



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

**ANTALYA İLİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ'NDE ÇALIŞAN
PARAMEDİKLERİN ÜNİVERSİTE EĞİTİMLERİNİN MESLEKİ
YETERLİLİKLERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Gamze KÖSE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK VE BİYOMEDİKAL BİLİMLER (DİSİPLİNLERARASI)
ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Mümin POLAT

BURDUR-2021

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

**ANTALYA İLİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ'NDE ÇALIŞAN
PARAMEDİKLERİN ÜNİVERSİTE EĞİTİMLERİNİN MESLEKİ
YETERLİLİKLERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

Gamze KÖSE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK VE BİYOMEDİKAL BİLİMLER (DİSİPLİNLERARASI)

ANABİLİM DALI

Danışman

Doç. Dr. Mümin POLAT

BURDUR-2021

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübelerini cömertçe paylaşan ve benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen ve bilhassa bugünlere gelmem de çok büyük emeği geçen tez hocam Doç. Dr. Mümin POLAT başta olmak üzere bu süreçte benden yardımlarını esirgemeyen çok kıymetli yüksek lisans arkadaşlarım; Gülcihan Aybike DİLEK KART, Ümmühan Meltem ÖZTÜRK, Ali SERT, Şaban TİLKİ ve yaptığım anketin cevaplandırılmasında büyük emeği geçen Coşkun GÜMÜŞ'e varlıklarıyla bana her zaman destek olan, yol gösteren, fedakârlıklarıyla bana örnek olan aileme ve bu aşamada bana destek olan herkese çok teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI	i
KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
ETİK BEYAN	iv
İÇİNDEKİLER	v
ŞEKİLLER	vi
TABLolar	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri	2
2.1.1. Dünyada Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetinin Tarihsel Gelişimi	2
2.1.2. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetinin Tarihi Gelişimi	6
2.2. Dünyada Acil Tıp Sistemi	9
2.2.1. Çin Halk Cumhuriyeti	10
2.2.2. Güney Afrika	11
2.2.3. Almanya	11
2.2.4. Birleşik Krallık	13
2.2.5. Amerika Birleşik Devletleri	14
2.2.6. Kanada	15
2.3. Türkiye’de Paramedik Mesleğinin Gelişimi	18
2.3.1. Paramedik Eğitimi	20
2.3.2. Paramediklerin Görev ve Yetkileri	21
2.3.3. Paramedikler İçin Etik Kodlar	22
2.3.4. Mevcut Yasa ve Yönetmelikler	23
2.3.5. Tıbbi Danışma Kuralları ve Sorumluluklar	25
2.3.6. Acil İlaç Kullanımı ve Hekim Desteği	26
2.4. Mesleki Yeterlilik Sisteminin Tanımı Önemi ve Amacı	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Veri Toplama Aracı	32
3.2. İstatistiki Değerlendirme	32
4. BULGULAR	34
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR	65
EKLER	71
Ek 1: Paramedik Programının Eğitim Yönünden Yeterliliği Anketi	71
ÖZGEÇMİŞ	

ŞEKİLLER

Şekil 1. Kanada'nın acil sağlık hizmetleri apoletleri

16



TABLÖLAR

Tablo 2.1.	Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi	8
Tablo 4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	34
Tablo 4.2.	Paramedik eğitim programı içeriği	36
Tablo 4.3.	Paramedik eğitim programı ve materyal yeterliliği	38
Tablo 4.4.	Paramedik eğitim programı staj içeriği ve eğitim yeterliliği	40
Tablo 4.5.	Katılımcıların mevcut paramedik eğitim programı ile ilgili görüşleri	41
Tablo 4.6.	Katılımcıların aldıkları eğitimle ilgili görüşlerine göre sosyodemografik özellikleri	43
Tablo 4.7.	Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre sosyodemografik özellikleri	45
Tablo 4.8.	Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre paramedik eğitim programı içeriği ile ilgili görüşleri	47
Tablo 4.9.	Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre paramedik eğitim programı ve materyal yeterliliği ile ilgili görüşleri	49
Tablo 4.10.	Katılımcıların mesleği yeniden seçme görüşlerine göre sosyo demografik özellikleri	51

SİMGELER ve KISALTMALAR

AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACK	Amerikan Cerrahlar Koleji
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ATLS	İleri Travma Yaşam Desteği
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
KKM	Komuta Kontrol Merkezleri
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
YÖK	Yüksek Öğretim Kurumu
NHTSA	The National Highway Traffic Safety Administration



ÖZET

Antalya İli Acil Sağlık Hizmetleri'nde Çalışan Paramediklerin Üniversite Eğitimlerinin Mesleki Yeterliliklerine Etkisinin Araştırılması

Paramedikler afet ve acil tıbbi durumlarda sağlık hizmetinin öncül sağlayıcıları ve ayrılmaz parçalarıdır. Sağlık hizmeti insanın var olduğu her alanda ve koşulda verilmek, organize olmak durumundadır. Kurumsal, yerleşik hizmet alanlarında işçi sağlığı ve iş güvenliği koşullarını tam ve kalıcı sağlamak daha çok mümkün iken, acil ve olağan dışı durumlarda alanda insana yönelik sağlık hizmetinin verilmesinde sağlık çalışanları için çalışma koşulları çok daha fazla tehlike ve risk içermektedir. Özellikle ilk ve acil yardım hizmetlerinde sağlık çalışanları olumsuzluklardan daha fazla etkilenmekte, zarar görmekte ve hatta yaşamını kaybetmektedir. Çalışmada, Acil Sağlık Hizmetlerinde çalışan Paramediklerin üniversitede aldıkları eğitimin yeterliliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Antalya ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde çalışan paramedikler oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak kaynak taraması sonrasında araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik değişkenlere ilişkin sorular; ikinci bölümde Paramediklere Göre Paramedik Programının Eğitim Yönünden Yeterliliğine yönelik sorular yer almaktadır.

Anahtar kelimeler: Acil sağlık, Mesleki yeterlilik, Paramedik

ABSTRACT

Investigation of the Effects of Paramedics Working in Emergency Health Services of Antalya Province on their Professional Competencies of University Education

Paramedics are the premise providers and integral parts of health care in disaster and medical emergencies. Health services should be provided and organized in every field and condition where people exist. While it is more possible to provide full and permanent occupational health and safety conditions in institutional and established service areas, working conditions for healthcare workers in providing health services for people in emergency and extraordinary situations involve much more danger and risk. Especially in the first and emergency services, healthcare workers are more affected, damaged, and even lost their lives. In the study, it was aimed to evaluate the competence of Paramedics working in Emergency Health Services by themselves with their associate degree training and in-service training they received in working life. The universe of the research consists of paramedics working in 112 Emergency Health Services in Antalya. A questionnaire form developed by the researchers after the literature review was used as a data collection tool in the study. The questionnaire form consists of two parts. In the first part, questions about sociodemographic variables; In the second part, there are questions about the Training Sufficiency of the Paramedic Program According to Paramedics.

Keywords: Emergency health, Paramedic, Professional competence

1. GİRİŞ

Paramedik, olay yerinde acil yardıma gereksinimi olan hasta ve yaralılara bulunduğu yerde gerekli müdahaleyi en etkin biçimde başlatıp hastaneye transferi sırasında da ambulanda devam ettiren, hastane acil servisinde hasta ile ilgili gerekli bilgiyi yetkili kişilere aktaran, hastane öncesinde görev yapan sağlayan sağlık profesyonelleridir (Çelikli, 2016). Paramedikler hastane acil servislerinde görev yaparken, başvuru yapan hasta yaralıların triyajını gerçekleştirir ve hekim kontrolünde acil tıbbi müdahalelerde bulunurlar. Türkiye’de ilk ve acil yardım teknikerliği mesleğine olan ilginin artması ile birlikte devlet ve vakıf üniversitelerinde ilk ve acil yardım teknikeri (paramedik) eğitimi veren program sayılarının ve kontenjanlarının yıllar içinde arttığı gözlenmektedir (Ünlüoğlu ve ark., 2002; Yıldırım, 2014). Türkiye’de eğitim veren çeşitli üniversitelerin İlk ve acil yardım programlarının öğretim elemanı, müfredat içeriği, eğitim materyallerinin staj imkânlarının irdelendiği bu tez çalışmasında Antalya ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde çalışan paramediklerin üniversite eğitimlerinin mesleki yeterliliklerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, acil tıbbi yardımın ve bakımın hastane dışında gerçekleştiği yerlerdir. Savaş sırasında yaralanan ve acil müdahaleye ihtiyaç duyan askerlere sağlanan tıbbi yardımdan çıkarılan dersler ve ülkelerin bu hizmeti mecburi hale getirmesi, modern anlamda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişimine zemin hazırlamıştır (Mechem 2013, Strecker- McGrac ve Daniel 2012).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri afet, kaza ya da hastalık nedeniyle acil yardıma ihtiyaç duyan kişilere, hastane öncesinde acil yardımın sağlanması ve güvenli bir şekilde hastaneye transportunu kapsar. Hastane öncesi sağlık sistemlerinin temellerini oluşturan bu hizmetlerin asıl amacı öncelikle ciddi travmalar, kronik hastalıklar ve ani gelişen sağlık problemlerine bağlı ölüm oranının ve hızının azaltılmasıdır (Abaan, 1996 ; Akbaş, 2014).

Tanım olarak; ani olarak gelişen hastalık veya yaralanmalar sonucunda, acil tıbbi yardım ihtiyacı olan her insana ırk, dil, din gözetmeksizin hasta veya yaralılara hızlı ulaşılabilir böylece kalıcı hasara engel olmak veya en aza indirebilmek, yaşamının ve yaşam kalitesinin korunması için, yer ve zaman engeli olmaksızın, 7 gün 24 saat, hastane öncesinde sağlanan acil sağlık hizmetlerinin bütünüdür (Ekşi 2015, MEB 2011b).

2.1.1. Dünyada Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetinin Tarihsel Gelişimi

Bilinen en eski insanlık tarihinden bu zamana kadar afetler, savaşlar, kazalar ve yaralanmaların olduğu ve acil sağlık problemleriyle karşılaşan kişi ve toplumlara farklı acil tıbbi müdahaleler yapılmıştır. 5000 yıl önce Mısır'da acil tıbbi müdahalenin uygulandığı ve eski Yunan ve Roma uygarlıklarında ilkyardım müdahaleleri yaptıkları görülmektedir. 11. yüzyılda St. John şövalyeleri, haclı seferleri savaşta yaralanan askerleri, cephenin gerisine taşıyıp tedavi etmek için çalışmalar yapmışlardır.

Tarihte bilinen ilk ambulansın İspanyol ordusu tarafından 1487'de Malaga kuşatması sırasında at arabaları ile kullanıldığı bilinmektedir. Fransa'da 1590 yılında

IV. Henry orduda yaralıları kaldırma ve taşıma ile ilgili, görevlendirmeler yapmıştır. Yaralı ve hastalara ilk sistematik yardım ve uygulama 1794 Fransız Devrimi ve İtalya ile savaş sırasında yapılmıştır. Napolyon'un baş cerrahı Baron Dominique Jean Larry, savaşın gerçekleştiği yerde, birkaç gün tedavi edilmeden kalan yaralı ve hasta askerlerin hastalık ve ölüm oranlarının hat safhada olduğunu fark etmiş ve bir sistem geliştirmiştir. Yaralıların, savaş alanında, eğitim almış bireyler tarafından, verimli bir şekilde tedavi edildiği bir sistem kurmuştur. Daha sonra kendini tekrarlayan olaylar sırasında, ihtiyaç olan yerlere sağlık personelleri göndermiştir. Prusya seferleri sırasında ilk olarak askeri sağlık ekipleri oluşturulmuş, 1794 yılında hasta ve yaralıları arabaları kullanılarak yapılan ambulanslarla transportu sağlanmıştır (Sofuoğlu ve ark., 2009; Lateef ve Nimbkar, 2005).

1859 yılında Henri Dannat, savaş alanında hafif ve ciddi şekilde yaralanmış olan 40.000'den fazla bireyin, eğitilmiş kişilerden oluşan bir ekipten, iyi bir tıbbi müdahaleye gereksinimi olduğunu belirtmiştir. 1863'te askerlere tıbbi yardım sağlamak amacıyla Kızıl Haç adlı uluslararası bir birlik kurmuştur (IOM, 2007). 1969 yılında Edward Dalton New York 'da bir hastane için hastaları, hastaneye en hızlı ve daha rahat bir şekilde götürmek için atlı ambulans birimi oluşturmuştur. 1870' li yıllarda ise Fransızlar, hasta ve yaralı askerlerini savaş sırasında, riskli bölgeden, güvenli bir alana taşımaya başlamıştır. Savaş alanında yaralıya herhangi bir tıbbi müdahale verilmemektedir. Buradaki amaç, yaralıyı olay yerinden, tıbbi yardım alabileceği yere taşımaktır (Christopher,2010).

1881 ve 1882'de Kraliçe Victoria'nın rızasıyla İngiltere ve İskoçya'daki kilise yardım örgütleri, savaş yaralıları ve ilk yardım hakkında yazılan kitaplarda düzenleme ve yayınlama izni almışlar ve ilk ambulans birliklerini oluşturmuşlardır. İlk sivil ambulans servisi 1878'de Londra'da kurulmuş ve ilk tam zamanlı ambulans servisi 1897'de Londra'da hizmete başlamıştır (Christopher, 2010; Sofuoğlu ve ark., 2009).

1917'de 1. Dünya Savaşı'nda yaralıların erken transportunun yaşama şansını artırdığı gözlemlenmiştir. Basit müdahale olarak yapılan femur traksiyonunun bile mortaliteyi %80'den %20'ye düşürdüğü fark edilmiştir. 1939'da 2. Dünya Savaşı'nda ilk organize tıbbi yardım üniteleri kullanılmış ve ilk tıbbi hava taşımacılığı yapılmıştır (Ekşi 2015, Mechem 2013, Özel 2013, Batı 2012, MEB 2011b).

Amerika’da, sivil ambulans hizmetleri 1900’lu yıllarda uygulanmaya başlanmıştır. Ambulans hizmetleri geliştikçe, hasta veya yaralıların transportu esnasında acil müdahale hizmeti de verilmeye başlanmış ve itfaiye sorumlu kurum olarak kabul edilmiştir. Hastanelerin acil servislerinde, hasta ve yaralılara uygulanan bakımın kalitesinin, olay yerinde başlatılan ve hastaneye nakil sırasında sürdürülen acil yardım ile arttığının fark edilmesiyle hastane öncesi acil yardımın önemi anlaşılmıştır (NHTSA, 2007).

