Kosta Rika, Hong Kong, İzlanda, İrlanda, İsrail, Malezya, Hollanda, Yeni Zelanda, Nikaragua, Filipinler, Polonya, Singapur, Güney Kore ve Tayvan bu modele adapte olan veya olmaya çalışan ülkeler arasındadır (MEGEP, 2011).

2.1.2.2.Franko-German Modeli

Batı Avrupa kökenli bu modelde, acil durumlarda hastanenin imkânları hasta ya da yaralının yanına taşınır. Franko-German modelinde ise acil bir tedaviye ihtiyaç duyulduğunda, zaman kaybetmeden ve hızlı bir şekilde hastane, hastaya götürülerek acil tıp hizmetleri hastane dışında başlatılmaktadır. Hedef, hasta ve yaralıları acil sağlık

hizmetlerinin hastane dışında sağlanarak, doğrudan tedavisinin yapılacağı hastanenin ilgili birimine taşınmasıdır (Düzova, 2015).

Kal ve oyna (stabilize et) prensibi ile hastane, hastaya götürülür ve yüksek bakım sağlamak amacıyla doktorlar ve teknoloji sahaya taşınır. Avrupa ülkelerinde örneğine sıkça rastlanılan bu modelde amaç; olay yerinde yüksek kaliteli bakım sağlanarak, hasta ya da yaralıların doğrudan yataklı servislere taşınmasıdır. Genellikle anestezi uzmanlarının yer aldığı sistemde, doktorlar ve acil tıp teknolojisi olay yerine taşınmaktadır. Franko- German modelinde, acil sağlık hizmetleri anestezi uzmanlarının kontrolü altındadır (MEGEP, 2011).

‘Kal ve oyna’ ya da olay yerinde müdahale et şeklinde özetlenen Franko- German modelinde, hasta ya da yaralıların olay yerinde acil tedavileri yapıldıktan ve hayati fonksiyonlarının stabilizasyonu sağlandıktan sonra hastanelere nakil sağlanmaktadır. Dolayısıyla hastaneye götürülen hastanın, acil servislere alınmasına gerek kalmadan doğrudan ilgili alana yatışı yapılabilmektedir. Hastane doktorları, doktor aracı ya da helikopter ile olay yerine gitmektedir. Olay yerinde yapılan tıbbi müdahalenin ardından hastalar direk servislere ya da yoğun bakımlara taşınmaktadır (Gostak, 2019). Franko- German modelinde, diğer modelin faydalandığı yöntemlerden fazlasına ihtiyaç duyulmaktadır. Acil sistemi yeni olan Avrupa ülkelerinde oldukça yaygın bir şekilde uygulanmaktadır (Paksoy, 2016, s.6-24). Almanya ve Fransa başta olmak üzere, Avusturya, İsveç, İsviçre, Finlandiya, Norveç, Yunanistan, Portekiz, Rusya ve Slovenya Franko-German modelinin benimsendiği ve uygulandığı ülkelerdir (MEGEP, 2011).

Dolayısıyla, dünyada uygulanan acil sağlık hizmet modellerine baktığımızda, bazı farklılıklar olmakla birlikte, iki temel model karşımıza çıkmaktadır. Bazı ülkeler, hasta ve yaralılara acil müdahaleleri, hastane acil servislerinde yapabilmek için acil sistemlerini kap-götür (scoop and run) mantığı üzerine kurarken, bazı ülkelerin ise kal ve oyna (stay and play) ya da olay yerinde müdahale et şeklinde bir yapılanmaya gittikleri görülmektedir (Düzova, 2015).

2.1.3. Kavramlar ve Tanımlar

Hastane dışında meydana gelen ve insan yaşamını tehdit eden her türlü acil durumlarda, hayatın kurtarılması ve sakatlıkların en aza indirilmesi amacıyla sunulan sağlık hizmetleri, olay yerinde yapılacak ilk yardım müdahaleleri, ambulans ekipleri tarafından uygulanacak acil yardım ve hastanelerde sunulacak acil tedavilerin tamamıdır. Acil sağlık, hastane öncesi ve hastane hizmetleri olmak üzere iki farklı boyutu olan, koordinasyon ve işbirliği gerektiren sağlık hizmetleridir. Dolayısıyla ASH alanındaki kavram ve tanımlar bu çerçevede açıklanmaktadır (Düzova, 2015).

Acil Sağlık Hizmetleri: Herhangi bir acil hastalık ya da kaza sonrası ortaya çıkan ve zaman kaybetmeksizin müdahale gerektiren durumlarda, hasta ya da yaralının yaşamının ve yaşam kalitesinin korunması için yapılması gereken tıbbi müdahalelerdir (Resmi Gazete, 2004).

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak görev yapan, ülke genelinde acil sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu, afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası görev üstlenen kuruluştur (Altuntaş, 2014, s. 2-4).

Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu: Sağlık Bakanlığı tarafından, ASH'nin uygulanmasına yönelik görüşlerine başvurulmak amacıyla, konu ile ilgili sağlık yöneticileri, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşturulan kuruldur. Kurula, ASH Genel Müdürü veya görevlendireceği genel müdür yardımcısı başkanlık eder (Resmi Gazete, 2007).

Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi: Acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşgüdüm içerisinde ve aynı standartlarda sunulması amacıyla çalışma yapmak üzere, hizmete uygun bina ve arazilerde kurulmuş Sağlık Bakanlığı'na bağlı merkezlerdir. Bu merkezler, ihtiyaca göre ASH bölge koordinasyon illerinde kurulur (Resmi Gazete, 2004).

İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM): İl genelinde acil sağlık hizmeti sunan ilgili kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyon, hizmet standartlarının belirlenmesi ve iş birliğinin sağlanması amacıyla oluşturulan

komisyondur. İl sağlık müdürlüğünün teklifi ve valilik onayı ile kurulur. Müdürlük, ilgili kamu ya da özel kurum ve kuruluşların temsilcileri ile meslek odası ve sivil toplum kuruluşlarının temsilcilerinden oluşur (Resmi Gazete, 2004).

Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı: İl düzeyinde meydana gelecek acil ve afet durumlarında, acil sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi amacıyla, il Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan idari hizmet birimidir. ASH Başkanlığı kurulmayan illerde bu görevi Sağlık Hizmetleri Başkanlığı yürütür (Resmi Gazete, 2020).

İl Ambulans Servisi: İl genelinde ambulans hizmetlerini yöneten idari birimdir (Resmi Gazete, 2013). İldeki tüm ambulans hizmetlerini koordine eden, başhekimlik, merkez ve istasyonlardan oluşan kuruluştur (Resmi Gazete, 2004).

Komuta Kontrol Merkezi (KKM): Acil sağlık çağrılarının karşılandığı ve ambulans hizmetlerinin sevk ve idare edildiği merkezdir (Resmi Gazete, 2007). 2021 yılı itibariyle KKM'ler 112 Çağrı Merkezleri bünyesinde yer almaktadır (Acil Çağrı Merkezi, 2021). Bağlı olduğu üst birim il Ambulans Servisi Başhekimliği olmakla birlikte, acil sağlık çağrılarının alınması, acil sağlık hizmetinin sunumu ve tamamlanması aşamasındaki tüm çağrı hizmetlerini Çağrı Merkezi üzerinden yürütmektedir.

112 Çağrı Merkezi: Her türlü acil çağrı hizmetlerinin yürütüldüğü çağrı merkezidir. Her ilde bir 112 Çağrı Merkezi kurulur. 112 Çağrı Merkezinde, kendi alanlarında acil yardım hizmeti sunan ambulans, polis, itfaiye, AFAD vb. tüm kurumlar ile valilik kararı ile 112 çağrı sistemine dahil edilen diğer kurumlar bulunur (Resmi Gazete, 2014).

İlk yardım: Ani olarak ortaya çıkan hastalık veya yaralanma durumunda; kişinin hayatını korumak, sağlık durumunun kötüleşmesini önlemek ve iyileşmesine destek olmak amacıyla olay yerinde mevcut imkanlarla yapılan hızlı ve etkili müdahalelerdir (Resmi Gazete, 2020). İlk yardım hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla, tıbbi araç-gereç ve ilaç kullanılmadan, acil yardım gelinceye kadar olay yerinde yapılan uygulamalardır.

Acil Yardım: ASH alanında özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç-gereç kullanılarak olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetler bütünüdür (Resmi Gazete, 2000). Acil yardım hizmetinin sunumunda, gerekli durumlarda ilaç tedavisi de uygulanmaktadır.

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ): Acil sağlık çağrılarına olay yerinde ve nakil sırasında sağlık hizmeti vermek üzere ambulans ve ekiplerin bulunduğu hizmet birimidir (Resmi Gazete, 2004). Acil sağlık hizmetlerinin zamanında sağlanması esas alınarak belirli bölgelerde ambulans istasyonları kurulmaktadır.

Ekip: Hasta ya da yaralıya gerekli tıbbi müdahalede bulunmak ve olay yerinde gerekli tedbirleri almak üzere görevlendirilen, ASH konusunda eğitim almış sağlık personelleri ile şoförden oluşur (Resmi Gazete, 2004).

Ambulans: Hasta ya da yaralı nakillerinde ve/veya acil yardım hizmetlerinin sunumunda kullanılan, ilgili Yönetmelik'te öngörülen teknik ve tıbbi ekipmanlarla özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz ulaşım araçlarıdır (Resmi Gazete, 2006).

Acil Sağlık Aracı: Ambulans ve acil sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında ihtiyaç duyulan personel ve malzemeyi olay yerine hızlı bir şekilde ulaştırmak üzere kullanılan kara, hava ve deniz araçlarıdır. Acil sağlık araçları aynı zamanda olay yerinde acil sağlık hizmetlerini yürütmek üzere kullanılmaktadır (Resmi Gazete, 2012).

Hasta Nakil Aracı: Nakil sırasında tıbbi müdahale gerektirmeyen hastaların sağlık kuruluşlarına veya sağlık kuruluşundan ikamet ettikleri adreslere götürülmesi amacıyla kullanılan, hasta sedyesi bulunmayan araçlardır (Resmi Gazete, 2013). Örneğin: Yatalak ve acil olmayan hastaları taşımak amacıyla kullanılan koltuklu minibüs tarzı araçlar.

Acil Tedavi: Hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olan kişilere sunulan hizmetler bütünüdür (Resmi Gazete, 2000).

Acil Servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş olan yataklı sağlık tesisleri bünyesindeki acil sağlık hizmetleri sunan servislerdir (Resmi Gazete, 2009).

Acil Durum: Toplumun tamamını veya belli kesiminin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz halidir (Resmi Gazete, 2021).

Afet: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, doğa, teknolojik veya insan kaynaklı olaylardır. Etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı durumlardır (Resmi Gazete, 2021).

Triyaj: Hasta ya da yaralı sayısının fazla olduğu veya hizmet kapasitesini açtığı durumlarda, öncelikli tedavi ve nakli gerekenlerin tespiti amacı ile olay yerinde veya ulaştırıldıkları sağlık kuruluşlarında yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir (Resmi Gazete, 2021).

Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE): Afetlerde ve acil durumlarda görev yapmak üzere gönüllü sağlık personellerinden oluşturulan ekiplerdir. 2021 yılında yayımlanan Yönetmelik ile UMKE personeli olabilmek için; gönüllü olmak, yazılı başvuru yapmış olmak, temel UMKE eğitimlerinden başarı ile geçmiş olmak şartı getirilmiştir (Resmi Gazete, 2021).

Tıbbi Danışman: KKM’de görev yapan acil hekimliği sertifika programını tamamlamış hekim veya merkez tarafından yönlendirilen ilgili branştaki uzman hekimlerdir (Resmi Gazete, 2007). Tıbbi danışmanlar, sahada görev yapan sağlık personellerini danışman onayı konusunda desteklerken aynı zamanda acil sağlık hizmeti almak üzere KKM’ye çağrı yapan hastalara da yönlendirmeler yapmaktadır.

Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (AABT): Üniversitelerin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’ndaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş sağlık personelidir (Resmi Gazete, 2007). AABT günümüz hastane öncesi ASH sunumunda paramedik olarak adlandırılmaktadır. Paramedik, hasta ve yaralıları acil tıbbi bakımı hastane dışında profesyonel bir şekilde başlatan, ambulansla nakil esnasında devam ettiren, acil servise hastayı teslim edinceye kadar görevi devam eden, aynı zamanda ambulans sürücülüğü de yapabilen ön lisans diplomalı sağlık personelidir (Gostak, 2014). *Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı*

İcrasına Dair Kanun'un paramediklere verilen yetkileri düzenleyen maddesinde Acil Tıp Teknikeri olarak adlandırılmaktadır (Resmi Gazete, 2005).

Acil Tıp Teknisyeni (ATT): Sağlık meslek lisesinin acil tıp teknisyenliği bölümünden mezun olmuş sağlık personelidir (Resmi Gazete, 2007).

2.2. Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Cumhuriyet öncesi dönemde sağlık hizmetleri, devlet teşkilatı içerisinde '*Dâhiliye ve Sıhhiye Nezareti*' bünyesinde yürütülmektedir (Ünüvar, 2020). Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümeti'nin kurulması ile sağlık hizmetlerinin çağdaş anlamda bir devlet görevi olarak ele alınmasının temeli atılmıştır (Eren, 1998). Meclis'in açılışından sonra çıkartılan ilk kanunlar arasında yer alan 3 Sayılı Kanun ile İcra Vekilleri Heyeti oluşturulurken sağlık alanında bir Vekâlet kurulması kararlaştırılmıştır (Tokaç, 2020, s.17-47). Sağlık Bakanlığı, '*Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye*' (Sağlık ve Sosyal Yardım) adıyla 3 Mayıs 1920 tarihinde kurulmuştur. Bu dönemde savaş yaralarının sarılması ve mevzuat geliştirmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı internet sitesi, 2021). Acil sağlık alanındaki düzenlemeler ise daha sonraki yıllarda gerçekleştirilmiştir.

Modern ambulans servisleri *dört ana öğeden* oluşmaktadır. Bunlar: Acil yardım amacıyla kullanılacak taşıt sistemi (*ambulanslar*), acil tedavinin sağlanacağı *acil tedavi tesisleri*, bu hizmetleri sunacak acil sistemle ilgili *personel* ile acil vakalarda haberleşmenin ve tüm öğeler arasında koordinasyonun sağlandığı *Merkez*'dir (Erbay, 2021). Ülkemizde hastane öncesi acil hizmetler, Hızır Acil Servislerin kurulduğu zamana kadar düzensizdir. Çünkü o zamana kadar modern anlamda bir ambulans hizmetinin sunulmadığı anlaşılmaktadır. Ülkemizde bu dört temel unsurun bir arada sunulduğu ambulans hizmetleri, ilk olarak Hızır Acil Servisin kurulması ile başlamaktadır (Erbay, 2021).

Türkiye'de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için ülkemizdeki sağlık hizmetleri sürecini iki ayrı dönem altında incelenmiştir. Dönem ayrımında, modern ambulans servisinin kuruluşu ayırıcı özellik olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu bölümde, Hızır Acil Servisin kurulduğu döneme kadar geçen zamanda

sunulan ambulans hizmetleri birinci dönemi ifade ederken, sonrasındaki gelişmeler ikinci dönemi oluşturmaktadır (Erbay, 2021).

2.2.1. Birinci Dönem: Hızır Acil Servis'e Kadar Geçen Dönem

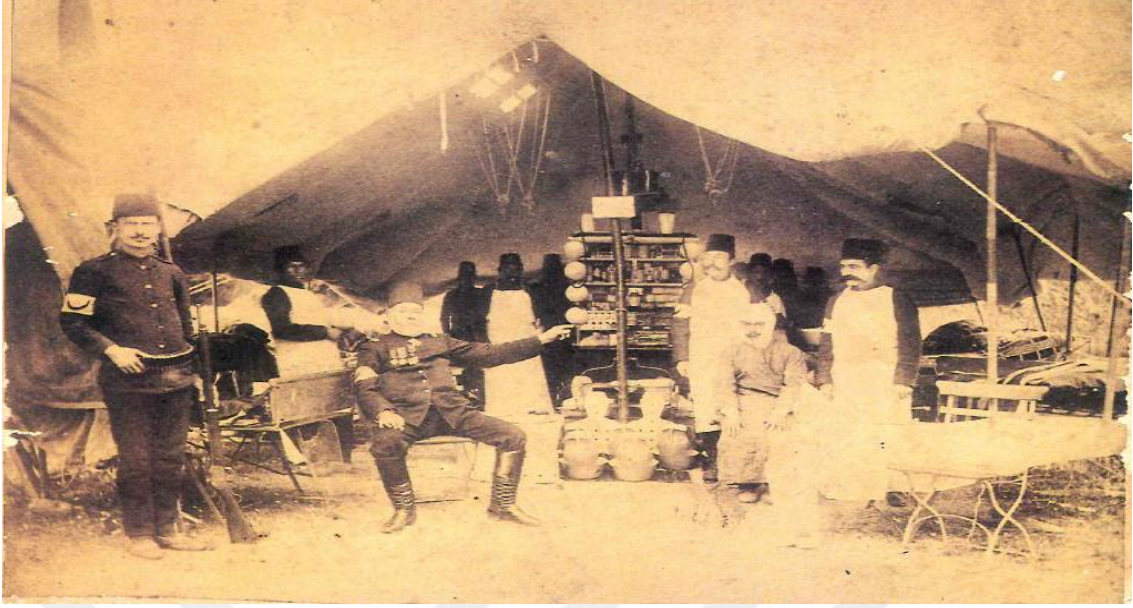
Türkler savaş alanlarında başarılı olmak için lojistik desteğin önemini bilmekte ve savaşlarda ordunun sağlığını düşünmektedir (Ataç, 2000, s. 249-263.166). Bu alandaki deneyimler ışığında geçmişten günümüze çeşitli şekillerde önlemler alındığı görülmektedir. Büyük Selçuklu Sultanı Melik şah, ordusunda 40 deve ile taşınan seyyar hastane teşkilatı kurmuş, sefere çıktığında hastalananları ve savaşta yaralananları tedavi ettirmiştir (Aydın, 1996, s.118-123). Osmanlı döneminde, savaşa katılan askerlere ilk yardım yapılması ve yaralıların tedavi edilmesi amacı ile muharebe alanlarında seyyar hastaneler kurulmuştur (İpişirli, 2006). Geçmişten gelen hastane öncesi acil sağlık deneyimleri, örgütlenme sürecini doğurmuş, kurtuluş mücadelesinde kullanılan örgütlenme modeli, modern ambulans sisteminin kurulmasında ilk adımların atılmasını kolaylaştırmıştır.

2.2.1.1.Deneyimlerle Başlayan Örgütlenme Süreci

Gerek Türklerde gerek diğer milletlerde savaş meydanlarındaki yaralıların tedavileri ve taşınması tarih boyunca hep sorun olmuştur. Bu sebeple savaş alanlarında düşman ordularının bile yaralılarına bakma imtiyazına sahip kuruluşların geliştirilmesi düşünülmüş, yardım fikri Batı ülkelerinde gelişerek çeşitli isimler altında yardım cemiyetlerinin kurulmasına vesile olmuştur (Özaydın, 1990, s. 70-89). 19.yüzyılın ikinci yarısında, birbirleriyle iş birliği içerisinde çalışmayı hedefleyen, uluslararası Kızılhaç Cemiyetlerinin kuruluşu, bu soruna çözüm bulmaya yönelik olarak ortaya çıkmıştır (Erbay, 2010). Osmanlı Devleti de bu hareketin dışında kalmamış, kendine has bir Cemiyet ile hasta ve yaralı taşıma organizasyonuna dahil olmuştur. Ancak ilk başlangıçta sıkıntılı bir süreç yaşanmıştır. 1863 yılında İsviçre'de Kızılhaç'ın kurulmasının ardından Osmanlı Devleti, bu kuruluştan bir fayda beklememekle beraber zarar da gelmeyeceğini düşünerek, 5 Temmuz 1865 yılında Cenevre Sözleşmesini imzalamıştır (Özaydın, 1990, s. 70-89).

Tıbbiye Nazırı Marko Paşa başkanlığında, 11 Haziran 1868 tarihinde Mecruhin ve Marzayı Askeriyeye İmdat ve Muavenet (*Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti*) kurulmuştur (35, 90). Fakat Osmanlı'da haç işareti taşıyan bir cemiyetin kurulması istenmemiştir. Üstelik hükümet, sivillerin askeri işlere karışmasının uygun olmayacağı görüşündeydi (Ünver, 1983, s. 74-86). Cemiyet'in kuruluş nizamnamesi hükümet tarafından onaylanmamış ve cemiyet dağıtılmıştır (Özaydın, 1990, s. 70-89). Bir süre sonra patlak veren Sarp-Karadağ ve Rus muharebelerinde asker yaralılarına yönelik kurtarma faaliyetlerinin yetersizliği feci sonuçlar doğurmuştur. Hükümette bulunanların kıt düşüncelerindeki sakatlığın faturası ağır olmuştur. 1877 yılında Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti adıyla tekrar kurulur ve kırmızı ay şeklindeki işaret Avrupalılarca da kabul edilir (Ünver, 1983, s. 74-86).

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı, yurt dışındaki örneklerine benzer olarak 19. yüzyılın sonlarında şekillenmeye başlamaktadır (Kahraman, 2019). Ülkemizde yaralı taşınmasına ilişkin değişimlerin temeli, Osmanlı'nın son dönemindeki uygulamalarına dayanmaktadır. Yaralı askerlerin müdahalesinde ve taşınmasında Hilal-i Ahmer bünyesindeki atlı ambulanslar kullanılmıştır (Şimşek, 2019). Ayrıca yurtiçi ve yurtdışında topladığı yardımlarla, Osmanlı-Rus Savaşında hem ordunun ilaç ihtiyacını karşılamış hem dokuz adet gezici hastane ile dört tane ambulans almıştır (AAHD, 2021). 1897'de Osmanlı-Yunan savaşında, cephe gerisinde seyyar hastaneler kurulmuş, Kızılay tarafından buralarda hasta ve yaralılarına ilk müdahaleler yapılmıştır. Ayrıca hasta ya da yaralılar oluşturulan sevk zincirleri ile gerideki hastanelere veya İstanbul'daki hastanelere taşınmıştır (Ataç, 2000, s. 249-263.166) (Resim 10).



Resim 10: Kızılay Tarafından Kurulan Çadırda Yaralı Askerlerin Tedavisi (Ataç, 2000, s. 249-263.166)

Osmanlı Hilal-i Ahmet Cemiyeti 1911 yılında, İstanbul Aksaray yangınında ilkyardım ekipleri kurmuş, yaralı ve hastaları tedaviye almıştır. Ülkemizin ilk organize yardım hizmetlerinin başlangıcı olarak bu tarih kabul edilmektedir (Demirhan Erdemir, 2006).

Dünyada motorlu ambulansların kullanıma geçmesi ile birlikte, Kızılay'ın da bu alanda girişimlerde bulunduğu görülmektedir. Türkiye Kızılay Derneği'nin arşivinde bulunan 1912-1915 dönemine ait ve ambulans alımları ile ilgili 29 adet belgeyi inceleyen bir araştırmada, Kızılay'ın ülkemizde güçlü bir ambulans filosu kurma yoluna gittiği anlaşılmaktadır (Erbay, 2010). Devlet Arşivleri'nin belge tarama sistemleri kullanıldığında, bu araştırmayı destekleyen belgelere ulaşılmaktadır (Sarı, 2000).

Osmanlı'nın son yıllarında, Kızılay tarafından Albion isimli 1917 model motorlu ambulanslar kullanılmaya başlanmıştır (AAHD, 2021). Osmanlı Hilal-i Ahmet Cemiyeti, günümüz Türkiye'sinin inşası öncesi yaşanan kurtuluş mücadelesinde, savaşlarda, unutulmaz hizmetler vermiştir. Yaralılar için çağının en modern hastanelerini kurarak, yaralı nakilleri için gemi kiralamış ve bunları da hastane haline getirmiştir (Sarı, 2000). Ülkemizde yaralı taşımacılığının geliştirilmesinde Kızılay'ın

rolü büyüktür. Bunlardan en önemlilerinden birisi de Birinci Dünya Savaşı sırasındaki hizmetleridir.

2.2.1.2.Çanakkale’de acil sağlık hizmetlerinin uygulanışı

Birinci Dünya Savaşı (1914-1918) insanoğlunun var olduğundan beri dünya üzerinde yapılan en büyük savaşlarından biridir. 1915-1916 yıllarında İtilaf Devletleri ile Osmanlı İmparatorluğu arasında Gelibolu Yarımadası ve Çanakkale’de meydana gelen muharebeler ise bu savaşta, en kanlı olayların yaşandığı yerler oldu. Çanakkale Savaşı’nda genel olarak Türk kayıplarının Şehit, yaralı, hasta ve esir olarak 250 bini aştığı bildirilmektedir. İtilaf devletlerinin kayıpları da aşağı yukarı aynı sayıyı bulmaktadır (Ayhan, 2003, s.98-109). Ayrıca, 21 bini hastanede, 56 bini muharebede ölüm olmak üzere toplam zayıatın Osmanlı tarafında 250 bin, İtilaf devletlerinin ise 45-50 bin ölüm olmak üzere toplam 252 bin zayıat verdiği bilgisine rastlanmaktadır (Erickson, 2000, s.94-95). Çanakkale savaşın ATESE başkanlığına ait diğer bir kaynakta ise itilaf devletleri için 252 bin Osmanlı devletine ait şehit sayısı ise 213 882 olarak kaynaklarda yer almaktadır. (Yıldırım, 2016, s.261-275).

Çanakkale Savaşı’nda ölüm, yaralanma ve sakat kalma olaylarının çok fazla sayıda yaşandığına dair kaynaklar mevcuttur. Çanakkale’de her iki tarafın da kayıpların oldukça büyük olduğu gerçeğini vurgulayan başka bir kaynak ise kayıpların ölümlerle karıştırılmaması gerektiği hususuna dikkat çekmektedir. Çünkü, her iki taraf için verilen kayıp rakamlarına, ölen ya da şehit olanlar, kayıp, esirler, hava değişimi, yaralı ve hastaneye gönderilenler ile çeşitli hastalıklar nedeniyle ölenlerin genel toplamı dahil edilmektedir (ATESE, 1997).

Araştırmamız sonucunda, Çanakkale Savaşı’ndaki kayıpların yanı sıra yaralı sayılarına da ulaşılmaktadır. Türklerin kayıpları toplam 252 bin olduğu belirtilen bir kaynakta, hastalıktan ölümün 21 bin, yaralanan asker sayısının 100 bin olduğu ifade edilmektedir. Çanakkale Savaşı’ndaki yaralıların bazılarının tedavi esnasında travmaya bağlı sakatlıklar dışında enfeksiyona bağlı farklı hastalıklara yakalandıkları, savaş alanındaki bazı askerlerin ise medikal sebeplerle hastalandıkları, tedavi almak üzere hastanelere sevk edildiği veya öldükleri bildirilmektedir (Görgülü, 2008, s.141).

Çanakkale’de muhtelif hastalıklardan ölen Türk asker sayısının 21.498 olduğunu belirten bir diğer kaynak ise yaralı sayısının 100.177 olduğunu göstermektedir. Başka kaynaklarda yine benzer ya da birbirine yakın rakamlara ulaşılmaktadır. Bu bilgiler ışığında yaralı sayısının ölümlerden çok daha fazla olduğu görülmektedir. Nitekim farklı kaynaklarda, farklı sayılarla ifade edilmiş olsa da ortaya çıkan can kayıpları ve yaralanma rakamları değerlendirildiğinde Çanakkale Savaşı’nda büyük bir insan kıymının yaşandığı anlaşılmaktadır (Özdemir, 2012).

Ayrıca travmalı vakaların özelliği açısından yaralıların durumu değerlendirildiğinde, vakaların sadece ateşli silah yaralanmaları olmadığı, çoklu travmaya maruz kaldıkları anlaşılmaktadır. Bu konuda en dikkat çeken örneklerden biri şu ifadelerdir: *‘Önünde veya arkasında top mermisi patlayanlar uzuvlarını kaybediyorlar, patlamanın yakınlığına göre, karın ve bağırsaklar parçalanabiliyor, gözler akabiliyor, kulak zarı yırtılabiliyordu’* (Ayhan, 2003, s.98-109).

Bu savaş, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri açısından değerlendirildiğinde, olay yeri yönetiminin, ilk ve acil yardım uygulamalarının ve sevk sistemin sorunsuz işlemesinin ne kadar da önemli olduğunu göstermektedir. Balkan Harbi’nin acı başarısızlıklarından biri olan sağlık hizmetlerinin, ıslah edilmesi hususunda Birinci Dünya Savaşı öncesinde Osmanlı’da çalışmalar başlatıldı. İşe yaramayan tüm doktorlar terhis edilerek, ordunun sağlık teşkilleri genç ve yetenekli subaylara verildi (ATESE, 1985). Ancak bu alandaki düzenlemeler tamamlanmadan Birinci Dünya Savaşı patlak verdi. Dolayısıyla düzenlemelerin çoğunluğunun savaş esnasında geliştirilmeye çalışıldığı anlaşılmaktadır.

Araştırmamız sonucunda Çanakkale Savaşı’nda ilk ve acil yardım uygulamalarının, yaralı ve hasta naklinin sistemli bir şekilde yapıldığına dair kanıtlara ulaşılmaktadır (Resim 11) (Akben, 2008).



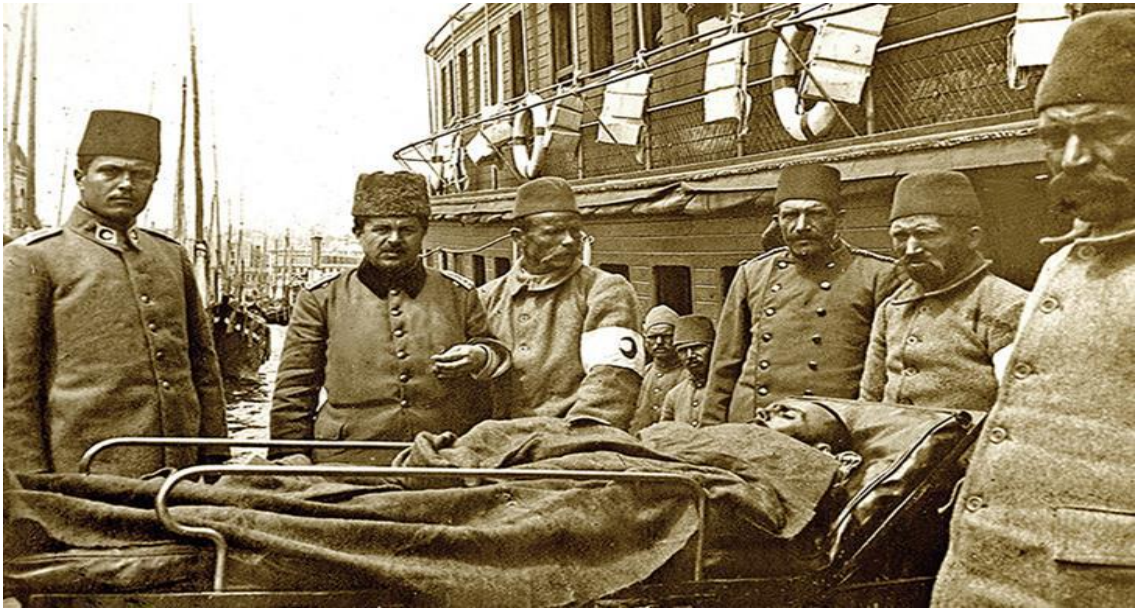
Resim 11:Çanakkale Savaşında Siperlerde Müdahale Ve Taşıma (Akben, 2008)

Tümenlerin sıhhiye bölükleri, cephenin hemen arkasında uygun yerlerde ilk yardım istasyonları kurmuşlardır. Yaraları ölümcül olmayanlar burada tedavi edilirken, yaraları ağır olanlar sahra hastanelerine sevk edilmiştir (Ayhan, 2003, s.98-109). Siperlerde yaralanan askerler, öncelikle cephedeki sargı mahallerine, ardından ateşten mahfuz yerlerde kurulmuş tümenlerin seyyar hastanelerine nakledilmiştir (Erdemir, 2012, s.51-73).



Resim 12: Çanakkale Savaşında Kurulan Hastane (Erdemir, 2012, s.51-73)

Taşıyıcıların, yaralıları sedyelerle ilk yardım alanlarına getirdikleri, ilk yardım yerlerinde ilk tedavilerin yapıldığı, ilk müdahalenin ardından sağlığına kavuşacak durumda olan ancak ileri tedavi gerektiren yaralıların yol güzergahlarındaki belli yerlere bırakıldığı, cepheye lojistik destek sağlayan araçların boş dönerken buradan yaralıları alarak hastanelere taşıdıkları anlaşılmaktadır. Yaralıların çoğunluğu Akbaş ve Ağadere mevkiilerinde bulunan dağıtım hastanelerine götürülmüştür (Ayhan, 2003, s.98-109). Tedavileri cephe gerisinde mümkün olmayan ya da tedavileri uzun sürecek yaralılar, gerekli müdahaleleri yapıldıktan sonra kabilelerle '*Yaralı Aktarma Merkezi*' olarak çalışan Ağadere bölgesindeki hastanelere veya Akbaş İskeleyi'ndeki hastanelere nakledilmişlerdir (Erdemir, 2012, s.51-73). Bu ifadelerden, ileri tetkik ve tedavi amaçlı nakli gereken yaralılar için o günün şartlarında yaralı sevk merkezlerinin oluşturulduğu anlaşılmaktadır. Bu merkezler, Ağadere Bölgesinde, Eceabat ve Akbaş İskelelerinde kurulmuştur. Birinci Dünya Savaşı'nda yaralıların çoğunun tren ve gemilerle taşındığı bilinmektedir. Yaralı aktarma merkezinden karayolu ile Uzunköprü'ye taşınan yaralılar, trenlerle daha gerideki hastanelere, iskelelerdeki yaralılar ise gemilerle Marmara Denizi etrafındaki diğer hastanelere ve en son gemide kalanlar ise İstanbul'daki hastanelere sevk edilmişlerdir (Demirhan, 2003, s. 5-20.).



Resim 13: Çanakkale Savaşında Sırasında Yaralanan Askerlerin İstanbul'a Gemi İle Getirilmesi (Eren, 2003)

Savaş sırasında 19 Mayıs 1915 tarihinde yapılan taarruzun altı buçuk saat sürdüğü ve Türk birliklerinin %30'unun yok olduğu, toplam kayıplarının on bini aştığı bilgisinin yer aldığı Genel Kurmay kaynaklarına bakıldığında, bu beklenmedik yaralı sayısının ilkyardım yerlerini birden doldurduğu anlaşılmaktadır (Eren, 2003). Sıhhiyeciler ilk değerlendirmenin ardından, yaralanması ciddi ve kurtulması mümkün olmadığına inandıkları yaralıları, oldukları yerde bırakıp kurtarabileceklerini umduklarını alıp götürüyorlardı (Ayhan, 2003, s.98-109). Sıhhiyecilerin yaptıkları bu uygulama ile yaşama şansı yüksek olanlara öncelik verdikleri ve müdahale edilse bile hayatta kalması mümkün olmayan yaralıları için zaman kaybetmedikleri anlaşılmaktadır. Buna benzer olaylar türkölere, hikayelere de konu olmuştur. Kaynağı Kastamonulu İhsan Ozanoğlu'na ait Çanakkale türküsündeki şu sözler triyaj uygulamalarının yapıldığının da kanıtıdır: *'Çanakkale içinde vurdular beni, ölmeden mezara koydular beni'* Bu sözlerden yarası ağır ve kurtarılmaya şansı olmayan askerlere triyaj uygulamasında siyah kod verildiği, dolayısıyla siyah kodlu yaralıları zaman kaybedilmediği anlaşılmaktadır. Kurtarılabilecek ve ameliyata alınacak yaralıları ağrı kesici olarak morfin uygulanmaktadır. Yarası ağır, ciddi ağrıları olan ancak kurtarılması mümkün olmayanlar ise bir kenara kaldırılmakta ve kısıtlı olan morfin o yaralıları uygulanmamaktadır (Eren, 2003).

Kaynakların kısıtlı ve yaralıların fazla olduğu durumlarda uygulanması önerilen triyaj bazen savunulması güç durumlara neden olabilmektedir. Çanakkale Savaşı'ndaki bu uygulamada sağlık ekiplerinin kısa sürede daha fazla kişiyi kurtarabilmek için böyle davrandıkları ve ellerindeki kısıtlı imkanları daha etkin kullanmak istedikleri düşünülmektedir. Bu uygulamanın aslında günümüz hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, çoklu yaralıların olduğu kazalarda ya da olağandışı durumlarda uygulanan triyaj sistemi ile benzerliği değerlendirilmektedir. Dolayısıyla triyajın Çanakkale Savaşı esnasında uygulandığı görülmektedir. Savaşta ve o günün şartlarında yapılan uygulamalar elbette günümüz imkanları ile kıyaslanamaz ancak bu uygulamaların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişim sürecinin bir

parçası olarak değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir (Erbay, 2020, s. 57-66).

Dünya tarihinin en büyük savaşında, dağılmak üzere olan bir devletin, savaş esnasındaki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sistemini özetlemek gerekirse şunları ifade edebiliriz: Yaralanan askerlerin öncelikle tedavisi kendi çantasında ya da sıhhiye erlerinde bulunan ilkyardım paketi ile siperde yapılmaktadır. Ardından yürüyebilecek durumda olanlar yürüyerek, yürüyemeyecek olan yaralılar ise sıhhiye erleri tarafından taşınarak ilkyardım yerlerine götürülmektedir. Burada yapılan müdahalenin ardından hafif ve ağır yaralılar belirlenmektedir. Tedavi edilenler cepheye geri gönderilirken, hafif olanlar hafif yaralı toplama yerlerine, ağır durumda olanlar ise sıhhiye arabalarının durak yerlerine taşınmaktadır. Ateş hattının hemen gerisinde bulunan büyük sargı yerlerinde ağır yaralılara müdahale edilmektedir. Burada yaralı askerler sağlık heyeti tarafından kontrol edilerek, tedavisi mümkün ve kısa sürede gerçekleşecek olanlar Gelibolu'daki hastanelere nakledilmektedir (Erbay, 2020, s. 57-66).

Büyük sargı merkezlerinde ve yakın hastanelerde tedavisi mümkün olmayan ya da tedavisi uzun sürecek yaralılar, yaralı aktarma merkezlerine gönderilmektedir. Bu merkezlerden karayolu, tren ya da gemilerle memleket içindeki diğer hastanelere sevkler sağlanmaktadır. Tüm bu uygulamalara bakıldığında, o günün şartları ile Çanakkale Savaşı'nda sistemli bir hastane öncesi acil sağlık uygulamalarının yapıldığını ifade edebiliriz (Erbay, 2020, s. 57-66).