Bugün bildiğimiz anlamda acil tıp sistemi 1960’lı yıllarda başlamıştır. 1966 yılında National Academy of Sciences, Travma ve Şok Komitesi “Kazalara bağlı ölüm ve sakatlıklar: Modern toplumun ihmal edilmiş hastalığı” başlıklı raporu, hastane öncesi acil yardımdaki eksiklikleri tespit etmek için yayınlanmıştır. Bu rapor, acil tıbbi hizmetlerin geliştirilmesi, sağlık görevlisi eğitimi, ambulans ve ambulans tıbbi araç gereçleri için önemli fikirler ortaya atılmıştır. 1967 yılında Kuzey İrlanda’da mobil koroner bakım üniteleri kullanıma sunulmuştur. 1973 yılında Ulusal Karayolları Trafik Güvenliği, hastane öncesi acil yardıma yönelik, ambulans haberleşme sistemini ve eğitim programlarını oluşturdu. ATS, 1973 yılında ulusal düzeyde kanunlaştırılmış ve acil bakımı düzeltmek bir vatandaşlık görevi olarak bildirilmiştir (Mechem 2013, Strecker-McGrac ve Daniel 2012).

Kaliforniya Valisi Ronald Reagan tarafından 1970 yılında yürürlüğe giren yasa, Amerika'da acil tıbbi yardımın geleceğine dair hayati bir adımdır. Sağlık personellerinin ambulansla ilaç uygulaması için bir doktora veya hemşireye gereksinim duymasına karşın, bu yasa uyarınca acil sağlık personellerinin, doktor bulunmayan bölümlerde, hastalara uzun yaşam desteği sağlamak amacıyla doktor yardımcıları olarak müdahale yetkileri olduğu unutulmamalıdır (Tintinalli ve ark., 2010).

1970'lerden başlayarak acil tıbbi hizmetler için güçlü ulusal liderlik ve finansman yoluyla; 9-1-1 çağrı sisteminin ulusal akreditasyonu, acil tıbbi yardım ekipleri için profesyonel bir teşkilatın kurulması ve daha organize bir bölgesel acil tıbbi sistemin oluşturulması gibi önemli gelişmeler yaşandı. Kongre tarafından 1973'te kabul gören bir yasa, 15 sistem bileşenini açıkladı. Bu bileşenler; Personel, eğitim, iletişim, ulaşım, acil hizmetler, yoğun bakım birimleri, kamu güvenliği hizmetleri,

kullanıcı katılımı, acil bakıma erişim, hasta transportu, standartlaştırılmış kayıt tutma, halkın bilgilendirilmesi, afet planlaması ve karşılıklı yardım şeklinde kabul görmektedir. Ancak 1980'lerin başında ulusal fonların aniden azalması ile sistemi yenileme çabalarının kesintiye uğradığı görülmüştür. Bu süreçte bölgeler arasındaki farklılıklar merkezi olmayan bir yapı oluşması sorununu doğurmuştur. Bu farklılıklar, organizasyon yapısını, finansal yardımı, ilaçlara ulaşılabilirliği, acil durum çalışanını ve standartları kapsamaktadır. Böylece her bölge kendi yapılarında değişikliğe gitmiştir. Örnek olarak araştırmalar acil ışık ve siren kullanımının faydasız olduğunu göstermiş olsa da bazı bölgelerde tüm hasta veya yaralı için uyarı ışıkları ve sirenler kullanılmaktadır (Shah ve ark., 2004).

1984 kanunuyla oluşturulan “hastane öncesi aşamadaki çocuklara yönelik acil yardım hizmetleri” ile pediatrik hastaların öneminin arttığı belirtilmektedir. Bu program sayesinde görevli, hasta veya yaralı çocuklara nasıl müdahale edeceği konusunda eğitim almakta, çocuklarda travmayı engellemek için çalışmalar yapmakta ve hastaneye nakil edilmeden önce çocuklara acil tıbbi yardım sağlanması konusunda çalışmalar planlanmaktadır (Durch ve ark., 1993; Shah ve ark., 2004).

Ulusal Karayolu Trafik Güvenliği Ajansı aracılığıyla 1994 yılında gerçekleştirilen; “Çevre Yönetim Sistemi’nde hastalık sonuçlarının ölçülmesi” seminerinde Çevre Yönetim Sistemi’nde uygulanabilecek alanları belirlenmiştir. Bunlar; Ölüm, hastalık, çaresizlik, kaygı, tatminsizlik ve yoksulluktur. 1996 yılında Gelecek için Acil Bakım Gündemi açıklandı. Bu makalede sistemin toplum sağlığına ulaşma kabiliyeti ve farklılaşmanın zorunlulukları sunulmuştur (DeMaio, 2002; Shah, 2006).

Hastane öncesi acil bakım hizmetleri ile sağlık hizmetlerinin diğer öğeleri arasındaki bağlantıları geliştirilmesi, güçlü zeminin oluşturulması ve hizmet verimliliğini artırmak amacıyla yeni araçlar ve kaynaklar geliştirilmesi olarak üç alanda öneri sunulmuştur. Hastane öncesi acil yardım hizmetlerinin mevcut durumu ve vizyonu bu raporda şöyle açıklanmıştır (Shah, 2006).

Mevcut hastane öncesi acil sağlık hizmetleri;

- Diğer sağlık hizmetlerinden yalıtılmış olan

- Akut hastalık ve yaralanmalara müdahale eden
- Bireyleri hizmet için finanse eden
- Sabit noktalı telefon vasıtasıyla iletişim

Gelecekte hastane öncesi acil sağlık hizmetleri;

- Sağlık bakım sistemiyle bütünleşmiş
- Toplum sağlığını geliştirme amacıyla çalışan
- Topluma hizmet için finanse edilen
- Sabit ve mobil telefonlar destekleyen

Aynı rapor, mevcut duruma ait altı temel sorunu tanımlamaktadır. Bunlar arasında yetersiz koordinasyon, geç acil müdahale süreleri, meçhul hizmet kalitesi, yetersiz afete hazırlık, çalışan adlarının farklılığı ve gerçeğe dayalı hizmetlerin eksik olması bulunmaktadır (IOM, 2007). 1999' da üç yıl önce yayınlanan amaçlara ulaşabilmek için 90 hedef belirlediler, bunlardan bazıları düzeni iyileştirmek, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve temelde yatan problemleri iyileştirmek, farklı sağlık kuruluşlarının ihtiyaçlarına uyum, yasalara uygun yenilikler, sağlık hizmetleri idaresi, finansman, önleme, iletişim, bilgi sistemleri, analiz ve araştırmadır. Aynı kurumda 1996 yılında hastaneye yatmadan önce eksikliklerin tespit etmede kullanılabilecek ayrıntılı bir tasarım ve ölçüm araçları geliştirmeyi amaçlayarak, 1996-2002 projesinde, çocuklar ve yetişkinler için önceliklendirilmesi gereken 7 vaka saptanmıştır. Yetişkinler için; şiddetli şoklar, kalp durması, solunum durması, hava yolu tıkanıklığı, nefes darlığı ve göğüs ağrısıdır (NHTSA, 2007).

2.1.2. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Gelişimi

Türkiye acil yardım gerektiren hastalıkların, kaza ve yaralanmaların sık yaşandığı, bununla birlikte olağan dışı durumlar ve afetlerin yoğun olarak görüldüğü bir ülke konumundadır. Bu sebeplerden dolayı acil sağlık hizmetlerinin ülke bazındaki yapılanması ve uygulamaları önem arz etmektedir (İnan ve ark., 2006). Türkiye’de hastane öncesi acil yardım hizmetleri geçmişi Osmanlı döneminde, merkeze yakın olmayan bölgelere ilk olarak doktorlar atanmaya başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Bu doktorlardan yardım alan insanların acil sağlık problemleri, ödeyecek ekonomik

durumu olmasa bile, yeri geldiğinde evlerinde ziyaret edilerek çözüme kavuşturulmuştur. 11 Haziran 1868 tarihinde “Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti” kurulmuştur. 14 Nisan 1877’de “Osmanlı Hilal-i Ahmer (Kızılay) Cemiyeti” adını alıp bünyesinde görev alan atlı ambulanslar görev yapmaya başlamıştır. (Coşkun, 2014). Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti , 1877-1878 Osmanlı Rus savaşı sırasında Plevne müdafaası esnasında çok fazla sayıda yaralıya yardım etmiş, bunun yanı sıra savaş alanının gerisinde dokuz mobil hastane ve İstanbul’da dört ilkyardım istasyonu kurmuştur (Rehn ve ark., 2017).

Cumhuriyetten sonra tüm Türkler hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden faydalanabilmiştir (Tablo 1). 1923’de "Türkiye Hilal-i Ahmer Cemiyeti", 1935’te "Türkiye Kızılay Cemiyeti" ve 1947’de "Türkiye Kızılay Derneği" ismini almıştır. Hastane öncesi acil yardım ile ilgili ilk kanun 1930 ve 1953 yıllarında Türkiye’de, belediyelerce, Halk Sağlığı Kanunu ve Acil Tıbbi Bakım Teşkilatı oluşturmak mecburi kılınmıştır. Yerel yönetim imkânlarının yeterli olmaması gibi sebeplerle bu yönetmelikle hastane öncesi acil yardım hizmetlerinde istenen ilerleme seviyesine ulaşılamamıştır (Yaman, 2015).

Türkiye’de ilk defa Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında hastane öncesi sağlık hizmeti için özellikle turistlerin yoğun ziyaret ettiği bölgede, bir merkeze bağlı olmadan araç telsizi ile iletişim kurulabilen gezici ambulans ekipleri bir müddet denenmiş ve bu yapılanma daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır (Ünlüoğlu ve ark., 2002; Yıldırım, 2014). 1986 yılında 3 büyük ilde (Ankara, İzmir, İstanbul) 077 numaralı telefon ile ulaşılabilen bir hizmet ağı olarak kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı’nın önerisiyle; şehirlerde Vali başkanlığında, İl Sağlık Müdürlüğü, Büyükşehir Belediye Başkanlığı ve illerdeki Devlet Hastane Başhekimlerinin katılımıyla ‘‘077 Hızır Acil Servisi’’ ismiyle hizmet verilmeye başlanmıştır. 077 telefon numarasıyla gelen aramalara hekimler cevap vermekte olup, vakalara acil sağlık profesyonelleri çıkmıştır. Ambulansın tıbbi ve sarf malzemeleri hastanelerden, telsizler ve araç bakım, onarımı belediyeler aracılığıyla sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ise sağlık personeli ve kısmen tıbbi malzeme yardımı sağlamıştır. Hizmetin kuruluş döneminde hekimlerin bir kısmı Ankara’da hizmet ile ilgili eğitim almış olsa da hem içerik olarak yetersiz kalmış, hem de sistemde çalışan tüm doktorların eğitim alması

sağlanamamıştır. Bu dönemde verilen hizmet; telefon numarasının hatırlanabilir olması ve yaygın anonslar yapılması sebebiyle yoğun taleple karşı karşıya kalmıştır. Ancak verilen hizmet genellikle taşımacılık ağırlıklı sürdürülmüştür (Ayten S, 2015; Balcı, 2020).

Türkiye’de hastane öncesi acil yardım hizmetlerinin tüm ülkeyi kapsayacak biçimde yaygınlaşması Sağlık Bakanlığı tarafından “112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezlerinin” kurulması ile (1994) mümkün olmuştur.13 Günümüzde Türkiye’de hastane öncesi acil yardım hizmetleri İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Komuta Kontrol Merkezleri, 112 Acil Sağlık İstasyonları ve sağlık kuruluşları gibi yardımcı hizmet birimleri tarafından hizmet vermektedir (Kıdak, 2009).

Tablo 2.1. Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi (Ekşi, 2016)

YIL	GELİŞME
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanununu ile belediyelere “Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının” kurulması görevinin verilmesi.
1985	Gezici ambulans hizmetlerinin başlaması
1986	“077 Hızır Acil Servis” uygulamasının başlaması
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk Acil Tıp Anabilim Dalının kurulması
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk paramedik programının açılması
1994	Sağlık Bakanlığı bünyesinde “112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri”nin kurulması
1994-1995	İstanbul, Ankara ve İzmir’de 112 ekiplerinin kurulması
1996	Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümünün açılması
1998	Türkiye’nin ilk “İlk ve Acil Yardım” uzmanının mezun olması
2000	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ”nin yayınlanması
2001	“Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği “nin yayınlanması

Tablo 2.1. (Devam)

YIL	GELİŞME
2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde yapılan değişiklikle hekim olmadan, paramediklerin ambulanslarda görev yapmaya başlaması
2009	“Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ” in yayınlanması
2014	Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13’ncü maddesine “Acil Tıp Teknikeri” tanımının eklenmesi
2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ

“Acil Sağlık Hizmetleri” haftanın 7 günü 24 saat ve bütün yıl kesintisiz hizmet vermek zorunda olan; dini ya da resmi tatil, izin, hastalık veya istirahat, bakım-onarım-restorasyon nedeniyle ara verilmesi ya da eksik çalışan ve tıbbi ya da sarf malzeme sebebiyle iş üretiminde verimsizliği kabul edilmeyen; müracaatta bulunan her hastaya sağlık hizmeti vermekle zorunlu, sağlık sisteminin önemli bir dinamiğini oluştururlar (Eryılmaz, 2007).

2.2. Dünyada Acil Tıp Sistemi

Günümüze bakıldığında, sağlık hizmetleri kapsamında, acil sağlık hizmetlerinin yeri ve değeri günden güne artmaktadır. Sağlık politikalarındaki ani değişimler, teknolojik ilerlemeler ve yürütülen başarılı araştırmalarla yaşam süresi artmış ve kaliteli sağlık hizmeti ön plana çıkmaya başlamıştır. Bu konuda Acil Sağlık Hizmetlerindeki gelişimin yeri oldukça büyüktür. Dünya’da, Acil Sağlık Hizmetleri farklı modeller temel alınarak hizmet vermektedir. Bu hizmetler Anglo-Amerikan ve Franco-German modelleridir. Anglo-Amerikan modelinde hasta daha ileri ve kaliteli bir yardım alabilmesi için olabildiğince ivedi bir şekilde hastaneye nakil edilirken, Franco-German modelinde ise hastane olanaklarını hastaya ulaştırmak için acil doktorları ve ileri teknolojik tıbbi cihazlar sahaya taşınır. Doktorlar ve Acil Tıp Teknisyenleri birincil görevli personellerdir. Almanya, Avusturya ve Fransa gibi ülkelerde Franco-German modeli kullanılmaktadır (Dick, 2003; Fleischmann ve Fulde 2007).

İngiltere, ABD, Hollanda, Kanada, Avustralya, Filipinler, Singapur, Polonya ve Türkiye Anglo-Amerikan modelini benimsemiş ve bu modele yönelik çalışmalarda bulunmuştur. Dünyadaki hastane öncesi acil yardım hizmetlerinin uygulanması, çevresel değişiklikler, belirsiz acil durum senaryoları, tıbbi zorluklar gibi nedenlerle farklılıklar gösterebilmektedir (AlShaqsı, 2010; Huiyi, 2007).

2.2.1. Çin Halk Cumhuriyeti

Çin, 1.393 milyar nüfusuyla dünyanın en kalabalık ülkesidir. Kara alanı bakımından ise en büyük üçüncü ülkedir. Kalabalık nüfusundan dolayı 1000 kişi başına 1,42 doktor ve 4,2 hastane yatağı düşmektedir. Son yıllarda yaşanan yoğun sanayileşme ve kentleşme, Çin'in acil sağlık sisteminde birçok soruna neden olmaktadır. Çin'de acil sağlık sistemi üç bölüme ayrılmıştır. Bunlar hastane acil servisi, hastane öncesi acil bakım ve ambulans hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu hizmetler il ve il halk sağlığı büroları tarafından finanse edilmektedir. Bu finans yöntemi, Çin'in kırsal alanlarında acil sağlık hizmetinin kalitesinin yeterli düzeyde sağlanamamasına neden olmaktadır. Hastalar acil yardım hizmeti ve ambulans ücretini kendileri ödemektedir. Kentsel nüfusun yalnızca %25'inin sağlık sigortası vardır (Hung ve ark.,2009).

Çin'de acil yardım gerektiren durumlarda, '120' numaralı hat aranır. Ancak henüz bu sistem yaygın olmadığı için küçük şehirlerde ve kırsal alanlarda bu uygulama mevcut değildir (Hung ve ark., 2009).Çin'de çoğu büyük şehirde 2 tür ambulans bulunmaktadır. Bunlardan biri acil hastalara ulaşmak için kullanılan genel ambulans, diğeryse acil bakım için kullanılan, teknolojik cihazlara sahip ve kritik derecede acil yardıma ihtiyaç duyan hastalara yardımcı olmak için ekstra ilaç bulunduran ek donanımına sahip ambulanstır. Çin'de acil sağlık sistemine yönelik bir meslek bulunmamaktadır. Bunun yerine ambulanslarda doktor, hemşire ve bir sürücü bulunmaktadır. Doktorların acil sağlık hizmeti verebilmesi için uzman olması gerekmemektedir. Herhangi bir doktor bu belgeye sahiptir ve ambulanslarda görev alabilir (Hung ve ark., 2009).

2.2.2. Güney Afrika

Güney Afrika’da Acil Tıp Sistemi, bölgesel çağrı merkezi numarası olan ‘10177’ veya ‘112’ aranarak ulaşılır. 2005 yılı itibariyle acil sağlık çalışanları için resmi bir eğitim geliştirilmemiştir(Çelikli, 2016).

Güney Afrika’da ATS eğitim sisteminin 4 ana seviyesi vardır. En az iki ay boyunca verilen eğitim sonucunda seçilen temel ambulans asistanları acil yardım hizmeti sağlayabilmektedirler.

Temel Ambulans Asistanları; otomatik harici defibrilatör kullanımı, kardiyo pulmoner resüsitasyon ve basit travmalara müdahale gibi işlemleri de gerçekleştirebilirler.

Ambulans Acil Durum Asistanları; en az 3 aylık özel bir eğitimin ardından, intravenöz girişim yapabilir, intravenöz glikoz uygulayabilir, manuel defibrilatör kullanabilir ve astım hastaları için nebulizasyon sağlayabilirler.

Kritik Bakım Asistanları; Güney Afrika’da paramedik olarak da bilinen ise 9 aylık eğitim aldıktan sonra kardiyovasküler yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği ve pediatrik ileri yaşam desteği sağlayabilirler. Kritik Bakım Asistanları, sertifikalarına göre, belirli hastane öncesi ilaçları uygulayabilir ve ileri hava yolu desteği sağlayabilirler.

Güney Afrika’da dördüncü eğitim seviyesi, yüksek lisans teknik kolejinde 3 yıllık bir programdan oluşmaktadır. Bu eğitim programına katılan kişiler, temel tıp bilimlerini ve acil bakımı nasıl sağlayacaklarını öğrenirler. Bu programdan mezun olan kişilerin çok fazla pratik yapması ve tıbbi bilgi kazanması onları dünyadaki diğer ATS çalışanları arasında üst sıralara yükseltir (Huyssteen, 2007; MacFarlane, 2005).

2.2.3. Almanya

Almanya’nın nüfusu 2008’de 82,1 milyon olarak açıklanmıştır. Hastane yatak yoğunluğu 1000 kişi başına 8.17 iken hekim yoğunluğu ise 1000 kişi başına 3.53’tür. Almanya’da insanlar ATS ile Johann Friedrich von Esmerich’in 19. yüzyılda halkı ilk yardım konusunda eğitmek için hazırladığı programlar sayesinde tanışmıştır. 19. yüzyılın sonunda Ernst von Bergmann, Berlin’de hastane öncesi ATS oluşturmuştur.

20. yüzyılın başlarından itibaren ATS, Almanya’da sadece hasta taşına rolünden ileri gidememiştir. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra ülke, Doğu ve Batı olarak ikiye ayrılmıştır (Çelikli, 2016).

1960’a gelindiğinde Doğu Almanya’da travma hastalarını taşıyan bir ‘‘Hızlı Yardım’’ aracı ortaya çıkmıştır. 1966 yılından sonra bu sistem, hem travma hastalarına hem de acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda kullanılmaya başlanmıştır.

Batı Almanya’da Karl Heinrich Bauer 1957’de Clinomobili yaratmıştır. Bu araç mobil bir ameliyathane olarak kullanılmıştır. Daha sonra ise yüksek maaliyetli olması nedeniyle kullanımına son verilmiştir. Aynı tarihlerde Victor Hoffmann, hastaların hayatını tehdit eden yaralanmaları tedavi etmek için bir proje başlattı. 1974’e kadar ulusal ATS için prosedürler ve düzenlemeler oluşturulmuştur. 1989 yılına gelindiğinde acil sağlık personeli eğitimi için ulusal standartlar oluşturulmuş ve uygulanmıştır. 1990 yılında yeniden birleşme, Doğu ve Batı Almanya’yı bir araya getirmiştir. Bu süreçte Batı Almanya’nın ATS uygulamaları Doğu Almanya’dakilerin yerini almıştır.

Almanya’da ATS yerel kasabalar ve belediyeler tarafından sağlanmaktadır. ATS Almanya’nın 16 Federal Eyaletinin her birinde yasalarla ayrı ayrı yönetilir. İstatistiklere göre ambulanslar, çağrı alındıktan en az 15 dakika sonra olay yerine ulaşmaktadır. Almanya’da itfaiye, polis ve ambulansa ulaşmak için ‘112’ numaralı telefon aranmaktadır. Gelen çağrı 320 ambulans kontrol merkezinden biri tarafından karşılar ve içinde sağlık görevlisi, acil durum doktoru ve sürücü bulunan ambulansı olay yerine yönlendirir.

Olay yerinde acil bir hekime ihtiyaç duyulduğu anda randevu sistemi doktorun hızlı bir şekilde, belirlenmiş bir aracı almasını sağlar Araç, hasta taşımaya uygun değildir fakat içinde, hastayı ambulansa teslim edene kadar müdahalede bulunulmasını sağlayacak düzeyde tıbbi malzeme bulunmaktadır. Almanya’da çoğu acil ambulansa bir acil sağlık personeli ve bir de acil sağlık asistanı bulunur. Müdahaleler genel olarak acil doktorları tarafından yapılmaktadır. İlaç kullanımı, defibrilasyon, kristaloid solüsyonların infüzyonu ve entübasyon uygulamaları acil sağlık görevlisi

yapabilmektedir. Diğer tüm müdahaleler acil doktorları tarafından yapılmaktadır (Roessler ve ark., 2006).

2.2.4. Birleşik Krallık

İngiltere’de acil tıp hizmetlerine ‘112’ ya da ‘999’ numaralı telefonlar aranarak ulaşılabilmektedir. Bu numaralardan biri arandıktan sonra, çağrı 38 Ulusal Sağlık Servisi Ambulans İstasyonundan birinde çalışmakta olan bir sağlık memuruna ulaşır. Hastanın adres bilgileri alındıktan sonra ambulans sevki yapılmaktadır. İngiltere’de acil duruma müdahale gönderilen 2 çeşit araç bulunmaktadır. Bunlardan ilki içinde bir paramedik ve bir ambulans teknisyeni bulunan ambulans, ikincisi ise olay yerine paramediği ya da ambulans teknisyenini normal bir ambulandan daha hızlı ulaştırmayı amaçlayan motosikletlerdir. Motosikletler, hastaya giden güzergâhın sıkışık olduğu durumlarda ya da kırsal alanlarda rotanın oldukça uzun olduğu noktalara ambulandan önce gönderilir (Woollard, 2006).

Birleşik Krallık’taki Acil Tıp Teknisyeni eğitimi tamamen tekdüzedir. Ancak bu programlar, Sağlık ve Bakım Geliştirme tarafından geliştirilen içeriğe odaklanarak hazırlanır. Acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ücretleri, Royal Colleges Ambulans İrtibat Komitesi tarafından belirlenen standartlara göre düzenlenmektedir.(Black ve Davies, 2005).

İngiltere’de iki tür acil sağlık çalışanı vardır. Bunlar acil tıp teknisyeni ve paramediklerdir. Bir ambulans teknisyeni, gözetim altında 1 yıl çalıştıktan ve Sağlık ve Bakım Geliştirme kurumunun resmi sınavında başarılı olduktan sonra, bağımsız olarak çalışmasına izin verilmektedir. Ambulanda bir yıllık bir deneyimin ardından teknisyenler, işverenleri tarafından önerildiği takdirde, paramedik eğitimi alma hakkı kazanmaktadır. Paramedik adayları iki ay boyunca, anatomi ve fizyoloji, travma bakım yönetimi ve çeşitli tıbbi acil müdahale alanında eğitim alır. İleri kardiyak yaşam desteği eğitimi almak için ise daha fazla zaman gerekmektedir. Önce sertifikalı hale gelen paramediklerin, çalışmaya dayalı değerlendirmelere katılması için altı ay geçmesi gerekmektedir (Black ve Davies, 2005; Cooper, 2003).

2.2.5. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde her iki hükümetinde desteklediği acil tıbbi sistemler olduğu gibi, özel olarak desteklenen sistemler de mevcuttur. Devlet Acil Tıp Sistemi denince akla ilk olarak yangın birimi gelmektedir ancak sadece polis merkezlerinin yakınlarında, büyük ilçelerde veya şehirlerde ayrı olarak konumlanır. Acil Tıp Sistemi genellikle belediye ya da hastane hizmeti olarak verilmektedir. Bazı hastanelerin kendi acil tıbbi hizmeti bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk müdahale çoğu zaman yerel polis ve itfaiye ekipleri tarafından yapılmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Acil Tıp Sistemi'ne '911' numaralı çağrı sisteminden ulaşılmaktadır. Aynı numara itfaiye ve polis birimleri için de kullanılabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nin hemen hemen tüm bölgelerinde '911' numarası kullanılabilir ve bu bölgelerin çoğundaki sistem, yardım çağrısında bulunan kişinin adresini direkt merkeze ulaştıran, gelişmiş bir sistemdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde Acil Tıp Sistemi çalışanları için resmi bir eğitim mevcuttur fakat her eyalette de bu eğitime ihtiyaç duyulmaz.

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki acil tıp teknisyenleri beş eğitim seviyesine sahiptir. Bunlar ilk müdahale, temel acil tıp teknisyenliği, ara acil tıp teknisyenliği, paramedik ve hastane öncesi kritik acil bakım sağlayıcısıdır. İlk müdahale ekipleri temel ilk yardım, temel travma yönetimi, kardiyo pulmoner resüsitasyon, kırık stabilizasyonu ve komplike olmayan doğum müdahalelerinde bulunabilirler. İlk müdahale ekibi olabilmek için 40 ila 50 saatlik bir eğitim almak gerekir.

Temel acil tıp teknisyenleri, eğitimlerinde, oksijen yönetimi, hasta kurtarma eğitimi, hastane nakli, triyaj simülasyonları ve ilk müdahale ekiplerinin aldığı tüm eğitimleri alır. Bu seviyeye ulaşmak için 110 saatlik bir programı başarıyla bitirmek gerekir. İsteğe bağlı olarak da ileri hava yolu eğitimi alınabilir.

Ara acil tıp teknisyeni eğitim programları eyaletten eyalete değişmektedir. Müfredat değişir ancak ara acil tıp teknisyenleri, kalp ritimlerini izleyip analiz etme konusunda her zaman bilgili olmalıdır. İntravenöz girişim yapmak, manuel defibrilasyon ve trakeal entübasyon uygulamaları eğitimleri kapsamındadır.

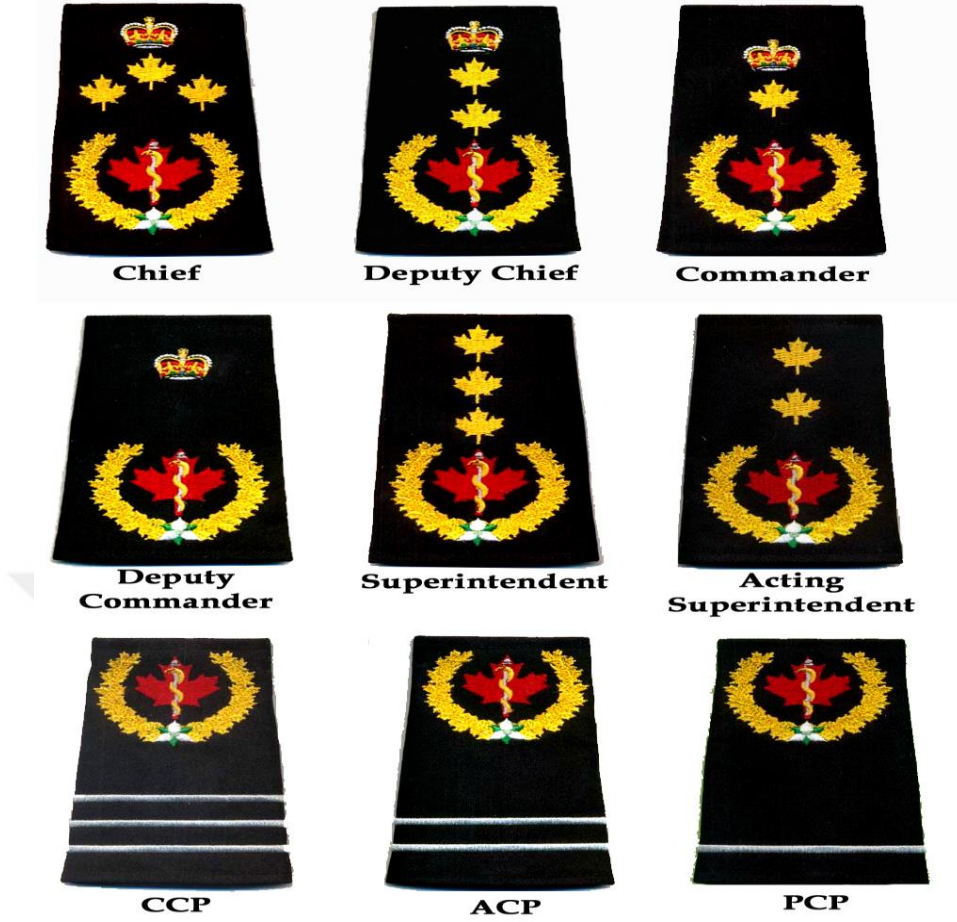
Paramedikler, iki yüz elli ila beş yüz saat arası sınıf eğitimi ve iki yüz elli ila beş yüz saat arası da hastane tabanlı klinik eğitim olmak üzere genellikle bin saati aşan bir eğitim programını başarıyla tamamlamakla yükümlüdürler. Deneyimli paramedikler, yeni paramediklere, stajda akıl hocalığı yapmakla yükümlüdürler. Mezunlar bazı ilaçları uygulayabilmektedir. İleri hava yolu yönetim teknikleri, ileri müdahaleler, kalp ritmi analizi, manuel defibrilasyon ve iğne torakostomisi gibi müdahaleler eğitim programı kapsamında öğretilmektedir (Pozner ve ark., 2004).