2.2.1.3.Modern Acil Sağlık Hizmetlerine Giden Yolda Atılan İlk Adımlar

Zorlu mücadelelerin ve büyük kahramanlıkların yaşandığı kuruluş döneminde, hastane öncesi ASH genel itibarıyla savaş meydanları üzerinden deneyimlenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti kurulduktan sonra Sağlık ve Sosyal Yardım (*Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye*) Bakanlığı, sağlık alanında çalışmaları hızlandırmaktadır. Milli mücadelenin zaferle bitmesinin ardından Bakanlık, programlar hazırlayarak, yıllardır ihmal edilen halk sağlığı sorunlarına yönelmiş, mevzuatlar geliştirmiş ve icraatlarına başlamıştır (Hatemi, 2000).

1928 yılında “1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” yayımlanmıştır (Resmi Gazete, 1928). Tıp mesleklerinin anayasası hükmünde olan bu Kanun’da, acil sağlık alanındaki düzenlemelerin yıllar sonra, ülkemizdeki acil tıp ve acil sağlık hizmetleri sunumundaki gelişmelere paralel olarak yapılan değişikliklerde yer bulduğu görülmektedir. Dolayısıyla bu dönemde, bu Kanun içerisinde acil sağlık meslek gruplarına ait bir düzenleme olmadığını ifade etmek gerekmektedir.

Hastane önce ASH alanında ilk mevzuat “1580 Sayılı Belediye Kanunu”dur. Bu Kanun ile sıhhi muavenet ve imdat merkezleri yapmak belediyelerin görevleri arasındadır (Resmi Gazete, 1930). 1580 Sayılı Belediye Kanunu ile aynı ay içerisinde kabul edilen “1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nu” sağlık alanındaki diğer bir düzenlemedir (Resmi Gazete, 1930). 1930’lara kadar toplumun tamamını ilgilendiren bir sağlık yasası yoktu. Hıfzıssıhha Kanunu toplumun tamamının sağlığını ilgilendiren konularda düzenleme yapan bir kanundur (Demir, 2019, s.2015-2019). Hıfzıssıhha Kanunu’nda ilk tıbbi imdat ve muavenet teşkilatını kurmak belediyelerin görevlerinden olduğu ifade edilmektedir (Madde 20:12) (Resmi Gazete, 1930). Hastane, dispanser, doğum evi gibi muayene ve tedavi teşkilatlarının oluşturulmasının yanı sıra, ilk tıbbi imdat ve yardım teşkilatının kurulması görevi de Belediyelere verilmiştir (Numanoğlu, 1998, s.99-105).

ASH’nin hastane öncesi aşamasının, belediyelere verilmesi ile birlikte gelirleri yüksek bazı şehirlerde ambulans hizmetleri başlatılmış olsa da hizmetin ülke genelinde yaygınlaşması ve kurumsal bir yapıya dönüşmesi sağlanamamıştır (Çelikli, 2016). Yerel yönetimlerin, kaynaklarının yetersizliği sebebiyle hastane öncesi ASH alanında istenen düzeyde gelişme sağlanamamıştır (Şimşek, 2019).

Hastane öncesi ASH açısından bir farkındalık olarak değerlendirdiğimiz ‘İlk Sıhhi Yardım’ kitabı, 1938’de Türkiye Kızılay Gençlik Kurumu tarafından yayımlanmıştır. Amerikan Kızılhaç Cemiyeti’nin 1937 yılında bastırıldığı kitabın tercümesi olan bu kitapta, hasta ve yaralı taşınmasında diğer araçlara göre ambulansların çok daha önemli olduğu ifade edilmekte olup, ancak her yerde bulundurulamadığı yorumu yapılmaktadır (Barker, 1938).

Cumhuriyet'in ilanından itibaren, halkın her alanda eğitilmesi üzerinde durulmuştur. Bu suretle “3803 Sayılı Kanun ile Köy Enstitüleri” açılmıştır (Resmi Gazete, 1940). İlk yardım konusu da devletin temel önceliklerinden bir 3803 Sayılı Kanun ile açılan Köy Enstitüleri olmuştur (Erbay, 2021). Köy Enstitülerinde, temel sağlık eğitiminin yanı sıra ilk yardım eğitimleri verilmiştir. Buralarda yetişmekte olan öğretmenlere, teorik olarak derslerde ve pratik olarak revir çalışmaları ile ilk yardım hizmetleri gibi bazı temel sağlık konuları öğretilmiştir (Güvercin, 2004, s.97-103). 1943 yılında yayınlanan “4459 Sayılı Kanun” ile köy ebeleri ve sağlık memurlarının yetiştirilmesi amaçlanmıştır (Resmi Gazete, 1943). Bu amaçla köylerde kadın doğuma ilişkin hizmetler ile diğer tüm sağlık illerinin köy ebeleri ve köy sağlık memurlarınca yapılması belirtilmiştir. Bu faaliyetler, zaman zaman acil hal kapsamına da gireceğinden, hastane dışı hizmetler bakımından konumuzla ilişkilendirilme gereği duyulmuştur. Çünkü ülkenin o yıllarda sistemli bir ambulans hizmeti olmamakla birlikte, hastane dışı faaliyetlerde önlemler aldığı anlaşılmaktadır.

1953 yılında yayınlanan “6085 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nda” geçiş üstünlüğü olan araçlar, geçiş üstünlüğünde diğer sürücülerin uyması gereken kurallar, yol verme ve park etme hususları yer almaktadır. Kanun'da sıhhi imdat gibi geçiş üstünlüğüne haiz araçların görev esnasında, hız sınırlarına uymak zorunda olmadığı, geçme ve durma tehditlerine tabii olmadığı yasal olarak güvence altına alınmaktadır. Bu kanun, ambulansların geçiş üstünlüğü olduğunu belirten ilk kanun olması açısından önemlidir. Kanun'da sürücülerin geçiş üstünlüğüne haiz bir nakil vasıtasının duyulur veya görülür bir geliş işaretini alınca, yolun sağına yanaşıp durmaya ve bu vasıtalar tamamen geçinceye kadar beklemeye mecbur oldukları ifade edilmektedir. Kanun'un 40'inci maddesinde kavşaklara yaklaşan sürücülerin uymaları gereken kurallar belirtilmektedir: ‘Bütün vasıta ve makinalar, geçiş üstünlüğüne haiz vasıta ve makinalara, ilk geçiş hakkını vermeye mecburdurlar’ denilmektedir. Karayollarındaki araçların durma ve park etme ile ilgili yasakların sayıldığı bölümde, geçiş üstünlüğüne haiz araçların park yerlerine 25 m mesafe içerisinde park etmiş araçların zabıta tarafından kaldırılacağı ifade edilmektedir (Resmi Gazete, 1953).

Karayolları Trafik Kanunu ile hasta taşıyan vasıtalar devlet tarafından yasal olarak ayrıcalık verildiği ancak hastane öncesi acil hizmetlerde hala tam bir teşkilatlanmaya

gidilmediği görülmektedir. Ülke çapında bir ambulans servisi mevcut olmamasına rağmen Kanun'da sözü edilen bu araçlar, belediyelerin, kamu hastanelerinin, özel hastaneler ile özel kurumların hasta ve yaralı naklinde kullandıkları sıhhi imdat araçlarıdır (Erbay, 2021) (Resim 14).



Resim 14: Ülkemizde İlk Kullanılan Ambulans Örnekleri (Erbay, 2021)

Türkiye’de 1953 yılına kadar yerel idarelere bırakılan hastaneler, bağlı oldukları birim teşkilata kaldıramayacakları derecede mali yük getirmeye başlamış ve bu kurumların bütçeleri olmamasından ötürü verimli çalışamaz hale gelmişlerdir. İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük iller dışında kalan tüm hastaneler *6134 Sayılı Kanun* ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na devredilmiştir (Atasever, 2013) (Resmi Gazete, 1953). İl özel idarelere bağlı memleket hastaneleri artık devlet hastanesi olmuştur.

İstanbul’da 1955 yılında Beyoğlu’nda kurulan cankurtaran merkezi ile farklı semtlerde bulunan 15 cankurtaran aracı ile hizmet verilmektedir. Beyoğlu, Beşiktaş, Eminönü, Fatih, Eyüp, Sarıyer, Üsküdar ve Kadıköy olmak üzere 8 ayrı semtte sıhhi acil istasyonları bulunmaktadır (Sofuoğlu, 2020). 1959 yılına gelindiğinde İstanbul Belediyesi’nin 11 semtte sıhhi acil teşkilatı bulunmaktadır (Tokaç, 2020, s. 152-164).

Hastane öncesi ya da hastane dışı acil hizmetler kapsamı sadece ilk yardım ve kazalarda yaralıların taşınmasından sorumlu olmadığı, afet anında müdahalenin de bu

kapsamda değerlendirilmesi gerektiği zamanla anlaşılmaktadır. 1959 yılında yürürlüğe giren “7269 Sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısı ile Alınacak Tedbirlerde Yapılacak Yardımlara Dair Kanun’da” afet anında acil yardım teşkilatının kurulması ile ilgili düzenlemeler bulunmaktadır (Resmi Gazete, 1959). Tabi ki afetin kapsamı sadece sağlık alanında düzenlemeler ile kısıtlı değildir. Kanun’da İçişleri, imar ve İskân, Bayındırlık, Sağlık ve Sosyal Yardım ve Tarım Bakanlıklarınca acil yardım teşkilatı ve programları hakkında genel esasları kapsayan bir yönetmelik yapılması ve afet durumunda bu yönetmelik hükümlerince valiliklerin hareket etmesi istenmektedir. Konuyla ilgili hazırlanması istenen yönetmelik ise tam 9 yıl sonra, “Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Programları Hakkında Yönetmelik” adı ile yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 1968).

1960’lı yıllara gelindiğinde ülkemizde yollar gelişmeye, ulaşım hızlanmaya başlamış, beraberinde trafik kazalarında yükselmeler görülmüştür. Dünyanın gelişmiş ülkeleri o yıllarda ATS organizasyonu adımları atarken, Türkiye’de de Kızılay’ın girişimleri ile yollarda ilk yardım istasyonları kurulmaktadır (Perk, 2012). O yıllarda Kızılay tarafından St.John Yardım Organizasyonunun İlk Yardım kitabı Türkçeye çevrilmiştir (Demirhan Erdemir, 2006). Gönüllü olarak yardım yapacak kişilere, Kızılay tarafından ilk yardım kursları düzenlenmiş, eğitimden başarı ile geçenlere sertifikalı İlk Yardımcı unvanı verilmiştir (Perk, 2012) (Resim 15).



Resim 15:Kızılayın İlk Yardım Ambulansları (Perk, 2012)

1961 yılında “224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile sağlık hizmetlerinin yurdun ücra köşesindeki vatandaşın ayağına kadar götürülmesi hedeflenmiş, sağlık hizmetlerinde yeni bir hizmet anlayışı ve uygulaması getirilmiştir (MEGEP, 2011). Kanun ile İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi amaçlanmaktadır (Resmi Gazete, 1961). Sevk zincirinin önemli bir şekilde uygulanmasını isteyen Kanun’da, acil durumlarda sevk zincirine gerek olmadığına dair düzenlemeler mevcuttur. Hastaneler durumları acil müdahaleyi gerektiren hastalara her türlü tedaviyi vermekle yükümlüdür. Sağlık ocakları ise acil müdahale yapmak ve gerektiğinde hastaları hastanelere sevk etmekle yükümlü kılınmaktadır (Erbay, 2021).

ASH’nin başarılı bir şekilde yürütülmesinde elbette hastanelerde verilecek acil hizmetler ve sevk sistemi önemlidir. Ancak aynı zamanda hastaların nasıl ve ne ile sevk edileceği de önemlidir. Ambulans alanında yasal bir organizasyonun kurulması hakkında düzenlemeler ise Kanun’da da yer bulmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin en ücra köşeye ulaştırılması hedefi ile ortaya koyulan bu düzenleme, daha sonraları yapılacak düzenlemelere dayanak olmuştur.

“Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile aynı gün Resmi Gazete’de 237 Sayılı Taşıt Kanunu” yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 1961). Kanun’un hastane öncesi ASH açısından önemi, ‘ambulans’ kelimesinin kullanıldığı ilk kanun olmasıdır. Bu Kanun’un 7’nci maddesinde “devlet daireleri ve kurumların daimi ve devamlı hizmetleri için kullanacakları taşıtlar” sayılmaktadır. Bu kısımda, cankurtaran ve ambulans araçları da bulunmaktadır. Bu araçların satın alınması mümkün değil ise ya da satın alınması daha pahalıya gelecek ise kurumlarca bu araçların alınmaması ancak gerektiğinde ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılması istenmektedir. Kanun’un aynı maddesinde, kullanılacak bu taşıtların, muayyen ve standart tipte, lüks ve gösterişten uzak, memleket yollarına elverişli ucuz ve ekonomik olanlarından temin olunması şartı getirilmektedir. Kanun’un devlet kurumlarına yaptığı bu uyarıdan, ülkede ambulans hizmetleri sunumunu yapan kurum ya da kuruluşların bu hizmetler karşılığında belli bir ücret talep ettikleri ve ayrıca sosyo-ekonomik sınıflara göre farklı ambulans hizmetleri sunumunun yapıldığı anlaşılmaktadır. Tarihi net bilinmemekle birlikte özel bir ambulans servisine ait el ilanında ise en modern araçlarla hizmet verdikleri ifadesi dikkat çekmektedir (Resim 16) (Resmi Gazete, 1961).



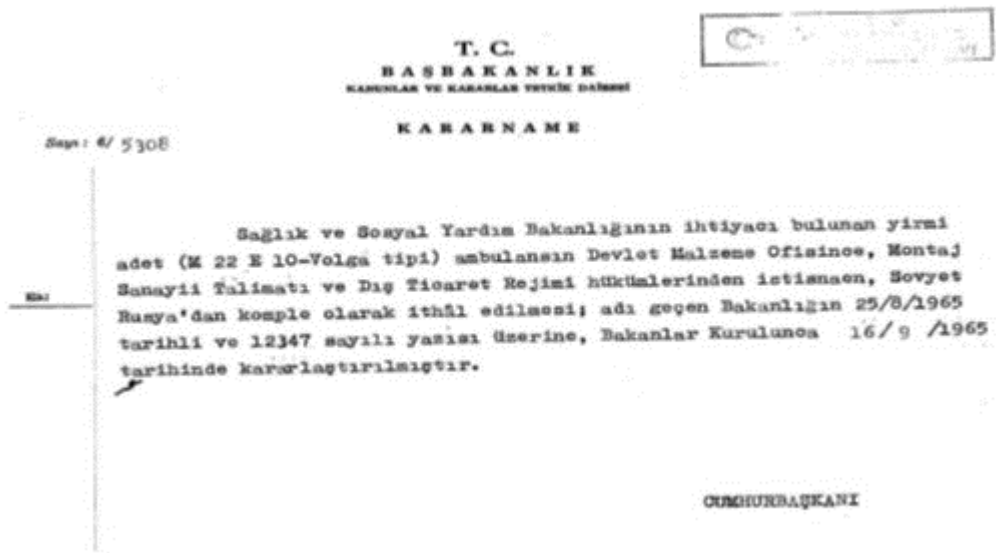
Resim 16: Özel Bir Ambulans Şirketine Ait El İlanı (Resmî Gazete, 1961)

1963 yılında, Kızılay'ın Türkiye genelinde açtığı 127 İlk Yardım Kursu ile 8 öğretmen (İlk Yardım Eğitmeni) kursu bulunmakta olup bu kurslardan binlerce ilk yardımcı ve 175 ilk yardım öğretmeni yetiştirilmiştir. İlk yardım eğitimleri ile donatılmış kişilerden oluşan ekiplerle hizmet veren, Edirne-İstanbul ve İstanbul-Ankara arasında İlk Yardım İstasyonları kurulmuştur (Akgün, 2001).

1964 yılında, “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik” 17.08.1964 tarihinde Bakanlar Kurulunca kararlaştırılarak yürürlüğe girmektedir (Resmî Gazete, 1964). Yönetmelik'te acil ve durumu ağır olan vakaların ambulansla nakledileceği bilgisine ulaşılmaktadır. Hangi

hastanın ambulans servisinden faydalanacağı hakkında karar yetkisinin, sağlık ocağındaki hastayı muayene eden hekimde olduğu belirtilmektedir. Sevk zincirine uygun olmayan hasta müracaatlarında, acil vakalar hariç ücret talep edileceği ifade edilmektedir (Resmî Gazete, 1964).

1965 yılında Sovyet Rusya'dan 20 adet ambulans satın alınmıştır (Sarı, 2000). Devlet Arşivlerinden ulaştığımız bu belgede, alınan ambulansların Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın ihtiyacı doğrultusunda kullanılacağı ifade edilmektedir. Bu dönemde, ambulans hizmetleri sunan hususi bir devlet kurumu olmadığından, bu ambulansların devlet hastanelerine dağıtıldığı düşünülmektedir (Resim 17) (Sarı, 2000).



Resim 17: Sovyet Rusya'dan Alınması Planlanan Ambulansların Kararnamesi (Sarı, 2000)

Bursa İnegöl Devlet Hastanesi Sağlık Tarihi Müzesi'ne baktığımızda, 1954 model Skoda marka ambulans bulunmaktadır. Bu ambulans, 8 Temmuz 1955 tarihinde Derebucak'ta meydana gelen ve köyde bulunan 410 evden 403'ünün tamamen kül olduğu, iki çocuğun alevler içinde can verdiği yangında görev almıştır (İnegöl Devlet Hastanesi, 2020) (Muşmal, 2015) (Resim 18).



Resim 18: Skoda Marka Ambulanslar (İnegöl Devlet Hastanesi, 2020)

Müzedde yer alan bir diğer ambulans ise 1967 model, Amerikan yapımı bir ambulandır. Müze tarafından 1967 model Cadillac Deville marka ambulansın 20 yıl boyunca Gönen Devlet Hastanesi'nde görev yaptığı bilgisi paylaşılmaktadır. Ayrıca müzedde 1975 model Ford marka başka bir ambulans daha sergilenmektedir. Bu marka ve modelleri burada belirtmemizin sebebi; Sovyet Rusya'dan temin edilen ambulanslar dışında, farklı ülkelerden ve farklı zamanlarda ambulans temin edildiğinin altını çizmektir. Müzedde bulunan 1973 model Ford Transit MK1 ambulansın, Almanya'da çalışan işçiler tarafından sıfır model olarak alınıp İnegöl Belediyesi'ne hediye edildiği, belediye tarafından hastaneye tahsis edildiği ifade edilmektedir. 1975 model Ford Consul ambulansın ise bir madencilik firmasına ait olduğu ve uzun yıllar o firma bünyesinde görev yaptığı bildirilmektedir. Bu bilgiler bize, ambulans temininin sadece devlet tarafından yapılmadığını, bazılarının özel şirketlere ait olduğu, bazılarının ise hayırseverler tarafından hastanelere bağışlandığını kanıtlamaktadır (Resim 19, 20) (Muşmal, 2015).



Resim 19: Cadillac Marka Bir Ambulans 1967 Yılında (Muşmal, 2015)



Resim 20: 1973 Model Bir Ambulans (Muşmal, 2015)

1968 yılında “Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Programları Hakkında Yönetmelik” yayınlanmıştır (Resmî Gazete, 1968). Yönetmelik afet anındaki planlamalardan ayrıntılı olarak bahsetmektedir. Bu planlamada, belirtilmesi gereken belli başlı hususlar içerisinde ambulans sayısının yer alması gerektiği belirtilmektedir. Yönetmelik’te, afet dolayısıyla çevredeki acil sağlık hizmetleri bakımından, hastanelerde emre amade ekipler teşkil olunacağı ve bunların çalışma usul ve şartlarının

da planlanması istenmektedir (Madde:38). Yönetmelik ayrıca, afete maruz bölgeler için valilere acil yardım hizmet kuruluşlarının planlanması ile ilgili görevler vermektedir (Madde:46- 47).

Sivil Savunma Başkanlığı, afet durumlarına hazırlık amacıyla çeşitli eğitimler düzenlerken, ambulans hizmetleri ile ilgili broşürler yayınlamıştır (Erbay, 2021). Yönetmeliğin yayınlandığı yıl, Sivil Savunma Başkanlığı tarafından “İlk Yardım ve Ambulans Servisi” kitabı yayınlanmıştır (Şark Matbaası, 1968). Ambulans hizmetleri açısından ilk Türkçe kılavuz olması açısından kıymetli olan bu kitapta, ambulans hizmetleri; ilk yardım ekip komutanı, ilk yardım takım komutanı gibi ifadelerle askeri bir plan çerçevesinde ele alınmaktadır (Erbay, 2021).

1970 yılına gelindiğinde ilk yardım eğitimleri ile ilk yardım istasyonları konusunda kendini geliştirmiş ve ülkede bu hizmetleri kurumsal anlamda veren tek kuruluş olan Kızılay’ın önderliğinde, Kızılay İlk Yardım İstasyonları açılmaktadır. 22 Temmuz 1970’te, Kızılay ile Ankara Belediyesi koordinasyonunda, Ankara Numune Hastanesi’nde açılan bu servis, ilk yardım ünitesi, doktorları ve derhal hastayı bu üniteye yetiştirecek ambulansları ile çalışmaya başlar (Akgün, 2001).

1973 yılında, 7/7387 Karar No.lu Kararname ile Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin yürürlüğe konulması, Bakanlar Kurulunca 03.11.1973 tarihinde kararlaştırılmıştır (Resmî Gazete, 1973). Bu kararname ile yürürlüğe giren Yönetmelik’te hastane acil servislerinin kuruluşu ile ilgili düzenlemeler ve acil hastaların polikliniklerde sıra beklemeden muayene edilmesine dair hükümler yer almaktadır. Ayrıca bu Kararname ile 1955 tarihli ve 4/4502 sayılı Kararname ile yürürlüğe konulan ‘Hastaneler Talimatnamesi’ (Resmî Gazete, 1955) ile ek ve değişiklikleri yürürlükten kaldırılmıştır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği acil servis hizmetinin 24 saat süreklilik gösterdiğini ve acil servisin teşhis konulan, ayaktan acil tedavi uygulanan, gerektiğinde yatırılarak tedavi sağlanan bir birim olduğu tanımlamaktadır. Yönetmelik’te olağanüstü hallerde hastane hizmetleri ile ilgili yapılan planlamaların olduğu bölümde, ilk yardım çantaları bulunan, seyyar ekiplerin teşkil edilmesi gerektiğine vurgu yapılmaktadır (Madde:18/a-3) (Resmî Gazete, 1973).

Ülkemizde uzun yıllar boyunca ambulans hizmetleri, belediyeler ve hastaneler tarafından yürütülmüştür (Kahraman, 2019). Ayrıca bazı devlet kurumlarının kendi bünyelerinde ambulansları bulunmaktadır.

1980'lerde neredeyse her hastanede bir ambulans bulunmaktaydı. Hastalar, hastaneyi arayarak ambulans talep edebilmekteydi. Ancak karayollarında meydana gelecek kazalarda kimin müdahale edeceği net değildi. Yollarda meydana gelecek kazalara, anında müdahale edilmesi ve yaralıların hastanelere ulaştırılması için Emniyet Genel Müdürlüğü tarafından karayollarında bazı noktalarda polis ambulansları görevlendirilmiştir (İnegöl Devlet Hastanesi, 2020). Kamu hastaneleri ile bazı özel hastaneler, hastayı sadece evden hastaneye taşımak amacıyla çeşitli nakil araçları kullanmıştır (Erbay, 2021). Kamu, özel ve diğer sivil kuruluşların ellerinde ambulanslar olmasına ve bu hizmetler bir şekilde sunulmasına rağmen koordineli bir çalışma yoktur.

1983 yılında yayımlanan 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na karayollarında ilk yardım, yaralı taşınması ve acil yardım ve tedavi konularında gerekli önlemleri alması görevi verilmektedir. Kanun'da 'cankurtaran' özel amaçlı taşıt olarak tanımlanmaktadır. Cankurtaran araçları ile yaralı veya acil hasta taşıyan araçlar, geçiş üstünlüğünde, birinci önceliğe sahip araçlar olarak bildirilmektedir. Bu araçların, kanun ve yönetmeliklerde yer alan yazılı trafik kısıtlama ve yasaklarına bağlı olmadıkları ancak bu haklarını kullanırken, halkın can ve mal güvenliğini tehlikeye sokmamak, duyulur ve görünür geçiş üstünlüğü işaretlerini vermek zorunda oldukları şartı getirilmektedir. Zorunluluk olmadığı halde geçiş üstünlüğünün kullanılmasının yasak olduğu ve gereksiz geçiş üstünlüğünün kullanılmasının cezaya tabii olduğu ifade edilmektedir. Bu kanun ile 1953 tarihli 6085 sayılı Karayolları Trafik Kanunu yürürlükten kaldırılmış ve yaralı taşıyan araçlara verilen şartsız geçiş üstünlüğü hakkına belirli kurallar ve sınırlamalar getirilmiştir (Resmî Gazete, 1983).

Hem hastanelerdeki acil servislerden hem de o acil servislere hasta ya da yaralı taşıyan sıhhi imdat araçları ile ilgili yapılan onca düzenlemelere rağmen uzun yıllar bu iki birim arasında iş birliği ve koordinasyonu sağlayacak, acil halleri ülke veya il genelinde yönetecek bir kuruluş yapılmasına ait bir düzenlemeye gidilmemiştir.

Dönemin Sağlık Bakanı Mehmet Aydın, 1985 Bütçe Görüşmelerinde, bu konuda birinci dönemi özetleyen net bir ifade kullanmaktadır (TBMM, 1984): ‘Maalesef herkesin bildiği gibi, Türkiye’de modern anlamda acil yardım sistemleri, merkezleri kurulup, faaliyete geçirilememiştir.’

2.2.2. İkinci Dönem: Modern Ambulans Hizmetleri Dönemi

Ambulans hizmetlerinin önemi ilk olarak savaşlarda anlaşılmış, ardından ilk yardım amaçlı dernekler ve çeşitli afetlerde yapılan kurtarma faaliyetlerinde sivil alanda tecrübe edilmiştir. Zamanla ambulans servisi şeklinde ülkelerin sağlık sistemine dahil olmuştur. Bu nedenle çoğu ülkede ambulans hizmetleri birbirini takip eden üç aşamalı bir gelişim ve dönüşüm sürecinden geçmiştir. Ülkemizde ambulans hizmetlerinin gelişimi de bu şekilde olmuştur. Ambulans hizmetlerinin, sivil hayatta kullanılması daha eskiye dayanmakla birlikte bir ambulans servisi hizmeti olarak geliştirilmesi 1985 yılı itibarıyla Hızır Acil Servis’in kurulması ile başlamaktadır. 1972 yılında kurulan Kızılay ilkyardım istasyonları tarafından sunulan hastane dışı acil sağlık hizmetleri, ambulans hizmetleri bağlamında bir gelişmedir. Fakat bir ambulans servisi kapsamında değerlendirilmesi güçtür. Zira ambulans servislerinin iletişim, araç, personel ve acil servis unsurlarını barındırması ve bu unsurlar arasında iş birliğinin kurulması gerekmektedir. Bu unsurları barındıran ve barındırdığı unsurlardan ötürü modern ambulans hizmetleri olarak tanımlanan ambulans servisi hizmetleri ise 1985 yılında faaliyete geçmiştir (Erbay, 2021).

1985 yılında kurulan 077 Hızır Acil Servis ile birlikte temeli atılan acil sağlık hizmetlerin, takip eden yıllardaki gelişimi çok daha hızlı bir şekilde ilerlemiştir. 1994 yılına gelindiğinde 112 Acil Yardım ve Kurtarma ismini alan ambulans servisi hizmetleri, 2003 yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri şeklinde yeni bir dönüşüm yaşamıştır. Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin tarihi açısından ikinci dönem olarak tanımladığımız bu başlık altında; modern ambulans servisleri şeklinde Sağlık Bakanlığı ve Belediyeler iş birliği ile başlayan süreç ve daha sonrasında acil sağlık hizmetlerinin tamamını Sağlık Bakanlığı’nın devraldığı 1994 yılından itibaren yaşanan gelişmeler yer almaktadır (Erbay, 2021).

2.2.2.1.Hızır Acil Servis (1985-1994)

Türkiye’de ambulans hizmetleri uzun yıllar boyunca belediyeler ve hastaneler tarafından verilmiştir (Kahraman, 2019). 1980’li yıllara gelindiğinde, kamu hastaneleri ile özel hastaneler ve özel şirketlerin kullanımında çok sayıda ambulans bulunmaktadır (Erbay, 2021). Fakat ASH kapsamında değerlendirildiğinde, bu hizmetler genellikle hastane esaslı, sistemsiz ve dağınık bir halde yürütülmektedir (Özdoğan, 2016). 1980’li yılların başında, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde sağlık politikalarına yönelik yeni düşünceler gelişmeye başlamaktadır (Tunç&Yarar, 2021). Daha önceden çıkartılan 224 sayılı Kanun21 ile sağlık hizmetlerinin yurdun ücra köşesindeki vatandaşın ayağına götürülmesi hedeflenmiş, sağlıkta yeni bir hizmet anlayışı ve uygulaması getirilmişti (5, 122). 1982 Anayasası, sağlık hakkının kullanılması hususunda ve vatandaşın sağlık hizmetlerinden yararlanmasında eşitliğin sağlanması konusunda devletin sorumluluğuna yönelik düzenleyici ve denetleyici hükümler içermektedir. Dolayısıyla sağlığın sosyalizasyonuna ilişkin çalışmalar 1963 yılında başlayıp 1983 yılında ülke geneline yayılması sağlanmıştır (Er, 2011).

ASH alanındaki çalışmalar bu mevzuatlar doğrultusunda, sağlık hizmetlerini vatandaşın ayağına götürme ilkesiyle yürütülmektedir. Ayrıca 1983 tarihli, 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu ile karayollarında meydana gelecek kazalarda yapılacak tıbbi müdahalelere yönelik tedbirlerin, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından alınması istenmektedir. 1983 yılından sonra Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu alanda çalışmalar başlamıştır (Erbay, 2021). 1985 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez gezici ambulans ekipleri denenmiştir. Bu ekipler bazı ana arterler ve turistik bölgelerde, daha çok trafik kazalarında kullanılmak üzere kurulmuşlardır. Bir merkeze bağlı olmadan çalışan bu ambulanslara, araç telefonu ile ulaşılabilmekte ve gezici ekiplerden oluşmaktadır (MEGEP, 2011).

Nihayetinde 1985 yılına kadar, henüz Türkiye’de modern anlamda bir ambulans servisi bulunmamaktadır. Turgut Özal döneminin ilk Sağlık Bakanı olan Mehmet Aydın, 1985 yılı bütçe sunumunda modern anlamda bir acil yardım sisteminin bulunmadığından yakınmaktadır (Ünüvar, 2020). Ankara’da 21 ambulans istasyonu kurarak, 21 cankurtaran ile bu sisteme başlanacağını duyurmakta ve bu ekiplerin ‘Hızır-

1', 'Hızır 2' şeklinde adlarla hizmet vereceğini ifade etmektedir (Ünivar, 2020). Dağınık şekilde sunulan ambulans hizmetlerini, sistemli bir ambulans servisine dönüştürerek bunu halkın hizmetine sunmak bir reform niteliğindedir. Hasan Erbay'a göre; bunun hayata geçirilmesi, dönemin siyasi iktidarı açısından bir hizmetin yanı sıra bir popülizm aracı olarak da görüldüğü değerlendirilmektedir. Hızır Acil Servis, 9 Ekim 1985 tarihinde Ankara Numune Hastanesi'nde açılmıştır. Uzun süren hazırlıklar neticesinde 077 Hızır Acil Servis'in faaliyete geçmesi ile ülkemizde ilk kez, modern anlamda bir ambulans servisi kurulmuştur (Erbay, 2021).

Başbakan Turgut Özal, yapılan bir törenle Numune Hastanesi bünyesinde kurulan Hızır Acil Servis'i hizmete açmıştır. Özal, törende yaptığı konuşmada, acil servisin teknik donanım ve personel açısından gelişmiş ülkeler düzeyinde olduğunu ifade etmiştir (Tunç&Yarar, 2021). Açılışın ardından telsiz sistemini kullanan Özal şu anonsu geçmiştir: 'Ben Turgut Özal. Helikopteri Hızır Servis'e bekliyorum.' Bir gazete, anonsun ardından iki dakika sonra helikopterin piste indiğine dair habere yer vermektedir.



Acil hastaları anında hastaneye ulaştırmak amacıyla gerçekleştirilen "Hızır Acil Servis" dün hizmete girdi. (AA)

Hızır Acil Servis hizmete girdi

● Tören sırasında ağaçtan düşen hızır servis şoförünün ayağı kırıldı

Başbakan Turgut Özal, Numune Hastanesi bünyesinde kurulan Hızır Acil Servis'i, bugün törenle hizmete açtı.

Başbakan Özal, törende yaptığı konuşmada, sağlık hizmetlerinin önemini vurgulayarak, ileri ülkelerde görülen tüm modern hizmetlerin Türkiye'ye getirildiğini söyledi.

Acil Servis'in teknik alet ve personel açısından ileri ülkeler düzeyinde olduğunu kaydeden Özal, servisin daha da modernleştirilmesini istedi.

Başbakan Özal, konuşmasından önce, telsizle "Ben Turgut Özal, Hızır

kopteri Hızır Servis'e bekliyorum" diye anons yaptı. Helikopter anonsun iki dakika sonra piste indi. Başbakan Özal, "Ne kadar hızlı olduğunu görüyorsunuz. Bu çok acil vakalarda kullanılacak tabii" diye konuştu.

Bu gibi hizmetlere vatandaşların layık olduğunu bildiren Özal, "Güçlü bir Türkiye her şeyin altından kalkar. Güçlü olmaya mecburuz. Güçlü olmak için birlik ve beraberlik içinde olmalıyız. Böylece aşamayacağımız hiç bir engel yoktur" dedi.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı

Resim 4.24. Hızır Acil Servis Hizmete Girdi Haberi²⁴

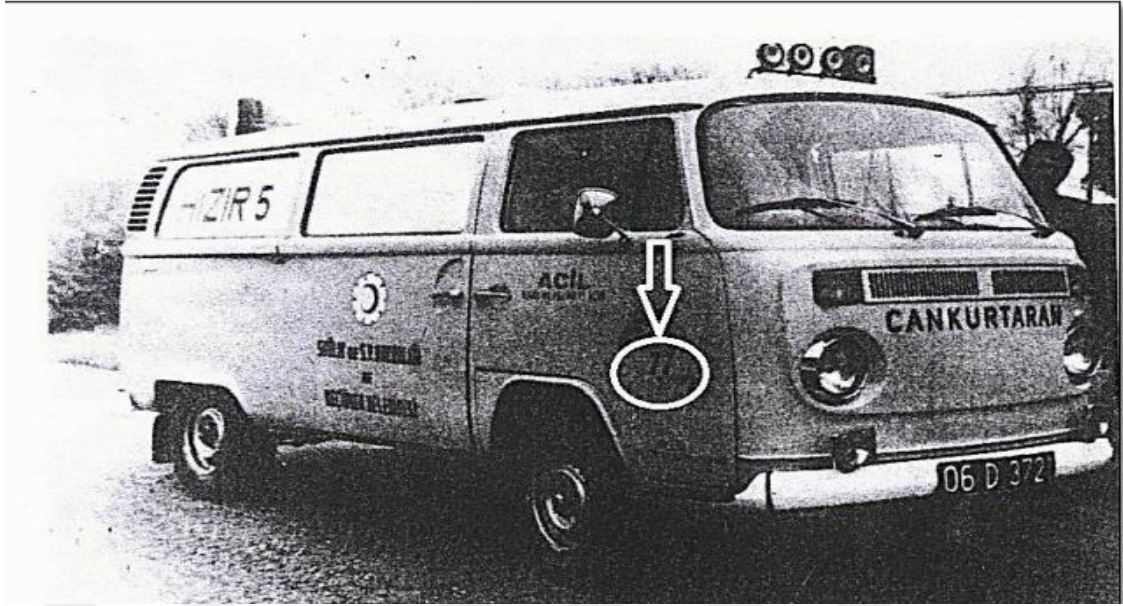
Resim 21:Hızır Acil Hizmete Girdi Haberi (Erbay, 2017)

Ambulans servisi hizmetlerine "Hızır Acil Servis" diye isimlendirilmesi hem akılda kalıcılık açısından hem de 'Hızır' sözcüğünün ifade ettiği anlam bakımından isabetli bir tercih olduğu değerlendirilmektedir (Erbay, 2017). Acil sağlık problemi yaşayan bir hasta genel olarak, fiziksel ve ruhsal yönden rahatsızlık içerisinde. Böyle bir durumda, kişi imdadına yetişecek birilerine ihtiyaç duymaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri bakımından zaman çok değerlidir. Ambulans ekipleri, acil bir hasta için görevlendirildiklerinde zamanla yarış halinde olmak zorundadır. Kaybedilen zaman, bazen kaybedilen hayatlar anlamına gelebilmektedir. Ambulans servisi isminin 'Hızır' olması, 'Hızır' karakterini ve 'Hızır gibi yetişmek' deyimini çağrıştırmaktadır.

Hızır, darda kalanların imdadına yetişen ulu kişi anlamındadır. Hızır gibi yetişmek deyimini ise birinin dara düştüğü, çok sıkıştığı, çaresiz kaldığı bir zamanda, yardımına yetişmek manasında kullanılmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2017). Dolayısıyla Hızır Acil Servis adı, hizmeti alanlar açısından güven verici, hizmeti sunanlar açısından gurur verici bir kavramdır.

Hızır Acil Servis sisteminin işleyişi 24 saat çalışma prensibine göre ayarlanmıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Mehmet Aydın'ın meclis konuşmalarından Hızır Acil Servis sisteminin ne şekilde organize edildiği ve sistemin nasıl işletildiği anlaşılmaktadır. Bakan'ın anlatımı ile sistem şu şekilde organize edilmiştir (Erbay, 2021): Ankara Numune Hastanesi bünyesinde bir merkez bulunmaktadır. Bu merkez acil sistemin santralidir. Santralde vatandaşın gelen çağrılar değerlendirilmekte, ambulanslarla telsiz iletişimi ve acil tesisi olan hastanelerle koordinasyon sağlanmaktadır. Merkezde 24 saat boyunca gelen acil çağrıları cevaplamak ve yönlendirme yapmak üzere doktor görev yapmaktadır. Ankara'nın farklı bölgelerine konuşlandırılmış göreve hazır ambulanslar ve bu ambulanslarda görevli doktor, sağlık personeli ve şoförler bulunmaktadır. Bu ifadelerden bir ambulans servisi hizmetinin 4 temel unsuru olan merkez, ambulans, acil servis ve personel şartının oluşturulduğunu ifade edebiliriz.

Ambulanslar ile sistemde görev alan doktor ve sağlık personellerini Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı temin etmiş, ambulans istasyonlarının yerlerini ilçe belediyeleri belirlemiş ve ambulanslara şoför görevlendirmesi ile yakıt ihtiyacı belediyelerce karşılanmıştır (Erbay, 2021). Acil bir durumda, vatandaşlar telefon ile '077' numarasını tuşlayarak Hızır Acil Servis merkezine ulaşabilmektedir. PTT tarafından tahsis edilen '077' numarası ile merkez ücretsiz aranmaktadır (Vatansever, 2001). O dönemde kullanılan telefonlarda dış hat araması yapabilmek için '0' rakamının mutlaka tuşlanması gerekmektedir (Erbay, 2017). Hızır Acil Servis için ilk başta '77' olarak verilen iletişim numarası, ambulansların üzerine de bu şekilde yazılmış ancak daha sonra '077' şeklinde düzeltilmiştir (Erbay, 2021) (Resim 22, 23).