2.2.6. Kanada

Kanada'daki Acil Tıp Sistemi, evrensel bir sağlık sigortası planının altında faaliyet göstermektedir, yaygın olarak Medicare olarak bilinir ve Kanada Sağlık Yasası ile yasalaşır. Tıbbi olmasına rağmen bakım, kamuya açık uygulanır. Kanada'nın 13 Acil Tıp Sistemi'nde, özel bir sistem dışında finansman ve hizmet sunum modeli olarak da temsil edilir (Symons ve Shuster, 2005).

Bazı hizmetler ayaklı, bazı hizmetler itfaiye bazında, bazıları ise hastane merkezlidir. Azınlık kısımlarda yetki alanları, kamuya açık ve özel olarak işletilen hizmetlerin karışımıdır. Kanada'da '911'i arayarak acil servis, polis, itfaiye veya ambulans servisi ile iletişime geçilebilir (Symons ve Shuster, 2005).

Hizmet teslim modelleri tamamen il tarafından işletilen bir merkezden, bölgesel olarak ya da belediye tarafından işletilen hizmetlere, buradan da belediye veya bölgesel sözleşmeli hizmetlere sunulur. Bazı hizmetler itfaiye birimlerinin kontrolünde, bazı hizmet hastane kontrolünderken, diğer alanlar bağımsız çalışmaktadır (Symons ve Shuster, 2005).



Şekil 1. Kanada'nın acil sağlık hizmetleri apoletleri (Professional Paramedic Association of Ottawa, 2018).

Kanada Tabipler Birliği, eski sistemi değiştirerek, Ulusal Mesleki Yetkinlik Profili kapsamında acil sağlık çalışanlarını sınıflandırmışlardır. Temel bakım paramedik, ileri bakım paramedik ve kritik bakım paramedik olarak üç seviyeye ayrılmıştır. Kanada Paramedik Yöneticileri Derneği tarafından, geçmiş yıllarda teklif edilen ve ülke genelinde standart olarak kullanılması kabul edilen rütbe sistemi oluşturulmuştur(Symons ve Shuster, 2005).

Temel Bakım Paramediği (PCP): Mesleğine yeni başlamış bir paramedik, temel bakım paramediği olarak görevini icra etmekte ve omzunda tek çizgili bir apolet taşımaktadır. Eğitimleri iki yıl (2000 saat) sürer ve bu eğitim, akut yaralanma, anatomi ve fizyoloji, farmakoloji ve hastalıklarla ilgili mekanizmalar gibi dersleri kapsar. Bu eğitim program sınıf içi ders ve sahada doğrudan uygulamaları ders saatlerini içerir. Eğitim programı başarıyla tamamlandıktan sonra, bir kişi bir il sınavını tamamlamakla

yükümlüdür Ayrıca bir Temel Bakım Paramediği, devam eden birçok tıbbi eğitim dersine de katılmaktadır. Ayrıca bir doktor tarafından akut yaralanma veya hastalık yaşayan bireyler için bir dizi kontrollü tıbbi eylem gerçekleştirme sertifikasına sahiptir. Bütün eğitimlerini başarıyla tamamlamış Temel Bakım Paramediği; sodyum klorür, epinefrin, glikoz ve adrenalin gibi ilaçları kendi inisiyatifleri ile uygulayabilir, on iki derivasyonlu elektrokardiyogram kullanabilir, intravenöz girişimlerde bulunabilir, ileri hava yolu problemlerine başarıyla müdahale edebilecek bilgiye ve beceriye sahip olur.

İleri Bakım Paramediği (ACP): Bir Temel Bakım Paramediği, İleri Bakım Paramediği eğitimine hak kazanmadan önce, en az iki yıllık bir çalışma tecrübesine sahip olması gerekmektedir. İleri Bakım Paramedik eğitim programı, Temel Bakım Paramediği programının devamı niteliğindedir ve bir yıl sürmektedir. Bir diploma sonrası program olarak kabul edilmektedir.

İleri Bakım Paramedik eğitimi son derece yoğundur ve haftalarca süren ders içi didaktik eğitim, hastane kliniğinde haftalarca eğitim ve birden fazla eğitimciye kendini kanıtlaması gereken aylar süren eğitimci pratiği gerektirir. Buna ek olarak, becerilerinin ve sertifikalarının sürekliliğini kaybetmemesi için, her yıl birçok zorunlu ve seçmeli tıp kurslarını başarıyla tamamlamalıdır. İleri Bakım Paramedikleri'nin omuz apoletlerinde iki şerit vardır.

İleri Bakım Paramediklerin, Temel Bakım Paramedikleri'nin kullanmaya yetkili olduğu ilaçlara ek olarak daha fazla ilaç kullanma yetkisine sahiptirler. Bunlardan bazıları; morfin, midazolam ve atropindir. Temel Bakım Paramediklerinin yetki sahibi oldukları uygulamalara ek olarak iğne krikotirotomi, iğne torakostomi ve hava yolundan yabancı cisim çıkarma gibi müdahaleler yapabilirler.

Kritik Bakım Paramediği (CCP): İleri Bakım Paramediği 'nin, Kritik Bakım Paramediği programına hak kazanmadan önce üç yıl sahada çalışmak zorundadır. Kritik Bakım Paramediği eğitim programını başarıyla tamamladıktan sonra bu rütbeyi almaya hak kazanır. Bu Kanada'daki en yüksek paramedik rütbesidir. Eğitim seviyesi, İleri Bakım Paramedik eğitimleri üzerine inşa edilir.

Kritik Bakım Paramedik uzmanlığı kritik ve yoğun bakım düzeyinde bakıma odaklanır, hastaları, daha az kaynaklara sahip hastanelerden üçüncü basamak bakıma ve bölgesel tıbbi programları daha yüksek düzeyde bakım diğer hastanelere, stabilize eder ve taşır Kritik Bakım Paramediği genellikle başka bir, İleri Bakım Paramediği, hemşire ile bir doktor, doktor asistanı, veya hemşire pratisyeninin kontrolü altında çalışır. Bazen belirli hastalar için birden fazla pratisyen hekimden oluşan özel ekipler kurulur. Uzak veya zamanında ulaşılması zor mesafelerdeki acil durumlara müdahale için, özel kurulan bir Kritik Bakım Paramediği ekibi uçak ambulans ya da helikopter ambulans ile transfer edilebilir. İleri Bakım Paramediği' ne göre büyük ölçüde genişletilmiş bir uygulama kapsamına sahiptirler. Yetki verilmiş tıbbi eylemler, hasta hava yolu, solunum ve solunum sistemini kötü etkileyen, yaşamı tehdit eden sorunları yönetmek için hemodinamik izleme cihazları kullanma gibi teknikleri içerir. Kritik Bakım Paramediği yetkileri dâhilinde invaziv veya farmakolojik tedavi yöntemlerini uygulayabilirler (Symons ve Shuster, 2004).

2.3.Türkiye’de Paramedik Mesleğinin Gelişimi

Paramedik; acil bir hastalık ve yaralanma durumlarında bilgi ve beceri donanımı ile yetkisi kapsamındaki ilaç ve tıbbi aletleri kullanarak olay yerinden hastayı alıp, hastaneye nakli gerçekleştirene kadar hasta veya yaralının hayatta kalmasını sağlayacak öncelikli müdahaleleri yapan, bu hedefle hasta veya yaralının yaşamsal faaliyetlerini stabil hale getirmeyi amaçlayan girişimlerde bulunan, olay yerindeki durumu komuta kontrol merkezine aktaracak iletişimi sağlayan, hasta ve yaralı ile ilgili bütün bilgileri kayıt altına alıp sağlık kuruluşuna ulaştığında bu verileri hekime aktaran hastane öncesi sağlık profesyonelleridir (Yıldırım ve ark, 2014; Anık,2005).

1990 yılında dönemin Dokuz Eylül Üniversitesi'nin Rektörü Prof. Dr. Namık ÇEVİK ve Yüksekokul müdürü Prof. Dr. Necla ÇEVİK aracılığı ile Türkiye’de paramedik eğitiminin verilebilmesi için Kanada Cambrian College ile bir tasarı başlattı. 1992 yılında tasarı kapsamında Semra ÇELİKLİ eğitim için Kanada’ya gitti ve eğitimi başarıyla bitirerek Türkiye’nin ilk paramediği ünvanını aldı. Tasarı tamamlandı ve program, Prof. Dr. Necla ÇEVİK müdürlüğündeki Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’nda 1993 yılında başlatıldı. İlk sene programa 15 öğrenci

alındı. Programın ilköğretim çalışanları; Semra ÇELİKLİ, John FOWLER ve Suphi TÜRKMEN'den oluştu. Sonradan bu takıma Hülya ÜNALAN GEDİK, Nursun ÜSTÜNKARLI ve Deniz GÜNDEM dahil oldu. 1995 yılında Çağlar UZ ve Sinan YENAL Türkiye’de eğitimini tamamlamış ilk paramedik eğitmenler oldular. 1997 yılında Ali Ekşi’nin Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceriler Laboratuvarında göreve başlaması ile paramedikler tıp fakültesi eğitimlerine eğitimci olarak katılmaya başladı (Çelikli, 2016).

1993-1994 Eğitim - öğretim yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu(SHMYO) bünyesinde açılan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği (AABT) Programı Türkiye’de bir ilki başlatmıştır. Bu ilk, Türkiye’nin çok ihtiyaç duyduğu ve o güne kadar herhangi bir ciddi çalışmanın yapılmadığı “ilkyardım ve acil bakım” konusunda atılmış önemli bir adım olmuştur. Bu programın kuruluş amacı hasta ve yaralıların ihtiyaç duyduğu acil bakımı, hastane öncesi dönemde, profesyonel düzeyde verebilecek olan personelleri yetiştirmektir (Çelikli, 1998).

Mesleğin ilk yıllarında, paramediklerin doğrudan devlet bünyesinde istihdamlarının sağlanmaması ve henüz ülkede mesleğin çok iyi anlaşılamamış durumda olmasının etkisiyle özel sektör iş alanlarının da kısıtlı olması önemli istihdam sorunlarına neden olmuş ve paramedikler uzun yıllar iş bulma kaygısı yaşamışlardır. Ancak T.C. Sağlık Bakanlığı’nın başlatmış olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde görev yapan doktorların, aile hekimliği sistemine alınmasından sonra, 112 Acil Sağlık İstasyonlarında personel politikalarında değişikliğe gidilerek paramedik istihdamı kararı alınmış ve 2004 yılının başında 500 paramedik Sağlık Bakanlığı bünyesinde 4924 sayılı kanun kapsamında göreve başlatılmıştır (Çelikli, 2016). 2009 yılında Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) tarafından alınan kararla Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği programı “Paramedik Programı” olarak adlandırılmış, Nisan 2010’da YÖK kararı ile program “İlk Yardım ve Acil Durum” olarak değiştirilmiştir (Ünlüoğlu ve ark.,2002).

2.3.1. Paramedik Eğitimi

Türkiye’de mesleğe olan talebin artması nedeniyle hem devlet hem de vakıf üniversitelerinde paramedik eğitimi veren üniversitelerin açıldığı gözlenmektedir. 2014 yılında 95 üniversitede, 143 programı bulunan paramedik mesleğinin toplam alım sayısı 9978 öğrenciye ulaşmıştır. Her sene paramedik eğitimi veren üniversiteler çoğalmakta kontenjan sayısı artmakta birinci yıldan sonra diğer bölümlerden geçişler nedeniyle tanımlanan kontenjan sayıları giderek artmakta bu sebeple kontrolsüz kontenjan sayılarına ulaşılmaktadır (Ekşi ve ark., 2008).

Türkiye’de paramedik eğitimini geliştirmek ve alandaki gelişmeleri paylaşmak amacıyla 13-14 Haziran 2002 tarihlerinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi’nde düzenlenen “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Sempozyumu” ilk bilimsel etkinlik olmuştur (Ünlüoğlu ve ark., 2002). 8 Mart 2003 tarihinde Gülhane Askeri Tıp Akademisi’nde “Türkiye Üniversiteleri Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri (Paramedik) Eğitim-Öğretim Programı Güncelleştirme ve Standardizasyonu Toplantısı” düzenlenmiştir. Bu toplantılarda Kanada’da uygulanmakta olan eğitim programı temel olarak kabul edilmiş eğitim programlarının yeni programa göre düzenlenmesi kararı alınmıştır. 1993-2015 yılları arası devlet üniversiteleri, özel üniversiteler, KKTC’de bulunan üniversiteler ve GATA olmak üzere toplam 95 üniversitede Paramedik bölümü bulunmaktadır. Bunların tamamı örgün eğitim veren programlardır. Gündüz ve ikinci öğretim olarak 143 program ve bu programlarda 9978 kontenjan bulunmaktadır. 1995 yılından günümüzde tahmini toplam mezun sayısı 11300’dür (Çelikli, 2002; Yenal ve Çelikli, 2013).

Acil tıbbi hizmetlerin görülmesinde ve hastaların daha iyi şartlar altında, kaliteli, güvenilir ve hızlı bir acil sağlık hizmeti alabilmesi için paramediklerin 2 yıllık bir üniversite eğitiminden sonra tıbbi alt yapıları tam anlamıyla güçlendirilmektedir. Hastaları daha iyi bir şekilde müdahale edebilecek tıbbi bilgi ve donanıma sahip olmaları için mesleğe yönelik eğitimleri süresince gerekli olan teorik bilgiler ve mesleğe yönelik uygulamalı eğitim disiplinli, ciddi ve özverili bir şekilde sağlanmaktadır (Tentillier ve ark., 2008; Ünlüoğlu ve ark., 2002). Acil tıbbi müdahale gerektiren hasta veya yaralılara kaliteli ve güvenilir hizmet vermenin yanı sıra en

uygun ve zamanında gerekli olan acil tıbbi müdahaleyi uygulayarak hasta veya yaralıların yaşam standartlarını artırmak ve sağlık sisteminde giderleri azaltarak sağlık harcamalarında tasarruf sağlamak eğitimlerindeki amaçlardan biridir (Ekşi ve ark., 2015; Gündüz ve ark., 2018). Mezuniyet sonrası zorunlu eğitim programları,

- 40 saatlik “Temel Eğitim” ,
- 20 saatlik “Erişkin İleri Yaşam Desteği”,
- 32 saatlik “Travma İleri Yaşam Desteği” ,
- 28 saatlik “Çocuklarda İleri Yaşam Desteği”
- 32 saatlik “Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitim” programlarından oluşur (ASHY Resmi Gazete: 24046).