Resim 22: Üzerinde 77 Yazan Ambulans (Erbay, 2021)



Resim 23: Üzerinde 077 Yazan Ambulans (Erbay, 2021)

Hızır Acil Servis sisteminin işleyişi, vatandaş tarafından acil sağlık çağrısı yapıldığında başlamaktadır. Merkezdeki doktor, vakanın ambulans ihtiyacı olup olmadığını değerlendirmektedir. Ambulans ihtiyacı olan hastalara, en yakın yerdeki Cankurtaran istasyonlarına telsiz ile ulaşılarak ambulans görevlendirilmektedir. Bu suretle, olay yerine giden ambulanstaki hekim hastayı değerlendirmekte; bir taraftan da

telsiz ile merkezle iletişim halinde olmaktadır. Vakanın durumuna göre gerekirse Hızır Acil Merkez aracılığıyla Numune Hastanesi uzmanları ile görüşülmekte ya da hasta, ileri tedavi amaçlı hastaneye götürülmektedir (Erbay, 2021).

Hızır Acil Servis bünyesinde görev alan hekimler ile sağlık personelleri, servisin hizmete açılmasından önce 10 günlük bir eğitime tabii tutulmuş, ambulans şoförleri ise Samsun Askeri Sahra Sıhhiye Okulu'nda eğitim görmüşlerdir (Vatansever, 2001). Bu şekilde bir hazırlık ile organize edilen ve sonrasında faaliyete geçirilen bir sistem ile ülkemiz modern ambulans hizmetlerinde yeni bir döneme girmektedir. Hızır Acil Servis hizmetlerinin diğer illerde yaygınlaştırılmaya başladığı ilk yıllarda, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı olan Mehmet Aydın iktisat fakültesi mezunudur. Bu konuda Hasan Erbay bir makalesinde 'İlginç bir biçimde, Türkiye'nin ilk ambulans servisinin kuruluşu, sağlık alanı dışından bir bakan döneminde gerçekleşmiştir' ifadelerine yer vermektedir (Erbay, 2021).

İstanbul ve İzmir'de belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve maddi destek vermesi, Sağlık Bakanlığı'nın hekim, sağlık personeli ve tıbbi malzeme desteği sunması ile 077 Hızır Acil Servis hizmetleri büyük illerde başlamaktadır (MEGEP, 2011). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın önerisiyle; illerde vali başkanlığında, il sağlık müdürlüğü, büyükşehir belediye başkanlığı ve devlet hastanelerinin başhekimlerinin katılımı ile ambulans hizmetleri yaygınlaştırılmaktadır (Vatansever, 2001).

Hızır Acil Servis uygulamasının ülkenin her tarafında hayata geçirilmesi amacıyla yoğun çalışmalar başlatılmaktadır (Erbay, 2021). 1986 yılı sonunda, 22 il ve 9 ilçede Hızır Acil Servis kurulmuş ve 433 ambulans ile hizmet verilmektedir (TBMM, 1986). Bütçe görüşmelerinde, Sağlık Bakanlığı'na yeni atanmış olan Doç. Dr. Mustafa Kalemli, ülkede Hızır Acil Servis sisteminin oturtulduğunu ifade etmektedir (TBMM, 1986).

077 Hızır Acil Servis numarası ile ambulans hizmetleri ülkenin birçok yerinde açılmaktadır (Kahraman, 2019). Ankara'da kurulan 077 Hızır Acil Servis sistemi, 1986 yılından itibaren artık diğer illerde de faaliyete geçmektedir. Hizmetler, Bakanlık ile yerel yönetimlerin iş birliği şeklinde yürütülmektedir.

Ambulans hizmetleri yaygınlaştıkça, hastane hizmetlerinin yükü artmaya başlamaktadır. Özellikle Hızır Acil Merkezlerinin, büyükşehirlerdeki merkezi konumda bulunan hastanelerde açılması, bu hastanelerdeki yığılmalara yol açmaktadır. Normalde herhangi bir hastaneye gidebilecek durumda olan vakaların, Hızır acil servislerin bulunduğu hastanelere yönlendiğine dair eleştiriler meclis kürsüsünden dile getirilmektedir (TBMM, 1986). Hızır acil servis merkezleri, bir ambulans hizmeti sunucusu olduğu kadar aynı zamanda acil servis hizmetlerinin sağlandığı birimler olarak da görev yaptığı anlaşılmaktadır. Nitekim Ankara’da açılıştan 6 gün sonra, Bakan’ın meclis konuşmasında, ağır vakaların Hızır Acil Merkezlerine götürülmesi gerektiği yönünde ifadeleri bulunmaktadır (Erbay, 2021). Hızır Acil Servis mantığının, ambulans ve acil servis iş birliğinde, acil sistem şeklinde organize edildiği ve sistemin halka tanıtımında bu şekilde yönlendirmeler yapıldığı görülmektedir.

1987 yılına gelindiğinde ilk yardım ve acil bakım konusundaki yetersizlikler, çeşitli toplantılarda gündem olmaya başlamaktadır. 15 Haziran 1987 tarihinde gerçekleşen Yüksek Sağlık Şurası toplantısında, ülke genelinde ilkyardım konusunda yetersizlik olduğu vurgusu yapılmaktadır. Orta ve yükseköğrenim kurumlarında, ilk yardım derslerinin mecburi ders olarak okutulmasının ilgili kuruluşlara tavsiye edilmesi kararlaştırılmaktadır (Numanoğlu, 1998, s.99-105). Diğer yandan ambulans hizmetleri konusunda yatırımlar sürmektedir. Dönemin iktidar partisi olan Anavatan Partisi’nin 1987 genel seçimleri için hazırladığı seçim bildirgesinde, yerel idarelerin katkısı ile kara ambulans sisteminin geliştirilmesi yönünde hizmetlerin sürdürüleceği ve hava ambulanslarının takviyesi ile sistemin güçlendirileceği belirtilmektedir (Erbay, 2021) (Anap,1987).

1988 yılında TRT tarafından Hızır Acil Servis hizmetlerinin tanıtılması amacıyla bir dizi film hazırlanmıştır. Mete Sezer’in senaryosunu yazdığı, Temel Gürsu’nun yönetmenliğini yaptığı ‘077 Hızır Acil Servis’ dizisi ile Türkiye’nin ambulans hizmetleri televizyon ekranlarına taşınmıştır. Defne Yalnız, Süleyman Turan, Mete Sezer ve Kadir Savun gibi dönemin ünlü oyuncularını dizinin başrollerinde yer almaktadır. 077 Hızır Acil Servis dizisinde, trafik kazası, yangın, doğum gibi farklı acil sağlık olayları kurguları çerçevesinde, hasta ve yaralılara ambulans hizmetleri kapsamında acil yardım ve acil servilerde acil tedavi uygulamaları işlenmektedir.

Ayrıca dizinin jeneriğinde gösterilen helikopter, Hızır Acil Servis hizmetlerinde bir hava ambulansı algısı yaratmaktadır. Ambulans servisini ve acil sağlık iletişim numarasını halka tanıtmak açısından, bu girişimin başarılı bir çalışma olduğu düşünülmektedir (Erbay, 2021). Ancak telefon numarasının akılda kalıcı olması ve yaygın bir şekilde duyuru yapılması, merkezlerin yoğun taleplerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca asılsız ihbar oranları da artmaktadır (Vatansever, 2001).

Hızır Acil Servis ile verilen hizmetler, bir türlü istenen düzeyde olamamış ve dünya standartlarına ulaştırılamadığından, sıkça tartışma konusu olmuştur (Çelikli, 2016). Ülkede yaygınlaşmaya devam eden Hızır Acil Servislerdeki personelin eğitimlerinde aksaklıklar yaşanmaktadır. Hızır acilin kuruluşunda, hekimlerin bir kısmına Ankara'da acil hizmetlerle ilgili eğitim verilir ancak eğitimler içerik olarak yetersiz kalmaktadır. Üstelik sistemde çalışan tüm hekimlerin eğitim alması çeşitli nedenlerle sağlanamamaktadır (Vatansever, 2001). Sistemin en önemli unsurlarından biri olan eğitilmiş personel aşamasında yeni yollar aranmaktadır. 1989 yılı itibarıyla, hem hastane acil servislerinde acil tedavi konusunda hem de sahada etkin acil yardım uygulaması yapacak nitelikli sağlık personellerine ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır (Anap,1987).

1990 yılında, acil ambulans hizmetlerinin ülke genelinde işlevselliğini artırmak adına, Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı Acil Sağlık Hizmetleri şube Müdürlüğü kurulmuştur (Sasam, 2016).

1991 yılında, Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET), üye ve aday ülkelere acil çağrı hizmetleri bağlamında, iletişim numarası konusunda bir tavsiye kararı almaktadır. Konseyin kararında, Avrupa'nın herhangi bir yerinde, aynı numara üzerinden (ambulans, polis, itfaiye gibi) tüm acil çağrı unsurlarına ulaşılması istenmektedir (Yenmez, 2017). Böylelikle hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde '112' numarasının kullanılması kararlaştırılmaktadır. Bu kararın amacı; orta ve uzun vadede birlik ülkeleri arasında serbest dolaşım öngörüsüne dayanmaktadır. Tüm ülkelerde aynı numara kullanılarak, farklı ülkelere kişiler, acil bir durumda zor durumda kalmasını engellemek amaçlanmıştır (Yenmez, 2017). Tüm acil durumlarda herkesçe bilinen tek bir numara kullanılması fikri bu sebepten ortaya çıkmıştır.

O zamanlarda çevirmeli telefonların moda olduğu zamanlarda olmasından kaynaklı 3 haneli numara tercih edilmesi gerekir ve bu 3 haneli numarasının da aynı sayı olmaması gerekmektedir. Çevirmeli telefonlarda daha kolay aranması olacağı düşünüldüğünden 112 numara tercih edilmiştir. Ülkemiz 112 numarasını ilk olarak 1994 yılında hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kullanmış, daha sonraki yıllarda ise tüm acil çağrı hizmetlerinde kullanmaya başlamıştır (Sosyal, 2003).

Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından 1990 yılında sağlık sektörü ile ilgili hazırlatılan temel plan doğrultusunda, 1992 yılında I. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012). Bu kongrede acil sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili sıkıntıların dile getirilmiştir. Kazalara bağlı ölümlerin azaltılması amacıyla ilk ve acil yardım ile ilgili düzenlemeler yapılması ve bu alandaki eğitimlere önem verilmesi, acil hizmetlerle ilgili bir ana plan hazırlanması kararlaştırılmaktadır (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012).

1993 yılında, DEÜ Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu (SHMYO)'da Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programı açılmıştır (MEGEP, 2011). Okulun öğretim görevlisi Semra Çelikli, Kanada'da 'Cambrian College Ambulance and Emergency Programme'da eğitim almış ve paramedik bölümünün öğretim görevlisi olmuştur (Çelikli, 2016). Semra Çelikli hem paramedik bölümünün ilköğretim görevlisi hem de Türkiye'nin ilk paramedigidir.

Hızır Acil Servis sisteminin tek elden yürütülmemesi, ambulanslarda görev yapacak personel temininde yaşanan sıkıntılar, gerekli yasal düzenlemelerin yapılmaması, alana özel sağlık personeli yetiştirilmemesi gibi nedenler ile bir süre sonra 077 Hızır Acil Servis sistemi sona ermiştir (Erbay, 2021). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi kapsamında, acil sağlık hizmetlerini hastane dışında başlatmak hedefi ile kurulan ambulans hizmetleri, olay yerinde müdahaleden ziyade taşımacılık ağırlıklı olarak sürdürülmüştür (Vatansever, 2001). 1994 yılın sağlık bakanlığı altında 112 acil yardım ve kurtarma hizmetleri başlamıştır (Erbay, 2021).

2.2.2.2.Acil Yardım Ve Kurtarma (1994-2003)

1994 yılı itibariyle hastane öncesi hizmetlerde; Hızır Acil Servis'ten, Acil Yardım ve Kurtarma dönemine geçilmiştir (MEGEP, 2011). Ambulanslar üzerindeki “Hızır acil” ifadesi yerine “Acil Yardım” ifadesi yazmaya başlamıştır (Resim 24).



Resim 24: Acil Yardım Ambulansı (MEGEP, 2011)

ASH açısından 1994 yılında başlatılan ambulans hizmetlerini önceki dönemlerden ayıran en önemli husus, hizmetlerin tümü ile yerel yönetimler desteği olmadan Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmeye başlanmasıdır. Yeni istasyonların açılması, temel yaşam desteği sunabilen ambulansların alınması, telsiz ağı ve telefon santralinin oluşturulmasında Bakanlık kaynaklarının kullanılması ve belediye desteği alınmamasıdır (Vatansever, 2001).

1994 yılında Bakanlık makam onayı ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Acil Sağlık Hizmetleri şube Müdürlüğü açılmaktadır (Sasam, 2016). Aynı yıl içerisinde Ankara, İstanbul ve İzmir’de hastane dışı acil hizmetler, Bakanlığa bağlı olarak başlatılmaktadır (Çom, 2011). İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 Acil Yardım ve Kurtarma ekipleri kurulmuştur. Ambulans ekiplerinde sağlık

personelleri (sağlık memurları, ebeler ve hemşireler) ile az bir kısmında ise doktorlar görev yapmaktadır (MEGEP, 2011).

1996 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Meslek Liselerinde 'İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği' adı ile Acil Tıp Teknisyenliği bölümleri açılmaktadır (MEGEP, 2011). Bu okullar ilk açıldığında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmakla birlikte daha sonraki yıllarda Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiştir (Atasever, 2013).

1999 yılı ülkemiz açısından büyük bir felaketin yaşandığı yıl olmuştur. 17 Ağustos'ta meydana gelen Marmara Depremi ve 12 Kasım'daki Düzce Depremi büyük çapta can ve mal kayıplarının yaşandığı depremlerdir. Bölgenin genişliği ve nüfus yoğunluğu nedeniyle çok fazla can kaybı ve yaralanmanın olduğu deprem aynı zamanda ciddi ekonomik kayıplara da neden olmuştur. Marmara Depreminde 17.480 insanımızın yaşamını yitirmiş, yaklaşık 44 bin kişi yaralanmıştır. Düzce'de yaşanan depremde ise 5 bine yakın yaralı ve 763 can kaybı meydana gelmiştir (Tekingündüz, 2008) Sağlık Bakanlığı ilk gün bölgeye 113 ambulans, 154 uzman hekim olmak üzere toplam 270 doktor, 197 hemşire ve 80 sağlık teknisyeni göndermiştir. İkinci gün bölgedeki sağlık personeli sayısı 880'e ulaşmıştır (Tekingündüz, 2008).

2000 yılında, dönemin Sağlık Bakanı Osman Durmuş, 112 acil yardım ambulans istasyonu bulunan il sayısının 63'e çıktığını, 2001'de 71 ilde 358 istasyon ile hizmet verildiğini, 2002'de ise 81 ilde 415 istasyon ve 562 ambulans ile acil sağlık hizmetlerinin sunulduğunu ifade etmektedir (Ünüvar, 2020). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan bir kaynakta ise 2002 yılı sonu itibarıyla, 112 acil yardım istasyon sayısı 481, ambulans sayısı ise 618 olarak gösterilmektedir (Atasever, 2013).

2000 yılındaki en önemli gelişme ise Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin yayınlanmasıdır. Yönetmelik, acil sağlık hizmetlerinin yurt sathında eşit, ulaşılabilir, süratli, verimli ve kaliteli olarak yürütülmesini sağlamak maksadıyla yayınlanmıştır (Resmi Gazete, 2000). Bu yüzden ASH mevzuatları açısından 2000 yılı milattır. O zamana kadar ülkemizde bir şekilde yürütülen ASH, artık yasal bir zemine oturtulmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, ülkemizde 112 ASH tarihi açısından önemli bir dönüm noktasıdır. Yönetmelik ile ASH'de kurallar ve sınırlar belirlenmektedir. Sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve

kuruluşların uymakla mükellef oldukları kurallar getirilmektedir. Sağlık kuruluşları arasında ASH’de koordinasyonun temin edilmesine ve Bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esaslar belirlenmektedir. ASH Yönetmeliği ile daha önceden karayollarında kurulan ilkyardım istasyonları acil sağlık istasyonlarına dönüştürülmektedir (Atasever, 2013)

Ülkemizde 2002 yılında; 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmetlerinde 618 ambulans kullanılmaktadır. 2002 yılında 383.000 bin vaka taşınmış ve Türkiye genelinde 137.000 kişiye 1 acil yardım istasyonu ile 107.000 kişiye 1 acil yardım ve 75 kurtarma ambulansı düşmektedir. Aynı yıl, kırsal nüfusun sadece %20’si bu hizmetlerden yararlanabilmiştir (Atasever, 2013).

Bu dönem yönetsel olarak Türkiye’de 112 ilk ve Acil Yardım Hizmetleri şu şekildedir: Ülke genelinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak verilen hizmetler, il düzeyinde sağlık müdürlüklerinden yürütülmektedir. illerde 112’den sorumlu müdür yardımcılığı, (112 ilk ve acil yardım)Şube müdürlüğü, başhekimlik, başhekim yardımcılığı, (112 acil yardım)komuta kontrol merkezleri ve acil yardım istasyonlarından oluşmaktadır (Demirhan, 2003, s. 5-20.). Sağlık Bakanlığı yerel imkanlardan bağımsız olarak 1994 yılında başlattığı 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmetlerinin adını 2003 yılı itibarıyla 112 Acil Sağlık Hizmetleri olarak değiştirmiştir. Böylelikle Türkiye’de 112 ASH Tarihinde bir dönem kapanmış ve ambulansların daha etkin kullanımının sağlandığı, komuta merkezler ile hastaneler arasında koordinasyonun güçlendirildiği yeni bir dönem başlamıştır (Tekingündüz, 2008).

2.2.2.3.Acil Sağlık Hizmetleri (2003 ve Sonrası)

Ülkemizde uygulanan sağlık politikaları Cumhuriyet’in kuruluşundan itibaren bazı dönemlerde temel değişimlerden geçmiştir. 1923 Refik Saydam Dönemi, 1946 Behçet Uz Dönemi, sağlık hizmetlerinde sosyalizasyonun başladığı 1963 Nusret Fişek Dönemi önemli dönüm noktalarıdır. 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) da bu dönüm noktalarındaki son halkayı oluşturmaktadır (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012).

İl düzeyinde ambulans hizmetlerinden sorumlu başhekimlikler kurulmaktadır. 2000 yılında yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde illerde 112 başhekimliklerinden söz edilmemektedir. ASH'nin il düzeyinde, müdürlükçe görevlendirilen Şube müdürlüklerince sevk ve idare edileceği ifadesi yer almaktadır (Resmî Gazete, 2000). Daha önceden idari yapı, acil hizmetlerle ilgili birimler olarak yapılandırılan 112 Acil Yardım Kurtarma Başhekimlikleri ya da 112 Acil Yardım Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezi Başhekimlikleri şeklindedir. Yeni dönemde, idari yapının ismi değiştirilerek, İl Ambulans Servisi Başhekimlikleri şeklinde adlandırılmaktadır (Resmî Gazete, 2004). Böylelikle il düzeyinde, ambulans hizmetlerindeki idari yapı kurumsallaşmaktadır.

2003 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından tüm illere gönderilen bir genelge ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev alan tüm personelin belirlenen üniformayı giymesi istenmektedir. Genelgede, hastane öncesi hizmetler için '112 Acil Sağlık Hizmetleri' ifadesi kullanılmaktadır. 112 ASH personelinin görevlerini yaparken, toplum içinde fark edilmesi ve diğer sağlık personellerinden kolayca ayırt edilebilmesi istenmektedir. Bu amaçla, görev esnasında giyilecek kıyafet modellerine ve kıyafetler üzerinde bulunacak '112 Acil Sağlık' yazılarına detaylıca yer verilmektedir (Yılmaz&Gedikli, 2018).

İBB itfaiye Daire Başkanlığı Acil Yardım ve Cankurtaran Müdürlüğü'ne bağlı olan ekipler, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ile yapılan protokol çerçevesinde, İstanbul 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından, acil vakalarda, bir 112 istasyonu ambulansı gibi olay yerine görevlendirilmekte ve acil durumlarda 112'ye destek olarak kullanılmaktadır (Yılmaz&Gedikli, 2018). 24 saat esasına göre hizmet vermekte olan ŞBB ambulansları, acil yardım ambulansı donanımına sahip olup 112 Komuta Kontrol Merkezi tarafından verilen vakalarda, olay yerinde müdahaleyi başlatıp gerektiğinde hasta ya da yaralıları hastaneye sevk etmekle görevlidir (Resim 25) (Yılmaz&Gedikli, 2018).



Resim 25: İBB Hızır Acil Ambulansı (Yılmaz&Gedikli, 2018)

Marmara Depremi sonrasında, edinilen tecrübeler ışığında, medikal kurtarma ekiplerinin eksikliğinin giderilebilmesi amacıyla 2004 yılında, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, Afetlerde Sağlık Organizasyonu Daire Başkanlığı kurulmuştur (Atasever, 2013). Afete maruz kalmış kişilere doğru ve hızlı müdahale ederek, ölü ve yaralı sayısını kabul edilebilir rakamlara indirmek amacıyla, afetlerde sağlık organizasyonu kapsamında UMKE oluşturulmuştur (Günaydın ve ark., 2017, s.56-63). Ulusal ve uluslararası her türlü afet ve olağandışı durumlarda medikal kurtarma yapması amacıyla kurulan UMKE, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık ekiplerinden oluşan bir yapıdır. Resmi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından desteklenmesi, personelin sağlık çalışanı olması ve kendine has mevzuatı³³ bulunması açısından diğer kurtarma ekiplerinden farklıdır (Günaydın ve ark., 2017, s.56-63).

2005 yılına gelindiğinde, Sağlık Bakanlığı bünyesinde 81 ilde birer Komuta Kontrol Merkezi koordinasyonunda, 889 ambulans istasyonu ile hizmet verilmektedir (Korkut&Gostak, 2021). Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2005'te, il ambulans servisi başhekimliği, komuta kontrol merkezi ve acil sağlık istasyonlarının çalışma usul ve esasları, bu istasyonların çalıştırılması ile ilgili kurum ve kuruluşların görev ve sorumluluklarına ilişkin idari hususları belirlemek üzere il Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi yayımlanmıştır (192). Yönerge ile ambulans

hizmetlerinde, yönetimden hizmet birimine kadar tüm işleyiş detaylıca ele alınmış ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde sistemli bir yapılanma oluşturulmuştur.

2005 tarihinde kabul edilen Bakanlar Kurulu kararı ile 112 ASH ambulansları ile hastaneler arası nakiller tüm vatandaşlar için ücretsiz hale getirilmiştir (Korkut&Gostak, 2021). Artık şehir içi veya şehir dışındaki diğer bir sağlık kurum veya kuruluşuna 112 ambulansları ile yapılacak hasta sevklerinden ücret talep edilmeyecektir. Hastanın, ambulans ile naklinin hekim tarafından uygun görüldüğü hallerde, 112 ambulansları ile yapılacak tüm nakiller sosyal güvencesi olmayan vatandaşlara ücretsiz hale gelmektedir.

112 ASH sisteminin geliştirilmesinin yanı sıra, afetlerde sağlık hizmetleri kapsamında çalışmalar hızlandırılmıştır. 2005 yılında, afet durumlarında etkin sağlık hizmetleri verebilmek için illerde müdürlük bünyesinde Afetlerde Sağlık Hizmetleri birimleri kurulmaktadır. 2006 yılı sonunda 81 ilde UMKE ekipleri bulunmaktadır. Bu ekipler ülkemizde ve dünya çapındaki kurtarma faaliyetlerinde yer almaktadır (Atasever, 2013) (Resim 26).



Resim 26: Umke Aracı (Atasever, 2013)

2006 yılında Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği yayınlandı. Bu yönetmelik, ambulans hizmetleri ve ambulans servisleri ile

ilgili günümüzdeki ve güncel yönetmeliktir. Ambulans servislerinin kuruluş, işleyiş ve denetlenmesine ilişkin usul ve esaslar ile ambulans, acil sağlık aracı ve hasta nakil araçlarının tıbbi ve teknik donanım özelliklerini düzenlemektedir (Resmî Gazete, 2006). Bu yönetmeliği, bu alanda önceki yönetmeliklerden ayıran bir diğer özelliği ise; devlet ya da özel ambulans ayrımı yapmaksızın tüm ambulans servislerini kapsamasıdır.

Mart 2007’de 112 ASH’ler de kullanılmak üzere kar paletli ambulanslar hizmete alınmıştır (Atasever, 2013). Kar paletli ambulanslar, her türlü coğrafi ve iklim koşullarında, hasta ya da yaralıları acil sağlık hizmeti sunmak üzere tasarlanmış ambulanslardır. Kar yağışının yoğun olduğu bölgelerde sıklıkla kullanılmaktadır (Resim 27).



Resim 27: Kar Paletli Ambulans (Atasever, 2013)

112 ASH bünyesinde hizmet vermek üzere 2007’de 4 adet deniz ambulansı hizmete girmiştir (Atasever, 2013). Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı’ndan çalışma izni almış ve ilgili mevzuatta belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarına deniz ambulansı adı verilmektedir (Resmî Gazete, 2013). Deniz ambulansları, İstanbul, Çanakkale, Balıkesir ve Gökçeada’da hizmet vermektedir (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012) (Resim 28).



Resim 28: Deniz Ambulansı (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012)

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri açısından bir diğer önemli gelişme ise Ekim 2008’de helikopter ambulansların kullanılmaya başlamasıdır. Türkiye’de ilk olarak Ankara’da, 28 Ekim 2008 tarihinde helikopter ambulans hizmet vermeye başlamıştır (Atasever, 2013). İki helikopter ambulans ile başlayan helikopter ambulans hizmetleri, 2011 yılında 19’dur (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012). Günümüzde 12 adet helikopter ambulans bulunmakta olup ülkenin dört bir yanında hizmet verebilmektedir. Helikopter ambulanslar gündüzleri (gündoğumu-günbatımı arasında) hizmet vermektedir. Merkezleri konuşlandıkları il olup 400 km mesafeye kadar hasta ya da yaralı naklini gerçekleştirebilmektedir (Resim29).



Resim 29: Helikopter Ambulansı (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012)

2008 yılında Sağlık Bakanlığı motorize ambulans hizmetlerini sunmak için çalışmalara başlamıştır. İllerin birçoğuna motosiklet ambulans dağıtımı yapılmış, faaliyete geçirilmesi planlanmıştır. 2009 yılında Sağlık Bakanlığı-Honda iş birliğinde 86 Ankara’da düzenlenen eğitim ile Türkiye’nin farklı bölgelerinden gelen bir grup 112 çalışanına ilk defa motosiklet ambulans sürüş eğitimi verilmiştir (Resim 30).



Resim 30: Motosiklet Ambulansı (Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2012)

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılı itibariyle, uzak mesafelerden hasta taşınabilmesi için uçak ambulanslar kullanılmaya başlanmıştır (Atasever, 2013). Uçak ambulanslar ile 24 saat hizmet verilmekte olup daha uzak mesafeler arasında kullanılmaktadır. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı 3 adet uçak ambulans 89 bulunmaktadır. Uçak ambulanslar, helikopter ambulanslara göre yüksek sürat, uzun menzil, yüksek uçuş tavanı ve kabin basınçlarının ayarlanabilir olması gibi avantajları nedeniyle hem ülke içerisinde hem de ülkeler arasında hizmet verebilmektedir (Yılmaz&Gedikli, 2018) (Resim 31).



Resim 31: Uçak Ambulansı (Yılmaz&Gedikli, 2018)

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi (SAKOM) 15 Ekim 2009 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Kriz merkezinin ve kriz masalarının yapılan planlara uygun olarak, düzenli bir şekilde çalışması, sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması ve zamanında yapılabilmesi amacıyla açılan SAKOM, krize müdahale eden diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyon ve haberleşmeyi sağlamaktadır (Korkut&Gostak, 2021).

2011 yılında Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değiştirildi. Bakanlık merkez teşkilatında Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kuruldu. 663 Sayılı KHK ile yapılan değişikliklerde; Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye

Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ile Türkiye ilaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Şeklinde bir yapılanma oluŐturuldu (Resmi Gazete, 2011).

663 Sayılı KHK ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne, afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek görevi verildi. Bu gelişme, 112 ASH Tarihi açısından oldukça önemlidir. Bakanlık taşra teşkilatlanmasında, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevinde il ve ilçe sağlık müdürlükleri yetkili kılındı. Ancak 112 ASH ambulans hizmetleri kapsamında, ilçe sağlık müdürlüklerinden ziyade il sağlık müdürlükleri etkin rol aldı. ASH Yönetmeliği hükümlerince, müdürlükler bünyesindeki acil sağlık hizmetleri Şube 91 müdürlüğü ve bu Őubelere bağlı il ambulans servisi baŐhekimliklerince ambulans hizmetleri yrtlmeye devam etti.

Acil sağlık hizmetlerinin sunumu hususunda yapılan bir diğer düzenleme ise 2012 yılında, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'nde yapılan deęiŐikliklerdir. Yönetmeliğin ambulans ve acil sağlık aracı personelini tanımlayan 7'nci maddesinde, acil yardım ambulanslarında en az üç personelden oluşan bir ekibin görev yapacağı ve bu personelden en az birinin; hekim veya paramedik veya Bakanlıkça belirtilen mezuniyet sonrası eğitim sertifikalarını tamamlayan bir ATT olması gerektiğinin zorunlu olduğu belirtilmektedir (Resmi Gazete, 2012).

2013 yılında, lkemizdeki 112 ASH istasyon sayısı 2072'ye çıkışı ve tam donanımlı ambulans sayısı 3357 olmuştur. Ayrıca acil yardım ambulansları dışında, kar paletli ambulanslar, yoğun bakım ve obez ambulansları, motorize ambulanslar, deniz ve hava ambulansları gibi çeşitli ambulanslar ile hizmet verilmektedir (Atasever, 2013). 2013 yılı sonu itibariyle, 112 ASH cretsiz hale getirilerek, kara, hava, deniz ambulansları ile ülkenin her köŐesinde hizmet verilmektedir. Ayrıca, o yıl itibariyle lkemizde Avrupa'nın en büyük medikal kurtarma (UMKE) ekibi bulunmaktadır (Atasever, 2013). İl sağlık müdürlükleri tarafından yıllık faaliyet programı kapsamında UMKE Temel Eğitimleri yapılmaya başlanmıştır (Korkut&Gostak, 2021).

Batı lkelerinde acil yardım hizmetleri tek merkezden koordine edilmekte olup Avrupa Birliği'ne ye ülkelerde 112, Amerika'da 911 numarası acil yardım hattı olarak

kullanılmaktadır. Avrupa Birliği, 29 Temmuz 1991 tarihli kararı ile birlik çatısı altındaki tüm ülkelerde 112 hattının 'Tek Avrupa Acil Çağrı Numarası-Single European Emergency Call Number' olarak kullanımını öngörmektedir.

Avrupa Birliği'ne uyum sürecinde, Ülkemizde 'Tek Acil Çağrı Numarası' oluşturma çalışmalarına; 2003 yılında, Hollanda Hükümeti ile T.C. İçişleri Bakanlığı'nın işbirliği ile MATRA Projeleri kapsamında başlandı. 6 Nisan 2005 tarihinde Antalya Pilot il olarak belirlendi (Korkut&Gostak, 2021). Proje kapsamında 2005-2020 yılları arasında 112 Acil Çağrı Merkezleri bina inşaatları, alt yapı ve personel istihdamları tamamlanarak, 2009 yılında pilot il olan Antalya başta olmak üzere, 2020 yılına 95 kadar 112 Tek Acil Çağrı Numarası birçok ilde faaliyete geçirilmiştir (Korkut&Gostak, 2021). Günümüzde tüm acil numaralar 112'de toplanmıştır (Acil Çağrı Merkezi, 2021).

2020 yılında, toplam 112 ASH istasyon sayısı 3.050'ye ulaşmış olup acil yardım ambulansı sayısı 5711'dir. Türkiye genelinde, 112 acil yardım ambulansı başına düşen nüfus sayısı 14.641'dir. 112 ASH İstasyonu başına düşen nüfus 2019 yılında 28.813 iken %4,9 azalarak 27.415'e, 112 acil yardım ambulansı başına düşen nüfus ise 2019 yılında 15.451 iken %5,2 azalarak 14.641'e gerilemiştir (Korkut&Gostak, 2021). Ambulans ve istasyon sayıları arttığından ambulans ve istasyon başına düşen nüfus sayısı azalmıştır.

Türkiye genelinde 2021 yılı itibarıyla, ASH Genel Müdürlüğü bünyesinde, 3121 acil yardım istasyonu fiili olarak çalışmaktadır. 818'i özellikli olmak üzere 6121 adet 112 ambulansı bulunmaktadır. Deniz ambulansı sayısı 6, helikopter ambulans sayısı 17'dir. Ayrıca 3 uçak ambulans bulunmaktadır. 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Türkiye genelinde toplam 40.735 personel bulunmaktadır. Bunlardan 1876'sı doktor, 17.344'ü Acil Tıp Teknisyeni, 12.476'sı paramediktir. Sistemdeki sağlık memuru sayısı 550, hemşire sayısı 1.165'tir. 5.570 şoför ile 1.754'ü diğer branşlar da olmak üzere, geniş bir kadro ile hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yürütülmektedir (Korkut&Gostak, 2021).

2.3. Günümüz Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

2.3.1. Teşkilat Yapılanması

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapılanması ile ilgili ilk düzenlemenin, 1936 yılında “3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu” ile yürürlüğe girdiği görülmektedir (Resmî Gazete, 1936). Teşkilat yapısına yönelik düzenlemelerden ikincisi 1983 yılında çıkarılan “181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri” Hakkında KHK’dır (Resmî Gazete, 1983). 2011 yılında çıkarılan “663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında” KHK bu alandaki üçüncü düzenlemedir (Resmî Gazete, 2011). Dördüncü düzenleme, 2017 yılında çıkarılan “694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında” KHK’dır (Resmî Gazete, 2017). Beşinci düzenleme, 2018 yılında çıkarılan “703 sayılı Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında” KHK’dır (Resmî Gazete, 2018) (Durmuş, 2019). Yapılan bu son değişiklik “663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında” KHK’nın adı 703 sayılı KHK’nın 25. Maddesiyle Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında KHK olarak değiştirilmiştir (Resmî Gazete, 2018).

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı ile ilgili tüm bu düzenlemeleri değerlendirdiğimizde, genel olarak ifade edecek olursak, dönemin ihtiyaçları, politik tercihler, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların yönlendirmeleri gibi gerekçelere dayandırabiliriz (Durmuş, 2019). Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı geçmişten günümüze farklı mevzuatlarla değiştirilmiş olmakla birlikte, hep hiyerarşik bir sistemle, merkezi ve yerel düzeyde örgütlendiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı teşkilatlanması, merkez teşkilatı (Bakanlık, Bağlı Kuruluşlar), yurtdışı teşkilatı ve taşra teşkilatı (İl Sağlık Müdürlükleri- İlçe Sağlık Müdürlükleri) şeklindedir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülmektedir. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri, merkez ve taşra teşkilatlanması olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Merkez teşkilatlanması Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’dür. Taşra teşkilatlanması ise İl Sağlık

müdürlükleri bünyesindeki Acil Sağlık Hizmetleri başkanlıkları ya da ASH'den sorumlu başkanlıklardır.

2.3.1.1. Merkez Teşkilatlanması

Ülkemizde acil sağlık hizmetleri merkez teşkilatlanması, ilk zamanlar Sağlık Bakanlığı'nda bir şube müdürlüğü iken günümüzde 2011 yılından beri genel müdürlük seviyesindedir. 1990 yılında Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde ASH şube Müdürlüğü olarak kuruldu. Bu şube müdürlüğü 1994 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine taşındı (Sasam, 2016). 1997'de aynı Genel Müdürlük altında İlk Yardım ve ASH Daire Başkanlığı şeklinde, 2008 yılında Acil ve Afetlerde SH Daire Başkanlığı adını aldı (Sasam, 2016) (Kaba, 2003). 2011 yılında ise 663 Sayılı KHK ile Bakanlık teşkilatlanmasında yapılan değişikliklerle Genel Müdürlük seviyesine taşındı (Resmî Gazete, 2011). Böylelikle, ASH merkez teşkilatı, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak Sağlık Bakanlığı merkez yönetimi içinde önemli bir konuma getirildi (Korkut&Gostak, 2021).

2.3.1.1.1. Genel Müdürlük

Acil sağlık hizmetlerinin ülke genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli bir şekilde yürütülmesi amacıyla 2000 yılında *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği* yayımlandı (Resmî Gazete, 2000). Bu Yönetmelik, acil sağlık hizmetlerinin teşkili, sevk ve idaresi konusunda kapsamlı bir rehber niteliğindedir. Yönetmelik ile ülke düzeyinde acil sağlık hizmetlerinin yönetiminden Genel Müdürlük sorumlu tutulmaktadır (Madde:6, Değişik: RG-24/3/2004- 25412). Dolayısıyla, acil sağlık hizmetleri teşkilatlanmasında, ülke genelinde en tepede genel müdürlük bulunmaktadır.

Genel Müdürlük, görev ve yetkiler konusunda Sağlık Bakanlığı teşkilat yapılanmasındaki düzenlemelerden nasibini almıştır. Birkaç farklı düzenlemede genel müdürlüğün görev, yetki ve sorumluluklarına değinilmektedir (Resmî Gazete, 2018) (Resmî Gazete, 2018) (Resmî Gazete, 2011). Güncel hali ile Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün görev ve yetkileri şunlardır:

- Afetlerde ve acil durumlarda ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlamak ve yürütmek,

- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimleri kurmak ve işletmek, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre etmek, ilgili birimlerin faaliyetlerini izlemek, değerlendirmek, hasta nakil ve sevk koordinasyonunu sağlamak,
- Kara, hava ve deniz ambulanslarının temin, tahsis, sevk ve idaresini sağlamak,
- Yurtiçinde meydana gelen afet ve acil durumlardaki tıbbi kurtarma ve acil sağlık hizmetlerini ilgili tüm taraflarla iş birliği ve koordinasyon içinde sağlamak,
- Yurtdışında meydana gelen afet ve acil durumlarda ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği içinde sağlık ve insani yardım faaliyetlerine katılmak,
- Afet ve acil durumlara yönelik sağlık hizmetlerinin sunumunda ihtiyaç duyulacak haberleşme, ilaç, tıbbi ve teknik malzemelere yönelik planlama, tedarik, dağıtım ve depolama faaliyetlerini yürütmek, acil sağlık hizmetlerinin sunumu için gerekli telsiz haberleşme altyapısını kurup işletmek,
- Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak,
- Toplumun ilkyardım bilgi ve becerisinin geliştirilmesi amacıyla gerekli eğitim faaliyetlerini planlamak ve yürütmek,
- Görev ve sorumluluk alanı ile ilgili personelin yetiştirilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği içinde eğitim programı hazırlamak ve uygulamak, tatbikat organizasyonları yapmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılmak, Bakan tarafından verilen diğer görevleri yapmak (Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi-1, Madde:356) (Resmî Gazete, 2018).