Temel Eğitim, Erişkin İleri Yaşam Desteği, Çocuk İleri Yaşam Desteği ve Travma İleri Yaşam Desteği Eğitim Programlarına katılarak eğitimlerinde 85 ve üstünde not alarak başarılı olanlara verilecek olan diploma 3 yıl boyunca geçerliliğini korur. Mezun olduktan sonra bu eğitim programlarına katılanlar, eğitime ders saatlerinin altında bir katılım gösterdikleri takdirde eğitimi tekrar etmek, sınavından kaldıklarında ise en geç 6 ay içerisinde ilgili sınava tekrar katılmaları gerekmektedir. Paramediklerin bu eğitim programlarının hepsine katılımları zorunludur. Paramedikler, Temel Eğitim Programı, Erişkin İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı, Çocuk İleri Yaşam Desteği Eğitim Programı ve Travma İleri Yaşam Desteği Eğitim Programlarını en geç üç yıl içinde tamamlamak ve sertifika almak zorundadır (Berner ve ark., 1996; Oktay, 2002; Tentillier ve ark., 2008).

2.3.2. Paramediklerin Görev ve Yetkileri

29007 sayılı Resmi Gazete ’de (22 Mayıs 2014) yayınlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Gruplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik’in Ek 1B ‘sine göre paramediklerin iş ve görev tanımları aşağıdaki gibidir:

- İntravenöz ve intraosseöz girişim ile hastaneye ulaşmaya kadar, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak.

- Temel ve ileri havayolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon uygulaması, gerekli hallerde krikotirotomi ve oksijen uygulaması yapmak.
- Travma stabilizasyonu, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak.
- Hastanın nakle hazır hale gelmesini ve uygun taşıma teknikleri ile hastanın naklini sağlamak.
- EKG çekimi ve ritim değerlendirmesi yapmak, monitörizasyon, defibrilasyon, kardiyoversiyon, eksternal pacemaker uygulaması gibi elektriksel tedavileri uygulamak.
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak.
- Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanmak.
- Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurmak, zorunlu hallerde ambulansta sürücülük görevi yapmak.
- Paramedikler bu yetkilerini sadece hastane öncesi alanda görev yapan hekimsiz ambulanslar veya acil sağlık araçları ile görev yaparken Ek 1'deki temel eğitim programını tamamladıktan sonra Ek 2'de sunulan akış şemalarına göre uygulayabilmektedirler. Bu yetkilerini, ambulans ve acil sağlık araçları dışında, hekimin yazılı veya sözlü talimatı ve onayı olmadan kullanamazlar (ASHY Resmi Gazete 24046).

2.3.3. Paramedikler İçin Etik Kodlar

Paramedik gerek sağlığı yerinde gerekse hasta insana hizmet sunarken profesyonel davranışlar gereğince, insan ve hasta hakları doğrultusunda bazı kuralları belirlemek ve bunlara uymak zorundadır. Bu kurallar;

- Paramediğin birinci görevi yaşamı korumak, ıstırabı azaltmak ve sağlığı artırmaktır. Vereceği acil bakım kaliteli ve dengeli olmalıdır.
- Paramedik ırk, din, dil, sosyal ayırım yapmaksızın hastanın ihtiyaç duyduğu acil bakımı vermelidir.
- Paramedik profesyonel bilgi ve becerisini, insanlara zarar verebilecek girişimlerde bulunmamalıdır.

- Paramedik, yasal olarak gerekmediği sürece hastaya ait bütün kişisel bilgilere saygı göstermeli ve saklı tutmalıdır.
- Paramedik, her vatandaş gibi yasaları anlamalı, uymalı ve yerine getirmelidir.
- Paramedik diğer sağlık personeli ve ilgili kişilerle birlikte acil bakımı yüksek standartlara ulaştırmak için çabalamalıdır.
- Paramedik belirlenen sorumlulukları yerine getirmeli; becerilerini ve meslek içi eğitimini profesyonel standartlarda tutmalıdır (Abaan, 1996).
- Paramedik profesyonel düzeydeki aktivite ve kararları bağımlı ve bağımsız acil bakım uygulamalarını, bilgisinin sınırlarını, paramedik uygulamalarını etkileyen yasaları bilerek bireysel sorumluluk almalıdır.
- Paramediği ve acil tıp hizmetlerini etkileyen yasal konulara duyarlı ve yasal zorunluluklarının da farkında olmalıdır.
- Paramedik, profesyonelliğin göstergesi olan bireysel etik standartlarını korumalıdır.
- Paramedik, kendinden eğitim olarak daha yetersiz birine sorumluluğunu vermeyerek, hakkını korumalıdır. Her hizmet, gereksindiği profesyonel yeteneklerle donanmış olmalıdır.
- Paramedik, acil tıp hizmetlerinin sağlık ekibini oluşturan doktor, hemşire ve diğer yardımcı personellerle uyum içinde ve güvenle çalışmalıdır.
- Paramedik, etik olmayan uygulamalara katılmayı reddetmeli, diğer kişilerin uygun ya da etik olmayan davranışlarını ilgili yöneticiye bildirme sorumluluğunu almalıdır (Hafen, 1989; Bledsoe, 1997).

2.3.4. Mevcut Yasa ve Yönetmelikler

Acil sağlık hizmetleriyle ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve Resmi Gazete 'de yayınlanan iki adet yönetmelik vardır. Birincisi 11.05.2004 tarihli Resmi Gazete 'de yayınlanmış "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" (Bu yönetmelik 24.03.2004 tarih ve 25412 sayılı Resmi Gazete ve 15.03.2007 tarih ve 26463 sayılı Resmi Gazete ile bazı maddeleri değiştirilmiştir). İkincisi 07.12.2006 tarihli 26369 sayılı Resmi Gazete 'de yayınlanan "Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve

Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği'dir. Bu iki yönetmeliği incelediğimizde paramediklerle ilgili olan maddeler şunlardır:

Sağlık Bakanlığı, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 28’e göre; Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri, acil sağlık hizmetlerinde acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak kaydıyla, Bakanlık’ça belirlenen sertifikalı eğitim programlarını tamamlamak suretiyle hastaya müdahale ve bu hususta lazım gelen iş ve eylemleri yapabilirler (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği , 2007).

Sağlık Bakanlığı, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 29’a göre; Acil sağlık hizmeti kapsamında istihdam edilen çalışanın, istihdam edildikleri alan ile ilgili eğitim veren kurumlardan mezun olması esastır. Görevleri ile ilgili eğitim programı bulunmayan personel, Bakanlık’ça belirlenecek hizmet içi eğitim programını tamamladıktan sonra acil sağlık hizmetinin ilgili birimlerinde istihdam edilir. Acil sağlık hizmet birimlerinde görev yapan personel, tedavi ve müdahale yöntemlerine ait bilgi ve becerilerinin güncelleştirilebilmesini sağlamak amacıyla, Bakanlığın belirleyeceği bölge merkezleri ve Bakanlık’ça yetkilendirilen eğitim kuruluşlarında belirlenecek sürelerde hizmet içi eğitimlere tabi tutulur (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2007).

İkinci yayınlanan yönetmeliği, paramedikler için ayrı bir önemi vardır. Çünkü ilk defa ambulans ve acil bakım teknikeri (paramedik) ismi Resmi Gazete ‘de yayınlanmıştır. 8 Temmuz 2001’de yayınlanan bu yönetmeliğin paramediklerin sorumluluklarıyla ilgili olan bazı maddeleri aşağıdaki gibidir (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2007).

Sağlık Bakanlığı, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 4’e göre bazı tanımlar kullanılmaktadır; Ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT); üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksekokulundaki 2 yıllık ambulans ve acil bakım teknikerliği programlarından mezun olmuş kişilerdir. Acil tıp teknisyeni (ATT); Sağlık meslek liselerinin acil tıp teknisyenliği bölümlerinden mezun olmuş kişilerdir. Tıbbi danışman; Komuta Kontrol Merkezi’nde çalışan acil hekimliği sertifika

programını tamamlamış hekim veya merkez tarafından yönlendirilen ilgili branştaki uzman hekimi ifade eder (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2007).

Sağlık Bakanlığı, “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği Madde 15’e göre; (1) Ambulans servisinde,, sağlık personeli, ancak adlarına düzenlenmiş personel çalışma belgesiyle çalışabilirler. 24 saat faaliyet gösteren ambulans servisinde çalışan sağlık personelinin aralarındaki süre en az 48 saat olmalıdır. Nöbet listeleri aylık hazırlanır ve mesul müdür tarafından onaylanarak saklanır.(2) Ambulans ve acil bakım teknikerleri, hekim bulunmayan ambulans ve acil sağlık araçlarında hasta ve yaralılara uygulanan tıbbi işlemlerden, hasta ve yaralı kayıtlarının düzenli tutulmasından, yapılan işlemlerin ve tıbbi müdahalelerin hastanın / yaralının dosyasına işlenmesinden sorumludur (Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

Bu Yönetmelikte belirlenen usul ve esaslara uymayanlar ile yasalara aykırı hareket edenlere, bu Yönetmelikte öngörülen yaptırımlar uygulanır. Ayrıca bu işlemler, cezai ve hukuki sorumlulukları bakımından genel hükümlere tabidir (Ambulans ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

2.3.5. Tıbbi Danışma Kuralları ve Sorumluluklar

Paramedikler doktorsuz ambulans ve acil yardım araçlarında görev yaparken kurallara uygun olarak hastaya tıbbi müdahalede bulunmaktadır. Bu personel Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ’inde belirtilen prosedürlerinde ki (Komuta Kontrol Merkezi) işareti ile gösterilen işlem basamakları için komuta kontrol merkezine danışmak ve tıbbi danışman olarak orada bulunan doktor veya merkez tarafından görevlendirilen uzman doktorun iznini almak zorundadır. Gerekli izni verme veya ilgili uzman doktora yönlendirme yetkisi tıbbi danışman olarak görevlendirilen hekime aittir. Merkezde çalışan tıbbi danışman, telefon veya telsiz ile kendisine ulaşan acil sağlık çalışanının verdiği bilgilere göre tıbbi müdahale onayını bizzat kendisi verir veya ilgili uzman doktora yönlendirir veya işlemi onaylamaz (Benson, 1996). Onaylamadığı durumda tıbbi danışman, paramediğin yapacağı işlemi bildirmekle görevlidir. Tıbbi danışman,

paramedik tarafından hasta veya yaralı hakkında kendisine verilen veriler, akış şemaları ve ambulansın sağlık kuruluşuna olan mesafesi gibi somut bilgi ve belgelere göre bu kararı verir. Bu sesli görüşmelerin merkez tarafından kayıt altına alınması veya çalıştığı kurumda görevli olan personel ile birlikte tutanak olarak kayıt altında tutulması gerekmektedir. İkileme düşülmesi halinde tıbbi danışman doktor tarafından hasta veya yaralının hayati bulguları ve değerlendirme bulgularının mevcut şartlar dâhilinde iletişim cihazları aracılığıyla merkezde bulunan yetkiliye veya uzman doktora ulaştırılması gerekir. Paramedikler, danışman doktora ulaşamadığı veya ulaşıp onay alamadığı durumlarda, prosedürde bulunan, tıbbi danışman izni istenen işlemleri yapamaz. Bu durumda paramedikler gerekiyorsa temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları ile hasta veya yaralının stabilizasyonunu sağlayarak ivedi bir şekilde uygun ve en yakın sağlık merkezine hastanın transportunu sağlar. Gerekliyse oksijen ve sıvı uygulamasına başlayıp kardiyo pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon uygulamaları dışında akış şemalarındaki tıbbi danışman onayı istenen ilaçları kullanamaz (Page, 2013).

2.3.6. Acil İlaç Kullanımı ve Hekim Desteği

Akış şemalarındaki tıbbi danışman izni istenen ilaçların kullanım basamakları tıbbi danışmanın onayı ile ancak aşağıdaki durumlarda paramedikler tarafından uygulanabilir.

Hastanın hayatının tehlikede olması ve bununla birlikte;

- Ulaşım süresinin uzaması,
- Bölgesel ve çevresel zorunluluklar,
- Ulaşım aracından ambulandan kaynaklanan sorunlar,
- Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu büyük kaza ve afetlerin olması, hallerinde akış şemalarındaki acil ilaç kullanım basamakları uygulanır.

Kardiyo pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon işlemleri esnasında acil ilaç kullanım basamaklarının uygulanması gerekmemektedir. Bu durumda, paramedik, yaptığı kontrol ve hasta veya yaralının muayenesi sonucunda duruma uygun gördüğü

takdirde, sorumluluk tamamen kendisinde olmak üzere, acilen tıbbi danışmanın bilgisi ve onayı olmadan, gerekli tıbbi işlemlere başlayabilir (ASHY Resmî Gazete: 24046).

Paramedikler, kardiyo pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon uygulamasının gerekli olduğu durumların haricinde, öncelikle hasta ve yaralının kontrollerini yaparak ve gerekiyorsa temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları ile stabilizasyonu sağlayarak, ivedi bir şekilde, uygun en yakın, hastaneye naklini sağlar. Gerekiyorsa oksijen ve sıvı desteğine başlar. Ancak tıbbi danışman izni olmadan Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ’inde bulunan akış şemalarındaki tıbbi danışman izni istenen ilaçları kullanamazlar (ASHY Resmî Gazete: 24046).

Paramedik, gerektiğinde tıbbi danışman veya merkezden olay yerine hekimli ambulans gönderilmesini isteyebilir. Bu durumda tıbbi danışmanın da onayı ile merkez, olay yerine en yakın hekimli ambulansı veya acil sağlık araçları ile hekimi göndermek için gerekli talimatı uygular. Hastanın bulunduğu yer veya uzaklık nedeniyle, gerekli ise kara ambulansları dışında hava veya deniz ambulansları veya ulaşım araçları da bu işlem için merkez tarafından harekete geçirilebilir. Hekim hastaya ulaşana kadar paramedik, akış şemalarına uygun olarak gerekli acil tıbbi uygulamaları tıbbi danışmandan da onay alarak yapmaya devam eder (Caroline, 2007).

Paramediklerin Onaysız Kullanabileceği İlaçlar

- Adrenalin
- Atropin
- Etil Klorid Sprey
- %0,9 NaCl çözeltisi
- Asetil Salisilik Asit
- İsoldil 5 mg dilaltı
- Ringer Laktat
- Parasetamol tablet
- Dekstroz %5,

Paramediklerin Uygulamadan Önce Onay İsteyeceği İlaçlar

- %2'lik Lidokain
- Antihistaminik
- Beta bloker
- Diazepam
- Diltiazem
- Dopamin
- Dobutamin
- Midazolam
- Verapamil
- Amiodoron
- Analjezik (IV opiat)
- Nalokson
- Jetokain
- Aktif kömür
- İşordil 5 mg dilatı
- Kaptopril 25 mg
- Tüm sıvılar
- Magnezyum sülfat
- Flumazenil
- Morfin
- NaHCO₃ amp
- Kortikosteroid
- Epanutin
- Pentothal 1 gr ampul
- Midazolam (Dormicum 5 mg)
- Antiemetik
- Salbutamol inhaler
- Furosemid

* Sadece resüsitasyonda onaysız kullanılır.

Paramediklerin Onay İsteyeceği İlaçlar

- Aminokardol
- Spazmolitik
- Kalsiyum ampul
- Prilocain flakon
- Nitroderm (ASHY Resmi Gazete: 27181).

2.4. Mesleki Yeterlilik Sisteminin Tanımı Önemi ve Amacı

Meslek, insanların hayatta kalabilmek için yaptıkları unvanın adıdır ve genellikle seçilen mesleğe bağlı olarak ve sürecin sonunda kapsamlı eğitim, çalışma, bilgi ve beceri geliştirme gerektirir. İş analizine dayalı meslek standardı, bir kişinin mesleki yeterlilik düzeyine göre yapması gereken temel görevleri, sahip olması gereken bilgi, beceri ve yetkinlikleri açıkça ifade eden konuları, iş sağlığı, güvenliği ve çevre koruma açısından uğraşılması gereken konuları, idari ve teknik gereklilikleri içermektedir. Mesleki standartta, mesleki yeterlilik seviyesi ve bu seviyenin uluslararası yeterlilik seviyeleri ile ilişkisi açıkça tanımlanmıştır. Mesleki standart, işverenler, çalışanlar, kursiyerler ve öğrenciler tarafından kolayca anlaşılabilir net bir şekilde yazılmıştır. Meslek standardı, bireyi yaşam boyu öğrenme ilkesine göre mesleğinde kendini geliştirmeye ve ilerlemeye teşvik eder ve meslekte ilerleme fırsatları hakkında bilgi vermektedir (Saral, 2012).

Nitelikli ve kalifiyeli personel varlığı, kuruluşların varlıklarını devam ettirmesinde ve rekabet avantajı kazanmasında temel faktördür. Büyük bilgi ve deneyime sahip nitelikli kişilerin organizasyonda kalmasını sağlamak ve verimliliği artırmak için bu kişilere kendilerini ifade etme ve eleştirilerini belirtme imkânı verilmelidir. İnsanların eğitim ihtiyaçlarını ve mesleki rollerini karşılamada yeterlilik algısı, durumlarına göre kariyer seçeneklerini belirler, mesleki mesleklere yönelik eğitim açısından kendilerini içsel olarak donatır ve kariyer basamaklarında engelleri aşma becerisi bulur (Bandura, 2009).

Saral (2012) tarafından yayınlanan bir makalede ulusal mesleki rehabilitasyon sistemine atıfta bulunmaktadır. Saral'a göre, akreditasyon, yetkilendirme, denetleme,

ölçme, değerlendirme ve belgelendirme ile ilgili ulusal ve uluslararası mesleki standartlara, kurallara ve faaliyetlere dayalı teknik ve mesleki eğitim standartları ve niteliklerinin geliştirilmesi ve uygulanmasına Ulusal Mesleki Yeterlilikler Sistemi (UMYS) denmektedir. Aşağıda ulusal mesleki eğitim sisteminin amaçlarının bir sunumu bulunmaktadır.

- Eğitim ve iş arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi,
- Öğrenme çıktıları için ulusal standartlar oluşturmak,
- Eğitim ve öğretimde kalite güvencesini güçlendirmek,
- Karşılaştırma için ulusal ve uluslararası bir altyapı oluşturmak üzere yatay ve dikey geçiş niteliklerini ilişkilendirmek,
- Öğrenmeyi başarmak, öğrenmeyi ilerletmek, öğrenmeyi tanımak ve karşılaştırmak,
- Hayat boyu öğrenmeyi desteklemektir (Saral, 2012).

Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK), ülkemizde meslek standartlarının belirlenmesi amacıyla 2006 yılında kurulmuştur. Ülkemizde mesleki yeterlilik çalışmaları çok eski yıllara dayanmamaktadır. Mesleki Yeterlilik Kurumu'nun oluşturulmasıyla birlikte, ülkemizde mesleklerin Avrupa standartlarına göre tanımlara kaymaya başladığı gözlemlenmektedir. Mesleğin tanımlarının yapılması, mesleğin yeterliliklerinin tanımlanması ve iş gücünün yetkinleştirilmesi yoluyla nitelikli işgücü elde etmenin bir adımı olarak tanımlanabilir.

Türkiye'de mesleki iyileştirme sistemine sahip olmak ve düzgün çalışmak, işçilerin ve işgücü sektörünün sorunlarına cevap vermek, buna ek olarak istihdam, eğitim ve eğitim sistemleri arasında bir bağ kurulması açısından önemlidir. Dünya işgücü piyasasının hızla değişen teknolojik ve ekonomik yapısına göre meslek yaratan kurum ve kuruluşlar için gerekli olan ölçme ve değerlendirme kıstaslarının ve seviyelerinin belirlenmesi, mesleki alanlarda iş arayan kişiler tarafından bilinmesi, hâkim olunması ve reklamcılıkla sistemin yaygınlaştırılması önemlidir. Mesleki yeterlilik, bireylerin farklı sektörlerde çalışmalarını sağlar ve ulusal yeterliliklerde belirtilen eğitim ihtiyaçlarını karşılamaları şartıyla geçişi kolaylaştırır ve herhangi bir

meslekte eğitim almamış bireylerin çalışmaları üzerinde işverenlerin kontrolünü sağlar. Ulusal mesleki standartlar ve ulusal yeterlilikler sayesinde işveren kurum ve kuruluşları, işe alacak personellerin ön şartlarını bilerek, çalışanların seçiminde ve niteliklendirilmesinde, yapılacak ücret ve terfilerin şekillendirilmesinde mantıklı kararlar alabilmektedir (Akbaş, 2014).

Mesleki yeterliliğin amacı; mesleki standartlar ve nitelikler temelinde teknik ve mesleki alanlarla ilgili yeterlilik gereksinimlerini belirlemek; denetimlerin yapılması, ölçme ve değerlendirme yapacak kuruluşların belirlenmesi ve sertifikasyon çalışmalarının yapılması için gerekli sistemi kurmak ve işletmektir. Ulusal olan ve Türkiye'deki uluslararası mesleki standartlara göre modellenen Avrupa Yeterlilikler Çerçevesine bağlılık, öncelikle bu alanlarda gerekli olan teknik ve mesleki alanları, ulusal mesleki standartları ve çalışan akreditasyon merkezlerinin sayısında ulusal yeterliliklere göre akreditasyon almak isteyen kurum ve kuruluşlar için uygulamaları dikkate alarak belirlemelidir. Gerekli incelemeleri gerçekleştirmek için artışlar görülmelidir. Sınav merkezlerinin veya ruhsatlandırma kurumlarının artması sayesinde daha fazla kişi sınava girerek sertifika alabilmekte ve bu sayede nitelikli personel sayısı artırılabilir. Bu kanun, tıp, diş hekimliği, hemşirelik, ebelik, eczacılık, veteriner hekimlik, mühendislik, mimarlık ile en az üniversite eğitimi gerektiren ve giriş şartları kanunla düzenlenen mesleklere dâhil değildir (Akbaş, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın evrenini Antalya ilinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde çalışan paramediklerin tamamı olan 180 kişi oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmeyip tüm paramediklere ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 156 paramedik araştırmaya dahil edilmiştir.

3.1. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı olarak kaynak taraması sonrasında araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu, iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik değişkenlere ilişkin sorular; ikinci bölümde Paramediklere Göre Paramedik Programının Eğitim Yönünden Yeterliliği 'ne yönelik sorular yer almaktadır.

Antalya ili 112 Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı'ndan yazılı izin alındıktan sonra anket formu paramediklere uygulanmıştır. Anket formu internet yoluyla ya da araştırmacı tarafından araştırma ile ilgili kısa bir açıklama yapıldıktan sonra sözel olarak araştırmada yer almayı kabul eden paramediklere yüz yüze uygulanmıştır. Çalışma süresince çalışmaya katılan personelden katılmaktan vazgeçenler çalışmadan çıkarılacak ve bunların anket formları imha edilecektir.

3.2. İstatistiki Değerlendirme

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, analizler IBM SPSS 23.0 paket programı (IBM Corp., Armonk, NY) ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama±standart sapma (min-maks) ve medyan (min-maks) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Pearson ki-kare testi ve Fisher's Exact test kullanılmıştır. Normallik varsayımının analizinde Shapiro Wilks testi kullanılmıştır. İki grubun sayısal değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uyduğu durumda ise Student's t testi kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grubun ölçümlerinin parametrik olmayan karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi, anlamlı çıkan durumlar için post-hoc test olarak Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda üç ve daha fazla grubun

karşılaştırılmasında ANOVA testi ve ikili karşılaştırmalar için Tukey HSD (Honestly Significant Difference) testi kullanılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Tablo 1’de çalışmaya katılan 156 kişinin sosyodemografik özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların ortalama yaşı $27\pm4,5$, en küçük yaş 19 ve en büyük 43 yıldır. Çalışmaya 86 erkek (%55,1) ve 70 kadın (%44,9) katılmıştır. Katılımcıların %62,8’inin eğitim durumu ön lisans, %34,6’sı lisans ve %2,6’sı lisansüstüdür. 28 kişi (%18,1) Anadolu Lisesi mezunu iken, 13 kişi (%8,4) Meslek ve 114 kişi (%73,5) ile çoğunluk Sağlık Meslek Lisesi mezunudur. 127 kişi (%81,4) devlet okulundan ve 29 kişi (%18,6) Vakıf/Özel okuldan mezun olmuştur. Katılımcıların %94,8’i mesleği isteyerek seçtiğini belirtmiştir. 1-5 yıl arası çalışanların yüzdesi %48,4, 6-10 yıl arası çalışanların yüzdesi %36,6, 11-15 yıl arası çalışanların yüzdesi %11,1 ve 16 yıl ve üzeri çalışanların yüzdesi %3,9’dur. Katılımcıların %71,3 ile çoğunluğu ilçede ve %28,7’si merkezde çalışmaktadır. Anketi yanıtlayanların %35,6’sı aile etkisi, %27,5’i çevre etkisi, %38,3’ü iş imkânı, %21,5’i puan, %22,1’i çalışma saati ve %18,8’i sevdiği için mesleği seçtiğini bildirmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n:156
Yaş (yıl)	27 $\pm$ 4,5(19-43)
Cinsiyet	
Erkek	86(55,1)
Kadın	70(44,9)
Eğitim durumu	
Lisans	54(34,6)
Lisansüstü	4(2,6)
Ön lisans	98(62,8)
Mezun olunan okul	
Anadolu Lisesi	28(18,1)
Meslek Lisesi	13(8,4)

Tablo 4.1. (Devam)

	n:156
Sağlık Meslek Lisesi	114(73,5)
Üniversite türü	
Devlet	127(81,4)
Vakıf/Özel	29(18,6)
Mesleği isteyerek mi seçtiniz?	
Evet	147(94,8)
Hayır	8(5,2)
Mesleki deneyim	
1-5 yıl	74(48,4)
6-10 yıl	56(36,6)
11-15 yıl	17(11,1)
16 yıl ve üzeri	6(3,9)
Çalışma yeri	
İlçe	107(71,3)
Merkez	43(28,7)
Mesleği seçmedeki etkili olan faktörler	
Aile Etkisi	53(35,6)
Çevre Etkisi	41(27,5)
İş İmkânı	57(38,3)
Puan	32(21,5)
Çalışma saati	33(22,1)
Mesleği Sevmeye	28(18,8)

Bulgular ort±SS (min-maks) veya n (%) değerler ile sunulmuştur.

Tablo 2’te anketi yanıtlayan bireylerin aldıkları Paramedik Eğitim programı içeriği ile ilgili tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. 8 kişi (%5,1) 15, 57 kişi (%36,5) 20-25, 37 kişi (%23,7) 25-30 ve 54 kişi (%34,6) 30 ve üzeri kişilik dersliklerde öğrenim gördüğünü belirtmiştir. Katılımcıların %4,5’i sadece teorik, %17,9’u hem teorik hem staj, %12,2’si hem teorik hem uygulamalı ve %65,4 ile çoğunluğu hem teorik hem uygulamalı hem de staj eğitimi aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %50’si liderlik ve kriz yönetimi eğitimi, %45,5’i simülasyon eğitimi, %82,6’sı yeni doğan hastaya yaklaşım eğitimi ve %59,1’i mevzuat dersi aldığını belirtmiştir. Hasta psikolojisi ve iletişim dersi alan kişi sayısı 75 (%48,1) iken 62 kişi (%39,7) kısmen bu

dersi aldığını belirtmiştir. KBRN olaylarına yaklaşım hakkında eğitim alan kişi sayısı 54 (%34,6) iken 70 kişi (%44,9) kısmen bu eğitimi aldığını dile getirmiştir.

Tablo 4.2. Paramedik eğitim programı içeriği

	n	%
Paramedik programı eğitiminizde kaç kişilik dersliklerde öğrenim gördünüz?		
15	8	5,1
20-25	57	36,5
25-30	37	23,7
30 ve üzeri	54	34,6
Paramedik programı eğitiminiz süresince nasıl bir eğitim aldınız?		
Hem teorik hem staj	28	17,9
Hem teorik hem uygulamalı	19	12,2
Hem teorik hem uygulamalı hem de staj	102	65,4
Sadece teorik	7	4,5
Paramedik programı eğitiminizde liderlik ve kriz yönetimi eğitimi aldınız mı?		
Evet	78	50,0
Hayır	78	50,0
Paramedik programı eğitiminizde simülasyon eğitimi aldınız mı?		
Evet	71	45,5
Hayır	85	54,5
Paramedik programı eğitiminde Yenidoğan hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim aldınız mı?		
Aldım ancak yetersizdi	84	53,8
Evet	45	28,8
Hayır	27	17,3
Paramedik programı eğitimi süresince hasta Psikolojisi ve iletişim dersi gördünüz mü?		
Evet	75	48,1
Hayır	19	12,2
Kısmen	62	39,7

Tablo 4.2. (Devam)

	n	%
Paramedik programı eğitiminizde alanınızla ilgili mevzuat dersi aldınız mı?		
Evet	91	59,1
Hayır	63	40,9
Paramedik programı eğitimi süresince KBRN olaylarına yaklaşım hakkında eğitim aldınız mı?		
Evet	54	34,6
Hayır	32	20,5
Kısmen	70	44,9

Anketi yanıtlayan bireylerin Paramedik eğitim programı ve materyal yeterliliği ile ilgili görüşleri Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların %83,3 eğitim programında alanıyla alakalı yazılı materyal olduğunu, %24,4'ü kullanılan eğitim materyallerinin yeterli olduğunu ve %53,2'si eğitim materyallerinin kısmen yeterli olduğunu bildirmiştir. 70 kişi (%45,2) aldıkları teorik eğitimin, 43 kişi (%27,7) senaryo uygulamalı eğitimin ve 58 kişi ise (%37,4) aldıkları Farmakoloji ders saatinin yeterli olduğunu belirtmiştir. 113 kişi (%72,9) alınan derslerinin içeriğinin alanları ile ilgili olduğunu ve 36 kişi ise (%23,2) kısmen alanları ile ilgili olduğunu dile getirmiştir. Okulda bölümüne ait uygulama salonu olan kişi yüzdesi %63,9 ve eğitim ambulansı olan %27,7'dir. Anketi yanıtlayanların %48,8'i eğitim programında mekanik ventilatör, %18,8'i Pacemaker, %69,4'ü aspiratör ve %95,8'i ise defibrilatör kullanmıştır.