2.3.1.1.2. Daire başkanlıkları

Genel Müdürlük bünyesindeki daire başkanlıkları, *Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge* ile belirlenmiştir (Durmuş, 2019). Bu yönerge, Genel Müdürlüğe bağlı daire başkanlıklarının görevleri ile çalışma usul ve esaslarını düzenlemektedir. ASH Genel Müdürlüğünün Daire Başkanlıkları şunlardır:

- 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı,

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı,
- Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı,
- İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı,
- İzleme Değerlendirme Daire Başkanlığı,
- Lojistik ve Teknik Hizmetler Daire Başkanlığı (Yönerge37, Madde:5).

a. 112 il Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'nın görevleri şunlardır:

- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini ülke genelinde planlamak, ilgili hizmet birimlerinin nitelik, personel, araç, gereç ve hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek, iller ve bölgeler arasındaki koordinasyona yönelik düzenlemeleri yapmak,
- Kara, hava ve deniz ambulans hizmetlerinin standartları ile çalışma usul ve esaslarını belirlemek,
- Ambulans ve acil sağlık araçlarının standartları ile çalışma usul ve esaslarını belirlemek,
- 112 Acil Sağlık Hizmetlerini uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirmek,
- Hizmet amacına yönelik organizasyon ile mal ve hizmet alımları ile ilgili planlama yapmak,
- Acil sağlık hizmetleri alanında ulusal ve uluslararası kuruluşlarla iş birliğini geliştirmek ve ortak çalışmalar yürütmek,
- Acil sağlık hizmetleri alanında mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek,
- Acil sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren, ambulans hizmeti veren resmi, özel kurum ve kuruluşları denetlemek, il sağlık müdürlükleri tarafından denetlenmesini sağlamak,
- Türkiye genelinde Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM) çalışmalarını planlamak, ASKOM çalışma usul ve esasları ile standartlarını belirlemek, koordine etmek ve denetlemektir (Yönerge, Madde:8).

b. Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı'nın görevleri şunlardır:

- Afet, olağandışı ve acil durumlarla ilgili gerekli planları yapmak, organizasyonu sağlamak, ihtiyaçları tespit ederek ilgili birimlere temin ettirmek,

- Kriz yönetim merkezi sekretaryasını yürütmek, olağan ve olağandışı durumlarda faaliyetinin 24 saat esasına göre sürdürülmesini sağlamak,
- Afet, olağandışı ve acil durumlarda tüm haber kaynakları ile il komuta merkezlerinden 24 saat sürekli olarak bilgi almak, değerlendirmek ve gerekli durumlarda yöneticilere her türlü iletişim araçları ile bilgi vermek,
- Afet ve Kriz Yönetimi alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla iş birliğini geliştirmek, afet durumlarında ortak çalışmalar yürütülmesini sağlamak,
- Afet, olağandışı ve acil durumlarda yapılması gereken sağlık hizmetlerini planlamak ve uygulanmasını sağlamak,
- Toplu iskân, göç ve mülteci kabulü gibi durumlarda gerekli sağlık hizmetlerini ilgili daireler ile diğer resmi ve özel kurumlarla iş birliği içerisinde planlamak, faaliyet ilkelerini tespit etmek ve uygulamak,
- Afetlere yönelik hizmet standartlarını ve çalışma esaslarını belirlemek, afetlerde sağlık hizmetleri için gerekli personel planlamasını yapmak,
- Hizmeti uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde geliştirmek, afet alanında uluslararası ve ulusal kuruluşlarla iş birliği yapmak,
- Konu ile ilgili mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek,
- Afet dönemi sonrası normal duruma geçilmesine kadar ihtiyaç duyulan her türlü sağlık hizmetinin sunulması ile ilgili tedbirleri almak, iş birliği ve koordinasyonu sağlamak,
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) oluşturmak, ekiplerin medikal müdahale ve donanım standartları ile ihtiyaçlarını belirlemek, temin edilmesini sağlamak ve denetlemek,
- Medikal ekiplerin yurt içi ve yurt dışında meydana gelebilecek acil ve afet durumlarına aktif katılımlarını sağlamak,
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin eğitim ihtiyaçlarını tespit ederek gerekli eğitimlere ve tatbikatlara katılmalarını sağlamak,
- Ulusal ve uluslararası kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri ile iş birliği içinde sağlık ve insani yardım faaliyetlerine katılmak ve sağlıkla ilgili sivil toplum kuruluşlarının koordinasyonunu sağlamak,
- Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerine afet öncesinde, afet esnasında ve afet sonrasında sunulacak psiko-sosyal destek hizmetlerini planlamak ve yaptırmak,

- Sağlık afet planlarının hazırlanmasını ve denetlenmesini sağlamak,
- Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer ve Endüstriyel (KBRN-E) maddeler ile ilgili meydana gelebilecek her türlü kaza, saldırı veya sabotaj durumlarında sunulacak sağlık hizmetleri ile ilgili planları yapmak, organize etmek, uygulamak,
- KBRN-E maddeler ile ilgili eğitim ihtiyaçlarını tespit etmek, planlamak, tatbikatlar yapmak veya yaptırmak, ulusal ve uluslararası tatbikatlara katılımı sağlamaktır (Yönerge, Madde:7).

c. Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı'nın görevleri şunlardır:

- Acil Sağlık hizmetleri eğitimleri ile ilgili mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek,
- Acil Sağlık Hizmetleri çalışanlarına yönelik eğitimleri düzenlemek, gerektiğinde üniversiteler ve ilgili derneklerle koordinasyonu sağlamak,
- Acil ve Afetlerde sağlık hizmetleri ile ilgili her türlü eğitim materyalini belirlemek ve eğitimlerde kullanımını sağlamak,
- Afet sağlığı ve yönetimi ile ilgili eğitimleri yapmak veya yaptırmak, Ulusal Medikal Kurtarma Ekiplerinin eğitim programlarını oluşturmak, eğitim materyali geliştirmek, eğitimlerini gerçekleştirmek ve sürekliliğini sağlamak,
- İlk yardım hizmetleri ile ilgili mevzuatı araştırmak, geliştirmek ve düzenlemek,
- İlk yardım eğitimi için gerekli araç, gereç ve hizmet standartları ile çalışma esaslarını belirlemek,
- İlk yardım hizmetlerinin gerçekleşmesi için gerekli insan gücü planlamasının ve eğitim programlarını ilgili kurum ve kuruluşlar ile iş birliği içerisinde yapmak,
- İlk yardım merkezlerine ait müfredatların incelenmesi ve onay işlemlerini yapmak,
- Eğitici Eğitimi merkezlerinin ruhsatlandırılması işlemlerini yürütmek,
- Ülke genelinde ilkyardım eğitici eğitimlerini planlamak ve eğitim düzenlemek,
- Acil sağlık hizmetleri ve afetlerle ilgili projeleri yürütmek,
- Genel Müdürlüğün faaliyetleri ile ilgili araştırma geliştirme çalışmalarını yürütmek,

- Görev alanı ile ilgili kongre, sempozyum, seminer gibi ulusal ve uluslararası bilimsel toplantıları organize etmek ve Genel Müdürlüğün katılımını sağlamak,
- Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Bilimsel Danışma Kurulunun koordinasyonu ve sekreteryaya işlemlerini yürütmektir (Yönerge, Madde:10).

2.3.1.2. Taşra teşkilatlanması

Sağlık Bakanlığı, yerel düzeyde sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak amacıyla il ve ilçe düzeyinde taşra teşkilatı kurmaya yetkilidir (Resmî Gazete, 2018). Bakanlık taşra teşkilatı, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde, il genelinde Valiliklere bağlı olarak çalışan İl Sağlık Müdürlükleri ile ilçe düzeyinde Sağlık Grup Başkanlıkları ve bunlara bağlı sağlık kuruluşlarından oluşmaktaydı (Yılmaz&Gedikli, 2018). İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde hiyerarşik düzende müdür, müdür yardımcıları, şube müdürleri ile birimler ve sağlık kuruluşları yöneticileri (başhekimlikler) bulunmaktaydı. Acil sağlık hizmetleri de il sağlık müdürlüğü bünyesindeki 112 ASH şubesi, şube müdürlüğüne bağlı başhekimlik, merkez ve istasyonlar ile ilçelerde sağlık grup başkanlıklarına bağlı bütünleşmiş ya da müstakil 112 ASH istasyonları şeklindeydi (Sağlık Bakanlığı 2010-2014).

663 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yanı sıra taşra teşkilatında da önemli değişimler yaşandı. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilat yapılanmasında üçlü bir yapıya geçildi. Bu yapılanmada, İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri Sağlık Bakanlığı'nın, hastaneler Türkiye Kamu Hastane Birlikleri'nin, halk sağlığı alanındaki kuruluşlar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatına dönüştü.

Sağlık Müdürlükleri, bu kurumların taşra teşkilatlarını koordine eden, denetleyen ve düzenleyen bir üst kurum olmakla birlikte, faaliyet alanındaki sağlık hizmetlerinde sadece 112 acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi görevi vardı. Bu dönemde, acil sağlık hizmetleri, il sağlık müdürlüklerine bağlı 112 ASH şube müdürlükleri şeklinde bir teşkilat yapısına sahipti. İllerde acil sağlık hizmetleri, şube müdürlüğü tarafından denetlenip koordine edilmekte, il ambulans servisinin sevk ve idaresi başhekimlik tarafından yürütülmekteydi.

2.3.2. Acil sağlık hizmetleri birimi

- Acil sağlık hizmetlerinin yurutulmesi iwin kamu ve ozel tum sağlık kurum ve kuruluslarinin sevk ve idaresine iliskin is ve islemleri yurutmek.
- Hastane oncesi acil sağlık hizmetlerine ait birimlerin kurulmasi ve isletilmesi, gerektiğinde hastane acil servisleri ile entegre edilmesini sağlamak.
- Hastane oncesi acil sağlık birimlerinin faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi, hasta nakil ve sevk koordinasyonunun sağlanması islemleri ile ASKOM faaliyetlerini yurutmek.
- İl sınırları iwerisinde kara, hava ve deniz ambulanslarının sevk ve idaresine iliskin is ve islemleri yapmak.
- Acil sağlık hizmetlerinin il düzeyinde etkin yurutulmesi iwin gerekli koordinasyon calismalarını yuruterek, il düzeyinde sağlık tesislerinden yapılan hasta sevklerini, il iwinde sağlık tesisleri arasındaki hasta hareketlerinin incelenmesi, iyilestirici tedbirlerin alınması, uygulatilması ve kayıt altına alınması islemlerini yapmak.
- Uluslararası hizmet ve kalite standartlarına uygun şekilde 112 Acil Sağlık Hizmetlerini geliştirmek.
- Hizmet amacına yönelik organizasyon ile mal ve hizmet alımları ile ilgili planlama yapmak.
- Acil sağlık hizmetleri alanında faaliyet gösteren, ambulans hizmeti veren kurum ve kurulusları denetlemek.
- Faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim programı hazırlayarak uygulamak ya da uygulatmak, görev alanıyla ilgili araştırmalar yapmak, konu hakkında etkinlikler düzenlemek ve düzenlenen ulusal, uluslararası etkinliklere katkı ve/veya katılım sağlamak.

a. İl ambulans servisi başhekimliği

Ambulans hizmetlerinin il düzeyinde organizasyonunu, yönlendirilmesini, uygulanmasını ve değerlendirilmesini, hizmete katılan kurum ve kuruluslar arasında iş birliğini sağlayan sağlık tesisidir. Merkez ve istasyonlarda görev yapan personelin hizmet içi eğitimleri ile sevk ve idarelerini yapar. Merkez ve istasyonlarda kullanılan bütün araç ve gereçlerin temin, kayıt, bakım ve onarımlarını sağlar.

Hizmetle ilgili bütün kayıt ve istatistikleri tutan, merkezin de içinde olduğu kendisine ait binası ve personeli olan sağlık tesisidir (Yönerge, Madde 22/3). Başhekimlik bünyesinde, ilin coğrafi özelliklerine, nüfusa ve ihtiyaca göre yeterli sayıda kara, hava ve deniz ambulanslarıyla acil sağlık araçları ve hizmet araçları bulundurulur (Yönerge, Madde 23/1).

b. İstasyonlar

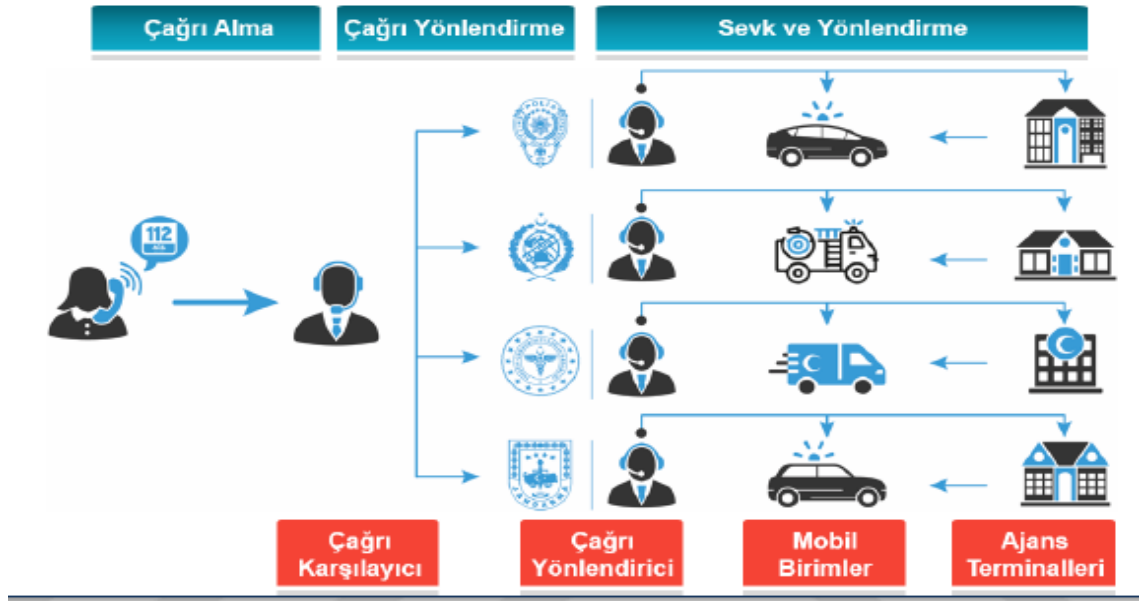
Acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilen düzenlemeye uygun olarak kurulur ve Yönetmelik'te belirlenen iş ve işlemleri yürütür (Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.3.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi

Acil sağlık olayının meydana geldiği andan itibaren merkeze ulaşan çağrılarını karşılayıp değerlendirilmesi ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin işleyişi başlamaktadır. Sağlık merkezi tarafından olay yerine ekip görevlendirilmesi, olay yerine giden ekibin hasta ya da yaralılara müdahalesi, gerektiğinde hastanelere naklin gerçekleştirilmesi ve acil servisler ile devam eden bir süreçtir (Resmî Gazete, 2013).

2.3.3.1.Acil Sağlık Çağrısı, Çağrının Değerlendirilmesi ve Yönlendirme

Günümüzde tüm acil çağrılarını tek bir merkezden yürütülmesi amacıyla 112 AÇM'ler kurulmuştur. Türkiye'deki tüm 112 ASH Komuta Kontrol Merkezleri, 2021 yılı itibarıyla bu merkezler içerisinde yer almaktadır (Acil Çağrı Merkezi, 2021). 112 AÇM'ye düşen acil çağrılar, çağrı alıcı personel tarafından değerlendirilerek, ilgili kurumun çağrı yönlendiricisine aktarılmaktadır. Durum bir acil sağlık çağrısı ise çağrılar, 112 ASH KKM merkezine aktarılmaktadır (Resim 32).



Resim 32: AÇM Düşen Telefonların Akış Şeması (Acil Çağrı Merkezi, 2021)

Sağlık komuta merkezlerinde, nöbetçi sorumlu hekim, nöbetçi hekimler ile sağlık personelleri görev yapmaktadır. Acil sağlık çağrısının alınması, değerlendirilmesi, ambulans görevlendirilmesi ve işleyişin devam ettirilmesi aşamasındaki tüm sevk ve koordinasyon sağlık komuta merkezindeki personeller tarafından yürütülmektedir (Korkut&Gostak, 2021). Sağlık merkez, çağrı yapan taraftan topladığı bilgiler ışığında, talebin acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğini değerlendirmektedir. Değerlendirme sağlık merkezdeki hekim tarafından yapılmaktadır. Hekim, yapılan talebin acil sağlık hizmeti gerektirmediğine kanaat getirir ise talebi reddetme yetkisine sahiptir. Ancak bu takdirde, talebin nasıl karşılanabileceğini karşı tarafa bildirmekle yükümlüdür (Resmî Gazete, 2000).

Acil sağlık yönlendirmesi, yardım talebinin ulaşmasını takiben, sağlık merkez tarafından mevcut iletişim sistemi ile en kısa sürede, talebin mahiyetine en uygun ve/veya en yakın birim veya birimlerin görevlendirilmesi suretiyle yerine getirilir. Ayrıca durumun niteliğine göre ihtiyaç duyulan diğer kuruluşlar da bilgilendirilir ve yönlendirme amaçlı kullanılabilir (Resmî Gazete, 2004). Sağlık merkez, acil sağlık ekibi tarafından müdahale esnasında talep edilen tıbbi danışmanlık hizmetini sunmak veya yetkilendirilmiş uzman hekimlere yönlendirme yapmakla yükümlüdür (Resmî Gazete, 2007).

2.3.3.2.Hizmetin Sunulması ve Sonuçlandırılması

Sağlık merkez tarafından yönlendirilen birim en kısa sürede olay yerine ulaşmak durumundadır. Olay yerine ulaşan ekip, yönlendirme sırasında ve olay yerindeki değerlendirmeleri neticesinde, acil sağlık müdahalelerini başlatır. Olay yerinde yapılan müdahale neticesinde hastanın sevk edilmesi gerekmiyorsa, ekip sunduğu hizmetlerle ilgili sağlık merkeze bildirim yapar ve olay yerinden ayrılır (Resmi Gazete, 2007). İleri tıbbi müdahale ve tedaviye ihtiyacı olan hastanın ambulans ile nakline karar verildiği durumlarda merkez ile iletişim kurularak uygun ve yakın hastane için yönlendirme talep edilir. Sağlık merkez, hizmet kapsamında yer alan acil servislerin o andaki kapasiteleri ışığında, ekibi yönlendirir ve gerektiğinde hastanın yönlendirildiği acil servisi olay hakkında bilgilendirir. Hastaneye sevk sırasında gerekli görülüyor ise, ekip tarafından tıbbi müdahaleler sürdürülür ve bilgi desteğine ihtiyaç duyulur ise, uygun kurum ve kuruluş ile sağlık merkez üzerinden irtibat kurulur (Resmî Gazete, 2000).

Olay yerinde başlanan müdahale ve gerektiğinde yapılan stabilizasyonun ardından, hasta ya da yaralılar gerekli bilgilendirmeler yapılarak acil servislere nakledilir. Acil servise hastayı teslim eden ekip gerekli kayıt işlemlerini tutar, merkezi ilgilendirir ve yeni bir göreve hazır hale gelir (Korkut&Gostak, 2021).

2.3.3.3.Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kullanılan ambulanslar, hasta nakil araçları ve acil sağlık araçları ile ilgili usul ve esaslar, 2006 yılında yayınlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında değerlendirilmektedir. Hastaların nakli ve/veya acil yardım amacıyla kullanılan ve ilgili Yönetmelik'te öngörülen teknik ve tıbbi malzemelerle özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz ulaşım araçları ambulans olarak tanımlanmaktadır (70, 74).

➤ *Ulaşım şekline göre ambulanslar:*

- Kara ambulansları,
- Hava ambulansları ve
- Deniz ambulansları olarak sınıflandırılmaktadır

➤ *Kullanım amacına göre kara ambulansları:*

- Acil yardım ambulansı,
- Hasta nakil ambulansı,
- Yoğun bakım ambulansı ve
- Özel donanımlı ambulanslar olarak sınıflandırılmaktadır

a. Acil yardım ambulansı: Her türlü acil sağlık olayında, olay yerinde ve ambulans içerisinde hasta ya da yaralılara gerekli acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek en az 3 kişilik ekibi bulunan ve ambulans mevzuatında belirtilen teknik ve tıbbi donanıma sahip ambulanslardır. (Resmî Gazete, 2013) (Resim 33).



Resim 33: Acil Yardım Ambulansı (Resmî Gazete, 2006)

- b. Hasta nakil ambulansı:** Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakli amacıyla kullanılan ambulanslardır (Resmî Gazete, 2013). Hasta nakil ambulansında en az bir sağlık personelinin bulunması zorunludur (Resmî Gazete, 2006).
- c. Yoğun bakım ambulansı:** Nakil esnasında hasta ya da yaralıların ileri seviyede izlenmesine ve tedavisine yönelik tasarımlanan, ilgili mevzuatta yer alan teknik ve tıbbi donanıma sahip ambulanslardır (Resmî Gazete, 2013). Yoğun bakım ambulansında en az iki sağlık personeli görev yapar. Beyaz renkli olan yoğun bakım ambulanslarının üzerinde en az 200 mm genişliğinde, biri kırmızı biri

mavi renkli ve fosforlu özellikte iki şerit bulunur. Yoğun bakım ambulanslarına, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak beyaz zemin üzerine kırmızı ve mavi renklerden oluşan giydirme yapılabilir (Resmî Gazete, 2006). Ambulans üzerinde yoğun bakım ambulansı yazısı bulunur ve her iki yanında kırmızı renkli hilal işareti bulunur (Resmî Gazete, 2012).

d. Özel donanımlı ambulanslar: Olay yerinde acil tıbbi yardımı sağlamak veya görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliği ile taşıdığı hasta ya da yaralıların yaşı, fiziki ve tıbbi durumlarına göre özel olarak tasarlanmış ve buna göre personel ve ekipmanlar ile donatılmış ambulanslardır. Özel donanımlı ambulanslar; yenidoğan ambulansları, arazi tipi kar paletli, çoklu hasta taşıyabilen, obez hasta taşıyan, kara, deniz ve kar motosikleti, pedallı ya da motorlu bisiklet ve ATV gibi özel donanımlı araçlardır (Resmî Gazete, 2013) (Resmî Gazete, 2006).(Resim 34, 35).

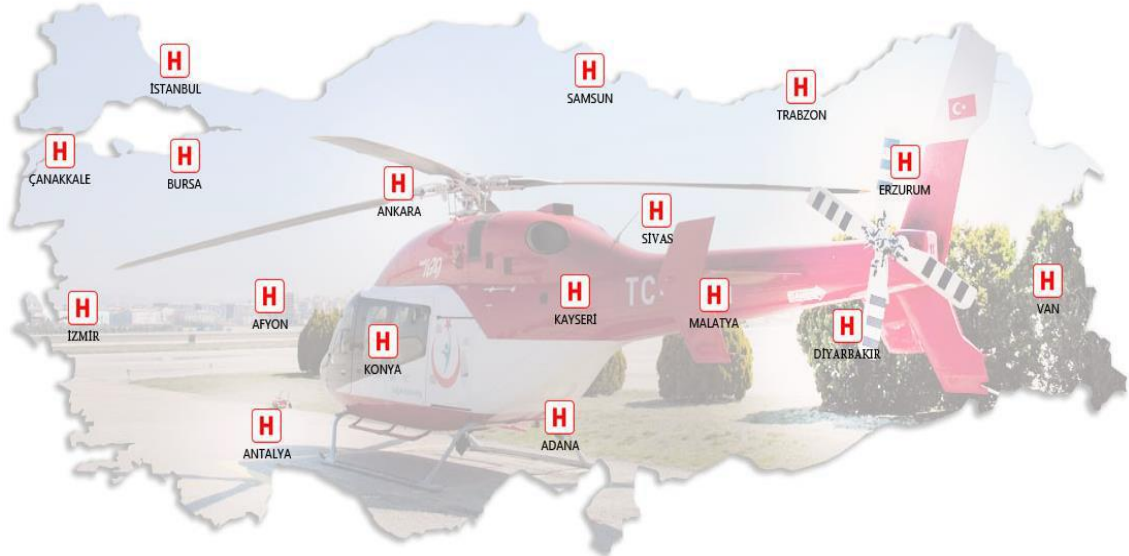


Resim 34: Obez Ambulans (Resmî Gazete, 2013)



Resim 35:Yenidoğan Ambulansı (Resmî Gazete, 2006)

- e. Hava ambulansları:** Ulusal sivil havacılık yetkili biriminden çalışma ve uçuş izni almış, hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere, mevzuatta belirtilen tıbbi donanıma sahip hava araçlarıdır. Hava ambulansları, uçak ambulans ve helikopter ambulanslardan oluşmaktadır (Resmî Gazete, 2013) (Resim 36).



Resim 36:Helikopter Ambulansı Haritası (Resmî Gazete, 2013)

- f. Deniz ambulansları:** Hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere Ulaştırma, Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığından alışma izni almış ve mevzuatta belirtilen tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır (Resmî Gazete, 2013).
- g. Hasta nakil araçları:** Kamu kurum ve kuruluşları ile özel sağlık kuruluşlarına bağlı olarak çalışan ve hasta taşımak amacıyla kullanılan, en az bir sağlık personeli bulundurulan araçlardır. TSE'den araç tadilat belgesi alındıktan sonra il sağlık müdürlükleri tarafından hasta nakil aracı uygunluk belgesi verilen ve yetkili trafik birimlerince tescil edilen hasta taşıma araçlarıdır. Hasta nakil araçlarında, haberleşme cihazları (telsiz veya telefon), aracın kullanım amacını belirten fosforlu yazı ve işaretler ile araç takip ve navigasyon sistemleri bulunmak zorundadır (Resmî Gazete, 2013).
- h. Acil sağlık aracı:** Ambulans ve ASH'nin sunumu esnasında ihtiyaç duyulan personel ve malzemeyi olay yerine en hızlı şekilde ulaştırmak veya olay yerinde acil sağlık hizmetlerini yürütmek amacıyla kullanılan kara, hava ve deniz araçlarıdır. Acil sağlık araçları, olay yerinde teknik ve lojistik destek amaçlı kullanılmaktadır. Bu araçlar organ nakli aracı, mobil komuta kontrol aracı, mobil haberleşme aracı, mobil sağlık aracı ve benzeri araçlardır. Hasta taşıma amacıyla kullanılmazlar. Acil sağlık araçlarında; ışıklı ve sesli uyarı sistemi, haberleşme cihazları (telsiz, telefon), aracın kullanım amacını belirten fosforlu yazı ve işaretler, aracın kullanım amacına uygun tıbbi ve teknik donanımlar ile araç takip ve navigasyon sistemleri bulunur. Acil sağlık araçları, ambulans servisleri ile sağlık kurumları bünyesinde ve amacına uygun olarak kullanılabilir. Başka kişi ve kuruluşlarca kullanılması yasaktır (Resmi Gazete, 2013) (Resmi Gazete, 2012).

2.3.3.4.Ambulans Personeli

Ambulans hizmetlerinde hekim, paramedik, acil tıp teknisyenleri, sağlık personelleri ve şoförler görev almaktadır (Korkut&Gostak, 2021).

2.3.3.5.İstasyon Tipleri

112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ) acil sağlık hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalede bulunmak amacıyla kurulan birimlerdir (Resmî Gazete, 2000). ASHİ yerlerinin belirlenmesinde şu kriterler dikkate alınır (Resmî Gazete, 2004):

- Hizmet sunulması planlanan hedef nüfusun azami elli bin kişi olması,
- Ulaşım imkânlarının güçlüğü,
- Acil yardım gerektiren olayların sıklığı,
- Trafik ve iş kazaları sayısı ve benzeri olayların sıklığı istasyon kurulmasında kriter olarak kullanılmaktadır.

112 ASHİ, sağlık müdürlüğün teklifi ve valilik onayı ile kurulur. Ancak lüzumu halinde il sınırları dışında valiliklerin teklifi ve Bakanlığın onayı ile istasyon açılabilir (Resmî Gazete, 2004). Ülkemizde 112 ASH’de sundukları hizmete göre üç tip istasyon bulunmaktadır. Bunlar:

- A Tipi İstasyon
- B Tipi İstasyon ve
- C Tipi İstasyonlardır (Resmî Gazete, 2004).

A Tipi İstasyon: 24 saat kesintisiz, sadece ambulans hizmeti verilen, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulmuş, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı olan ve kadrolu personeli bulunan acil sağlık hizmetleri istasyonlarıdır. Bu istasyonların açılması veya kapanması ile ilgili işlemler Bakanlık onayı ile gerçekleştirilmektedir. Bu istasyonlarda, ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1) tipi istasyon olarak adlandırılırken, ekip içerisinde hekim bulunmayanlar ise (A2) tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır (Resmî Gazete, 2007).

B Tipi İstasyon: Sağlık kurum ve kuruluşlarla entegre olan 24 saat kesintisiz hizmet veren, özlük hakları bakımından bünyesinde bulunan kuruma bağlı olan, ambulans hizmeti bakımından ise 112 komuta merkezine bağlı olan istasyonlardır (Resmî Gazete, 2014). Hastane acil servisi ile entegre olan istasyonlar (B1) tipi istasyon

olarak adlandırılırken, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise (B2) tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır (Resmî Gazete, 2007).

C Tipi İstasyon: lüzum halinde günün belirle saatlerinde çalışmak üzere kurulmuş istasyonlardır (Resmî Gazete, 2007).

2.3.3.6.Acil Sağlık Otomasyon Sistemi

Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS), ASH'den faydalanan tüm hastaların kayıt, muayene, tedavi, sevk ve diğer sağlık hizmetleri ile idari ve mali hizmetlerinin elektronik ortamda yürütülmesine yardımcı olan bir sistemdir (Korkut&Gostak, 2021). ASOS, ASH'nin elektronik ortamda iletişim ve paylaşım sistemidir. 112 ambulans personelinin eğitim programları, sınav sonuçları, sertifikalar, vaka ve gelir istatistikleri, sarf malzeme ve ilaç stok durumu, personellerin hareketleri, nöbet listeleri, ambulans, demirbaş ve personel tutanakları gibi geniş sistemsel bir yapıya sahiptir (ASHGM İnternet Sitesi, 2021).

ASOS'a kaydedilen veriler gizlilik ve güvenlik politikaları çerçevesinde yürütülmektedir (Korkut&Gostak, 2021). 112 personeli ASOS sistemine TC kimlik numaraları ve şifreleri ile giriş yapılmaktadır (Korkut&Gostak, 2021).

2.3.3.7.Akıllı Ambulans ve Tablet Uygulaması

Sağlık Bakanlığı ile İçişleri Bakanlığı ekipleri tarafından geliştirilen Tablet Uygulaması (Elektronik Vaka Sistemi) Projesi ile acil sağlık çağrılarının sisteme düştüğü andan itibaren, 112 istasyonlarına vakaları aktarılması sağlanmaktadır. Böylelikle 112 ambulans ekiplerine herhangi bir iletişim aracına gerek kalmaksızın dijital ortamdan aktarılmaktadır (ASHGM İnternet Sitesi, 2021).

Proje ile acil sağlık hizmetlerinin kısa sürede ve kaliteli olarak sunulması hedeflenmektedir. Akıllı ambulans ve tablet uygulaması projesine Şubat 2019'da Bolu ilinde pilot uygulama olarak başlanmıştır. Bu kapsamda pilot uygulamalara Çanakkale, Kırklareli, Kırıkkale ve Çankırı illerinde devam edilmektedir (ASHGM İnternet Sitesi, 2021).

2.3.3.8.Ortak Çağrı Sistemine Geçiş

Avrupa Birliği kararına göre tüm birlik ülkelerinde 112 hattının Acil Çağrı Numarası olarak kullanılması tavsiyesinde bulunmuştur (Yenmez, 2017). Türkiye Cumhuriyeti de 1995 yılında, sadece acil sağlık hizmetlerinde 112 numarası acil sağlık çağrı hattı olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kaba, 2003). Ülkemizde ‘Tek Acil Çağrı Numarası’ oluşturma faaliyetleri ile ilgili ilk çalışma, 2003 yılında, Hollanda Hükümeti ile T.C. İçişleri Bakanlığı’nın iş birliğinde MATRA Projeleri kapsamında yapılmıştır (Korkut&Gostak, 2021). Bu çalışma ile 2005 yılında Antalya pilot il olarak belirlenmiş ve 2007 yılında 112 AÇM binası tamamlanmış ve tüm devlet kurumları ile birlikte Antalya’da 2009 yılında Tek Acil Çağrı Numarasına geçiş yapılmıştır (Antalya Valiliği Alıntı, 2021).

Bu çalışma kapsamında 2016 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı 22 ilde, acil sağlık hizmetlerinde ortak çağrı sistemine geçiş sağlanmıştır (Korkut&Gostak, 2021). Günümüzde tüm illerde 112 AÇM kullanılmaya başlamıştır (Acil Çağrı Merkezi, 2021). Ortak çağrı merkezi sisteminde, tüm acil çağrılar dijital ortamda karşılanmakta ve ilgili kurumlara aktarılmaktadır. Proje sayesinde hizmeti alacaklar açısından acil çağrılar için birden fazla numara bilme zorunluluğu ortadan kaldırılarak, hizmet sunacak kurumlar arasında koordinasyon ve iş birliği güçlendirilmiştir (Acil Çağrı Merkezi, 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu çalışmanın amacı TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis sarı alana 112 ambulansı ile getirilen hastaların değerlendirilmesidir. Bu çalışmada hastaların ambulans personeli tarafından doğru yere sevk edilip, uygun tanı ve tedaviye zamanında ulaşmasının sağlanması amaçlanmıştır. Retrospektif, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, Tokat TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde 15/02/2022 ile 15/08/2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 652 hasta dahil edildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis sarı alanına 112 ambulansı ile getirilen hastalar
- Acil servis sarı alandan diğer hastanelere sevk edilen hastalar

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Dosyasına ulaşamayan hastalar
- Yeşil alana getirilen hastalar
- 112 dışında sarı alana gelen hastalar
- Ayaktan sevki yapılan hastalar

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil servis sarı alandan (ENLİL HBYS sistemi ve hasta dosyaları) ve 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) kayıtlarından elde edilen veri kayıtları ile gerçekleştirilmiştir, sistem üzerinden kayıtlar incelenerek veri toplama formuna kaydedilmiştir (Ek 1).

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce araştırmanın etik açıdan uygun olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla Tokat TOGÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'na başvuru yapıldı ve gerekli izin (21-KAEK-263) alındı (EK 2).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler Statistical Package For Social Sciences (SPSS) 22.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılıp, analizi yapıldı. Çalışma verilerinin tanımlayıcı istatistiklerinde

ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maximum değerler, frekans ve oran kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenlere ait veriler n (%) olarak verilmiştir.

Çalışmamızda hastaların; cinsiyeti, yaşı, hasta türü, vakanın oluş saat, 112 KKM'nin vakayı ambulans ekiplerine veriş zamanı, 112 ambulans ekiplerinin vakayı aldıktan sonra kaç saniye içinde vakaya çıkış yaptıkları, vakaya ulaşım zamanları, coğrafi durum, olay yeri, çağrı nedenleri, 112 ambulans ön tanıları, 112 ambulansta yapılan işlemler, hastanede konulan tanıları, acilde kalış süreleri, hastaneden sevk olma nedenleri, hastaneye sevk edilen hastanın durumu yönünde parametreler incelenmiştir.

Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değerleri anlamlı kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Tokat ilinde sadece Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi acil sarı alana 112 ile getirilen hastalar ve acil servis sarı alandan 112 ambulansı ile başka hastaneye sevk edilen hastaların alınmış olması olup, dosyasına ulaşamayan hastaların çalışmaya dahil edilmemiş olması araştırmanın sınırlılıkları arasındadır.

4. BULGULAR

Çalışmaya 15/02/2022 ile 15/08/2022 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ambulansı ile başvuran hastalar dahil edilmiştir. Hasta ve ambulans ile ilgili veriler, acil servis sarı alana 112 KKM ambulansı ile getirilen ve acil servisten 112 KKM ambulansı aracılığı diğer hastanelere sevk edilen hastaların hastane kayıtlarından ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayı alınarak, 112 KKM'den elde edilmiştir. Verilerine eksiksiz ulaşılabilen toplam 652 hasta değerlendirilmiştir. Bu hastaların 356 (%50)'si kadınlardan, 356 (%50)'sı erkeklerden oluşmaktadır. Vakaların yaş aralığı ise; 0-18 yaş arası 77 (%11,8) hasta, 18-45 yaş arası 188 (%28,8) hasta, 45-65 yaş arası 172 hasta (%26,4), 65 yaş ve üzeri 215 (%33) hasta olarak bulunmuştur (Tablo 1).

652 vakanın 606 (%92,9)'sı Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 46 (%7,1)'sı ise diğer ülkelere mensup hastalardır (Tablo 1).

113 (%17,3) vakanın 00.00-08.00 saatleri arasında, 308 (%47,2) vakanın 08.00-16.00 saatleri arasında, 231 (%35,4) vakanın ise 16.00-24.00 saatleri arasında 112 KKM'ye başvurduğu görülmüştür (Tablo 1).

112 KKM'deki personelinin vakaları 112 ambulans personellerine bildirme zamanlarına bakıldığında; 230 (%35,3) hastayı 0-1 dk arasında, 253 (%38,8) hastayı 1-2 dk arasında, 121 (%18,6) hastayı 2-3 dk arasında, 48 (%7,4) hastayı ise 3 dk fazla zamanda bildirdikleri tespit edilmiştir (Tablo 1).

Ambulans personelleri; 0-60 sn arasında 283 (%43,4) hastaya, 61-90 sn arasında 263 (40,3) hastaya, 91 sn ve üzerinde ise 106 (%16,3) hastaya ulaşmak üzere istasyondan ambulansa binip, ambulansı hareket ettirmişlerdir (Tablo 1).

Vakaların 112 ambulans personeline, 112 KKM personeli tarafından bildirilmesinden sonra, ambulansın hastalara ulaşma sürelerine bakıldığında; 373 (%57,2) hastaya 0-10 dk aralığında, 175 (%26,8) hastaya 10-20 dk aralığında, 71 (%10,9) hastaya 20-30 dk aralığında, 33 (%5,1) hastaya ise 30 dakikadan fazla zamanda ulaşıldığı görülmüştür (Tablo 1).

652 vakanın bulunduğu yere bakıldığında 526 (%80,7) hastaya kentsel, 126 (%19,3) hastaya ise kırsal alanda ulaşılmıştır (Tablo 1).