Tablo 4.3. Paramedik eğitim programı ve materyal yeterliliği

	n	%
Paramedik programı eğitiminizde alanınızla ilgili yazılı materyaller var mıydı?		
Evet	130	83,3
Hayır	26	16,7
Paramedik programı eğitim sürecinde kullandığınız eğitim materyalleriniz yeterli miydi?		
Evet	38	24,4
Hayır	35	22,4
Kısmen	83	53,2
Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız teorik eğitimi yeterli miydi?		
Evet	70	45,2
Hayır	31	20
Kısmen	54	34,8
Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız senaryo uygulamalı eğitimi yeterli miydi?		
Evet	43	27,7
Hayır	48	31
Kısmen	64	41,3
Paramedik programı eğitiminizde almış olduğunuz Farmakoloji ders saati yeterli miydi?		
Evet	58	37,4
Hayır	57	36,8
Kısmen	40	25,8
Almış olduğunuz derslerin içeriği alanınıza yönelik miydi?		
Evet	113	72,9
Hayır	61	39
Kısmen	36	23,2
Okulunuzda bölümünüze ait uygulama salonu var mıydı?		
Evet	99	63,9
Hayır	56	36,1

Tablo 4.3. (Devam)

	n	%
Okulunuzda bölümünüze ait Eğitim Ambulansınız var mıydı?		
Evet	43	27,7
Hayır	112	72,3
Paramedik programı eğitiminde aşağıdaki cihazlardan hangilerini kullandınız?		
Mekanik ventilatör	66	45,8
Pacemaker	27	18,8
Aspiratör	100	69,4
Defibrilatör	138	95,8

Tablo 4'te katılımcıların paramedik eğitim programı staj içeriği ve eğitim yeterliliği ile ilgili görüşleri sunulmuştur. 137 kişi (%89,5) hastane acil servisi, 56 kişi (%36,6) doğumhane, 33 kişi (%21,6) anestezi, 36 kişi (%23,5) yoğun bakım servisi, 122 kişi (%79,7) acil sağlık hizmetleri istasyonu ve 25 kişi (%16,3) komuta kontrol merkezinde staj yapmıştır. Katılımcıların %30,9'u acil sağlık hizmetleri istasyonu stajında ambulansla az sayıda vakaya çıktığını, %11,1'i ambulansla vakaya çıkmadığını, %3,3'ü prosedürlerden dolayı çıkamadığını, %21,7'si stajyer sayısı fazlalığı sebebiyle kısmen çıkabildiğini ve %33'ü yeterli sayıda vakaya çıkabildiğini belirtmiştir. 79 kişi (%52) ASH staj süresini yeterli bulmazken, 44 kişi (%28,9) kısmen ve 29 kişi (%19,1) evet olarak yanıt vermiştir. Katılımcıların %75,7'sine 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'ndaki ekip sorumlusu, %76,3'üne acil serviste görevli sağlık personelleri, %24,3'üne acillerdeki asistan hekim ve %23'üne acillerdeki uzman ekim staj süresince destek olmuştur.

Tablo 4.4. Paramedik eğitim programı staj içeriği ve eğitim yeterliliği

	n	%
Paramedik programı eğitimi süresince yaptığınız stajı hangi bölümlerde yaptınız?		
Hastane acil servisi	137	89,5
Doğumhane	56	36,6
Anestezi	33	21,6
Yoğun Bakım servisi	36	23,5
Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	122	79,7
Komuta Kontrol Merkezi	25	16,3
Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda staj yaparken ambulans ile vakaya çıktınız mı?		
ASH İstasyonu staj sürem yeterli olmadığı için az sayıda vakaya çıkabildim	47	30,9
Staj sürem süresinde Ambulansla vakaya çıkmadım	17	11,1
Staj yerim istasyon olmasına rağmen prosedürlerden dolayı çıkamadım	5	3,3
Stajyer sayısının fazlalığı nedeniyle kısmen vakaya çıkabildim	33	21,7
Yeterli sayıda vakaya çıkabildim	50	33
112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu stajı süresini yeterli buluyor musunuz?		
Evet	29	19,1
Hayır	79	52
Kısmen	44	28,9
Alan stajı yaparken hangi personellerden destek aldınız?		
112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'ndaki ekip sorumlusu	115	75,7
Acil serviste görevli sağlık personelleri	116	76,3
Hastane acillerindeki asistan hekim	37	24,3
Hastane acillerindeki uzman hekim	35	23,0

Katılımcıların paramedik eğitim programı ile ilgili genel görüşleri Tablo 5'da verilmiştir. 144 kişi (%92,9) paramedik mesleği eğitim süresinin lisans düzeyinde ve 11 kişi (%7,1) ön lisans düzeyinde olması gerektiğini belirtmiştir. Katılımcıların %14,2'si ülkemizdeki paramedik programı sonrası T.C. Sağlık Bakanlığınca verilen

yetki ve sorumlulukları yeterli görürken, %35,5'i kısmen yeterli olduğunu ve %50,3'ü yetersiz olduğunu bildirmiştir. 29 kişi (%18,7) eğitim döneminde alınan tüm bilgileri sahada uygulama imkânı bulabildiğini, 44 kişi (%28,4) alınan bilgileri uygulama imkânı bulamadığını ve 82 kişi ise (%52,9) kısmen uygulayabildiğini dile getirmiştir. Öğretim görevlilerinin saha tecrübeli paramediklerden oluşmasının eğitim kalitesine ve niteliğine fayda sağlayacağını düşünenlerin yüzdesi %88,3 ve paramedik programı eğitim müfredatında Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi verilmeli olarak yanıtlayanların yüzdesi %82,6'dır. Katılımcıların %93,9'u mezuniyet sonrasında Temel Modül Eğitimi, %89,1'i İleri Yaşam Desteği Eğitimi, %81'i Çocuk İleri Yaşam Desteği, %74,1'i Travma ve Resüsitasyon Kursu ve %43,5'i Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri eğitimi almıştır. Katılımcıların %9,7'si Paramedik programında alınan eğitimi "çok iyi" olarak tanımlarken, %44,8'i "iyi", %39,7'si "orta" ve %5,8 ile azınlık "kötü" olarak derecelendirmiştir. Ülkemizde Paramedik mesleğinin gelişimi için rütbelendirme sistemine geçilmesi hakkında %77,5 ile çoğunluk kesinlikle geçilmesi gerektiğini düşünmektedir. Katılımcıların %53,2'si mezuniyetten sonra mesleki anlamda kendini yeterli görürken %70,3'ü tekrar seçim hakkı olsa yine paramedik bölümünü seçeceğini belirtmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların mevcut paramedik eğitim programı ile ilgili görüşleri

	n	%
Paramedik mesleğinin eğitim süresi sizce nasıl olmalıdır?		
Lisans düzeyinde olmalı	144	92,9
Ön lisans düzeyinde devam etmeli	11	7,1
Ülkemizdeki Paramedik programı sonrası T.C. Sağlık Bakanlığınca verilen yetki ve sorumluluklar yeterli mi?		
Evet	22	14,2
Hayır	78	50,3
Kısmen	55	35,5
Eğitim döneminizde aldığınız tüm bilgileri sahada uygulama imkânı bulabiliyor musunuz?		
Evet	29	18,7
Hayır	44	28,4
Kısmen	82	52,9

Tablo 4.5. (Devam)

	n	%
Öğretim görevlilerinin saha tecrübeli paramediklerden oluşması eğitim kalitesine ve niteliğine fayda sağlar mı?		
Evet	136	88,3
Hayır	6	3,9
Kısmen	12	7,8
Paramedik programı eğitim müfredatında Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi verilmeli midir?		
Evet	128	82,6
Hayır	27	17,4
Mezuniyet sonrası hangi eğitimleri aldınız?		
Temel Modül Eğitimi	138	93,9
İleri Yaşam Desteği Eğitimi	131	89,1
Çocuk İleri Yaşam Desteği	119	81,0
Travma ve Resüsitasyon Kursu	109	74,1
Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri	64	43,5
Paramedik programında aldığınız eğitimi aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz.		
Çok İyi	15	9,7
İyi	69	44,8
Orta	61	39,7
Kötü	9	5,8
Ülkemizde Paramedik mesleğinin gelişimi için rütbelendirme sistemine geçilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?		
Kesinlikle geçilmeli	117	77,5
Kesinlikle geçilmemelidir	7	4,6
Mevcut sistem devam etmeli	27	17,9
Mezuniyetten sonra mesleki anlamda kendinizi yeterli gördünüz mü?		
Evet	82	53,2
Hayır	72	46,8
Tekrar seçim hakkınız olsaydı yine paramedik bölümünü mü seçerdiniz?		
Bilmiyorum	29	18,7
Evet	109	70,3
Hayır	17	11

Katılımcıların aldıkları eğitim ile ilgili görüşlerine göre sosyodemografik özellikleri Tablo 6’de karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, eğitimle ilgili görüşlere göre cinsiyet dağılımı ($p=0,348$), eğitim durumu ($p=0,344$), mezun olunan okul ($p=0,183$), üniversite türü ($p=0,904$), mesleği isteyerek seçme ($p=0,197$), mesleki deneyim ($p=0,437$) ve çalışma yeri ($p=0,321$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Alınan eğitimi çok iyi olarak nitelendirenlerde medyan yaş değerinin kötü olarak nitelendirenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,019$). Aile etkisi ile mesleği seçme yüzdesi eğitimi çok iyi olarak derecelendiren katılımcılarda en yüksek ve kötü olarak derecelendirenlerde en düşük bulunurken bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,053$). Alınan eğitimi derecelendirmeye göre diğer mesleği seçmede etkili olan faktörler açısından da anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların aldıkları eğitimle ilgili görüşlerine göre sosyodemografik özellikleri

	Paramedik programında alınan eğitim ile ilgili görüşler				
	Kötü (n:9)	Orta (n:61)	İyi (n:69)	Çok iyi (n:15)	p
Yaş (yıl)	23(20-30) ^a	26(20-35) ^{a,b}	26(19-40) ^{a,b}	28(22-43) ^b	0,019
Cinsiyet					
Erkek	4(44,4)	39(63,9)	34(49,3)	8(53,3)	0,348
Kadın	5(55,6)	22(36,1)	35(50,7)	7(46,7)	
Eğitim durumu					
Lisans	2(22,2)	16(26,2)	31(44,9)	5(33,3)	0,344
Lisansüstü	0(0)	2(3,3)	2(2,9)	0(0)	
Ön lisans	7(77,8)	43(70,5)	36(52,2)	10(66,7)	
Mezun olunan okul					
Anadolu Lisesi	1(11,1)	17(28,3)	8(11,6)	2(13,3)	0,183
Meslek Lisesi	0(0)	3(5)	8(11,6)	2(13,3)	
Sağlık Meslek Lisesi	8(88,9)	40(66,7)	53(76,8)	11(73,3)	

Tablo 4.6. (Devam)

		Orta (n:61)	İyi (n:69)	Çok iyi (n:15)	p
Üniversite türü					
Devlet	7(77,8)	48(78,7)	57(82,6)	13(86,7)	0,904
Vakıf/Özel	2(22,2)	13(21,3)	12(17,4)	2(13,3)	
Mesleği isteyerek mi seçtiniz?					
Hayır	0(0)	1(1,6)	5(7,4)	2(13,3)	0,197
Evet	9(100)	60(98,4)	63(92,6)	13(86,7)	
Mesleki deneyim					
1-5 yıl	5(62,5)	33(55,9)	28(40,6)	6(40)	0,437
6-10 yıl	3(37,5)	16(27,1)	30(43,5)	7(46,7)	
11-15 yıl	0(0)	9(15,3)	7(10,1)	1(6,7)	
16 yıl ve üzeri	0(0)	1(1,7)	4(5,8)	1(6,7)	
Çalışma yeri					
İlçe	5(55,6)	45(75)	44(67,7)	13(86,7)	0,321
Merkez	4(44,4)	15(25)	21(32,3)	2(13,3)	
Mesleği seçmedeki etkili olan faktörler					
Aile Etkisi	1(14,3)	22(38,6)	20(29)	9(64,3)	0,053
Çevre Etkisi	2(28,6)	17(29,8)	18(26,1)	4(28,6)	0,976
İş İmkânı	3(42,9)	26(45,6)	21(30,4)	6(42,9)	0,356
Puan	0(0)	16(28,1)	14(20,3)	1(7,1)	0,151
Çalışma saati	3(42,9)	11(19,3)	18(26,1)	1(7,1)	0,223
Mesleği Sevme	1(14,3)	7(12,3)	18(26,1)	1(7,1)	0,131

Bulgular medyan (min-maks) veya n (%) değerler ile sunulmuştur. Kruskal-Wallis test, Pearson ki-kare test, Fisher'sExact test. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklar farklı küçük üssel harfler ile gösterilmiştir.

Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre sosyodemografik özellikleri Tablo 7'de karşılaştırılmıştır. Buna göre, meslekte kendini yeterli görenlerin yaş ortalaması görmeyenlere göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Meslekte kendini yeterli görme durumuna göre cinsiyet dağılımı ($p=0,297$), eğitim durumu ($p=0,116$), mezun olunan okul ($p=0,127$), üniversite türü

($p=0,381$), mesleği isteyerek seçme ($p=0,283$) ve çalışma yeri ($p=0,741$) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Meslekte kendini yeterli görmeyenlerde 1-5 yıl arası mesleki deneyime ve kendini yeterli görenlerde ise 16 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olan katılımcı yüzdesi daha yüksektir ($p=0,038$). Meslekte kendini yeterli görme durumuna göre aile etkisi ($p=0,582$), çevre etkisi ($p=0,166$), puan ($p=0,111$) ve mesleği sevmeye ($p=0,254$) sebebiyle mesleği seçme yüzdeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Meslekte kendini yeterli görmeyenlerde iş imkânı sebebiyle mesleği seçenlerin yüzdesi meslekte kendini yeterli görenlere göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Çalışma saati nedeniyle mesleği seçenlerin yüzdesi mesleki anlamda kendini yeterli görmeyenlerde daha yüksek görülse de bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,074$).