112 KKM ambulans çağrısı yapılan ve vakalara ulaşılan alanlara bakıldığında 148 (%22,7) hasta araç, sokak ve diğer yerlerden; 231 (%35,4) hasta evden; 13 (%2) hasta cami, eğitim kurumu ve diğer resmi dairelerden; 44 (%6,7) hasta 1. Basamak Sağlık Kuruluşundan; 216 (%33,1) hasta ise 2. Basamak Sağlık Kuruluşundan alınarak hastaneye sevk edilmiştir (Tablo 1).

652 vakanın 423 (%64,9)'ü medikal vaka, 229 (%35,1)'u ise travma vakadan oluşmaktadır (Tablo 1).

112 ambulans personelinin olay yerine ulaşp, hastayı hastaneye teslim edinceye kadar, almış oldukları anemneze göre koymuş oldukları tanımlar değerdendirildiğinde; 156 (23,9) hastaya nöroloji, 144 (%22,1) hastaya travma, 113 (%17,3) hastaya KVS, 58 (%8,9) hastaya gastrointestinal, 56 (%8,6) hastaya solunum sistemi, 42 (%6,4) hastaya metabolik rahatsızlık, 26 (%4) hastaya psikiyatri, 20 (%3,1) hastaya arrest, 14 (%2,1) hastaya intoksikasyon, 10 (%1,5) hastaya enfeksiyon, 8 (%1,2) hastaya kadın doğum, 5 (%0,8) hastaya ise kulak burun boğaz tanısı konulmuştur (Tablo 1).

112 ambulans personeli tarafından hasta olay yerinden alınıp, hastaneye götürülünceye kadar geçen sürede, ambulansda yapılan müdahaleler bakımından değerdendirildiğinde, 50 (%7,7) hastaya sadece vitallerin kontrolü; 98 (%15) hastaya vitallerin kontrolü, EKG, monitörizasyon; 92 (%14,1) hastaya vitallerin kontrolü, damar yolu açılması; 70 (%10,7) hastaya vital, kan şekeri takibi; 67 (%10,3) hastaya vital, kan şekeri takibi, damar yolu açılması; 21 (%3,2) hastaya vitallerin kontrolü ve sıvı tedavisi; 5 (%0,8) hastaya vitallerin kontrolü ve sonda işlemi; 49 (% 7,5) hastaya vitallerin kontrolü ve atel; 11 (%1,7) hastaya vitallerin kontrolü, medikal tedavi ve sonda takılması; 21 (%3,2) hastaya vitallerin kontrolü, medikal tedavi ve atel; 117 (%17,9) hastaya vitallerin kontrolü ve solunum desteği; 51 (%7,8) hastaya ise vitallerin kontrolü, entübasyon, CPR, medikal tedavi ve aspirasyon uygulamaları yapıldığı belirlenmiştir (Tablo 1).

112 ambulans personeli hastayı TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis sarı alana teslim ettikten sonra, hastane personeli tarafından konulan tanımlar değerdendirildiğinde; 131 (%20,1) hastaya KVS, 47 (%7,2) hastaya solunum sistemi hastalıkları, 122 (%18,7) hastaya nörolojik sistem hastalığı, 58 (%8,9) hastaya gastrointestinal sistem hastalığı, 11 (%1,7) hastaya enfeksiyon hastalığı, 35 (%5,4) hastaya arrest tanısı, 136 (%20,9) hastaya travma tanısı, 12 (%1,8) hastaya intoksikasyon, 36 (%5,5) hastaya psikiyatri tanısı, 12 (%1,8) hastaya kadın doğum tanısı, 5 (%0,8) hastaya kulak burun boğaz tanısı, 47 (%7,2) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı girilmiştir (Tablo 1).

652 vakanın TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis sarı alanda tedavi gördükleri zaman değerdendirildiğinde; 110 (%16,9) hastanın 0-1 saat arası, 159

(%24,4) hastanın 1-2 saat arası, 69 (%10,6) hastanın 2-3 saat arası, 314 (%48,2) hastanın ise 3 saatten daha uzun süre acil serviste tedavi aldığı görülmüştür (Tablo 1).

Hastaların 500 (76,7)'ü TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis sarı alana 112 ambulansı ile getirilmiştir, TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis sarı alandan, hastanenin bazı ihtiyaçlarından dolayı, hastaların diğer hastanelere sevki sağlanmıştır. Başka hastanelere sevk olma nedenlerine bakıldığında; 61 (%9,4) hastanın yoğun bakım ihtiyacı, 48 (%7,4) hastanın uzman hekim ihtiyacı, 30 (%4,6) hastanın boş yer olmaması, 10 (%1,5) hastanın tıbbi ekipman ihtiyacı, 2 (%0,3) hastanın görüntüleme ihtiyacı ve 1 (%0,2) hastanın yanık ünitesi ihtiyacından dolayı diğer hastanelere 112 ambulansı ile sevkini sağlandığı görülmüştür (Tablo 1).

652 vakanın hastane sonucu değerlendirildiğinde; 316 (%48,5) hastanın taburcu edildiği, 175 (%26,8) hastanın servise yatışının yapıldığı, 127 (%19,5) hastanın yoğun bakıma yatışının yapıldığı ve 34 (%5,2) hastanın hastanede vefat ettiği görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1: Vakaların Sosyodemografik Yapılarına Göre Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Bay	326	50,0
	Kadın	326	50,0
Yaş	0-18 yaş	77	11,8
	18-45 yaş	188	28,8
	45-65 yaş	172	26,4
	65 yaş ve üzeri	215	33,0
Hasta Türü	TC Vatandaşı	606	92,9

	Yabancı Uyruklu	46	7,1
Vaka Oluş Saat	00-08 saatleri arası	113	17,3
	08-16 saatleri arası	308	47,2
	16-24 saatleri arası	231	35,4
112 Vakayı Veriş Zamanı	0-1 dk	230	35,3
	1-2 dk	253	38,8
	2-3 dk	121	18,6
	3 ve Üzeri	48	7,4
Ambulans Vakaya Çıkış Zamanı	0-60 sn	283	43,4
	61-90 sn	263	40,3
	91 sn ve üzeri	106	16,3
Vakaya Ulaşım Zamanı	0-10 dk	373	57,2
	10-20 dk	175	26,8
	20-30 dk	71	10,9
	30 dk ve üzeri	33	5,1
Coğrafi Durum	Kentsel	526	80,7
	Kırsal	126	19,3
Olay Yeri	Araç+Sokak+Diğer	148	22,7
	Ev	231	35,4
	Cami+Eğitim kurumu+Resmi Daire	13	2,0
	Sağlık Kurumu (1.Basamak)	44	6,7
	Sağlık Kurumu (2.Basamak)	216	33,1
Çağrı Nedeni	Medikal	423	64,9
	Travma	229	35,1
Ön Tanı	KVS	113	17,3
	Solunum	56	8,6
	Nörolojik	156	23,9
	Gastrointestinal	58	8,9
	Enfeksiyon	10	1,5
	Arrest	20	3,1
	Travma	144	22,1
	İntoksikasyon	14	2,1
	Psikiyatrik	26	4,0
	Kadın doğum	8	1,2
	Kulak Burun Boğaz	5	0,8
	Metabolik	42	6,4
Ambulansta Yapılan Müdahaleler	Vital	50	7,7
	Vital+ekg+monitörizasyon	98	15,0

	Vital+damar yolu	92	14,1
	Vital+ kan şekeri	70	10,7
	Vital+ kan şekeri+ damar yolu	67	10,3
	Vital+sıvı tedavi	21	3,2
	Vital+sonda	5	0,8
	Vital+atel	49	7,5
	Vital+medikal tedavi+sonda	11	1,7
	Vital+medikal tedavi+atel	21	3,2
	Vital+solunum desteği	117	17,9
	Vital+entübyasyon+cpr+med+aspirasyon	51	7,8
Hastane Tanısı	KVS	131	20,1
	Solunum	47	7,2
	Nörolojik	122	18,7
	Gastrointestinal	58	8,9
	Enfeksiyon	11	1,7
	Arrest	35	5,4
	Travma	136	20,9
	İntoksikasyon	12	1,8
	Psikiyatrik	36	5,5
	Kadın doğum	12	1,8
	Kulak Burun Boğaz	5	0,8
	Metabolik	47	7,2
Acilde Kalış Süresi	0-1 Saat	110	16,9
	1-2 Saat	159	24,4
	2-3 Saat	69	10,6
	3 ve daha fazla	314	48,2
Hastanın Sevk Olma Nedeni	Uzman doktor ihtiyacı	48	7,4
	Görüntüleme	2	0,3
	Boş yer olmaması	30	4,6
	Yoğun bakım ihtiyacı	61	9,4
	Tıbbi ekipman ihtiyacı	10	1,5
	Yanık Ünitesi	1	0,2
	Tokat TOGÜ sevk olan hastalar	500	76,7
Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu	Taburcu	316	48,5
	Servise yatış	175	26,8
	Yoğun bakım yatış	127	19,5
	Ex	34	5,2

0-18 yaş grubu vakaların 112 ambulans tanıları incelendiğinde; 11 (14,3) hastaya KVS, 1 (%1,3) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 14 (%18,2) hastaya nörolojik, 6 (%7,8) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 5 (%6,5) hastaya enfeksiyon rahatsızlıkları, 30 (%39) hastaya travma, 5 (%6,5) hastaya intoksikasyon, 1 (%1,3) hastaya psikiyatri rahatsızlığı, 4 (%5,2) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı girildiği görülmüştür (Tablo 2).

0-18 yaş grubu hastaların hastanelerin acillerinde geçirdiği süreler değerlendirildiğinde; 19 (%24,7) hasta 0-1 saat arası tedavi almış, 7 (%9,1) hasta 1-2 saat arası tedavi almış, 21 (% 27,3) hasta 2-3 saat arası tedavi almış ve 30 (%39) hasta ise 3 saatten daha uzun süre tedavi almıştır (Tablo 2).

0-18 yaş grubu vakaların hastane tanıları değerlendirildiğinde; 13 (%16,9) hastaya KVS, 4 (%5,2) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 11 (%14,3) hastaya nöroloji rahatsızlıkları, 8 (%10,4) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 4 (%5,2) hastaya enfeksiyon rahatsızlıkları, 28 (%36,4) hastaya travma, 5 (%6,5) hastaya intoksikasyon, 4 (%5,2) hastaya ise metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı konulduğu görülmüştür (Tablo 2).

0-18 yaş grubu vakalar hastane sonucuna göre değerlendirildiğinde; 42 (%54,5) hastanın taburcu edildiği, 34 (%44,2) hastanın servise, 1 (%1,3) hastanın ise yoğun bakıma yatışının yapıldığı görülmüştür (Tablo 2).

18-45 yaş grubu vakaların 112 ambulans tanıları incelendiğinde; 19 (%10,1) hasta KVS, 2 (%1,1) hasta solunum sistem rahatsızlıkları, 41 (%21,8) hasta Nörolojik, 13 (% 6,9) hasta gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 71 (% 37,8) hasta Travma, 4 (%2,1) hasta intoksikasyon, 10 (%5,3) hasta Psikiyatri, 8 (4,3) hasta Kadın doğum hastalıkları, 5 (%2,7) hasta KBB, 5 (%2,7) hasta metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı girildiği görülmüştür (Tablo 2).

18-45 yaş grubu hastaların hastanelerin acillerinde geçirdiği süreler değerlendirildiğinde; 36 (%19,1) hasta 0-1 saat arası tedavi almış, 61 (%32,4) hasta 1-2

saat arası tedavi almış, 29 (%15,4) hasta 2-3 saat arası tedavi almış, 62 (%33) hasta 3 saatten daha uzun süre tedavi almıştır (Tablo 2).

18-45 yaş grubu vakaların hastane tanıları değerlendirildiğinde; 16 (%8,5) hasta KVS, 38(%20,2) hasta Nöroloji, 9 (%4,8) hasta gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 1 (%0,5) hasta Enfeksiyon rahatsızlıkları, 13 (% 6,9) hasta Arrest, 63 (% 33,5) hasta Travma, 2 (% 1,1) hasta intoksikasyon, 14 (% 7,4) Psikiyatri, 12 (%6,4) hasta Kadın doğum hastalıkları, 5 (%2,7) hasta Kulak Burun Boğaz, 15 (%8) metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı konulduğu görülmüştür (Tablo 2).

18-45 yaş grubu vakalar hastane sonucuna göre değerlendirildiğinde; 124 (% 66,0) hastanın taburcu edildiği, 43 (% 22,9) hasta servise, 17 (%9,0) hasta yoğun bakıma yatış yapıldığı ve 4 (2,1) hasta ise vefat etmiştir (Tablo 2).

45-65 yaş grubu vakaların 112 ambulans tanıları incelendiğinde; 48 (% 27,9) hasta KVS, 16 (% 9,3) hasta solunum sistem rahatsızlıkları, 38 (% 22,1) hasta Nöroloji, 22 (%12,8) hasta gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 5 (%2,9) hasta Enfeksiyon, 21 (%12,2) hasta Travma, 3 (%1,7) hasta intoksikasyon, 10 (%5,8) hasta Psikiyatri, 7 (%4,1) hasta metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı girildiği görülmüştür (Tablo 2).

45-65 yaş grubu hastaların hastanelerin acillerinde geçirdiği süreler değerlendirildiğinde; 18 (%10,5) hasta 0-1 saat arası tedavi almış, 37 (%21,5) hasta 1-2 saat arası tedavi almış, 7 (% 4,1) hasta 2-3 saat arası tedavi almış, 110 (% 64) hasta acilde 3 saatten daha uzun süre tedavi almıştır (Tablo 2).

45-65 yaş grubu vakaların hastane tanıları değerlendirildiğinde; 56 (%32,6) hastaya KVS, 13 (%7,6) hastaya Solunum sistem rahatsızlıkları, 22 (% 12,8) hastaya Nöroloji, 23 (%13,4) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 4 (%2,3) hastaya Enfeksiyon rahatsızlıkları, 9 (%5,2) hastaya Arrest, 18 (%10,5) hastaya Travma, 3 (% 1,7) hastaya intoksikasyon, 17 (% 9,9) hastaya Psikiyatri, 7 (%4,1) metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı konulduğu görülmüştür (Tablo 2).

45-65 yaş grubu vakalar hastane sonucuna göre değerlendirildiğinde; 58 (%33,7) hasta taburcu edildiği, 49 (%28,5) hasta servise, 53 (%30,8) hasta yoğun bakıma yatırıldığı ve 12 (% 7,0) hasta ise vefat etmiştir (Tablo 2).

65 yaş ve üzeri grubu vakaların 112 ambulans tanıları incelendiğinde; 35 (%16,3) hastaya KVS, 37 (%17,3) hastaya solunum sistem rahatsızlıkları, 63 (%29,3) hastaya Nöroloji, 17 (% 7,9) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 8 (% 3,7) hastaya Arrest, 22 (%10,2) hastaya Travma, 2 (%0,9) hastaya intoksikasyon, 5 (%2,3) hastaya Psikiyatri, 26 (%12,1) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı girildiği görülmüştür (Tablo 2).

45-65 yaş grubu hastaların hastanelerin acillerinde geçirdiği süreler değerlendirildiğinde; 37 (%17,2) hasta 0-1 saat arası tedavi almış, 54 (%25,1) hasta 1-2 saat arası tedavi almış, 12 (%5,6) hasta 2-3 saat arası tedavi almış, 112 (52,1) hasta ise 3 saatten daha uzun süre tedavi almıştır (Tablo 2).

65 yaş ve üzeri grubu vakaların hastane tanıları değerlendirildiğinde; 46 (%21,4) hastaya KVS, 30 (%14) Solunum sistem rahatsızlıkları, 51 (% 23,7) hastaya Nöroloji, 18 (%8,4) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 2 (% 0,9) hastaya Enfeksiyon rahatsızlıkları, 13 (%6) hastaya Arrest, 27 (% 12,6) hastaya Travma, 2 (% 0,9) hastaya intoksikasyon, 5 (% 2,3) hastaya Psikiyatri, 21 (% 9,8) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları tanısı konulduğu görülmüştür (Tablo 2).

65 yaş ve üzeri grubu vakalar hastane sonucuna göre değerlendirildiğinde; 92 (%42,8) hasta taburcu edildiği, 49 (% 22,8) hasta servise, 56 (%26,0) hasta yoğun bakıma yatırıldığı ve 18 (% 8,4) hasta ise vefat etmiştir (Tablo 2).

Yaşa göre hastalara ambulansa koyulan ön tanımlar arasında bir fark vardır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Yaşın hastaların acilde kalış süreleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Yaşın hastane ortamında konulan tanımları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Yaşın hastaların hastanedeki son durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Tablo 2: Vakaların Yaşa Göre Dağılımı

		Yaş								χ^2	p
		0-18 yaş		18-45 yaş		45-65 yaş		65 yaş ve üzeri			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	11	14,3	19	10,1	48	27,9	35	16,3	204,266	<0,001*
	Solunum	1	1,3	2	1,1	16	9,3	37	17,2		
	Nörolojik	14	18,2	41	21,8	38	22,1	63	29,3		
	Gastrointestinal	6	7,8	13	6,9	22	12,8	17	7,9		

	Enfeksiyon	5	6,5	0	0,0	5	2,9	0	0,0		
	Arrest	0	0,0	10	5,3	2	1,2	8	3,7		
	Travma	30	39,0	71	37,8	21	12,2	22	10,2		
	İntoksikasyon	5	6,5	4	2,1	3	1,7	2	0,9		
	Psikiyatrik	1	1,3	10	5,3	10	5,8	5	2,3		
	Kadın doğum	0	0,0	8	4,3	0	0,0	0	0,0		
	Kulak Burun Boğaz	0	0,0	5	2,7	0	0,0	0	0,0		
	Metabolik	4	5,2	5	2,7	7	4,1	26	12,1		
Acilde Kalış Süresi	0-1 Saat	19	24,7	36	19,1	18	10,5	37	17,2	76,940	<0,001*
	1-2 Saat	7	9,1	61	32,4	37	21,5	54	25,1		
	2-3 Saat	21	27,3	29	15,4	7	4,1	12	5,6		
	3 ve daha fazla	30	39,0	62	33,0	110	64,0	112	52,1		
	KVS	13	16,9	16	8,5	56	32,6	46	21,4		
	Solunum	4	5,2	0	0,0	13	7,6	30	14,0		
	Nörolojik	11	14,3	38	20,2	22	12,8	51	23,7		
	Gastrointestinal	8	10,4	9	4,8	23	13,4	18	8,4		
	Enfeksiyon	4	5,2	1	0,5	4	2,3	2	0,9		
	Arrest	0	0,0	13	6,9	9	5,2	13	6,0		
Hastane Tanısı	Travma	28	36,4	63	33,5	18	10,5	27	12,6	194,492	<0,001*
	İntoksikasyon	5	6,5	2	1,1	3	1,7	2	0,9		
	Psikiyatrik	0	0,0	14	7,4	17	9,9	5	2,3		
	Kadın doğum	0	0,0	12	6,4	0	0,0	0	0,0		
	Kulak Burun Boğaz	0	0,0	5	2,7	0	0,0	0	0,0		
	Metabolik	4	5,2	15	8,0	7	4,1	21	9,8		
Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu	Taburcu	42	54,5	124	66,0	58	33,7	92	42,8	85,061	<0,001*
	Servise yatış	34	44,2	43	22,9	49	28,5	49	22,8		
	Yoğun bakım yatış	1	1,3	17	9,0	53	30,8	56	26,0		
	Ex	0	0,0	4	2,1	12	7,0	18	8,4		

Erkek vakaları ön tanılarınımıza göre değerlendirdiğimizde; 83 (25,5) hastaya travma, 61 (%18,7) hastaya nörolojik sistem rahatsızlıkları, 60 (%18,4) hastaya KVS sistem rahatsızlıkları, 41 (%12,6) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 26 (%8) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 16 (%4,9) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 11 (%3,4) hastaya psikiyatrik rahatsızlık, 9 (%2,8) hastaya enfeksiyon hastalıkları, 9 (%2,8) hastaya intoksikasyon, 5 (%1,5) hastaya arrest, 5 (%1,5) hastaya KBB hastalıkları tanıları girildiği görülmüştür (Tablo 3).

Erkek vakaları hastanedeki tedavilerinin zamanlarına göre değerlendirdiğimizde; 159 (%48,8) hastanın 3 saatten daha uzun süre, 65 (%19,9) hastanın 1-2 saat arası, 60 (%18,4) hastanın 0-1 saat arası ve 42 (%12,9) hastanın ise 2-3 saat arası tedavi aldıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Erkek vakalara hastane ortamında koyulan tanıları değerlendirdiğimizde; 74 (%22,7) hastaya travma, 68 (%20,9) hastaya KVS sistem rahatsızlıkları, 46 (%14,1) hastaya nörolojik sistem hastalıkları, 38 (%11,7) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 30 (%9,2) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 24 (%7,4) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 17 (%5,2) hastaya psikiyatrik rahatsızlık, 10 (%3,1) hastaya arrest, 7 (%2,1) hastaya enfeksiyon hastalıkları, 7 (%2,1) hastaya intoksikasyon, 5 (%1,5) hastaya KBB rahatsızlıkları tanıları koyulduğu görülmüştür (Tablo 3).

Erkek vakaları hastanedeki son işlemlerine göre değerlendirdiğimizde; 155 (%47,5) hasta taburcu edilmiş, 91 (%27,9) hastanın servise yatışı yapılmış, 65 (%19,9) hasta yoğun bakıma alınmış ve 15 (%4,6) hasta ise vefat etmiştir (Tablo 3).

Kadın vakaları ön tanılarına göre değerlendirdiğimizde; 95 (%29,1) hastaya nörolojik sistem rahatsızlıkları, 61 (% 18,7) hastaya travma, 53 (% 16,3) hastaya KVS sistem rahatsızlıkları, 32 (%9,8) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 26 (%8) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 16 (% 4,9) hastaya Arrest, 15 (%4,6) hasta solunum sistem rahatsızlıkları, 15 (%4,6) hastaya Psikiyatrik, 8 (%2,1) hastaya Kadın Doğum sistem rahatsızlıkları, 5 (%1,5) hastaya intoksikasyon, 1 (%0,3) hastaya enfeksiyon tanıları girilmiştir (Tablo 3).

Kadın vakaları hastanedeki tedavilerinin zamanlarına göre değerlendirdiğimizde; 155 (%47,5) hastaya 3 saatten daha fazla, 94 (%28,8) hasta 1-2 saat arası, 50 (% 15,3) hastaya 0-1 saat arası ,27 (%8,3) hastaya 2-3 saat arası tedavi aldıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

Kadın vakalara hastane ortamında koyulan tanıları değerlendirdiğimizde; 76 (%23,3) hastaya Nörolojik sistem rahatsızlıkları, 63 (%19,3) hastaya KVS sistem rahatsızlıkları, 62 (%19) hastaya Travma, 28 (%8,6) hastaya gastrointestinal sistem

rahatsızlıkları, 26 (%8) hastaya Arrest, 23(%7,1) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 19 (%5,8) hastaya Psikiyatrik sistem rahatsızlıkları, 12 (%3,4) hastaya Kadın Doğum rahatsızlıkları, 9 (%2,8) hastaya Solunum sistem rahatsızlıkları, 4 (%1,2) hastaya Enfeksiyon rahatsızlıkları, 5 (%1,5) hastaya intoksikasyon tanıları koyulduğu görülmüştür (Tablo 3).

Kadın vakaları hastanedeki son işlemlerine göre değerlendirdiğimizde; 161 (% 49,4) hasta taburcu, 84 (% 25,8) hasta servise yatış, 62 (%19,0) hasta yoğun bakıma yatış ve 19 (% 5,8) hasta ise vefat ettiği görülmüştür (Tablo 3).

Cinsiyetin ambulansa konulan tanılar ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Cinsiyetin hastaların acilde kalış süreleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Cinsiyetin hastane ortamında konulan tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Cinsiyetin hastaların hastanedeki son durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 3: Vakaların Cinsiyet Bakımından Dağılımı

		Cinsiyet				χ^2	p
		Bay		Kadın			
		n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	60	18,4	53	16,3	51,136	<0,001*
	Solunum	41	12,6	15	4,6		
	Nörolojik	61	18,7	95	29,1		
	Gastrointestinal	26	8,0	32	9,8		

	Enfeksiyon	9	2,8	1	0,3		
	Arrest	5	1,5	16	4,9		
	Travma	83	25,5	61	18,7		
	İntoksikasyon	9	2,8	5	1,5		
	Psikiyatrik	11	3,4	15	4,6		
	Kadın doğum	0	0,0	7	2,1		
	Kulak Burun Boğaz	5	1,5	0	0,0		
	Metabolik	16	4,9	26	8,0		
Acilde Kalış Süresi	0-1 Saat	60	18,4	50	15,3	9,510	0,023*
	1-2 Saat	65	19,9	94	28,8		
	2-3 Saat	42	12,9	27	8,3		
	3 ve daha fazla	159	48,8	155	47,5		
Hastane Tanısı	KVS	68	20,9	63	19,3	49,464	<0,001*
	Solunum	38	11,7	9	2,8		
	Nörolojik	46	14,1	76	23,3		
	Gastrointestinal	30	9,2	28	8,6		
	Enfeksiyon	7	2,1	4	1,2		
	Arrest	10	3,1	26	8,0%		
	Travma	74	22,7	62	19,0%		
	İntoksikasyon	7	2,1	5	1,5%		
	Psikiyatrik	17	5,2	19	5,8%		
	Kadın doğum	0	0,0	12	3,4%		
	Kulak Burun Boğaz	5	1,5	0	0,0%		
	Metabolik	24	7,4	23	7,1%		
Hastaneye Sek Edilen Hastanın Durumu	Taburcu	155	47,5	161	49,4%	0,935	0,817
	Servise yatış	91	27,9	84	25,8%		
	Yoğun bakım yatış	65	19,9	62	19,0%		
	Ex	15	4,6	19	5,8%		

Kentsel vakalara 112 ambulans personeli tarafından koyulan tanıları değerlendirdiğimizde; 126 (%24) hastaya travma, 122 (%23,2) hastaya nörolojik sistem rahatsızlıkları, 79 (%15) hastaya KVS sistem hastalıkları, 46 (%8,7) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 42 (%8) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 42 (%8) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 26 (%4,9) hastaya psikiyatrik rahatsızlık, 18 (%3,4) hastaya arrest, 12 (%2,3) hastaya intoksikasyon, 10 (%1,9)

hastaya enfeksiyon rahatsızlıkları ve 3 (%0,6) hastaya ise kadın doğum sistemi hastalıkları tanıları girildiği görülmüştür (Tablo 4).

Kentsel vakalar hastanede geçirdikleri zaman açısından değerlendirildiğinde; 277 (%52,7) hastanın 3 saatten uzun süre, 103 (%19,6) hastanın 1-2 saat aralığında, 83 (%15,8) hastanın 0-1 saat aralığında ve 63 (%12) hastanın 2-3 saat aralığında acilde tedavi aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Kentsel vakalara hastane ortamında koyulan tanıları değerlendirdiğimizde; 117 (%22,2) hastaya travma, 100 (%19) hastaya nörolojik sistem rahatsızlıkları, 92 (%17,5) hastaya KVS sistemi hastalıkları, 44 (%8,4) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 44 (%8,4) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 37 (%7) hastaya solunum sistemi hastalıkları, 34 (%6,5) hastaya psikiyatrik rahatsızlıklar, 30 (%5,7) hastaya arrest, 12 (%2,3) hastaya intoksikasyon rahatsızlıkları, 11 (%2,1) hastaya enfeksiyon hastalıkları, 5 (%1) hastaya kadın doğum sistemi hastalıkları tanıları girildiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Kentsel vakaların hastanedeki son durumlarını değerlendirdiğimizde; 229 (%43,5) hastanın taburcu edildiği, 147 (%27,9) hastanın servise yatışının yapıldığı, 118 (%22,4) hastanın yoğun bakıma alındığı ve 32 (%6,1) hastanın ise vefat ettiği görülmüştür (Tablo 4).

Kırsal vakalara 112 ambulans personeli tarafından koyulan tanıları değerlendirdiğimizde; 34 (%27) hastaya KVS sistem rahatsızlıkları, 34 (%27) hastaya nörolojik sistem rahatsızlıkları, 18 (% 14,3) hastaya travma, 14 (%11,1) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları 12 (%9,5) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 5 (%4) hastaya kadın doğum sistemi hastalıkları, 5 (%4) hastaya KBB hastalıkları, 2 (%1,6) hastaya arrest, 2 (%1,6) hastaya intoksikasyon rahatsızlıkları tanıları girildiği belirlenmiştir (Tablo 4).

Kırsal vakaların hastanede geçirdikleri zaman değerlendirildiğinde; 56 (%44,4) hastanın 1-2 saat içinde, 37 (%29,4) hastanın 3 saatten uzun sürede, 27 (%21,4) hastanın 0-1 saat içinde ve 6 (%4,8) hastanın 2-3 saat içinde acildeki tedavilerinin tamamlandığı görülmüştür (Tablo 4).

Kırsal vakalara hastane ortamında koyulan tanılar değerlendirildiğinde; 39 (%31) hastaya KVS sistem rahatsızlıkları, 22 (%17,5) hastaya nörolojik sistem rahatsızlıkları, 19 (%15,1) hastaya travma, 14 (%11,1) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 10 (%7,9) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 7 (%5,6) hastaya kadın doğum sistemi rahatsızlıkları, 5 (%4) hastaya arrest, 5 (%4) hastaya KBB rahatsızlıkları, 3 (%2,4) hastaya metabolik sistem rahatsızlıkları, 2 (%1,6) hastaya psikiyatri rahatsızlıkları tanıları girildiği görülmüştür (Tablo 4).

Kırsal vakaları hastanedeki son durumuna göre değerlendirdiğimizde; 87 (%69) hasta taburcu edilmiş, 28 (%22,2) hasta servise yatırılmış, 9 (%7,1) hasta yoğun bakıma alınmış ve 2 (%1,6) hasta vefat etmiştir (Tablo 4).

Coğrafi durum ile ambulans ekiplerinin koydukları tanılar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Coğrafi durum ile hastaların hastanede kaldıkları zaman değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Coğrafi durum ile hastaların hastanede koydukları tanılar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Coğrafi durum ile hastaların hastanedeki son durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p<0,05$).

Tablo 4: Vakaların Coğrafi Durum Yönünden Değerlendirilmesi

		Coğrafi Durum				χ^2	p
		Kentsel		Kırsal			
		n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	79	15,0	34	27,0	65,002	<0,001*
	Solunum	42	8,0	14	11,1		
	Nörolojik	122	23,2	34	27,0		
	Gastrointestinal	46	8,7	12	9,5		
	Enfeksiyon	10	1,9	0	0,0		

	Arrest	18	3,4	2	1,6		
	Travma	126	24,0	18	14,3		
	İntoksikasyon	12	2,3	2	1,6		
	Psikiyatrik	26	4,9	0	0,0		
	Kadın doğum	3	0,6	5	4,0		
	Kulak Burun Boğaz	0	0,0	5	4,0		
	Metabolik	42	8,0	0	0,0		
Acilde Kalış Süresi	0-1 Saat	83	15,8	27	21,4	44,145	<0,001*
	1-2 Saat	103	19,6	56	44,4		
	2-3 Saat	63	12,0	6	4,8		
	3 ve daha fazla	277	52,7	37	29,4		
Hastane Tanısı	KVS	92	17,5	39	31,0	60,869	<0,001*
	Solunum	37	7,0	10	7,9		
	Nörolojik	100	19,0	22	17,5		
	Gastrointestinal	44	8,4	14	11,1		
	Enfeksiyon	11	2,1	0	0,0		
	Arrest	30	5,7	5	4,0		
	Travma	117	22,2	19	15,1		
	İntoksikasyon	12	2,3	0	0,0		
	Psikiyatrik	34	6,5	2	1,6		
	Kadın doğum	5	1,0	7	5,6		
	Kulak Burun Boğaz	0	0,0	5	4,0		
	Metabolik	44	8,4	3	2,4		
Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu	Taburcu	229	43,5	87	69,0	31,033	<0,001*
	Servise yatış	147	27,9	28	22,2		
	Yoğun bakım yatış	118	22,4	9	7,1		
	Ex	32	6,1	2	1,6		

Analiz edilen vakalar olay yeri yönünden değerlendirildiğinde; araç, sokak ve diğer olay yerindeki hastalara ambulansla konulmuş tanılara bakıldığında; 14 (%9,5) KVS hastalığı tanılı, 5 (%3,4) solunum sistemi hastalığı tanılı, 24 (%16,2) nörolojik sistem hastalığı tanılı, 11 (%7,4) gastrointestinal sistem hastalığı tanılı, 82 (%55,4) travma tanılı, 2 (%1,4) intoksikasyon tanılı, 5 (%3,4) kadın doğum sistemi hastalığı tanılı, 5 (3,4) KBB sistemi hastalığı tanılı hasta olduğu görülmüştür. Olay yeri ev olan

vakaların tanılarına bakıldığında; 46 (%19,9) KVS hastalığı tanı, 21 (%9,1) solunum sistemi hastalığı tanı, 61 (%26,4) nörolojik sistem hastalığı tanı, 28 (%12,1) gastrointestinal sistem hastalığı tanı, 1 (%0,4) enfeksiyon tanı, 12 (%5,2) arrest tanı, 30 (%13) travma tanı, 2 (%0,9) intoksikasyon tanı, 15 (6,5) psikiyatrik hastalık tanı, 15 (%6,5) metabolik sistem hastalığı tanı hasta olduğu görülmüştür. Cami, eğitim kurumu, resmi dairelerde meydana gelen vakalarda 112 ambulans personelinin koymuş olduğu tanıları bakıldığında; 2 (%15,4) solunum sistemi hastalığı tanı, 6 (%46,2) nörolojik sistem hastalığı tanı, 1 (%7,7) enfeksiyon tanı, 4 (%30,8) travma tanı hasta olduğu görülmüştür. 1. basamak sağlık kuruluşundaki hastalara 112 ambulans personeli tarafından konulmuş tanıları bakıldığında; 12 (%27,3) KVS hastalığı tanı, 14 (%31,8) nörolojik sistem hastalığı tanı, 2 (%4,5) enfeksiyon tanı, 7 (%15,9) travma tanı, 5 (%11,4) psikiyatrik hastalık tanı, 4 (%9,1) metabolik hastalık tanı hasta olduğu görülmüştür. 2. basamak sağlık kuruluşundaki hastalara 112 ambulans personeli tarafından konulmuş tanıları bakıldığında; 41 (%19) KVS hastalığı tanı, 28 (%13,0) solunum sistemi hastalığı tanı, 51 (%23,6) nörolojik sistem hastalığı tanı, 19 (%8,8) gastrointestinal sistem hastalığı tanı, 6 (%2,8) enfeksiyon tanı, 8 (%3,7) arrest tanı, 21 (% 9,7) travma tanı, 10 (%4,6) intoksikasyon tanı, 6 (%2,8) psikiyatrik hastalık tanı, 3 (%1,4) kadın doğum sistemi hastalığı tanı, 23 (%10,6) metabolik sistem hastalığı tanı hasta olduğu görülmüştür. 112 ambulans personelinin olay yerinde koymuş oldukları tanıları ile olay yeri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Araç, sokak ve diğer olay yerlerinde meydana gelen vakalardaki hastaların acilde kalış süreleri değerlendirildiğinde; 0-1 saat acil serviste kalan hasta sayısının 47 (%31,8), 1-2 saat acil serviste kalan hasta sayısının 31 (%20,9), 2-3 saat acil serviste kalan hasta sayısının 37 (%25,0), 3 saatten daha fazla acil serviste kalan hasta sayısının 33 (%22,3) olduğu görülmüştür. Olay yeri ev olan hastalara bakıldığında; 0-1 saat aralığında tedavi alan hastaların sayısı 60 (%26), 1-2 saat tedavi alan hastaların sayısı 100 (%43,3), 2-3 saat tedavi alan hastaların sayısı 21 (%9,1), 3 saatten daha fazla tedavi alan hastaların sayısı 50 (%21,6)'dır. Cami, eğitim kurumu ve resmi dairelerde meydana gelen vakalardaki hastaların acil servisteki tedavi sürelerine bakıldığında 0-1 saat aralığında tedavi alan hasta sayısının 1 (%7,7), 1-2 saat aralığında tedavi alan hasta sayısının 8 (%61,5), 3 saatten daha fazla tedavi alan hastaların sayısının 4 (%30,8)

olduğu görülmüştür. 1. basamak sağlık kuruluşunda meydana gelen vakalardaki hastaların acilde kalış sürelerine bakıldığında; 0-1 saat aralığında tedavi alan hasta sayısı 2 (%4,5), 1-2 saat aralığında tedavi alan hasta sayısı 11 (%25), 2-3 saat aralığında tedavi alan hasta sayısı 12 (%27,3), 3 saatten daha fazla tedavi alan hasta sayısı 29 (%65,9)dur. 2. basamak sağlık kuruluşunda meydana gelen vakalardaki hastaların acilde kalış sürelerine bakıldığında; 1-2 saat aralığında tedavi alan hasta sayısının 9 (%4,2), 2-3 saat aralığında tedavi alan hasta sayısının 9 (%4,2), 3 saatten daha fazla acilde tedavi alan hasta sayısının ise 198 (%91,7)'dir. Olay yeri ile hastaların acilde kalış süreleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Araç, sokak ve diğer olay yerlerinde meydana gelen vakalardaki hastalara hastane ortamında koyulan tanılar değerlendirildiğinde; 19 (%12,8) KVS hastalığı tanılı, 5 (%3,4) solunum sistem hastalığı tanılı, 22 (%14,9) nörolojik sistem hastalığı tanılı, 9 (%6,1) gastrointestinal sistem hastalığı tanılı hasta, 2 (%1,4) arrest tanılı hasta, 77 (%52,0) travma tanılı hasta, 4 (%2,7) psikiyatrik hastalık tanılı hasta, 5 (%3,4) kadın doğum sistemi hastalığı tanılı hasta, 5 (3,4) KBB sistemi hastalığı tanılı hasta olduğu görülmüştür. Ev ortamında meydana gelen vakalardaki hastalara konulmuş olan tanılara bakıldığında; 55 (%23,8) KVS hastalığı tanılı, 16 (%6,9) solunum sistemi hastalığı tanılı, 35 (%15,2) nörolojik sistem hastalığı tanılı, 27 (%11,7) gastrointestinal sistem hastalığı tanılı, 5 (%2,2) enfeksiyon tanılı, 25 (%10,8) arrest tanılı, 27 (%11,7) travma tanılı, 17 (%7,4) psikiyatrik hastalık tanılı, 4 (%1,7) kadın doğum sistemi hastalığı tanılı, 20 (%8,7) metabolik hastalık tanılı hasta olduğu görülmüştür. Cami, eğitim kurumu ve resmi dairelerde meydana gelen vakalardaki hastalara hastane personeli tarafından konulan tanılara bakıldığında; 2 (%15,4) KVS hastalığı tanılı, 1 (%7,7) solunum sistemi hastalığı tanılı, 6 (%46,2) nörolojik sistem hastalığı tanılı, 4 (%30,8) travma tanılı hasta olduğu görülmüştür. 1. basamak sağlık kuruluşunda meydana gelen vakalardaki hastalara hastane ortamında koyulan tanılar değerlendirildiğinde; 12 (%27,3) KVS hastalığı tanılı, 2 (%4,5) solunum sistemi hastalığı tanılı, 14 (%31,8) nörolojik sistem hastalığı tanılı, 7 (%15,9) travma tanılı, 5 (%11,4) psikiyatrik hastalık tanılı, 4 (%9,1) metabolik hastalık tanılı hasta olduğu görülmüştür. 2. basamak sağlık kuruluşunda meydana gelen vakalardaki hastalara hastane ortamında koyulan tanılar değerlendirildiğinde; 43 (%19,9) KVS sistem hastalığı tanılı, 23 (%10,6) solunum sistemi hastalığı tanılı, 45 (%20,8) nörolojik sistem hastalığı tanılı, 22 (%10,2)

gastrointestinal sistem hastalığı tanılı, 6 (%2,8) enfeksiyon tanılı, 8 (% 3,7) arrest tanılı, 21 (%9,7) travma tanılı, 12 (%5,6) intoksikasyon tanılı, 10 (%4,6) psikiyatrik hastalık tanılı, 3 (%1,4) kadın doğum sistemi hastalığı tanılı, 23 (%10,6) metabolik sistem hastalığı tanılı hasta olduğu görülmüştür. Olay yeri ile hastane ortamında hastaya konulan tanılar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Olay yeri araç, sokak ve diğer yerler olan vakaların hastanedeki son durumları değerlendirildiğinde; 115 (%77,7) hastanın taburcu edildiği, 24 (%16,2) hastanın servise yatışının yapıldığı, 7 (%4,7) hastanın yoğun bakıma alındığı, 2 (%1,4) hastanın ise vefat ettiği görülmektedir. Olay yeri ev olan hastaların; 162 (%70,1)'si taburcu edilmiş, 28 (%12,1)'i servise yatış yapılmış, 27 (%11,7)'i yoğun bakıma alınmış, 14 (%6,1)'ü vefat etmiştir. Olay yeri cami, eğitim kurumu ve resmi daire olan vakaların; 9 (%69,2)'u taburcu olmuş, 4 (%30,8)'ü servise yatırılmıştır. Olay yeri sağlık kurumu (1. Basamak) olan hastaların; 15 (%34,1)'i taburcu edilmiş, 17 (%38,6)'sinin servise yatışı yapılmış, 12 (%27,3)'si ise yoğun bakıma alınmıştır. Olay yeri sağlık kurumu (2. basamak) olan hastaların; 15 (%6,9)'i taburcu edilmiş, 102 (%47,2)'i servise yatırılmış, 81 (%37,5)'i yoğun bakıma alınmış, 18 (%8,3)'i de vefat etmiştir. Vakaların olay yerleri ile hastanedeki son durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5: Vakaların Olay Yerine göre Değerlendirilmesi

		Olay Yeri			χ^2	p
		Cami+Eğitim	Sağlık Kurumu	Sağlık Kurumu		
		kurumu+Resmi Daire	(1.Basamak)	(2.Basamak)		
Araç+Sokak+Diğer	Ev					

		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	14	9,5	46	19,9	0	0,0	12	27,3	41	19,0	232,2 93	<0,00 1*
	Solunum	5	3,4	21	9,1	2	15,4	0	0,0	28	13,0		
	Nörolojik	24	16,2	61	26,4	6	46,2	14	31,8	51	23,6		
	Gastrointestinal	11	7,4	28	12,1	0	0,0	0	0,0	19	8,8		
	Enfeksiyon	0	0,0	1	0,4	1	7,7	2	4,5	6	2,8		
	Arrest	0	0,0	12	5,2	0	0,0	0	0,0	8	3,7		
	Travma	82	55,4	30	13,0	4	30,8	7	15,9	21	9,7		
	İntoksikasyon	2	1,4	2	0,9	0	0,0	0	0,0	10	4,6		
	Psikiyatrik	0	0,0	15	6,5	0	0,0	5	11,4	6	2,8		
	Kadın doğum	5	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	1,4		
Acilde Kalış Süresi	Kulak Burun Boğaz	5	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	333,6 96	<0,00 1*
	Metabolik	0	0,0	15	6,5	0	0,0	4	9,1	23	10,6		
	0-1 Saat	47	31,8	60	26,0	1	7,7	2	4,5	0	0,0		
	1-2 Saat	31	20,9	10	4,3	8	61,5	11	25,0	9	4,2		
	2-3 Saat	37	25,0	21	9,1	0	0,0	2	4,5	9	4,2		
Hastane Tanısı	3 ve daha fazla	33	22,3	50	21,6	4	30,8	29	65,9	198	91,7	221,8 23	<0,00 1*
	KVS	19	12,8	55	23,8	2	15,4	12	27,3	43	19,9		
	Solunum	5	3,4	16	6,9	1	7,7	2	4,5	23	10,6		
	Nörolojik	22	14,9	35	15,2	6	46,2	14	31,8	45	20,8		
	Gastrointestinal	9	6,1	27	11,7	0	0,0	0	0,0	22	10,2		
	Enfeksiyon	0	0,0	5	2,2	0	0,0	0	0,0	6	2,8		
	Arrest	2	1,4	25	10,8	0	0,0	0	0,0	8	3,7		
	Travma	77	52,0	27	11,7	4	30,8	7	15,9	21	9,7		

	İntoksikasyon	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12	5,6		
	Psikiyatrik	4	2,7	17	7,4	0	0,0	5	11,4	10	4,6		
	Kadın doğum	5	3,4	4	1,7	0	0,0	0	0,0	3	1,4		
	Kulak Burun Boğaz	5	3,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Metabolik	0	0,0	20	8,7	0	0,0	4	9,1	23	10,6		
Hastane	Taburcu	115	77,7	16	70,1	9	69,2	15	34,1	15	6,9		
ye Sevk	Edilen	24	16,2	28	12,1	4	30,8	17	38,6	102	47,2	264,1	<0,00
Hastan	Yoğun bakım yatış	7	4,7	27	11,7	0	0,0	12	27,3	81	37,5	94	1*
Durumu	Ex	2	1,4	14	6,1	0	0,0	0	0,0	18	8,3		

652 vakanın %64,9'u medikal vakadan oluşmaktadır (Tablo 1). Medikal vakalara ambulans ekipleri tarafından koyulan tanılar değerlendirildiğinde; KVS sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 76 (%18), solunum sistemi hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 40 (%9,5), nörolojik sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 121 (%28,6), gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 43 (%10,2), enfeksiyon hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 4 (%0,9), arrest tanısı olan hasta sayısı 15 (%3,5), travma tanısı olan hasta sayısı 69 (%16,3), intoksikasyon tanısı olan hasta sayısı 6 (%1,4), psikiyatrik rahatsızlık tanısı olan hasta sayısı 21 (%5,0), kadın doğum sistemi hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 5 (%1,2), metabolik sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı ise 23 (%5,4)'tür (Tablo 6) .

Medikal vakaların hastaneye geldikleri zamandan tedavilerinin bittiği zamana kadar geçen süre değerlendirildiğinde; 0-1 saat aralığı 87 (%20,6) hasta, 1-2 saat aralığı 145 (%34,3) hasta, 2-3 saat aralığı 46 (%10,9) hasta, 3 saatten daha uzun süre ise 145 (%34,3) hasta tedavi görmüştür (Tablo 6).

Medikal vakalara hastanede koyulan tanılar değerlendirildiğinde; KVS sistemi hastalıkları tanılı hasta sayısı 96 (%22,7), solunum sistemi hastalıkları tanılı hasta sayısı 31 (%7,3), nörolojik sistem hastalıkları tanılı hasta sayısı 87 (%20,6), gastrointestinal

sistem hastalıkları tanılı hasta sayısı 43 (%10,2), enfeksiyon hastalıkları tanılı hasta sayısı 5 (%0,9), arrest tanılı hasta sayısı 28 (%6,6), travma tanılı hasta sayısı 61 (%14,4), intoksikasyon tanılı hasta sayısı 6 (%1,4), psikiyatrik rahatsızlık tanılı hasta sayısı 29 (%6,9), kadın doğum sistemi hastalıkları tanılı hasta sayısı 9 (%2,1) ve metabolik sistem hastalıkları tanılı hasta sayısı 28 (%6,6)'dir (Tablo 6).

Medikal vakalar hastanedeki son durumlarına göre değerlendirildiğinde; 258 (%61) hastanın taburcu edildiği, 101 (%23,9) hastanın servise yatışının yapıldığı, 50 (%11,8) hastanın yoğun bakıma alındığı, 14 (%3,3) hastanın ise vefat ettiği görülmüştür (Tablo 6).

Travma vakalarına ambulans ekipleri tarafından koyulan ön tanımlar değerlendirildiğinde; KVS sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 37 (%16,2), solunum sistemi hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 16 (%7), nörolojik sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 35 (%15,3), gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 15 (%6,6), enfeksiyon hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 6 (%2,6), arrest tanısı olan hasta sayısı 5 (%2,2), travma tanısı olan hasta sayısı 75 (%32,8), intoksikasyon tanısı olan hasta sayısı 8 (%3,5), psikiyatrik rahatsızlık tanısı olan hasta sayısı 5 (%2,2), kadın doğum sistemi hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 3 (%1,3), KBB sistemi hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 5 (%2,2) ve metabolik sistem hastalıkları tanısı olan hasta sayısı 19 (%8,3)'dur (Tablo 6).

Travma vakalarının hastaneye geldikleri zamandan tedavileri bitene kadar geçen süre değerlendirildiğinde; 0-1 saat aralığında 23 (%10,0), 1-2 saat aralığında 14 (%6,1), 2-3 saat aralığında 23 (%10), 3 saatten daha uzun sürede 14 (%6,1) hastanın tedavisinin tamamlandığı görülmüştür (Tablo 6).

Travma vakalarına hastanede koyulan tanımlar değerlendirildiğinde; KVS sistem hastalıkları tanılı hasta sayısının 35 (%15,3), solunum sistem hastalıkları tanılı hasta sayısının 16 (%7,0), nörolojik sistem hastalıkları tanılı hasta sayısının 35 (%15,3), gastrointestinal sistem hastalıkları tanılı hasta sayısının 15 (%6,6), enfeksiyon hastalıkları tanılı hasta sayısının 6 (%2,6), arrest tanılı hasta sayısının 7 (%3,1), travma tanılı hasta sayısının 75 (%32,8), intoksikasyon tanılı hasta sayısının 6 (%2,6), psikiyatri hastalıkları tanılı hasta sayısının 7 (%3,1), kadın doğum sistemi hastalıkları tanılı hasta

sayısının 3 (%1,3), KBB hastalıkları tanılı hasta sayısının 5 (%2,2) metabolik sistem hastalıkları tanılı hasta sayısının ise 19 (%8,3) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Travma vakaları hastanedeki son durumlarına göre değerlendirildiğinde; 58 (%25,3) hastanın taburcu edildiği, 74 (%32,3) hastanın servise yatışının yapıldığı, 77 (%33,6) hastanın yoğun bakıma alındığı, 20 (%8,7) hastanın ise vefat ettiği görülmüştür (Tablo 6).

Çağrı nedenleri ile 112 personelinin ambulansa hastalara koydukları tanılar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çağrı nedenleri ile hastanın acilde kalış süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çağrı nedenleri ile hastane ortamında koyulan tanılar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Çağrı nedenleri ile hastanın hastanedeki son durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6: Vakaların Çağrı Nedeni Bakımından Değerlendirilmesi

		Çağrı Nedeni				χ^2	p
		Medikal		Travma			
		n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	76	18,0%	37	16,2%	53,334	<0,001*
	Solunum	40	9,5%	16	7,0%		
	Nörolojik	121	28,6%	35	15,3%		

	Gastrointestinal	43	10,2%	15	6,6%		
	Enfeksiyon	4	0,9%	6	2,6%		
	Arrest	15	3,5%	5	2,2%		
	Travma	69	16,3%	75	32,8%		
	İntoksikasyon	6	1,4%	8	3,5%		
	Psikiyatrik	21	5,0%	5	2,2%		
	Kadın doğum	5	1,2%	3	1,3%		
	Kulak Burun Boğaz	0	0,0%	5	2,2%		
	Metabolik	23	5,4%	19	8,3%		
Acilde Kalış Süresi	0-1 Saat	87	20,6%	23	10,0%	106,361	<0,001*
	1-2 Saat	145	34,3%	14	6,1%		
	2-3 Saat	46	10,9%	23	10,0%		
	3 ve daha fazla	145	34,3%	169	73,8%		
Hastane Tanısı	KVS	96	22,7%	35	15,3%	53,155	<0,001*
	Solunum	31	7,3%	16	7,0%		
	Nörolojik	87	20,6%	35	15,3%		
	Gastrointestinal	43	10,2%	15	6,6%		
	Enfeksiyon	5	1,2%	6	2,6%		
	Arrest	28	6,6%	7	3,1%		
	Travma	61	14,4%	75	32,8%		
	İntoksikasyon	6	1,4%	6	2,6%		
	Psikiyatrik	29	6,9%	7	3,1%		
	Kadın doğum	9	2,1%	3	1,3%		
	Kulak Burun Boğaz	0	0,0%	5	2,2%		
	Metabolik	28	6,6%	19	8,3%		
Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu	Taburcu	258	61,0%	58	25,3%	87,577	<0,001*
	Servise yatış	101	23,9%	74	32,3%		
	Yoğun bakım yatış	50	11,8%	77	33,6%		
	Ex	14	3,3%	20	8,7%		

652 vakanın %92,9'unun TC vatandaşı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1). 112 personeli tarafından, ambulansla, TC vatandaşı olan; 107 (%17,7) hastaya KVS hastalıkları, 51 (%8,4) hastaya solunum sistemi hastalıkları, 148 (%24,4) hastaya nörolojik sistem hastalıkları, 42 (%6,9) hastaya gastrointestinal sistem hastalıkları, 10 (%1,7) hastaya enfeksiyon hastalıkları, 18 (%3,0) hastaya arrest, 140 (%23,1) hastaya

travma, 14 (%2,3) hastaya intoksikasyon, 21 (%3,5) hastaya psikiyatrik rahatsızlık, 8 (%1,3) hastaya kadın doğum sistemi hastalıkları, 5 (%0,8) hastaya KBB sistemi hastalıkları, 42 (%6,9) hastaya ise metabolik sistem hastalıkları tanıları koyulduğu görülmüştür. Yabancı uyruklu hastalara bakıldığında; 6 (%13) kişiye KVS hastalıkları, 5 (%10,9) kişiye solunum sistemi hastalıkları, 8 (%17,4) kişiye nörolojik sistem hastalıkları, 16 (%34,8) kişiye gastrointestinal sistem hastalıkları, 2 (%4,3) kişiye arrest, 4 (%8,7) kişiye travma, 5 (%10,9) kişiye psikiyatrik rahatsızlıklar tanıları koyulduğu görülmüştür. Hasta türü ile 112 personelinin olay yerinde hastaya koymuş oldukları tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7).

Hasta türüne göre hastanede kalış zamanlarına bakıldığında: TC vatandaşlarından hastanede; 0-1 saat arası tedavi gören hasta sayısı 93 (%15,3), 1-2 saat arası tedavi gören hasta sayısı 139 (%22,9), 2-3 saat arası tedavi gören hasta sayısı 67 (%11,1), 3 saatten daha uzun süre tedavi gören hasta sayısı ise 307 (%50,7)'dir. Yabancı uyruklu hastalardan hastanede; 0-1 saat arası tedavi gören hasta sayısı 17 (%37), 1-2 saat arası tedavi gören hasta sayısı 20 (%43,5), 2-3 saat arası tedavi gören hasta sayısı 2 (%4,3), 3 saatten daha uzun süre tedavi gören hasta sayısı ise 7 (%15,2)'dir. Hasta türü ile hastanenin acil servisinde tedavi gören hastaları karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7).

Hastane ortamında koyulan tanıları, hasta türüne göre değerlendirdiğimizde: TC vatandaşı olan hastalardan; 125 (%20,6)'ine KVS hastalıkları, 42 (%6,9)'sine solunum sistemi hastalıkları, 117 (% 19,3)'sine nörolojik sistem hastalıkları, 42 (%6,9)'sine gastrointestinal sistem hastalıkları, 11 (%1,8)'ine enfeksiyon hastalıkları, 34 (%5,6)'üne arrest, 131 (%21,6)'ine travma, 12 (%2,0)'sine intoksikasyon, 31 (% 5,1)'ine psikiyatrik rahatsızlık, 12 (%2,0)'sine kadın doğum sistemi hastalıkları, 5 (%0,8)'ine KBB sistemi hastalıkları ve 44 (%7,3)'üne metabolik sistem hastalıkları tanıları koyulduğu görülmüştür. Yabancı uyruklularda ise; 6 (%13) hastaya KVS hastalıkları, 5 (%10,9) hastaya solunum sistemi hastalıkları, 5 (%10,9) hastaya nörolojik sistem hastalıkları, 16 (%34,8) hastaya gastrointestinal sistem hastalıkları, 1 (%2,2) hastaya arrest, 5 (%10,9) hastaya travma, 5 (%10,9) hastaya psikiyatrik rahatsızlık, 3 (%6,5) hastaya metabolik sistem hastalıkları tanıları koyulmuştur. Hasta türü ile hastanede yapılan müdahale

sonucu hastaya koyulan tanıları karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7).

Hastaneye sevk olan hastaların, hastanedeki son durumları hasta türüne göre değerlendirildiğinde: TC vatandaşı olan; 277 (%45,7) hastanın taburcu edildiği, 170 (%28,1) hastanın servise yatışının yapıldığı, 126 (%20,8) hastanın yoğun bakıma alındığı, 33 (%5,4) hastanın ise vefat ettiği görülmüştür. Yabancı uyruklu hastaların ise; 39 (%84,8)'u taburcu edilmiş, 5 (%10,9)'ünün servise yatışı yapılmış, 1 (%2,2)'i yoğun bakıma alınmış, 1 (%2,2)'i ise vefat etmiştir. Hasta türü ile hastaneye sevk olan hastanın son durumunu karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7: Vakaların Hasta Türü Yönünden Değerlendirilmesi

Hasta Türü				χ^2	p
TC Vatandaşı		Yabancı Uyruklu			
n	%	n	%		

Ön Tanı	KVS	107	17,7%	6	13,0%	55,148	<0,001*
	Solunum	51	8,4%	5	10,9%		
	Nörolojik	148	24,4%	8	17,4%		
	Gastrointestinal	42	6,9%	16	34,8%		
	Enfeksiyon	10	1,7%	0	0,0%		
	Arrest	18	3,0%	2	4,3%		
	Travma	140	23,1%	4	8,7%		
	İntoksikasyon	14	2,3%	0	0,0%		
	Psikiyatrik	21	3,5%	5	10,9%		
	Kadın doğum	8	1,3%	0	0,0%		
	Kulak Burun Boğaz	5	0,8%	0	0,0%		
	Metabolik	42	6,9%	0	0,0%		
Acilde Kalış Süresi	0-1 Saat	93	15,3%	17	37,0%	32,202	<0,001*
	1-2 Saat	139	22,9%	20	43,5%		
	2-3 Saat	67	11,1%	2	4,3%		
	3 ve daha fazla	307	50,7%	7	15,2%		
Hastane Tanısı	KVS	125	20,6%	6	13,0%	49,994	<0,001*
	Solunum	42	6,9%	5	10,9%		
	Nörolojik	117	19,3%	5	10,9%		
	Gastrointestinal	42	6,9%	16	34,8%		
	Enfeksiyon	11	1,8%	0	0,0%		
	Arrest	34	5,6%	1	2,2%		
	Travma	131	21,6%	5	10,9%		
	İntoksikasyon	12	2,0%	0	0,0%		
	Psikiyatrik	31	5,1%	5	10,9%		
	Kadın doğum	12	2,0%	0	0,0%		
	Kulak Burun Boğaz	5	0,8%	0	0,0%		
	Metabolik	44	7,3%	3	6,5%		
Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu	Taburcu	277	45,7%	39	84,8%	26,657	<0,001*
	Servise yatış	170	28,1%	5	10,9%		
	Yoğun bakım yatış	126	20,8%	1	2,2%		
	Ex	33	5,4%	1	2,2%		

Olay yerinde hastanın şikayetleri ve vital bulguları sonucu ambulans personelinin koyduğu tanımlar ile hastane ortamında koyulan tanımları karşılaştırdığımızda: Ambulansta KVS hastalıkları tanısı koyulan hastalardan; 104 (%92)'üne KVS

hastalıkları, 5 (%4,4)'ine solunum sistemi hastalıkları, 2 (%1,8)'sine arrest, 2 (%1,8)'sine travma tanılarının hastanede koyulduğu görülmüştür. Ambulansta solunum sistemi hastalıkları tanısı koyulan; 8 (%14,3) hastaya KVS hastalıkları, 43 (%76,8) hastaya solunum sistemi rahatsızlığı, 3 (%5,4) hastaya gastrointestinal sistem hastalığı, 2 (%3,6) hastaya intoksikasyon tanıları hastanede koyulmuştur. Ambulansta nörolojik rahatsızlık tanısı koyulan hastalara hastanede koyulan tanılar; 13 (%8,3) hastaya KVS hastalıkları, 112 (%71,8) hastaya nörolojik sistem hastalıkları, 1 (%0,6) hastaya gastrointestinal sistem hastalıkları, 2 (%1,3) hastaya enfeksiyon hastalıkları, 14 (%9) hastaya arrest, 7 (%4,5) hastaya psikiyatrik rahatsızlıklar, 2 (%1,3) hastaya kadın doğum sistemi hastalıkları, 5 (%3,2) hastaya metabolik sistem hastalığı şeklindedir. Ambulansta enfeksiyon hastalıkları tanısı koyulan hastalardan; 4 (%40)'üne solunum sistemi hastalıkları, 6 (%60)'sına ise enfeksiyon hastalıkları tanıları hastane ortamında koyulmuştur.

Ambulansta gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı koyulan hastalara hastanede koyulan tanılar şu şekildedir; 3 (%5,2) hastaya nörolojik sistem hastalıkları tanısı, 52 (%89,7) hastaya gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı, 3 (%5,2) hastaya ise enfeksiyon hastalıkları tanısı. Ambulansta arrest tanısı koyulan; 19 (%95) hastaya arrest, 1 (%5,0) hastaya ise travma tanısı hastanede koyulmuştur. Ambulanstaki travma vakalarının hastanedeki tanılarına bakıldığında ise; 5 (%3,5) hastada KVS hastalıkları, 2 (%1,4) hastada nörolojik sistem hastalıkları, 2 (%1,4) hastada gastrointestinal sistem hastalıkları, 128 (% 88,9) hastada travma, 2 (%1,4) hastada kadın doğum sistemi hastalıkları, 5 (%3,5) hastada metabolik sistem hastalıkları şeklinde olduğu görülmektedir. Ön tanısı intoksikasyon olan hastalardan; 10 (%71,4)'una intoksikasyon, 4 (%28,6)'üne ise psikiyatrik rahatsızlık tanıları hastanede koyulmuştur. Ambulansta psikiyatrik rahatsızlık tanısı koyulan hastalara baktığımızda; 1 (%3,8) hastada KVS hastalıkları, 2 (%96,2) hastada ise psikiyatrik rahatsızlık tanılarının hastanede koyulduğu görülmüştür. Kadın doğum sistemi hastalıkları ön tanısı koyulan hastalardan 8 (%100)'ine, hastanede de kadın doğum sistemi hastalıkları tanısı koyulmuştur. KBB sistemi hastalıkları ön tanısına bakıldığında; 5 (%100) hastaya, hastanede de KBB sistemi hastalıkları tanısı koyulduğu görülmüştür. Metabolik sistem hastalıkları ön tanısı olan hastaların hastanedeki tanılarına bakıldığında; 5 (%11,9) hastaya travma tanısı, 37 (%88,1) hastaya ise metabolik sistem hastalıkları tanısı koyulduğu görülmüştür.

Vakaların ön tanıları ve hastane ortamında koyulan tanıları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Vakaların Ön Tanı-Son Tanı Olarak Değerlendirilmesi

		Ön Tanı																		p
		KVS	So lu nu m	Nö rol oji k	Gastr ointes tinal		Enf eksi yon		A rr e st	Tr av ma	İntok sika syon		Psiki yatri k	Kadı n doğ um	Kulak Burun Boğaz		Metab olik			
					n	%	n	%			n	%			n	%	n	%	n	
Hastane Tanısı1	KVS	9 12 0,8	14 13 0,3	8 0,00	0 0,00	0 0,00	3 5 0,00	0 0,00	5	0 0,00	0 0,00	1 3,80	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00				
	Solunum	0 0,00	7 43 0,8	0 0,00	4 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Nörolojik	4 5,40	0 0,00	7 11 0,8	3 5,20	0 0,00	1 2 0,00	0 0,00	2	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Gastrointestinal	0 0,00	5 3 0,00	0 1 0,00	5 89 0,7	0 0,00	1 2 0,00	0 0,00	2	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Enfeksiyon	0 0,00	0 0,00	1 2 0,00	3 5,20	6 0,00	0 0,00	0 0,00	0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Arrest	1 2,80	0 0,00	9 14 0,00	0 0,00	0 0,00	1 9 0,00	95 0,00	0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Travma	1 2,80	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 5,00	8 12,80	0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	11 5,90					
	İntoksikasyon	0 0,00	3 2 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	7 11,40	0	0 0,00	1 1,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Psikiyatrik	0 0,00	0 0,00	4 7 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	2 4,60	96 5,20	0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					
	Kadın doğum	0 0,00	0 0,00	2 1 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1 2,00	8 10,00	0	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00					

		0-1 Saat		1-2 Saat		2-3 Saat		3 ve daha fazla			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	15	13,6	22	13,8	7	10,1	69	22,0	132,361	<0,001*
	Solunum	5	4,5	15	9,4	5	7,2	31	9,9		
	Nörolojik	21	19,1	43	27,0	17	24,6	75	23,9		
	Gastrointestinal	5	4,5	27	17,0	2	2,9	24	7,6		
	Enfeksiyon	4	3,6	0	0,0	2	2,9	4	1,3		
	Arrest	5	4,5	2	1,3	0	0,0	13	4,1		
	Travma	40	36,4	31	19,5	28	40,6	45	14,3		
	İntoksikasyon	0	0,0	2	1,3	0	0,0	12	3,8		
	Psikiyatrik	10	9,1	5	3,1	1	1,4	10	3,2		
	Kadın doğum	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	2,5		
	Kulak Burun Boğaz	5	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Metabolik	0	0,0	12	7,5	7	10,1	23	7,3		

Vakaların hastane ortamında koyulan tanıları ile acil serviste kalış süreleri incelendiğinde: 0-1 saat aralığında tedavi alan hastaların; 15 (%13,6)'inin KVS rahatsızlıkları tanılı, 9 (%8,2)'unun solunum sistemi hastalıkları tanılı, 23 (%20,9)'ünün nörolojik rahatsızlıklar tanılı, 5 (%4,5)'inin gastrointestinal sistem hastalıkları tanılı, 5 (%4,5)'inin arrest tanılı, 33 (%30,0)'ünün travma tanılı, 10 (%9,1)'unun psikiyatrik rahatsızlık tanılı, 5 (%4,5)'inin kulak burun boğaz hastalıkları tanılı, 5 (%4,5)'inin metabolik sistem hastalıkları tanılı oldukları görülmektedir. 1-2 saat aralığında tedavi görenlerden; 25 (%15,7) hasta KVS hastalıkları tanılı, 15 (%9,4) hasta solunum sistemi hastalıkları tanılı, 23 (%14,5) hasta nörolojik sistem hastalıkları tanılı, 25 (%15,7) hasta gastrointestinal sistem hastalıkları tanılı, 3 (%1,9) hasta enfeksiyon tanılı, 12 (%7,5) hasta arrest tanılı, 28 (%17,6) hasta travma tanılı, 9 (%5,7) hasta psikiyatrik rahatsızlıklar tanılı, 2 (%1,3) hasta kadın doğum tanılı, 17 (%10,7) hasta ise metabolik sistem hastalıkları tanılıdır. 2-3 saat acilde kalan hastaların; 14 (%20,3)'ü KVS hastalıkları, 3 (%4,3)'ü solunum sistemi hastalıkları, 14 (%20,3)'ü nörolojik sistem hastalıkları, 4 (%5,8)'ü enfeksiyon hastalıkları, 30 (%43,5)'ü travma, 2 (%2,9)'si intoksikasyon, 2 (%2,9)'si metabolik sistem hastalıkları tanılıdır. 3 saatten daha fazla tedavi alan hastalardan ise; 77 (%24,5)'si KVS hastalıkları, 20 (%6,4)'si solunum sistemi hastalıkları, 62 (%19,7)'si nörolojik sistem hastalıkları, 28 (%8,9)'i gastrointestinal sistem hastalıkları, 4 (%1,3)'ü enfeksiyon hastalıkları, 18 (%5,7)'i

arrest, 45 (%14,3)'i travma, 10 (%3,2)'u intoksikasyon, 17 (%5,4)'si psikiyatri hastalıkları, 10 (%3,2)'u kadın doğum, 23 (%7,3)'ü metabolik sistem rahatsızlıkları tanılıdır. Hastaların acilde kalış süreleri ile hastane ortamında koyulan tanılar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10)

Tablo 10: Hastane Tanı-Acilde Kalış Süresi

		Acilde Kalış Süresi								χ ²	p
		0-1 Saat		1-2 Saat		2-3 Saat		3 ve daha fazla			
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Hastane Tanısı	KVS	15	13,6%	25	15,7%	14	20,3%	77	24,5%	122,745	<0,001*
	Solunum	9	8,2%	15	9,4%	3	4,3%	20	6,4%		
	Nörolojik	23	20,9%	23	14,5%	14	20,3%	62	19,7%		
	Gastrointestinal	5	4,5%	25	15,7%	0	0,0%	28	8,9%		
	Enfeksiyon	0	0,0%	3	1,9%	4	5,8%	4	1,3%		
	Arrest	5	4,5%	12	7,5%	0	0,0%	18	5,7%		
	Travma	33	30,0%	28	17,6%	30	43,5%	45	14,3%		
	İntoksikasyon	0	0,0%	0	0,0%	2	2,9%	10	3,2%		
	Psikiyatrik	10	9,1%	9	5,7%	0	0,0%	17	5,4%		
	Kadın doğum	0	0,0%	2	1,3%	0	0,0%	10	3,2%		
	Kulak Burun Boğaz	5	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Metabolik	5	4,5%	17	10,7%	2	2,9%	23	7,3%		

Hastaneye sevk edilip tedavi sonrası taburcu olan hastaların; 54 (%17,1)'ünün KVS rahatsızlıkları, 24 (%7,6)'ünün solunum sistemi hastalığı, 55 (%17,4)'inin nörolojik sistem hastalığı, 30 (%9,5)'unun gastrointestinal sistem hastalığı, 7 (%2,2)'sinin enfeksiyon, 93 (%29,4)'ünün travma, 2 (%0,6)'sinin intoksikasyon, 19 (%6,0)'unun psikiyatrik rahatsızlık, 3 (%0,9)'ünün kadın doğum, 5 (%1,6)'inin kulak burun boğaz hastalıkları, 24 (%7,6)'ünün de metabolik sistem hastalıkları tanıları olduğu görülmektedir. Servise yatış yapılan hastalar değerlendirildiğinde; 24 (%13,7) hastaya KVS rahatsızlıkları, 10 (%5,7) hastaya solunum sistemi rahatsızlıkları, 36 (%20,6) hastaya nörolojik rahatsızlıklar, 22 (%12,6) hastaya gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, 4 (% 3,4) hastaya enfeksiyon, 39 (% 22,3) hastaya travma, 12 (% 6,9) hastaya intoksikasyon, 10 (%5,7) hastaya psikiyatrik rahatsızlık, 8 (%4,6) hastaya kadın

doğum, 8 (%4,6) hastaya metabolik sistem hastalıkları olarak tanıların girildiği görülmüştür. Yoğun bakıma alınan hastalara bakıldığında; 50 (%39,4)'si KVS hastalıkları, 17 (%13,4)'si solunum sistemi hastalıkları, 29 (%22,8)'u nörolojik rahatsızlıklar, 6 (%4,7)'si gastrointestinal sistem hastalıkları, 8 (%6,3)'i arrest, 3(%2,4)'ü travma, 1 (%0,8)'i intoksikasyon, 2 (%1,6)'si kadın doğum, 11 (%8,7)'i metabolik sistem hastalıkları tanıli hastalardır. 3 (%8,8) KVS tanıli hasta, 3 (%8,8) solunum sistemi rahatsızlıkları tanıli hasta, 2 (%5,9) nörolojik rahatsızlık tanıli hasta, 2 (%5,9) enfeksiyon tanıli hasta, 18 (%52,9) arrest tanıli hasta, 1 (%2,9) travma tanıli hasta, 1 (%2,9) intoksikasyon tanıli hasta, 4 (%11,8) metabolik sistem hastalıkları tanıli hasta ise vefat etmiştir. Hastaneye sevk edilen hastaların hastanedeki son durumu; hastanede koyulan tanı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11: Hastane Tanısı- Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu

Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu	χ^2	p
---------------------------------------	----------	---

	Taburcu		Servise yatış		Yoğun bakım yatış		Ex	
	n	%	n	%	n	%	n	%
KVS	5	17,1	2	13,7	5	39,4	3	8,8%
	4	%	4	%	0	%		
Solunum	2	7,6%	1	5,7%	1	13,4	3	8,8%
	4		0		7	%		
Nörolojik	5	17,4	3	20,6	2	22,8	2	5,9%
	5	%	6	%	9	%		
Gastrointestinal	3	9,5%	2	12,6	6	4,7%	0	0,0%
	0		2	%				
Enfeksiyon	7	2,2%	4	3,4%	0	0,0%	2	5,9%
Arrest	0	0,0%	0	0,0%	8	6,3%	1	52,9
							8	%
Travma	9	29,4	3	22,3	3	2,4%	1	2,9%
	3	%	9	%				
İntoksikasyon	2	0,6%	1	6,9%	1	0,8%	1	2,9%
			2					
Psikiyatrik	1	6,0%	1	5,7%	0	0,0%	0	0,0%
	9		0					
Kadın doğum	3	0,9%	8	4,6%	2	1,6%	0	0,0%
Kulak Burun Boğaz	5	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Metabolik	2	7,6%	8	4,6%	1	8,7%	4	11,8
	4				1	%		%

Hastaneye sevk edilen hastaların son durumlarını ambulans personelinin koydukları ön tanılarına göre değerlendirdiğimizde: taburcu olan hastalardan; 42 (%13,3)'sine KVS hastalıkları, 22 (%7,0)'sine solunum sistemi hastalıkları, 67 (%21,2)'sine nörolojik sistem hastalıkları, 34 (%10,8)'üne gastrointestinal sistem hastalıkları, 6 (%1,9)'sına enfeksiyon, 101 (%32,0)'ine travma, 2 (%0,6)'sine intoksikasyon, 16 (%5,1)'sına psikiyatri hastalıkları, 5 (%1,6)'ine kulak burun boğaz hastalıkları, 21 (%6,6)'ine ise metabolik sistem rahatsızlıkları tanıları koyulduğu görülmüştür. Servise yatışı yapılanların ambulans konulan tanılarına bakıldığında; 22 (%12,6) hastanın KVS hastalıkları, 15 (%8,6) hastanın solunum sistemi rahatsızlıkları, 44 (%25,1) hastanın nörolojik sistem hastalıkları, 18 (%10,3) hastanın gastrointestinal sistem hastalıkları, 2 (%1,1) hastanın enfeksiyon, 39 (%22,3) hastanın travma, 8 (%4,6)

hastanın intoksikasyon, 5 (%2,9) hastanın psikiyatrik rahatsızlıklar, 6 (%3,4) hastanın kadın doğum, 16 (%9,2) hastanın metabolik sistem hastalıkları tanıları olduğu görülmektedir. Yoğun bakıma alınanlar değerlendirildiğinde; 44 (%34,6) hasta KVS hastalıkları, 16 (%12,6) hasta solunum sistemi rahatsızlıkları, 34 (%26,8) hasta nörolojik rahatsızlıklar, 6 (%4,7) hasta gastrointestinal hastalıklar, 3 (%2,4) hasta arrest, 3 (%2,4) hasta travma, 3 (%2,4) hasta intoksikasyon, 2 (%1,6) hasta kadın doğum rahatsızlıkları, 11 (%8,7) hasta metabolik sistem rahatsızlıkları tanılıdır. Vefat edenlere ambulansa koyulan tanıları değerlendirdiğimizde; 5 (%14,7) hastanın KVS rahatsızlıkları, 3 (%8,8) hastanın solunum sistemi rahatsızlıkları, 11 (%32,4) hastanın nörolojik kökenli, 2 (%5,9) hastanın enfeksiyon, 7 (%20,6) hastanın arrest, 1 (2,9) hastanın travma, 1 (%2,9) hastanın intoksikasyon, 4 (%11,8) hastanın metabolik sistem rahatsızlıkları tanıli oldukları görülmektedir. Hastaneye sevk edilen hastaların hastanedeki son durumlarını, ambulans personelinin hastalara koymuş oldukları tanıları bakımından karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12: Ön Tanı-Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu

	Hastaneye Sevk Edilen Hastanın Durumu								χ^2	p	
	Taburcu		Servise yatış		Yoğun bakım yatış		Ex				
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Ön Tanı	KVS	42	13,3 %	2	12,6 %	4	34,6 %	5	14,7 %	169,839	<0,001*
	Solunum	22	7,0%	1	8,6%	1	12,6 %	3	8,8%		
	Nörolojik	67	21,2 %	4	25,1 %	3	26,8 %	1	32,4 %		
	Gastrointestinal	34	10,8 %	1	10,3 %	6	4,7%	0	0,0%		
	Enfeksiyon	6	1,9%	2	1,1%	0	0,0%	2	5,9%		
	Arrest	0	0,0%	0	0,0%	3	2,4%	7	20,6 %		
	Travma	10	32,0 %	3	22,3 %	3	2,4%	1	2,9%		
	İntoksikasyon	2	0,6%	8	4,6%	3	2,4%	1	2,9%		
	Psikiyatrik	16	5,1%	5	2,9%	0	0,0%	0	0,0%		
	Kadın doğum	0	0,0%	6	3,4%	2	1,6%	0	0,0%		
	Kulak Burun Boğaz	5	1,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%		
	Metabolik	21	6,6%	1	9,2%	1	8,7%	4	11,8 %		

Gün içinde çıkan vakalar saat bazında karşılaştırıldığında: Ambulans ekipleri tarafından 00.00-08.00 saatleri arasında alınan hastaların; 23 (%20,4)'üne KVS hastalıkları, 7 (%6,2)'sine solunum sistem hastalıkları, 34 (%30,1)'üne nörolojik sistem hastalıkları, 14 (%12,4)'üne gastrointestinal sistem hastalıkları, 2 (%1,8)'sine enfeksiyon, 2 (%1,8)'sine arrest, 20 (%17,7)'sine travma, 2 (%1,8)'sine intoksikasyon, 2 (%1,8)'sine psikiyatri hastalığı, 7 (%6,2)'sine metabolik hastalık tanıları koyulduğu görülmüştür. Ambulans ekiplerince, 08.00-16.00 saatleri arasında alınan; 46 (%14,9) hastaya KVS hastalıkları, 33 (%10,7) hastaya solunum sistemi hastalıkları, 68 (%22,1) hastaya nörolojik sistem hastalıkları, 21 (%6,8) hastaya gastrointestinal sistem

hastalıkları, 6 (%1,9) hastaya enfeksiyon, 9 (%2,9) hastaya arrest, 80 (%26,0) hastaya travma, 7 (%2,3) hastaya intoksikasyon, 12 (%3,9) hastaya psikiyatri hastalıkları, 5 (%1,6) hastaya kadın doğum, 2 (%0,6) hastaya kulak burun boğaz, 19 (%6,2) hastaya metabolik hastalıklar tanısı koyulmuştur. Ambulans ekipleri tarafından 16.00-24.00 saatleri arasında alınan hastalara bakıldığında; 44 (%19,0)'üne KVS hastalıkları, 16 (%6,9)'sına solunum sistemi hastalıkları, 54 (%23,4)'üne nörolojik sistem hastalıkları, 23 (%10) 'üne gastrointestinal sistem hastalıkları, 2 (%0,9)'sine enfeksiyon, 9 (%3,9)'una arrest, 44 (%19,0)'üne travma, 5 (%2,2)'ine intoksikasyon, 12 (%5,2)'sine psikiyatri hastalıkları, 3 (%1,3)'üne kadın doğum, 3 (%1,3)'üne kulak burun boğaz hastalıkları, 16 (%6,9)'sına ise metabolik hastalıklar tanıları koyulduğu görülmektedir. Ambulans ekiplerinin çıktığı vakalara saat bazında bakıldığında, koyulan ön tanılarda anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 13).

Gün içinde çıkan vakaları, acilde kaldıkları süre bakımından değerlendirdiğimizde: 00.00-08.00 saatleri arasında; 0-1 saat aralığında 22 (%19,5), 1-2 saat aralığında 34 (%30,1), 2-3 saat aralığında 9 (%8,0), 3 saatten daha uzun süre 48 (%42,5) hastanın tedavi aldığı görülmüştür. 08.00-16.00 saatleri arasında; 0-1 saat tedavi alan hasta sayısı 52 (%16,9), 1-2 saat tedavi alan hasta sayısı 68 (%22,1), 2-3 saat arası tedavi alan hasta sayısı 47 (%15,3), 3 saatten daha uzun süre tedavi alan hasta sayısı ise 141 (%45,8)'dir. 16.00-24.00 saatleri arasına bakıldığında; 0-1 saat acilde tedavi alan hasta sayısı 36 (%15,6), 1-2 saat arası acilde tedavi alan hasta sayısı 57 (%24,7), 2-3 saat arası acilde tedavi alan hasta sayısı 13 (%5,6) ve 3 saatten daha uzun süre tedavi alan hasta sayısı ise 125 (%54,1)'tir. Ambulans ekiplerinin çıkmış oldukları vakalara saat bazından bakıldığında, acilde kalış süreleri istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13).

Gün içerisinde çıkan vakaların saatlerine bakılarak hastane ortamında koyulan tanıları değerlendirdiğimizde: 00.00-08.00 saatleri arasında çıkan vakalardan; 37 (%32,7) hastaya KVS rahatsızlıkları tanısı, 4 (%3,5) hastaya solunum sistemi hastalıkları tanısı, 18 (%15,9) hastaya nörolojik sistem hastalıkları tanısı, 12 (%10,6) hastaya gastrointestinal sistem hastalıkları tanısı, 6 (%5,3) hastaya enfeksiyon tanısı, 4 (%3,5) hastaya arrest tanısı, 19 (%16,8) hastaya travma tanısı, 2 (%1,8) hastaya intoksikasyon tanısı, 2 (%1,8) hastaya psikiyatrik rahatsızlık tanısı, 2 (%1,8) hastaya

kadın doğum tanısı, 7 (%6,2) hastaya metabolik rahatsızlık tanısı koyulduğu görülmektedir. Ambulans ekiplerinin 08.00-16.00 saatleri arasında teslim aldıkları hastalardan; 51 (%16,6)'ine KVS hastalıkları, 31 (%10,1)'ine solunum sistemi hastalıkları, 55 (%17,9)'ine nörolojik sistem hastalıkları, 22 (%7,1)'sine gastrointestinal sistem hastalıklar, 2 (%0,6)'sine enfeksiyon, 18 (%5,8)'ine arrest, 70 (%22,7)'ine travma, 8 (%2,6)'ine intoksikasyon, 19 (%6,2)'una psikiyatri hastalıkları, 5 (%1,6)'ine kadın doğum, 2 (%0,6)'sine kulak burun boğaz hastalıkları, 25 (%8,1)'ine metabolik hastalıklar tanıları koyulmuştur. Ambulans ekiplerinin 16.00-24.00 saatleri arasında aldıkları hastalara koydukları tanılara bakılınca; 43 (%18,6)'ünün KVS hastalıkları, 12 (% 5,2)'sinin solunum sistemi hastalıkları, 49 (%21,2)'unun nörolojik sistem hastalıkları, 24 (%10,4)'ünün gastrointestinal sistem hastalıkları, 3 (%1,3)'ünün enfeksiyon, 13 (%5,6)'ünün arrest, 47 (%20,3)'sinin travma, 2 (%0,9)'sinin intoksikasyon, 15 (%6,5)'inin psikiyatri hastalıkları, 5 (%2,2)'inin kadın doğum, 3 (%1,3)'ünün kulak burun boğaz hastalıkları, 15 (%6,5)'inin metabolik hastalıklar olduğu görülmektedir. Ambulans ekiplerinin çıkmış oldukları vakalara saat bazına bakıldığında hastane ortamında koyulan tanılar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 13).

112 personelinin ulaştığı vakalar saat bazında değerlendirildiğinde: 00.00-08.00 arasında hastaneye getirilen hastalardan; 63 (%55,8)'ü taburcu edilmiş, 24 (%21,2)'ünün servise yatışı yapılmış, 22 (%19,5)'si yoğun bakıma alınmış ve 4 (%3,5)'ü vefat etmiştir. 08.00-16.00 aralığına bakıldığında; 157 (%51,0) hastanın taburcu edildiği, 86 (%27,9) hastanın servise yatışının yapıldığı, 50 (%16,2) hastanın yoğun bakıma alındığı, 15 (%4,9) hastanın ise vefat ettiği görülmüştür. 16.00-24.00 arasında; 96 (%41,6) hasta taburcu edilmiş, 65 (%28,1) hasta servise yatırılmış, 55 (%23,8) hasta yoğun bakıma alınmış, 15 (% 6,5) hasta ise vefat etmiştir. 112 personelinin çıktığı vakalar saat bazında ele alındığında, hastanın hastanedeki sonucu istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir sonuç elde edilmediği görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13: Vaka Oluş Saati

		Vaka Oluş Saat						χ^2	p
		00-08 saatleri arası		08-16 saatleri arası		16-24 saatleri arası			
		n	%	n	%	n	%		
Ön Tanı	KVS	23	20,4	46	14,9	44	19,0	23,048	0,400
	Solunum	7	6,2	33	10,7	16	6,9		
	Nörolojik	34	30,1	68	22,1	54	23,4		
	Gastrointestinal	14	12,4	21	6,8	23	10,0		
	Enfeksiyon	2	1,8	6	1,9	2	0,9		
	Arrest	2	1,8	9	2,9	9	3,9		
	Travma	20	17,7	80	26,0	44	19,0		
	İntoksikasyon	2	1,8	7	2,3	5	2,2		
	Psikiyatrik	2	1,8	12	3,9	12	5,2		
	Kadın doğum	0	0,0	5	1,6	3	1,3		
	Kulak Burun	0	0,0	2	0,6	3	1,3		
	Boğaz								
Acilde Kalış Süresi	Metabolik	7	6,2	19	6,2	16	6,9	18,143	0,006*
	0-1 Saat	22	19,5	52	16,9	36	15,6		
	1-2 Saat	34	30,1	68	22,1	57	24,7		
	2-3 Saat	9	8,0	47	15,3	13	5,6		
	3 ve daha fazla	48	42,5	141	45,8	125	54,1		
Hastane Tanısı	KVS	37	32,7	51	16,6	43	18,6	43,027	0,005*
	Solunum	4	3,5	31	10,1	12	5,2		
	Nörolojik	18	15,9	55	17,9	49	21,2		
	Gastrointestinal	12	10,6	22	7,1	24	10,4		
	Enfeksiyon	6	5,3	2	0,6	3	1,3		
	Arrest	4	3,5	18	5,8	13	5,6		
	Travma	19	16,8	70	22,7	47	20,3		
	İntoksikasyon	2	1,8	8	2,6	2	0,9		
	Psikiyatrik	2	1,8	19	6,2	15	6,5		
	Kadın doğum	2	1,8	5	1,6	5	2,2		
	Kulak Burun	0	0,0	2	0,6	3	1,3		
	Boğaz								
		Metabolik	7	6,2	25	8,1	15		

	Taburcu	63	55,8	157	51,0	96	41,6		
Hastaneye Sevk	Servise yatış	24	21,2	86	27,9	65	28,1		
Edilen Hastanın Durumu	Yoğun bakım yatış	22	19,5	50	16,2	55	23,8	10,804	0,095
	Ex	4	3,5	15	4,9	15	6,5		

5. TARTIŞMA

Günümüzde sağlık hizmetleri her geçen zaman nüfus ile doğru orantılı bir şekilde artmaktadır. Bu sebepten dolayı sınırlı olan ambulans hizmetleri personelinin vakalara zamanında ulaşip ulaşmaması, sevklerin doğru hastaneye yapılması ve en önemlisi de acil serviste müdahalesi yapılan hastalar için ambulans ekipleri tarafından doğru bir hastane seçimi yapıp yapılmadığı konusu son derece önem arz etmektedir. Bu çalışma; ambulans ile alınıp Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis sarı alana getirilen ve sarı alandan diğer hastanelere sevk edilen hastaların incelenmesi amacı ile yapılmıştır.

Çalışmamızda acil sağlık hizmetlerini kullanan hastalar cinsiyet yönünden ele alındığında belirgin bir fark bulunmamıştır fakat ülkemizde yapılan çalışmalarda sıklıkla erkek hastaların 112 sağlık hizmetlerini kullandığını belirlenmiştir. Kapıcı ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada, 112 acil sağlık hizmetlerini kullananların %55'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Kapci ve ark., 2014, s. 87-90). Benli ve arkadaşlarının 2013 yılında yapmış oldukları çalışmada, 112 acil sağlık hizmetleri kullanan hastaların %56'sının erkek olduğu görülmüştür (Benli ve ark. 2014, s. 1-4). Metehan ve arkadaşlarının Kayseri ilinde yapmış oldukları çalışmada, vakaların %44,7'sinin erkek hasta olduğu bildirilmiştir (Duran, 2020, s. 415-420). Karakuş ve arkadaşlarının 2013 yılı ocak ayında yapmış oldukları çalışmada, 112 acil sağlık hizmetlerini kullanan hastaların %51'inin erkek olduğu tespit edilmiştir (Karakuş ve ark., 2014, s. 37-40). Önge ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, hastaların %53,5'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Önge ve ark. 2013). Yıldız ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, acile 112 ile getirilen hastaların %60,5'inin erkek olduğu görülmüştür (Yıldız&Durukan, 2004). Sert ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, Burdur ilinin 5 yıllık analizinde erkek hastaların ambulans kullanımının kadın hastalara kıyasla daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Sert&Polat, 2021, s. 61-71).

Menendi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, erkek hastalar tüm vakalarının %60,9'unu oluşturmaktadır (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Olia ve arkadaşlarının İtalya'da yaptığı benzer bir çalışmada; acil servise ambulans ile taşınan vakalar incelendiğinde, vakaların %53,5'ini erkek hastaların oluşturduğu saptanmıştır (Olia, 2002). Ayten ve arkadaşlarının Denizli ilinde yapmış oldukları çalışmada, erkek vakalar 2012 yılında %51,9 ile ilk sırada bulunmuştur (Ayten, 2015). Tözün ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, %53,7 ile erkek hastaların 112 kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tözün ve ark., 2012, s. 54-57). Mutlu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmanın sonucunda, %50,9 oranı ile erkek hastaların 112 acil sağlık hizmetleri kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür (Mutlu ve ark., 2021, s.1-4). Sarı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, vakaların %54,1'ini erkek hastaların oluşturduğuna yer verilmiştir (Sarı, 2020). Çalışmamızı değerlendirdiğimizde, vakaların %50 oranında erkek olduğu tespit edilmiştir ve yüzde olarak diğer araştırmalara benzer sonuç eğilimde olduğu görülmektedir.

2009 yılında Kıdak ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonucu, vakalar olay yeri bakımından incelendiğinde, hastaların %48,5'inin ev ortamından alındığı görülmüştür (Kıdak ve ark., 2009, s. 113-119). 2017 yılında yapılan bir çalışmada, 112 ambulans hizmetleri tarafından vakaların nereden alındığı incelendiğinde, sıklık sırasına göre, hastaların %55,6'sının evden alındığı bulunmuştur (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise, ambulans ekibinin hastayı aldıkları yer bakımından, ilk sırada %35,4 ile ev olduğu görülmüştür.

Yaş ilerledikçe hastaların ambulans kullanma taleplerinde artış olduğu görülmektedir (Schnitker, 2005, s.13-23). Kıdak ve arkadaşlarının 2004-2005 yıllarında İzmir ilinde yapmış oldukları benzer bir çalışmada, %26,7 ile 65 yaş ve üzeri hastaların ilk sırada ambulans kullandıkları görülmüştür (Kıdak ve ark., 2009, s. 113-119). Metehan ve arkadaşlarının Kayseri ilinde yapmış oldukları çalışmada, 65 yaş ve üzeri olan hastaların, %23,91 ile tüm vakaların yaklaşık ¼'ünü oluşturduğu tespit edilmiştir (Duran, 2020, s. 415-420). Nur ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, vakaların %22,2 ile ilk sırada 65 yaş ve üzeri hastalar olduğu görülmüştür (Nur ve ark., 2008, s. 7-11). Amerika Birleşik Devletleri'nde Shah ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, ambulans kullanan yaşlı hastaların gençlere göre %400 daha fazla olduğu

görülmüştür (Shah ve ark., 2007). Ayten ve arkadaşlarının Denizli ilinde yapmış oldukları çalışmada, 65 yaş ve üzeri vaka sayısı %58,2 olarak tespit edilmiştir (Ayten, 2015). Menendi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, yaş aralığı 8 yaş altı ve üstü olarak kabul edilmiş olup; 18 yaş ve üzeri hasta potansiyelinin, tüm vakaların %87,2'sini oluşturduğu bildirilmiştir (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Çalışmamızı değerlendirdiğimizde ise, yaş gruplarına göre vaka sayıları incelendiğinde; %33 ile en yüksek oranda 65 yaş üstü yaşlı grubun olduğu görülmektedir ve literatürle uyumlu bulunmuştur. Bu da gösteriyor ki yaştan ilerlemesinin sonucu, insanlarda kronik rahatsızlıkların artması nedeniyle hastaların ambulans talebinde artış görülmektedir. Bu sebepten dolayı 112 acil sağlık hizmetleri planlanırken gün geçtikçe artan yaşlı popülasyonu göz önünde bulundurulmalıdır.

Dündar ve arkadaşlarının Samsun ilinde yapmış oldukları çalışmada, hastaların ambulans kullanımı incelendiğinde; vakaların %19,3'ünün 00.00-08.00 saatleri arasında, %39,8'inin 08.00-16.00 saatleri arasında ve %40,9'unun 16.00-24.00 saatleri arasında acil çağrı yaptıkları görülmüştür (Dündar ve ark., 2006, s. 47-53). Tözün ve arkadaşlarının Eskişehir ilinde yapmış oldukları çalışmada, vakaların %45,9'unun 08.00-16.00 saatleri arasında çıktığı belirlenmiştir (Tözün ve ark., 2012, s. 54-57). Seow ve arkadaşlarının araştırmalarına göre, çağrı saatleri değerlendirildiğinde, vakaların %18,8'i 00.00-08.00 saatleri arasında, %39,2'si 08.00-16.00 saatleri arasında, %42'si 16.00-24.00 saatleri arasında acil yardım çağrısı yapmıştır (Seow ve ark., 2001). Metehan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, vakaların çıkış saatleri ele alındığında; %5,85'inin 13:00 ila 14:00 saatleri arasında olduğu görülmüştür (Duran, 2020, s. 415-420). Sarı ve arkadaşlarının çalışmasında, saat bazında bakıldığında, vakaların %1,3'ünün 16:00-24:00 saatleri arasında çıktığı tespit edilmiştir ve bizim çalışmamızla örtüşmemektedir (Sarı, 2020). Araştırmamıza bakıldığında, vakaların %47,2'sinin 8.00-16.00 saatleri arasında çıktığı saptanmıştır ve literatürle uyumlu bulunmuştur. Çağrılarının genellikle mesai saatlerinde daha çok olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda çağrı nedenleri incelendiğinde, %64,9 ile ilk sırada medikal (dahili) problemler yer almaktadır. Literatüre bakıldığında çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür. Zenginol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, medikal vaka oranı %54,6 ile birinci sırada yer almaktadır (Zenginol ve ark., 2011, s. 27-32). Ayten ve

arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, medikal vakalar %70'in üzerinde bulunmuştur (Ayten, 2015). Oktay ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, vakaların %57'sinin medikal problemler olduğu belirlenmiştir (Oktay ve ark., 2005, s. 32-35). Tözün ve arkadaşlarının Eskişehir ilinde yapmış oldukları çalışmada, vakaların %72,6'sının tıbbi kaynaklı (medikal) olduğu tespit edilmiştir (Tözün ve ark., 2012, s. 54-57). Sert ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, birinci sırada %67,35 ile medikal vakaların yer aldığı bulunmuştur (Sert&Polat, 2021, s. 61-71). Özata ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonucu, hastaların %70 oranında medikal vaka olduğu tespit edilmiştir (Özata ve ark., 2011). Küçükkelepçe ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre, hastaların %82,96'sı medikal vakadan oluşmaktadır (Küçükkelepçe, 2022). Bunun sebepleri arasında; insanların poliklinikte sıra beklememek için, gün içindeki dâhili problemleri, hastane acillerini ve ambulansları kullanarak daha hızlı halledebilecekleri düşüncesi yer alabilir. Bir başka sebep ise ambulansların hastaların tanı fark etmeksizin, hastaneye ulaşımını ücretsiz ve zahmetsiz şekilde sağlaması olabilir. Bu durum 112 ambulans hizmetlerinin medikal vakalara ağırlıklı olarak gittiğini ispatlayabilir.

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2006 yılı verilerine göre; Türkiye genelinde acil vakaların ön tanıları arasında travma %25,7 ile ilk sırada yer alırken, KVS hastalıkları %19,5 ile ikinci sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007). Ayten ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışmada; ilk sırada travma ön tanısı, 2. sırada KVS hastalıkları ve 3. sırada psikiyatrik vakalar yer almıştır. 2013 yılı verilerine bakıldığında; 43.879 vakanın 9.738'i travma olarak ilk sırada, KVS vakaları ikinci sırada, psikiyatrik vakalar ise üçüncü sırada yer almaktadır (Ayten, 2015). Sert ve arkadaşlarının Burdur ilinde yapmış oldukları çalışmada, nörolojik vakalarda her yıl düzenli bir artış gözlemlenmiştir. Bu artışın sebebi ise yaşlı nüfus oranlarının gitgide artması olabilir (Sert&Polat, 2021, s. 61-71). Önge ve arkadaşları, 112 ambulans ekibinin, vaka ön tanılarını incelemişler ve çalışmalarında %28,4 ile travmanın, %16,4 ile nörolojik hastalıkların ve %14,2 ile kardiyovasküler hastalıkların daha sıklıkla görüldüğünü bildirmişlerdir (Önge ve ark., 2013). Kidak ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada travma vakaları ilk sırada yer aldığı görülmüştür (Kidak ve ark., 2009, s. 113-119). Zenginol ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, 22.814 vaka ile travmanın ilk sırada, 11.110 vaka ile KVS hastalıklarının ikinci sırada ve 7.108 vaka ile diğer (tanı konulmamış sınıflandırılmayan) hastalıkların 3. sırada yer aldığı görülmüştür

(Zenginol ve ark., 2011, s. 27-32). Yaylacı ve arkadaşlarının çalışmasında, 2009 yılı mart ayında acil servise getirilen hastaların ön tanıları incelenmiştir ve travma hastalarının %36,8 ile ilk sırada yer aldığı görülmüştür. İkinci sırada %19,7 ile nörolojik hastaların, üçüncü sırada ise %16,9 ile enfeksiyon hastalarının bulunduğu bildirilmiştir (Yaylacı ve ark., 2013). Küçükkelepçe ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya bakıldığında, %9,2 oranında psikiyatri vakaları yer almaktadır ve bizim çalışmamızla bir benzerlik görülmemiştir (Küçükkelepçe, 2022). Yaptığımız çalışmada, ön tanıları bakıldığında, en büyük hasta grubunu nörolojik vakaların oluşturduğu; hastane ortamında koyulan tanılarda ise, travma olgularının oluşturduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımız literatürle uyumlu bulunmuştur.

Benli ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre, 2013 yılında, vakalara ilk 10 dakikada ulaşım oranı %68 iken; 10-19 dk arası %23, 20-29 dk arası ise %6'dır (Benli ve ark. 2014, s. 1-4). Ayten ve arkadaşlarının Denizli ili örneğinde, ortalama ulaşım sürelerinin; kentsel alandaki vakalara 6,5 dakika, kırsal alandaki vakalara ise 15,5 dakika olduğu görülmüştür. (Ayten, 2015). Metehan'ın Kayseri ilinde yapmış olduğu çalışmada, 112 ambulans ekibinin, ilk 10 dakika içinde vakaların %68,89'una ulaştığı bildirilmiştir (Duran, 2020, s. 415-420). Tözün ve arkadaşlarının Eskişehir ilinde yapmış oldukları çalışmada, il bazında vaka ulaşım süreleri değerlendirildiğinde ortalama 8 dk olduğu görülmüştür (Tözün ve ark., 2012, s. 54-57). Bizim çalışmamızda vakalara ulaşım sürelerine bakıldığında; %57,2'lik kısma 0-10 dk arasında, %26,8'lik kısma 10-20 dk arasında, %10,9'luk kısma 20-30 dk arasında ve %5,1'lik kısma 30 dk ve daha uzun sürede ulaşıldığı görülmüştür. Çalışmamızda vaka ulaşım sürelerine bakıldığında sonucun literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Vakalara kısa sürede ulaşmanın sebebi ambulans ekiplerinin doğru yere yerleştirilmiş olması ve teknolojik ilerlemelerin 112 ekipmanlarına entegre olmasıdır. Bunlar telsiz, telefon, GPS, tablet uygulaması gibi ulaşım cihazlarının gelişmesidir. Diğer bir sebep ise ambulans olarak kullanılacak araçların konforlu, hızlı ve her türlü arazi şartlarına uygun hale getirilmesidir. Merkezde ve yerleşim yerlerine yakın bölgelerde aktif çalışan 112 ekiplerinin olması da bir diğer faktördür.

Acil servis ya da ambulans ortamında hastaların tanılarının doğru şekilde koyulması, insanların hayatlarını kurtarmada büyük önem arz etmektedir. Ambulans personeli

olsun hastane personeli olsun vital bulguları eksiksiz kayıt altına alınmalıdır. Unutulmamalıdır ki gerekli durumlarda yapılan doğru müdahaleler ve işlemler hastaların hayatını kurtarmaktadır. Bizim çalışmamıza bakıldığında; ambulans ortamında hastaların %17,9'una vitallerin kontrolü ve oksijen tedavisi yapıldığı, %15'ine vitallerin kontrolü, EKG ve monitörizasyon işlemi yapıldığı görülmüştür. Armağan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada, damar yolu açılan hasta oranının %67,8 olduğu bildirilmiştir (Armağan ve ark., 2001, s. 13-16). Soysal ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada; 112 ekipleri tarafından, hastaların %60'ına damar yolu açıldığını, %13,7'sine oksijen verildiğini, %12'sine de ilaç uygulaması yapıldığını bildirmişlerdir (Sosyal, 2003). Önge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise; 112 ekipleri tarafından, vakaların %97,1'ine damar yolu açıldığı, %89,3'ünün vital bulgularına bakıldığı ve %42,3'üne pulse oksimetre ölçümü yapıldığı görülmüştür (Önge ve ark., 2013). 112 ekipleri vital takibi yaparken; tansiyon, nabız saturasyon değerleri ile birlikte, şeker ve ateş kontrolünü de her hasta için yapmaya özen göstermelidir.

Çalışmamıza bakıldığında 112 ambulansı ile sarı alana getirilen hastaların tedavileri yapılarak, %48,5 gibi büyük bir değer ile taburcu edilmesi, ambulans hizmetlerinin gereksiz kullanımını ve ambulans personeli tarafından TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi sarı alanının yersiz işgal edildiğini veya Tokat Devlet Hastanesi'ni atlayarak hastaları TOGÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne getirdikleri ispatlanmıştır. Bu durum, hastanenin zaman kaybetmesine ve ihtiyacı olan hastalara yeteri kadar zaman ayıramamasına yol açmaktadır. Diğer araştırmalara bakıldığında; Snooks ve arkadaşlarına göre, 112 ambulansı çağıran hastaların yüksek oranda taburcu edilmesi, ambulans hizmetlerinin yanlış kullanımını göstermektedir (Snooks ve ark., 1998). Aynı şekilde Kawakami ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların %60'ının taburcu olması ambulans hizmetlerinin gereksiz kullanımına bir örnektir. Bu çalışma sonucunda ise; ulaşım sorunu, sosyoekonomik durumlar, cinsiyet, yaş, yalnız yaşama vb. gibi faktörlerin insanların ambulans çağırma oranlarını etkilediği ve gereksiz aramalar arasında da bir bağlantı olduğu belirlenmiştir (Kawakami ve ark., 2007). Menendi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışma sonucu, 112 ambulansı ile hastaneye ulaşan hastaların %58'inin taburcu edildiği, %40,6'sının ise hastaneye yatışının yapıldığı bulunmuş olup; yatış

yapılan hastaların %58,2'sinin yoğun bakıma alındığı bildirilmiştir (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Sarı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre; hastalar, hastanedeki son durumlarına göre, %71,9 oranında taburcu edilmiştir (Sarı, 2020).

Çalışmamızda; hastanın vital bulguları ve şikayetleri üzerine, ambulans personelinin olay yerinde koydukları tanılar ile hastanede yapılan muayene sonuçlarının farklılık gösterebildiği görülmüştür. Menendi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, olay yerinde erkek hastaların %22,7'sine KVS rahatsızlık tanısı koyulduğu görülmüştür (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Bizim çalışmamızda ise erkek hastalara koyulan tanılardan, nörolojik rahatsızlıklar %18,7 oran ile ilk sıradadır. Menendi ve arkadaşlarının çalışmasında, olay yerinde kadın hastalara koyulan tanıların %29,3'ünü travma vakaları oluşturmaktadır (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Bizim çalışmamızda ise; kadın hastalara olay yerinde koyulan tanılardan, nörolojik rahatsızlıklar %29,1 oran ile ilk sırada yer almaktadır. Bunun sebebi olarak, yaşın ilerlemesi sonucu nörolojik rahatsızlıklardaki artış gösterilebilir.

Menendi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre; acil serviste yapılan muayene ve tetkiklerin sonucunda hastalara koyulan tanılar değerlendirildiğinde, erkek hastalarda %23,5 ile travma tanısı ilk sırada yer alırken, kadın hastalarda da travma tanısı %30,5 ile ilk sıradadır (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Bizim çalışmamızda; acil serviste tedavi gören erkek hastalarda %22,7 ile travma, kadın hastalarda ise %19,3 ile KVS rahatsızlıkları tanısının ilk sırada olduğu görülmüştür.

Menendi ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma sonucu tanıların yaş ile ilişkisi değerlendirildiğinde; 18 yaş ve üzeri hastaların, %24,2'sine olay yerinde, %25,5'ine ise acil serviste KVS tanısı koyulduğu görülmüştür (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Bizim çalışmamızda %33'ü 65 yaş ve üzeri hasta oluşturduğundan ön tanıların %29,5'i, hastanedeki sağlık profesyonelleri tarafından koyulan tanıların ise %23,7'sini nörolojik rahatsızlıklar oluşturmaktadır. Bu tanılar arasında farklı sonuçlar çıkması yaş aralığından kaynaklıdır.

Menendi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmaya göre; olay yerinde 112 personelinin koymuş oldukları tanılar ile hastane ortamında koyulan tanılar karşılaştırıldığında 112 personelinin olay yerinde koyduğu tanılarda ilk sırada %23,2 ile

travma vakaları, ikinci olarak %20,5 ile KVS tanıları, üçüncü olarak ise %17,3 ile trafik kazaları yer almaktadır. Acil servis sarı alanda konulan tanılarda ilk sırada %25,3 ile travma vakaları, ikinci olarak %21,5 ile KVS tanıları ve üçüncü olarak ise %18,7 ile trafik kazaları yer almaktadır (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Sarı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada 112 personelinin olay yerinde %30,9 ile travma tanısı ilk sırada, %14,1 ile GİS tanısı ikinci sırada ve %13,1 ile KVS tanısı üçüncü sırada konulmuştur. Acil alanda ise %34,8 ile ilk sırada kas iskelet sistem hastalıkları tanısı, ikinci olarak %16,4 KVS tanısı ve üçüncü olarak %11,6 ile GİS hastalıkları tanısı konulmuştur (Sarı, 2020). Bizim çalışmamız değerlendirildiğinde 112 ambulans personelinin koymuş oldukları tanılara bakıldığında; ilk sırada %23,9 ile nörolojik vakalar, ikinci olarak %22,7 ile travma vakaları ve üçüncü olarak ise %17,3 ile KVS tanıları yer almaktadır. Hastane acil servis sarı alanında konulan tanılara bakıldığında ise ilk sırada %20,9 ile travma vakaları, ikinci olarak % 20,1 ile KVS tanıları ve üçüncü olarak ise % 18,7 ile nörolojik vakalar yer almaktadır.

Menendi ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ambulans personelinin hastayı ambulansa aldıktan sonra yaptığı müdahalelere bakıldığında; hastaların %61,3'üne damar yolu açıldığı, hastaların %1,8'ine solunum ve hava yolu desteği sağlandığı, hastaların %19,7'sinin stabilize edildiği görülmüştür (Menendi ve ark., 2022, s. 129-134). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise hastaların sadece %7,7'sine yalnızca vital takibi yapılmış, %17,9'una vital ve solunum desteği sağlanmış ve %15'ine vital, EKG ve monitörizasyon işlemi yapılmıştır.

Çalışmamızda hastaların bazı nedenlerden dolayı başka hastaneye sevkini sağlandığı görülmüştür. Bu sebepler arasında ilk sırada hastanenin yoğun bakım ihtiyacı yer almaktadır. İkinci büyük sebep ise doktor sayısındaki yetersizliktir. Benli ve arkadaşlarının Karabük ilinde yapmış oldukları çalışmada hastaların hastaneden sevk olma nedenleri arasında ilk sırada acil olmayan durumlar yer almaktadır (Benli ve ark. 2014, s. 1-4). Literatürde Türkiye'de yapılan çalışmalarda hastane dışı sevklerde ambulans kullanımı ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Bunun en büyük nedenleri arasında çalışmaların büyük kentlerde yapılması ve hastane dışı sevklerin az olması olabilir.

6. SONUÇ

TOGÜ hastanesin acil servis sarı alana 112 ambulansı ile getirilen ve bu hastaneden sevk edilen hastaların doğru yere sevk edilip, uygun tanı ve tedaviye zamanında ulaşmasının sağlanması amaçladığımız çalışmamızın sonucunda:

Araştırma sonucunda ambulans hizmeti alan kişilerin cinsiyet yönünden bir farklılık olmadığı; en çok %33 ile 65 yaş ve üzeri hastaların bu hizmetten yararlandığı, 112 başvurularının çoğunluğunun mesai saatleri içinde olduğu, 112 KKM ambulansla çalışan sağlık profesyonellerine ortalama vakayı 1-2 dk içinde bildirdikleri, bildirimden sonra sağlık profesyonellerinin istasyondan 1-1,5 dk içerisinde çıkış yaptığı ve 10 dk içerisinde vakaya ulaştıkları görüldü.

Sağlık profesyonelleri gittikleri en çok vakaya ev ortamında ulaştıkları ve çağrı nedeni olarak %64,9 ile medikal durumlar olduğu görüldü.

112 KKM ambulansla konulan ön tanılara bakıldığında; en çok %22,3 nörolojik hasta grubu, % 22,1 travma hastaları, %17,3 kardiyak hastalar olduğu gözlemlendi.

Olay yerinde 112 sağlık personelinin hastaya müdahale sırasında %17,9 ile vital parametre ve solunum desteği verdiği bulundu.

Hastane tanılarına bakınca; en çok %20,9 travma hastaları, %20,1 kardiyak hastalar, % 18,7 nörolojik hasta grubu olduğu gözlemlendi.

Hastaneye getirilen vakaların 3 saatten fazla acil servisin sarı alanında kaldığı ve tedavileri sonucu başka hastaneye sevk nedenleri bakıldığında yoğun bakım yetersizliğinden kaynaklı olduğu görüldü.

Hastane sonucu hastaların durumlarına bakıldığında ambulans ile getirilen hastaların %48,52'sinin taburcu edildiği ve taburcu oranlarının yüksek olması 112

ambulans hizmeti ve acil alanların gereksiz yere meşguliyetine sebep vermektedir. Hastanemizin 3. Basamak sağlık kuruluşu olduğundan yapılan çağrılar hastaneye götürülmesinde daha seçici olunmalı ve hastaneye sevki sağlanacak hastaların KKM ile irtibata geçilerek uygun hastaneye sevki sağlanması gerektiği, 3 basamak sağlık kuruluşunun kaynaklarının doğru hastalara ulaşması sağlanmış olacaktır.

Yaş bakımından vakalar değerlendirildiğinde 18 yaş altı grup da % 39 ile travma vakalarından oluşmaktadır, 18-45 yaş grup da %37,8 ile travma vakaları, 45-65 yaş grup da %27,9 ile KVS rahatsızlıkları, 65 yaş ve üzeri grup da %29,3 ile nörolojik sistemi rahatsızlıkları tanıları oluşturmaktadır. Bu da yaş ilerledikçe ön tanıların değişimine sebep olduğu bulundu.

1. basamak sağlık kuruluşunda hastaların acilde kalış sürelerine bakıldığında; 0-1 saat kalan hasta sayısı 2 (%4,5), 1-2 saat kalan hasta sayısı 11 (%25), 2-3 saat kalan hasta sayısı 12 (%27,3), 3 saatten daha fazla kalan hasta sayısı 29 (%65,9) idi. 2. basamak sağlık kuruluşunda meydana gelen vakalardaki hastaların acilde kalış sürelerine bakıldığında; 1-2 saat kalan hasta sayısının 9 (%4,2), 2-3 saat kalan hasta sayısının 9 (%4,2), 3 saatten daha fazla acilde kalan hasta sayısının ise 198 (%91,7) olduğu gözlemlendi. En sık yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle TOGÜ acil servisten hastaların sevk edildiği gözlemlendi. Hastaların %48,2'sinin acil serviste en az 3 saat kaldığı ve %48,5'inin ise ayaktan taburcu edildiği gözlemlendi.

Yaş bakımından hastanedeki sağlık profesyonelleri tarafında konulan tanıların bakıldığında 18 yaş altı gruplarda %36,4 ile travma, 18-45 yaş gruplarında %33,5 ile travma, 45-65 yaş gruplarında %32,6 ile KVS, 65 yaş ve üzeri gruplarda %23,7 ile nörolojik tanıları konulmuştur. Bu da bize acil alanda sağlık profesyonellerinin vakalarımız koydukları tanıları ile ön tanıları bakıldığında benzerlik olduğu bulundu.

Erkek vakaların ön tanılarına bakıldığında %25,5 ile travma, kadın vakalarımızın %29,1 ile nörolojik sistem rahatsızlıklarının oluşturduğu; bu da hastalık ve cinsiyet arasında farklı korelasyonlar olduğunu gösterdi.

Erkek ve kadın vakaların acil alanda tedavilerini 3 saatten daha uzun aldıkları bulundu.

Erkek ve kadın hastaların 112 ambulans personeli ile hastanedeki sağlık personeli tarafından konulan tanıların birbirine benzerlik olduğu bulundu.

112 sağlık profesyonellerinin vakalara koymuş oldukları tanılarının % 32 ile travma hastaların taburcu olduğu, % 25,1 ile nörolojik sistem rahatsızlıkları tanısı alan hastaların servise yatışları yapıldığı, %34,6 ile KVS rahatsızlıkları tanısı alan hastaların yoğun bakıma yatış yapıldığı ve %32,4 ile nörolojik sistem tanıları olan vakalarının vefat ettiği bulundu.

Hastanedeki sağlık profesyonellerinin vakalarımıza koymuş oldukları tanılarının hastanedeki son durumlarına bakıldığında da taburcu olanların % 29,4 travma tanısı alan hastalar, servise yatış yapılanlarının %22,3 travma tanısı alan hastalar, yoğun bakıma yatış yapılanlarının %39,4 ile KVS tanısı ve vefat eden hastaların ise % 52,9 ile kardiyopulmoner arrest tanısı alan hastalar olduğu görülmüş olup; ön tanı ile hastane deki sağlık profesyonelleri tarafından koyulan tanıların arasında farklılıklar olduğu ve en çok farklılıkların arrest tanısı olan hastaların olduğu bulundu.

112 sağlık personelinin kentlerde olan vakaların %24 ile travma tanısı alan hastalar oluşturduğu, kırsal vakaların ise % 27 ile nörolojik sistem rahatsızlıkları oluşturduğu bulundu. Kırsaldan gelen hastaların %44,4 ile 1-2 saat arasında acil alanda tedavi aldıkları, kentli vakaların ise % 52,7 ile 3 saatten uzun tedavi aldıkları bulundu. Hastanedeki sağlık profesyonelleri tarafından koyulan tanıların bakıldığında; kentli alandaki vakaların %22,2 ile travma, kırsal alandaki ise % 31 ile KVS rahatsızlıkları tanıların oluşturduğu bulundu. Bu da bize kırsal alanda çalışan 112 sağlık personelinin ön tanıların yetersiz kaldığı bulundu.

Travma vakaların %73,8 ile acil alanda 3 saatten daha uzun tedavi aldıkları ve % 33,6 ile yoğun bakıma yatışı yapıldığı bulundu.

Medikal vakaların %28,6 ile nörolojik sistem rahatsızlıkları oluşturduğu bulundu.

Medikal vakaların %61 taburcu edildiği bulundu.

112 sağlık personelinin hastanedeki profesyonel sağlık personelinin koymuş oldukları tanılar bakımından %100 ile kadın doğum rahatsızlıkları ve KBB rahatsızları tanılarını doğru bildikleri, %95 ile arrest vakaları ve en düşük %60 ile enfeksiyon rahatsızlıkları doğru bildikleri bulundu.

00-08 saatleri arasında oluşan vakalar 112 sağlık personeli tarafından koyulan tanıların %30,1 ile nörolojik sistem rahatsızlıkları, 08-16 saatleri arasında % 26 ile travma tanıları ve 16-24 saatleri arasında ise %23,4 ile nörolojik sistem rahatsızları oluşturduğu bulundu.

Acil alanda 0-1 saat tedavi alan hastaların hastanedeki sağlık personeli tarafından koyulan tanılara bakıldığında % 30 ile travma vakaları, 1-2 saat arasında tedavi alan hastaların %17,6 travma vakaları, 2-3 saat arası tedavi alan hastaların % 43,5 ile travma tanıları ve 3 saatten uzun tedavi alan hastaların % 24,5 ile KVS rahatsızlıklarını oluşturduğu bulundu.

7. ÖNERİLER

Günümüzde ambulans hizmeti kullanımının artması sebebi ile bu tür çalışmalarının diğer illerde genişletilerek yapılması ve ortak veri tabanı oluşturulması yönünde destek verilmesi gerekmektedir. Bu veriler toplanarak ambulans hizmetleri için neler yapılması gerektiği planlanmalıdır. Ambulans hizmetinin daha aktif ve doğru kullanılması için insanlara eğitim verilmelidir. Ambulans personelinin zamanla yarışması sebebi ile vakalara çıkış sürelerinin daha azalması ve vakayı veren personelin vakaları daha hızlı verebilmeleri için istasyon bazında çalışmalar yapılmalıdır. Yaşlı nüfusun artması ile ambulans hizmetlerinin medikal vakalara daha fazla gitme potansiyeli olduğundan bazı vakaların olay yerinde tedavi etme, olay erinde bakma gibi yetkiler verilmesi için çalışmalar başlatılmalıdır. Olay yerinde basit tıbbi müdahale ile giderilecek vakalar böylece gereksiz nakledilmeyecektir. Yaşlı nüfus ile birlikte hastalık tanılarında nörolojik tanıların artmasına sebep olduğu görüldüğünden 112 personeline nörolojik hastalıklar konusunda eğitimler düzenlenmelidir. Hastane dışı sevklerin diğer illerde de araştırılması gerekmektedir. Bu sebeplerin Tokat ilinde ve diğer illerde giderilmesi için ortak çalışmalar yapılmalıdır. Tokat ili TOGÜ hastanesinde yoğun bakım sayılarının arttırılması için hastane yönetimi çalışmalar yapmalı ya da hasta öncelikleri iyi değerlendirerek yoğun bakımları etkin bir şekilde kullandırılmalıdır. 112 ile getirilen hastaların taburculuk oranının yüksek olması 112 ambulans hizmetinin yanlış kullanıldığının bir göstergesidir. Bu sebepten dolayı halkı bilinçlendirmek için eğitimler düzenlenmesi, ihtiyacı olan insanlara daha hızlı ulaşılmasını sağlayacaktır.

8. KAYNAKÇA

Bayat, Ali Haydar. 2010. *Tıp Tarihi*. İstanbul: Merkez efendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları.

Resmi Gazete (2000). *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*. 11 Mayıs 2000. Sayı: 24046.

Resmi Gazete (2004). *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. RG Tarih:24.03.2004, Sayı:25412.

Demirhan Erdemir, Ayşegül. 2006. *Acil Tedavi ve Bakımda Tıp Etiği Sorunları (Olgu Örnekleriyle)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,

MEGEP (2011). *Acil Sağlık Hizmetleri Ders Kitabı 'Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı Modülü'*. Ankara: T.C. Milli Eğitim Bakanlığı,

Caroline, Nancy L. 2007. *Nancy Caroline's Emergency Care In The Streets (6th Edition)*. Canada. : Jones and Bartlett Publishers,

Bayat, Ali Haydar. 2016. *Tıp Tarihi*. İstanbul: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği. Pınarbaş Matbaacılık Ltd. şti.,

Özaydın, Zuhul. 1990. Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti Salnamesine Göre Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyetinin Kuruluşu. [yazan] Nil Sarı ve Hüsrev Hatemi. *Tıp Tarihi Araştırmaları-4*. İstanbul: ŞÜ. Cerrahpaşa Tıp Fak. Deontoloji ABD ve Tıp Tarihi Bilim Dalı Yayınları/İşaret Basım Yayın Organizasyon, s. 70-89.

Bardakoğlu, Ali. 2005. Cahiliye Döneminde Kadın. [yazan] İslami İlimler Araştırma Vakfı Yayın İSAV. *Sosyal Hayatta Kadın (Tartışmalı İlmi Toplantılar Dizisi)*. İstanbul: Ensar Neşriyat,

Martin, Sean. 2009. *Knights Templar (Tüm Yönleriyle Tapınak Şövalyeleri)*. [çev.] Hakan Tanıttıran. İstanbul: Kalkedon Yayıncılık,

Tanrıverdi, Haluk. 2005. *112 Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul : Beta Basım Yayın Dağıtım A.ş.,

Kuehl, Alexander. 2002. *Prehospital Systems and Medical Oversight*. Dubuque, Iowa, ABD. : Kendall/Hunt Publishing Company,

Kiter, Esat. 2010. Omurga Cerrahisinin Öncüleri: Ambroise Paré. *Türk Omurga Cerrahisi Dergisi*. Cilt 21, 4, s. 391-394.

Çelikli, Semra. 2016. Kuruluştan Bugüne Paramedik Eğitiminde Standardizasyon Çabaları ve Kırılma Noktaları. *Hastane Öncesi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, s. 39-54.

Şimşek, Perihan, 2019, Günaydın, Mücahit ve Gündüz, Abdulkadir. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt 8, 1, s. 120-127.

Page, James O., 2004, Honeycutt, Linda ve Doran, Russell W. *The History of Modern EMS : Making a Difference*. California, ABD. : MosbyJems,

Brewer, LA. 1986, Baron Dominique Jean Larrey (1766-1842): Father of modern military surgery, innovator, humanist 'Baron Dominique Jean Larrey (1766-1842): Modern askeri cerrahinin babası, yenilikçi, hümanist'. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 1 December Cilt 6, 92, s. 1096-1098.

Gürhan, Gülizar. 2020, *Çocuk Acil Servisine 112 Ambulansı ile Getirilen Vakaların Klinik ve Demografik Özellikleri, Uzmanlık Tezi*. Konya : Necmettin Erbakan Üni., Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.,

Ortiz, Jose M. 1998, The Revolutionary Flying Ambulance of Napoleon's Surgeon 'Napolyon'un Cerrahinin Devrim Niteliğindeki Uçan Ambulansı'. *US Army Medical Department Journal*, 8, s. 17-25.

U.S. National Library of Medicine. Transportation of the wounded: Larrey's two-wheeled flying ambulance. CIBA Symp., v. 8, no. 8. *U.S. National Library of Medicine Digital Collections*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 07 11 2021.] <http://resource.nlm.nih.gov/101436513>.

Laurent, Charles Nicolas. 1827, *Historie De La Vie Et Des Ouvrages De P.F. Percy*. Versailles : De L'imprimerie Daumont, s. 161-162.

Parıldar, Hülya. 2020, Tarihte Bulaşıcı Hastalık Salgınları. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. Cilt 30, (Ek Sayı), s. 19-26.

Aslan, Recep. 2020, Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. *Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi-Ayrıntı Dergisi*. Cilt 8, Sayı:85, s. 35-41.

Stringfixer Şnternet Sitesi. Acil Sağlık Hizmetleri (Orj.:Los Servicios Médicos de Emergencia). *stringfixer.com*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 5 Kasım 2021.] https://stringfixer.com/tr/Emergency_medical_services.

Yıldırım, Nuran. 1998 *Osmanlı Ordusu Kakule Sıhhiye Bölükleri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi, V.Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı. s. 163-187.

Yıldırım, Nuran. 2007, Develerle Hasta ve Yaralı Taşıma, Osmanlı Ordusunda Kakule Sıhhiye Bölükleri. *Toplumsal Tarih*. Ocak, Sayı:157, s. 32-37.161

Torun, Serap.2014, *Kırım Savaşı'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi,

Alkama, Dilber. 2019. *Birinci Dünya Savaşında Türk Askerinin Siper Hayatı, Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih ABD,T.C. Tarihi Bilim Dalı,

Akben, Feyzullah. 2008. *Sağlık Ordusu (Necmettin Özçelik Koleksiyonu)*. İstanbul: AjansFa,

Leblebicioğlu, Hülya. 2017. 18. Yüzyıldan Günümüze Türkiye ve Amerika'da Askeri Hemşireliğin Tarihsel Gelişimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt 6, Sayı:4, s. 268-274.

Demirhan, Nurhan. 2003. *Türkiye'de 112 İlk ve Acil Yardım Hizmetleri ve Afetlerdeki Rolü*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 5-20. 975-7051-32-2.

Atkinson, Matthew. 2010. 'War is a hellish way of settling a dispute': Dr. Jonathan Letterman and the Tortuous Path of Medical Care from Manassas to Camp Letterman. U.S. Gettysburg National Military Park, Pennsylvania: 2010 Gettysburg Seminar, s. 98-115.

Ünver, Süheyl. 1983. *Tıp Tarihi Yıllığı II*. İstanbul : İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, s. 74-86.

Kızılay. 2021. Tarihçemiz. *Türk Kızılay İnternet Sitesi*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 7 11 2021.] <https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/tarihcemiz>.

Numanoğlu, Süleyman Can, 1998. et al., et al. 19. *Yüzyılda Acil Tıp Hizmetleri, Cumhuriyet Sonrası Türkiye'de Acil Yardım Hizmetlerinin Sunumu*. Ankara: V. Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildiriler Kitabı, s. 99-105.

Suess, Jeff. 2018. The Hospital Ambulance Was a Cincinnati First. www.cincinnati.com. [Çevrimiçi] 9 05 2018. [Alıntı Tarihi: 7 11 2021.] <https://www.cincinnati.com/story/news/2018/05/09/cincinnati-first-have-hospitalambulance/ 593058002/>.162

U.S. 2021. National Library of Medicine. Horse drawn ambulance in New York City. *U.S. National Library of Medicine Digital Collections*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 07 11 2021.] <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-101436525-img>.

Cabriel, Richard A. ve Metz, Karen S. 1992. *A History of Military Medicine: Vol II: From the Renaissance Through Modern Times*. New York : Greenwood Pres,

Esmarch, Friedrich von. 1878. *The Surgeon's handbook on the treatment of wounded in war: a prize essay*. New York : Schmidt,

Esmarch, Friedrich von. 1883. *Early aid in injuries and accidents*. Philadelphia : Lea,

Sofuoğlu, Turhan. 2007. *Dünyada Ambulans Servislerinin Gelişimi*. Ankara: 2007, III. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi Bildiri Kitabı, s. 14-16.

Helfand, William H. 2021. An ambulance class for ladies (Five separate woodcuts illustrating various aspects of medical education). *U.S.National Library of Medicine*. [Çevrimiçi] 22 3 2003. [Alıntı Tarihi: 7 11 2021.] <https://collections.nlm.nih.gov/catalog.nlm.nih.gov/101461814-img>.

(AAHD), 2021. Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği. Ambulans Tarihçe. www.aahd.org.tr. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 08 11 2021.] <https://www.aahd.org.tr/tarihce/>.

U.S. 2021. National Library of Medicine. Ambulances: View of early motorized ambulance. *U.S. The National Library of Medicine Digital Collections*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 08 11 2021.] <http://resource.nlm.nih.gov/101405943>.

Uçar, Muharrem. 2010. *Birinci Dünya Savaşı'nda Türk Ordularındaki Sağlık Hizmetlerinin Arşiv Belgeleri Işığında Değerlendirilmesi, Doktora Tezi*. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Deontoloji ABD.

Özcan, Cihangir ve Çetiner, Yasemin. 2010. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri ve Paramediklerle İlgili Görüşler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. Ocak-Mart 2010, Cilt 20,1, s. 34-39.

DeBakey, Michael E. 2021. Patients Being Loaded in Ambulance Plane, Maingkwan, Burma. National Museum of Health and Medicine. Otis Historical Archives: The Michael E. DeBakey Papers. *U.S.National Library of Medicine*. [Çevrimiçi] United States National Museum of Health and Medicine, 20 03 1944. [Alıntı Tarihi: 09 11 2021.] <http://resource.nlm.nih.gov/101743405X297>.

Melton, Joel Thomas Kirk, 2007. et al. Helicopter Emergency Ambulance Service (HEAS) Transfer: An Analysis of Trauma Patient Case-Mix, Injury Severity and 163 Outcome. *Annals of The Royal College of Surgeons of England.*, Cilt 89, 5, s. 513-516.

Almacioğlu, Meral Leman. 2011. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Getirilen Hastaların Nakil Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi*. Bursa : T.C. Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp ABD,

Sarıkaya, Sezgin. 2009. *Alanda Acil Bakım (Paramedikler İçin)*. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi, 2009.

Altuntaş, Serap. 2014. *İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri: Dünyada ve Ülkemizde İlk Yardım*. Erzurum : Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, s. 2-4.

Resmi Gazete (2007). *Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. RG Tarih:15.03.2007, Sayı:26463.

Resmi Gazete (2020). *Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. 22Ekim 2020. Sayı:31282.

Resmi Gazete (2013). *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. RG Tarih:20.09.2013, Sayı:28771.

112 Acil Çağrı Merkezi. 2021, Tüm Acil Numaralar 112'de Toplandı. *T.C. İçişleri Bakanlığı Acil Çağrı Merkezi*. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 18 10 2021.] <https://www.112.gov.tr/tum-acil-numaralar-112de-toplandi-merkezicerik>.

Resmi Gazete (2014). *112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği*. RG Tarih:16.05.2014, Sayı:29002.

Resmi Gazete (2020). *İlk Yardım Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. RG Tarih:27.08.2020, Sayı:31226.

Resmi Gazete (2006). *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği*. 7 Aralık 2006, Sayı: 26369.

Resmi Gazete (2012). *Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik*. 10 Nisan 2012. Sayı:28260.

Resmi Gazete (2009). *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esaslarına Hakkında Tebliğ*. RG Tarih: 16.10.2009, Sayı:27378.

Resmi Gazete (2021). *Afetlerde ve Acil Durumlarda Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği*. RG Tarih:25 Mayıs 2021, Sayı:31491.

Gostak, Habip. 2014. *Cankurtaran (Roman) 3.Baskı*. Ankara: Songür Yayıncılık,

Resmi Gazete (2005). *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile SB Teşkilat ve Görevleri Hk.'da KHK'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun*. (5371 Sayılı Kanun) RG Tarih: Temmuz 2005. Sayı:25866.

Ünüvar, Necdet. 2020, *Meclis Kürsüsünden Yüzyılın Sağlık Bakanları, Cilt I (1.Baskı)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı Yayınları:3160. Sağlık Bakanlığı Prestij Eserler Dizisi), 2020.

Eren, Nevzat ve Tanrıtanır, Nuray. 1998. *Cumhuriyet ve Sağlık*. Ankara: Türk Tabipler Birliği,

Tokaç, Mahmut. 2020. Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaletinden Sağlık Bakanlığına -Sağlık Bakanlığının Kısa Tarihi-. [yazan] Necdet Ünüvar. *Yüzyılın Sağlık Bakanları, Cilt I (1.Baskı)*. Ankara : T.C. Sağlık Bakanlığı (Sağlık Bakanlığı Yayınları:3160. Sağlık Bakanlığı Prestij Eserler Dizisi), s. 17-47.

Sağlık Bakanlığı. 2021. Sağlık Bakanlığının Tarihçesi. *T.C. Sağlık Bakanlığı İnternet Sitesi*. [AlıntıTarihi: 8 11 2021.] <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html>.

Erbay, Hasan. 2021. Türkiye'nin İlk Ambulans Servisi: 077 Hızır Acil. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. Cilt 29, Sayı: 3, s. 323-330.

Ataç, Adnan. 2000. Osmanlı Devletinde Askeri Sağlık Hizmetleri. [yazan] Bilal Ak ve Adnan Ataç. *Osmanlı Devleti'nde Sağlık Hizmetleri Sempozyum Kitabı*. Ankara : T.C. Sağlık Bakanlığı/ Ajans Türk Matbaacılık Sanayi A.ş., s. 249-263. 166

Aydın, Erdem. 1996. Selçuklulardan Osmanlı Ve Cumhuriyete Kadar Devlet-Sağlık İlişkisi. *Türk Kültürü Dergisi*. Cilt 34, Sayı:394, s. 118-123.

İpşirli, Mehmet. 2006. *Osmanlılarda Sağlık (2 Cilt)*. İstanbul: Biofarma,

Erbay, Hasan, 2010, Alan, Sultan ve Kadioğlu, Selim. *Birinci Dünya Savaşı Arifesinde Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin Ambulans Alımı Hakkındaki Yazışmaları, Kongre Bildirisi*. İstanbul: Geçmişten Günümüze İstanbul'da Sağlık Kongresi, 3-6 Kasım

Kahraman, Şahin. 2019. *İzmir İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Bir Yıllık Analizi ve Geospatial Haritalandırılması, Acil Tıp Tıpta Uzmanlık Tezi*. İzmir: T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp ABD.

Sarı, Nil ve Özaydın, Zuhul. 2000. Osmanlı Devletinde Sağlık ve Sosyal Cemiyetler ve Hemşirelik. [yazan] Bilal Ak ve Adnan Ataç. *Osmanlı Devleti'nde Sağlık Hizmetleri Sempozyum Kitabı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı /Ajans Türk Matbaacılık, Sanayi A.ş.

Ayhan, Aydın. 2003. Çanakkale Savaşlarında Yaralanmalar ve Hastalıklar. [yazan] Hüsrev Hatemi ve Aykut Kazancıgil. *Tıp Tarihi Araştırmaları-11*. İstanbul: Tavash Matbaacılık, s. 98-109.

Erickson, Edward J. 2001. *Ordered to Die: A History of the Ottoman Army in the First World War*. Wesport, Connecticut: Greenwood Publishing Group, 94-95.

Yıldırım, İbrahim. 2016, Çanakkale Muharebelerinde Zayıf ve Zehirli-Boğucu Gaz Kullanılması. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt 26, 1, s. 261-275.

ATESE (1997). *Birinci Dünya Harbi'nde Türk Harbi V.Cilt Çanakkale Cephesi Harekatı 1.,2.,3. Kitapların Özetlenmiş Tarihi*. Ankara: Genelkurmay Askeri Tarih ve Stratejik Etüt Başkanlığı Yayınları, 1997. s. 236-242.

- Görgülü, İsmet. 2008. *Çanakkale İlk Günde Biterdi*. Ankara: Bilgi Yayınları, s.141.
- Özdemir, Bülent ve Muta, Abdülmecit. 2012. *Çanakkale Muharebatı Cihan Harbinde Osmanlı Harekâtı Tarihçesi*. İstanbul: Türk Tarih Kurumu Yayınları.
- ATESE (1985). *Birinci Dünya Harbi İdari Faaliyetler ve Lojistik*. Ankara: Genelkurmay Askeri Tarih ve Stratejik Etüt Başkanlığı Yayınları, 1985. s. 142-146. Cilt 10.
- Erdemir, Lokman. 2012. Çanakkale Savaşı Sırasında İstanbul Hastanelerinde İlk Sağlık Hizmetleri ve şehitlerin Defni. *Fırat Üniversitesi, İlahiyat Fakültesi Dergisi*. Cilt 17, 1, s. 51-73.
- Eren, Ramazan. 2003. *Çanakkale Savaş Alanları Gezi Günlüğü*. Çanakkale: Nesil Matbaacılık,
- Erbay, Hasan. 2020, Hastane Öncesi Alan Triyajında Etik Yaklaşımlar. *Hastane Öncesi Dergisi*. Cilt 5, 1, s. 57-66.
- Hatemi, Hüseyin. 2000. *Cumhuriyetin İlk 15 Yılında Sağlık Hizmetleri*. İstanbul: Türkiye Tıp Akademisi/ Bayrak Yayıncılık, 2000.
- Resmi Gazete (1928). 1928. *1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun*. 14 Nisan 1928. Sayı:863.
- Resmi Gazete (1930). *1580 Sayılı Belediye Kanunu*. RG Tarih:14 Nisan 1930. Sayı:1471.
- Resmi Gazete (1930). *1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu*. RG Tarih: 6 Mayıs 1930. Sayı:1489.
- Demir, Müslim. 2019. mumi Hıfzıssıhha Kanunu Üzerine Bir İnceleme. *Çalışma ve Toplum Dergisi*. s. 2015-2029.
- Barker, Zeki Nasır.1938, *İlk Sıhhi Yardım*. İstanbul: Kızılay Gençlik Kurumu Yayını,
- Resmi Gazete (1940). *3803 Sayılı Köy Enstitüleri Kanunu, Kabul Tarihi:17.04.1940*. RG Tarih:22.04.1940, RG Sayı:4491.
- Güvercin, Cemal Hüseyin, Aksu, Murat ve Arda, Berna. 2004, Köy Enstitüleri ve Sağlık Eğitimi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. Cilt 57, 2, s. 97-103.
- Resmi Gazete (1943). *Köy Ebeleri ve Köy Sağlık Memurları Teşkilat Yapılanmasına Dair Kanun*. RG Tarih:16.07.1943, Sayı:5457.
- Resmi Gazete (1953). *6085 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu*. 18 Mayıs 1953. Sayı:8411.

Atasever, Mehmet. 2013. *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı,

Resmi Gazete (1953). *Özel İdare Hastanelerinin Muvazenei Umumiyyeye Devri ve 4862 Sayılı Kanuna Bağlı 1 ve 2 Sayılı Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*, Kabul Tarihi:10.07.1953. RG Tarih:15.07.1953, Sayı:8458.

Sofuoğlu, Turhan. 2021. Dünya'da ve Türkiye'de Ambulans Hizmetlerinin Gelişimi. *Health World News*. [Çevrimiçi] 25 02 2020. [Alıntı Tarihi: 11 11 2021.] <https://www.healthworldnews.net/dunyada-ve-turkiyede-ambulans-hizmetlerinin gelismesi/>.

Tokaç, Mahmut ve Aydın, Sabahattin. 2020, Cumhuriyet Döneminde İstanbul'da Sağlık Hizmetleri. [yazan] Kolektif. *Büyük İstanbul Tarihi Ansiklopedisi*. İstanbul: İstanbul Büyükşehir Belediyesi/ Kültür A.ş. Cilt 4, s. 152-164.

Resmi Gazete (1959). *7269 Sayılı Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısı ile Alınacak Tedbirlerde Yapılacak Yardımlara Dair Kanun*. 25 Mayıs 1959. Sayı:10213.

Resmi Gazete (1968). *Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Programları Hakkında Yönetmelik*. RG Tarih:12.09.1968, Sayı:12999.

Perk, Haluk. 2012. Felaketlerin Umut Işığı Türk Kızılay'ı Haluk Perk Koleksiyonu, 13. Merkezefendi Geleneksel Tıp Festivali Sergi Katalog Kitabı. İstanbul: T.C. Zeytinburnu Belediyesi /Haluk Perk Müzesi,

Resmi Gazete (1961). *224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. 12 Ocak 1961. Sayı:10705.

Resmi Gazete (1961). *237 Sayılı Taşıt Kanunu*, Kabul Tarihi:05.01.1961. RG Tarih:12 Ocak 1961. Sayı:10705.

Akgün, Seçil Karal ve Uluğtekin, Murat. 2001. *Hilal-i Ahmer'den Kızılay'a II*. Ankara: Türk Hava Kurumu Basımevi,

Resmi Gazete (1964). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliğin Yürürlüğe Konulması Hakkında Kararname*, Kabul Tarihi:17.08.1964, Karar Sayısı:6/3470. RG Tarih:9 Eylül 1964, Sayı:11802.

Resmi Gazete (1964). *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik*. RG Tarih:09.09.1964, Sayı:11802. 169

İnegöl Devlet Hastanesi. 2020. *Sağlık Tarihi Ambulans ve Oyuncak Ambulans Müzesi (Müzedeki Ambulanslar Hakkında Bilgilendirme)*. Bursa: İnegöl Devlet Hastanesi Başhekimliği, 2020.

Muşmal, Hüseyin. 2015. Küllerinden Doğan Bir Köy: 1955 Yılı Yangını ve Derebucak'ın Yeniden Kuruluşu. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. Şubat 2015, Cilt 8, Sayı:364-379.

Sivil Savunma İdaresi Başkanlığı. 1968.İlk Yardım ve Ambulans Servisi Kitabı (1.Baskı). Ankara: şark Matbaası,

Resmi Gazete (1973). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin Yürürlüğe Konulması Hakkında Kararname, Karar No:7/7387, Karar Tarihi:03.11.1973. RG Tarih:26.11.1973, Sayı:14724.

Resmi Gazete (1955). Hastaneler Talimatnamesi Hakkında Kararname, Karar No:4/4502, Karar Tarihi:25.02.1955. RG Tarih:04.04.1955, Sayı:8972.

Resmi Gazete (1973). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. RG Tarih:26.11.1973, Sayı:14724.

Resmi Gazete (1983). 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu. RG Tarih:18 Ekim 1983. Sayı:18195.

TBMM (1984). Konu: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 1985 Mali Yılı Bütçesi ile 1983 Mali Yılı Kesin Hesabı Münasebetiyle. Ankara: TBMM 17.Dönem, Yasama Yılı:2, Oturum:46, 18.12.1984.

Mehmet, Özdoğan, 2016. et al., et al. Travma Olgularında Hastane Öncesi Yaşam Desteği Seçimi: Temel ya da İleri Travma Yaşam Desteği. Ulus Travma Dergisi. Cilt 12, Sayı:2, s. 87-94.

Tunç, Sezen ve Yazar, Onur. 2021. Sağlıkta Dönüşüm Politikalarında Türkiye ve İngiltere Karşılaştırması. Journal of Management Marketing and Logistics. 2021 (4), Cilt 8, 3, s. 184-196.

Er, Ünal. 2011. Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası, Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2011.

Erbay, Hasan. 2017. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Neden 112? Ambulans Hizmetleri Bağlamında Bir Yakın Tarih Araştırması. Lokman Hekim Dergisi. Cilt 1, 7, s. 28-32.

Türk Dil Kurumu. Atasözleri ve Deyimler Sözlüğü. 2017. Konya: Karatay Yayınları,

Vatansever, Kevser. 2001. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu. [yazan] Serdar Esin, et al., et al. Sağlık Hizmetleri Yönetimi (24-28 Ekim 2000-YALOVA) Kurs Notları. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, s. 79-88.

TBMM (1986). Konu: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1987 Bütçe Görüşmeleri, İktidar Partisi Grup Başkanı: Süleyman Yağcıoğlu'nun Konuşması. Ankara: TBMM, Dönem:18, Yasama Yılı:4, Birleşim:46, Oturum:2, 19.12.1986.

TBMM (1986). Konu: Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1987 Bütçe Görüşmeleri, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Mustafa Kalemli'nin Bir Soruya İstinaden Verdiği Cevap. Ankara : TBMM, Dönem:18, Yasama Yılı:4, Birleşim:46, Oturum:2, 19.12.1986.

TBMM (1986). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Bütçesi Görüşmelerinde DYP Grup Başkanı Turgut Sözer'in Konuşmaları. Ankara: TBMM, Dönem:18, Yasama Yılı:4, Birleşim:46, Oturum:2, 19.12.1986

ANAP (Anavatan Partisi). 1987. Seçim Beyannamesi Broşürü. Ankara: Anavatan Partisi, 29.11.1987.

Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi Enstitüsü (SASAM). 2016. Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi (Odak Grup Görüşleri Raporu) Yayın No:36. Ankara: Sağlık Sen Yayınları, Aralık 2016.

Yenmez, Mustafa Kemal. 2017. Tek Acil Çağrı Numarası Uygulaması. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi. Mart-Nisan-Mayıs 2017, Sayı:42, s. 26-27. 171

Soysal, Suna, 2003. et al., et al. Akademik Acil Tıp Hekimlerinin Hastane Öncesi Bakımla İlgili Görüşleri. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2003, Cilt 1, 1, s. 44-48.

Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011 Değerlendirme Raporu) Ed.Recep Akdağ. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları,

Çom, şerafettin. 2011. Yeni Çıkan Torba Kanunla SGK Trafik Kazalarının Masraflarını Ödeyecek. 112 Acil (Sağlık Yönetimi ve Eğitimi) Dergisi. Cilt 3, Sayı:8, s. 12-15.

Kaba, Hamdi ve Elçioğlu, Ömür. 2003. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Sürecinde İlk ve Acil Yardım Teknikerliği ve Acil Tıp Teknisyenliği Mesleklerinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi. Cilt 21, Sayı:3, s. 127-135.

Tekingündüz, Sabahattin. 2008. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Performans Toplantıları-2. Ankara : Kalite Ve Hasta Güvenliği,

Yılmaz, Emre ve Gedikli, Erman. 2018. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın Değişen Teşkilat Yapısı. 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı. s. 1715-1728.

Günaydın, Mücahit, Tatlı, Özgür ve Genç, Esra E. 2017. Arama Kurtarma Örgütleri ve Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE). Doğal Afetler ve Çevre Dergisi. Cilt 3, Sayı:1, s. 56-63.

Korkut, Semih ve Gostak, Habip. 2021. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü ile Röportaj. [röp.] Habip GOSTAK. Sağlık Bakanlığı ASH Genel Müdürlüğü. Ankara, 22 Haziran 2021.

Resmi Gazete (2011). 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 02 Kasım 2011. Sayı: 28103.

Resmi Gazete (2017). 694 Sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 18 Ağustos 2017. Sayı: 30165.

Resmi Gazete (2018). Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. 10 Temmuz 2018. Sayı: 30474. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesinin Sayısı:1.

Resmi Gazete(1936). 3017 Sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu. Ankara: Başbakanlık Basım Evi, 23 Haziran 1936. Sayı:3337.

Resmi Gazete (1983). 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 14 Aralık 1983. Sayı:18251.

Resmi Gazete (2018). 703 Sayılı Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 9 Temmuz 2018. Sayı: 30473.

Durmuş, Ayhan ve Durmuş, Merve Nur. 2019. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2019, Cilt 5, 2, s. 216-229.Resmi

Resmi Gazete (2014). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. RG Tarih:29.04.2014, Sayı:28986.

Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2010-2014. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 788. ISBN: 978-975-590-315-6.

Sağlık Bakanlığı. 2021, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 1 10 2021.] <https://yhgm.saglik.gov.tr/Eklenti/39679/0/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadrostandartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonergepdf.pdf>.

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2021. Akıllı Ambulans ve Tablet Uygulaması Projesi Başladı. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İnternet Sitesi. [Çevrimiçi] 13 01 2021. [Alıntı Tarihi: 07 12 2021.] <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR,55305/akilli-ambulans-ve-tablet-uygulamasi-projesibasladi>. html.

Antalya Valiliği. 2021. 112 Acil Çağrı Merkezi, Neden 112? Antalya Valiliği İnternet Sitesi. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 07 12 2021.] <http://www.antalya.gov.tr/112-acilcagri-merkezi>.

Kapci M, Turkdogan KA, Yigit M, Akpınar O, Duman A, Celik M, Huni N,Hizirkilic A,Durmuş H. 2014. Demographic data of 112 cases transported to the emergency medicine clinic. J. Exp. Clin. Med.31: 87-90.

Benli AR, Koyuncu M, Cesur Ö, Karakaya E, Cüre R, Turan MK. 2014. Evaluation of use of the 112 Emergency Ambulance Service in Karabuk City. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 10.4328/JCAM.2755 1-4.

Karakuş BY, Çevik E, Doğan H, Sam M, Kutur A. Metropolde 112 Acil Sağlık Hizmeti. 2014. 112 Emergency Medical Service In The Metropolis . *J Ist Faculty Med* 77: 3: 37-40.

Yıldız M, Durukan 2004. P: Acil servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. *Turk J Emerg Med*; 4:144-8.

Olia PM1, Mollica TV, Querci A. 2002. Eight months of emergency services by ambulance (with doctor on board) of the Emergency Department of Prato, Italy. *Minerva Anestesiol.* 2002; 68: 849-54

Schnittker J. 2005. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med.* 60: 13-23.

Kıdak L, Keskinoglu P, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z. 2009. İzmir İlinde 112 Acil Ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir-İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir) *Genel Tıp Derg* 19: 113-119.

Nur N, Demir F, Çetinkaya S, Tirek N. 2008. Yaşlılar tarafından kullanılan 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics (Türk Geriatri Dergisi)*, 2008; 11: 7-11.

Shah MN, Bazarian JJ, Lerner EB, Fairbanks RJ, Barker WH, Auinger P, 2007. et al. The epidemiology of emergency medical services use by older adults: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. *Acad Emerg Med*.14: 441-7.

Dundar C, Sunter AT, Canbaz S, Cetinoglu E. 2006. Emergency service use by older people in Samsun, Turkey. *Adv Therapy* 23:47-53

Seow E, Wong HP, Phe A. 2001. The pattern of ambulance arrivals in the emergency department of an acute care hospital in Singapore. *Emerg Med J*; 18:297-9

Zenginol Murat, 2011. ark. Gaziantep ili 112 acil ambulanslarının 3 yıllık çalışma sonuçları. *The Journal of Academic Emergency Medicine (jaemcr)*, 10: 27-32.

Ayten S. 2015. Denizli ilinde 112 komuta merkezine yapılan aramalar ve acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. PhD Thesis. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2007. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2006. 1. baskı, Ankara, Kuban Matbaacılık Yayıncılık; p.137-45.

Yaylacı S; Çelik S Y; Cımlı T Ö. 2013. Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Aciliyetinin Retrospektif Değerlendirilmesi. 2013. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4.2: 064-7

Snooks H, Wrigley H, George S, Thomas E, Smith H, 1998. Glasper A. Appropriateness of use of emergency ambulances. J Accid Emerg Med; 15:212-5.

Kawakami C., Ohshige K, Kubota K and Tochikubo O. 2007. Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls. BMC Health Services Research, 7: 120.

Sert A, Polat M, 2021. Burdur İli Acil Sağlık Hizmetlerinin Restrospektif Olarak Değerlendirmesi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 5(1); 61-71

Duran M, 2020. 112 Kayseri Acil Sağlık Hizmetleri 2013 yılı Vaka Analizi, Contemp Med; 10(3):415-420

Oktay İ, Kayışoğlu N, 2005. Tekirdağ İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Sted, 2005 cilt 14 sayı 2 sayfa 32-35

Tözün M, Ünsal A, Arberk K, 2012. Eskişehir ilinin 2008 Yılı 112 Acil Yardım ve Kurtarma İstasyonlarına yapılan çağrılarının İncelenmesi, Düzce Tıp Dergisi, 14; (3); 54-57

Mutlu H, Yeşildağ K, Kokulu K, Sarıtaş A, Sert E T, 2021. Acil Servise Başvuran Hastaların 5 Yıllık Analizi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi Tıp Dergisi; 8(1) :1-4

Menendi M, Girişgin AS. 2022, Üniversite Acil Servisine 112 Ambulans ile Başvuran Hastaların Uygunluk Düzeyinin Değerlendirilmesi. Phnx Med J;4(3):129-134

Silibolatlı A, 2017, 112 Ambulansı ile Acil Servise Taşınan Hastaların Aciliyet Durumlarının Değerlendirmesi. Uzmanlık Tezi. Adana

Özata M., Toygar Şa., Yorulmaz M., Cihangiroğlu N, 2011. Comparative Analysis Of Using 112 Emergency Ambulance Services İn Turkey And Province Of Konya: Eur J Gen Med, Cilt 8:262-67.

Önge T., Satar S., Kozacı N., Açıkalın A., Köseoğlu Z., Gülen M., Karakurt Ü. 2013. Analysis Of Patients Admitted To The Emergency Medicine Department By The 112 Emergency Service: AEM, Cilt 12: 150-4.

Armağan E., Akköse Ş., Çebişi H; 2001. Hastaneler Arası Sevklerde Kurallara Uyuluyor Mu? Ulus Travma Derg. Cilt 7:13-16.

Soysal S, Karcıoğlu Ö, Topaçoğlu H. 2003: Acil Tıp Sistemleri.: Cerrahpaşa J Med, Cilt 34.

SARI A. 2020. Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servisine 112 ambulansı ile başvuran hastaların Sosyodemografik özelliklerinin ve klinik sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesi. 2020.

Küçükkelepçe Osman. 2022. Adıyaman 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.



EK 1: Veri Toplama Formu

1. Vaka tarihi:
2. Cinsiyet:
 - a. Bay
 - b. Kadın
3. Yaş:
 - a. 0-18 yaş
 - b. 18-45 yaş
 - c. 45-65 yaş
 - d. 65 yaş ve üzeri
4. Hasta Türü:
 - a. TC Vatandaşı
 - b. Yabancı Uyruklu
5. Vaka Oluş Saati:
 - a. 00-08 saatleri arası
 - b. 08-16 saatleri arası
 - c. 16-24 saatleri arası
6. 112 Vakayı Veriş Zamanı:
 - a. 0-1 dakika
 - b. 1-2 dakika
 - c. 2-3 dakika
 - d. 3 dk ve daha fazla
7. Ambulans Vakaya Çıkış Zamanı:
 - a. 0-60 saniye
 - b. 61-90 saniye
 - c. 91 saniye ve üzeri
8. Vakaya Ulaşım Zamanı:
 - a. 0-10 dk
 - b. 10-20 dk
 - c. 20-30 dk
 - d. 30 dk ve üzeri

9. Coğrafi Durum:

- a. Kentsel
- b. Kırsal

10. Olay yeri:

- a. Sokak
- b. Araç
- c. Cami
- d. Ev
- e. Eğitim Kurumu
- f. Resmi Daire
- g. Sağlık Kurumu (1. Basamak)
- h. Sağlık Kurumu (2. Basamak)
- i. Diğer

11. Çağrı nedeni:

- a. Medikal
- b. Travma

12. Ön tanı:

13. Hastanede Yapılan Uygulamalar:

14. Hastane Tanıları:

15. Acilde Kalış Süreleri:

- a. 0-1 saat
- b. 1-2 saat
- c. 2-3 saat
- d. 3 saat ve üzeri

16. Hastanın Sevk Olma Nedeni:

- a. Uzman Doktor İhtiyacı
- b. Görüntüleme
- c. Boş Yer Olmaması
- d. Yoğun Bakım İhtiyacı
- e. Tıbbi Ekipman İhtiyacı

- f. Yanık Ünitesi
- g. TOGÜ Sevk Olan hastalar

17. Hastaneye Sevk Edilen hastanın Durumu:

- a. Taburcu
- b. Servise yatış
- c. Yoğun bakıma yatış
- d. Ex



EK 2: TOGÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan Etik Onay

ÖZGEÇMİŞ