Tablo 4.7. Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre sosyodemografik özellikleri

	Mezuniyetten sonra mesleki anlamda kendini yeterli görme		
	Hayır (n:72)	Evet (n:82)	p
Yaş (yıl)	25,7±3,8(19-35)	28,2±4,7(21-43)	<0,001
Cinsiyet			
Erkek	37(51,4)	49(59,8)	0,297
Kadın	35(48,6)	33(40,2)	
Eğitim Durumu			
Lisans	19(26,4)	35(42,7)	0,116
Lisansüstü	2(2,8)	2(2,4)	
Ön lisans	51(70,8)	45(54,9)	
Mezun olunan okul			
Anadolu Lisesi	18(25)	10(12,3)	0,127
Meslek Lisesi	6(8,3)	7(8,6)	
Sağlık Meslek Lisesi	48(66,7)	64(79)	
Üniversite türü			
Devlet	61(84,7)	65(79,3)	0,381
Vakıf/Özel	11(15,3)	17(20,7)	

Tablo 4.7. (Devam)

	Hayır (n:72)	Evet (n:82)	p
Mesleği isteyerek mi Seçtiniz?			
Hayır	2(2,8)	6(7,4)	0,283
Evet	70(97,2)	75(92,6)	
Mesleki Deneyim			
1-5 yıl	40(57,1) ^a	33(40,7) ^b	0,038
6-10 yıl	22(31,4) ^a	33(40,7) ^a	
11-15 yıl	8(11,4) ^a	9(11,1) ^a	
16 yıl ve üzeri	0(0) ^a	6(7,4) ^b	
Çalışma yeri			
İlçe	50(72,5)	56(70)	0,741
Merkez	19(27,5)	24(30)	
Mesleği seçmedeki etkili olan faktörler			
Aile Etkisi	26(37,7)	26(33,3)	0,582
Çevre Etkisi	23(33,3)	18(23,1)	0,166
İş İmkânı	33(47,8)	24(30,8)	0,034
Puan	19(27,5)	13(16,7)	0,111
Çalışma Saati	20(29)	13(16,7)	0,074
Mesleği Sevme	10(14,5)	17(21,8)	0,254

Bulgular ort±SS (min-maks) veya n (%) değerler ile sunulmuştur. Student's t test, Pearson ki-kare test, Fisher'sExact test. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklar farklı küçük üssel harfler ile gösterilmiştir.

Tablo 8'da katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre paramedik eğitim programı içeriği ile ilgili görüşleri karşılaştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, meslekte kendini yeterli görme durumuna göre eğitim programı süresince alınan eğitimin içeriği (p=0,247) ve simülasyon eğitimi alma (p=0,174) yüzdeleri açısından anlamlı fark görülmemiştir. Meslekte kendini yeterli görenlerde 15 ve 20-25 kişilik dersliklerde öğrenim görme oranı ve kendini yeterli görmeyenlerde ise 30 ve üzeri dersliklerde öğrenim görme oranı daha yüksek bulunmuştur (p<0,001). Meslekte kendini yeterli görenlerde liderlik ve kriz yönetimi eğitimi (p<0,001), yeni doğan hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim (p=0,002), hasta psikolojisi ve iletişim dersi

($p=0,002$) ve KBRN olaylarına yaklaşım hakkında eğitim ($p=0,030$) alanların yüzdesi kendini yeterli görmeyenlere göre daha yüksektir. Paramedik programı eğitiminde alanıyla ilgili mevzuat dersi alanların oranı mesleki anlamda kendini yeterli görenlerde daha yüksek gözlenirse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,089$).

Tablo 4.8. Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre paramedik eğitim programı içeriği ile ilgili görüşleri

	Mezuniyetten sonra mesleki anlamda kendini yeterli görme		p
	Hayır (n:72)	Evet (n:82)	
Paramedik programı eğitiminizde kaç kişilik dersliklerde öğrenim gördünüz?			
15	0(0) ^a	8(9,8) ^b	<0,001
20-25	21(29,2) ^a	36(43,9) ^b	
25-30	14(19,4) ^a	22(26,8) ^a	
30 ve üzeri	37(51,4) ^a	16(19,5) ^b	
Paramedik programı eğitiminiz süresince nasıl bir eğitim aldınız?			
Hem teorik hem staj	17(23,6)	11(13,4)	0,247
Hem teorik hem uygulamalı	7(9,7)	11(13,4)	
Hem teorik hem uygulamalı hem de staj	44(61,1)	58(70,7)	
Sadece teorik	4(5,6)	2(2,4)	
Paramedik programı eğitiminizde liderlik ve kriz yönetimi eğitimi aldınız mı?			
Evet	24(33,3)	53(64,6)	<0,001
Hayır	48(66,7)	29(35,4)	
Paramedik programı eğitiminizde simülasyon eğitimi aldınız mı?			
Evet	29(40,3)	42(51,2)	0,174
Hayır	43(59,7)	40(48,8)	

Tablo 4.8. (Devam)

	Hayır (n:72)	Evet (n:82)	p
Paramedik programı eğitiminde Yenidoğan hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim aldınız mı?			
Aldım ancak yetersizdi	42(58,3) ^a	40(48,8) ^a	0,002
Evet	12(16,7) ^a	33(40,2) ^b	
Hayır	18(25) ^a	9(11) ^b	0,002
Paramedik programı eğitimi süresince hasta psikolojisi ve iletişim dersi gördünüz mü?			
Evet	26(36,1) ^a	49(59,8) ^b	
Hayır	15(20,8) ^a	4(4,9) ^b	
Kısmen	31(43,1) ^a	29(35,4) ^a	
Paramedik programı eğitiminizde alanınızla ilgili mevzuat dersi aldınız mı?			
Evet	37(51,4)	52(65)	0,089
Hayır	35(48,6)	28(35)	
Paramedik programı eğitimi süresince KBRN olaylarına yaklaşım hakkında eğitim aldınız mı?			
Evet	17(23,6) ^a	36(43,9) ^b	0,030
Hayır	17(23,6) ^a	15(18,3) ^a	
Kısmen	38(52,8) ^a	31(37,8) ^a	

Bulgular n (%) değerler ile sunulmuştur. Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklar farklı küçük üssel harfler ile gösterilmiştir.

Tablo 9'da katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre paramedik eğitim programı ve materyal yeterliliği ile ilgili görüşleri karşılaştırılmıştır. Buna göre, mesleki anlamda kendini yeterli görme durumuna göre eğitim programında alanla alakalı yazılı materyal varlığı (p=0,716), uygulama salonu (p=0,665) ve eğitim ambulansı bulunması (p=0,449) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

gözlenmemiştir. Meslekte kendini yeterli görenlerde eğitim süresince kullanılan eğitim materyallerini, teorik eğitimi ve senaryo uygulamalı eğitimi yeterli görenlerin oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Farmakoloji ders saatini kısmen yeterli görenlerin ve almış olunan derslerin içeriğini alanına yönelik bulanların yüzdesi mesleki anlamda kendini yeterli görenlerde daha yüksektir ($p=0,001$; $p=0,004$; sırasıyla). Eğitim sürecinde mekanik ventilatör ($p=0,008$), pacemaker ($p=0,046$) ve aspiratör ($p<0,001$) kullananların oranı mesleki anlamda kendini yeterli gören katılımlarında daha yüksek gözlenirken defibrilatör kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,419$).

Tablo 4.9. Katılımcıların meslekte kendini yeterli görme durumuna göre paramedik eğitim programı ve materyal yeterliliği ile ilgili görüşleri

	Mezuniyetten sonra mesleki anlamda kendini yeterli görme		
	Hayır (n:72)	Evet (n:82)	p
Paramedik programı eğitiminizde alanınızla ilgili yazılı materyaller var mıydı?			
Evet	59(81,9)	69(84,1)	0,716
Hayır	13(18,1)	13(15,9)	
Paramedik programı eğitim sürecinde kullandığınız eğitim materyalleriniz yeterli miydi?			
Evet	8(11,1) ^a	30(36,6) ^b	<0,001
Hayır	28(38,9) ^a	6(7,3) ^b	
Kısmen	36(50) ^a	46(56,1) ^a	
Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız teorik eğitimi yeterli miydi?			
Evet	15(20,8) ^a	55(67,1) ^b	<0,001
Hayır	28(38,9) ^a	3(3,7) ^b	
Kısmen	29(40,3) ^a	24(29,3) ^a	
Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız senaryo uygulamalı eğitimi yeterli miydi?			

Tablo 4. 9. (Devam)

	Hayır (n:72)	Evet (n:82)	p
Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız senaryo uygulamalı eğitimi yeterli miydi?			
Evet	7(9,7) ^a	36(43,9) ^b	<0,001
Hayır	37(51,4) ^a	10(12,2) ^b	
Kısmen	28(38,9) ^a	36(43,9) ^a	
Paramedik programı eğitiminizde almış olduğunuz Farmakoloji ders saati yeterli miydi?			
Evet	25(34,7) ^a	33(40,2) ^a	0,001
Hayır	36(50) ^a	20(24,4) ^b	
Kısmen	11(15,3) ^a	29(35,4) ^b	
Almış olduğunuz derslerin içeriği alanınıza yönelik miydi?			
Evet	44(61,1) ^a	69(84,1) ^b	0,004
Hayır	4(5,6) ^a	2(2,4) ^a	
Kısmen	24(33,3) ^a	11(13,4) ^b	
Okulunuzda bölümünüze ait uygulama salonu var mıydı?			
Evet	45(62,5)	54(65,9)	0,665
Hayır	27(37,5)	28(34,1)	
Okulunuzda bölümünüze ait Eğitim Ambulansınız var mıydı?			
Evet	18(25)	25(30,5)	0,449
Hayır	54(75)	57(69,5)	
Paramedik programı eğitiminde hangilerini kullandınız?			
Mekanik ventilatör	23(34,3)	43(56,6)	0,008
Pacemaker	8(11,9)	19(25)	0,046
Aspiratör	37(55,2)	63(82,9)	<0,01
Defibrilatör	63(94)	74(97,4)	0,419

Bulgular n (%) değerler ile sunulmuştur. Pearson ki-kare test, Fisher'sExact test. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklar farklı küçük üssel harfler ile gösterilmiştir.

Katılımcıların paramedik bölümünü yeniden seçme görüşlerine göre sosyodemografik özellikleri Tablo 10’de karşılaştırılmıştır. Buna göre, yaş ($p=0,439$), cinsiyet ($p=0,919$), eğitim durumu ($p=0,144$), mezun olunan okul ($p=0,302$), üniversite türü ($p=0,963$), mesleği isteyerek seçme ($p=0,427$) ve çalışma yeri ($p=0,170$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Mesleki deneyimi 1-5 yıl arası olan katılımcı yüzdesi paramedik bölümünü yeniden seçme sorusunu “bilmiyorum” ve “evet” olarak cevaplayanlarda daha yüksek iken, 6-10 yıl arası olan katılımcıların yüzdesi “hayır” olarak cevaplayanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p=0,005$). Mesleği seçmede etkili olan faktörlere bakıldığında, aile etkisi ile mesleği seçenlerin oranı paramedik bölümünü yeniden seçme sorusunu “hayır” olarak cevaplayanlarda daha yüksek iken ($p=0,031$) mesleği sevdiği için seçenlerin oranı “evet” olarak cevaplayanlarda daha yüksek gözlenmiştir. Diğer mesleği seçmede etkili olan faktörler açısından anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların mesleği yeniden seçme görüşlerine göre sosyo demografik özellikleri

	Tekrar seçim hakkınız olsaydı yine paramedik bölümünü mü seçerdiniz?			
	Hayır (n:17)	Bilmiyorum (n:29)	Evet (n:109)	p
Yaş (yıl)	28,3±3,7(21-38)	26,7±4,9(20-39)	26,9±4,4(19-43)	0,439
Cinsiyet				
Erkek	9(52,9)	17(58,6)	60(55)	0,919
Kadın	8(47,1)	12(41,4)	49(45)	
Eğitim durumu				
Lisans	10(58,8)	9(31)	35(32,1)	0,144
Lisansüstü	1(5,9)	0(0)	3(2,8)	
Ön lisans	6(35,3)	20(69)	71(65,1)	
Mezun olunan okul				
Anadolu Lisesi	1(5,9)	8(27,6)	19(17,6)	0,302
Meslek Lisesi	1(5,9)	1(3,4)	11(10,2)	
Sağlık Meslek Lisesi	15(88,2)	20(69)	78(72,2)	

Tablo 4. 10. (Devam)

	Hayır (n:17)	Bilmiyorum (n:29)	Evet (n:109)	p
Üniversite türü				
Devlet	14(82,4)	24(82,8)	88(80,7)	0,963
Vakıf/Özel	3(17,6)	5(17,2)	21(19,3)	
Mesleği isteyerek mi seçtiniz?				
Hayır	1(5,9)	0(0)	7(6,5)	0,427
Evet	16(94,1)	29(100)	101(93,5)	
Mesleki deneyim				
1-5 yıl	2(12,5) ^a	17(58,6) ^b	54(50,5) ^b	0,005
6-10 yıl	12(75) ^a	5(17,2) ^b	39(36,4) ^b	
11-15 yıl	2(12,5) ^a	5(17,2) ^a	10(9,3) ^a	
16 yıl ve üzeri	0(0) ^a	2(6,9) ^a	4(3,7) ^a	
Çalışma yeri				
İlçe	12(70,6)	16(57,1)	79(75,2)	0,170
Merkez	5(29,4)	12(42,9)	26(24,8)	
Mesleği seçmedeki etkili olan faktörler				
Aile Etkisi	10(66,7) ^a	8(30,8) ^b	35(32,7) ^b	0,031
Çevre Etkisi	6(40)	9(34,6)	26(24,3)	0,305
İş İmkânı	4(26,7)	13(50)	40(37,4)	0,302
Puan	5(33,3)	5(19,2)	22(20,6)	0,503
Çalışma Saati	2(13,3)	7(26,9)	24(22,4)	0,601
Mesleği Sevme	1(6,7) ^a	1(3,8) ^a	25(23,4) ^b	0,030

Bulgular ort±SS (min-maks) veya n (%) değerler ile sunulmuştur. ANOVA, Pearson ki-kare test, Fisher's Exact test. Gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklar farklı küçük üssel harfler ile gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

Acil Sağlık Hizmetlerinin sunumunda, tüm paramediklerin bilgi düzeyleri ve mesleki yeterlilikleri önemli bir etkindir. Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu paramedikler ve acil tıp teknisyenleri tarafından sağlanmaktadır (Reynolds ve ark.,2017; Yıldırım ve ark., 2014). Bu çalışma Antalya ilinde 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde çalışan paramediklerin üniversite eğitimlerinin mesleki yeterliliğe etkisini belirlemek ve çözüm önerilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Paramediklerin üniversite eğitimlerinin mesleki yeterliliklerine olan etkisinin araştırıldığı bu çalışmada; bulgular üniversite eğitiminin önemli olduğunu göstermiştir. Araştırmaya dahil edilen 156 paramediğin verdikleri bilgiler doğrultusunda literatür taraması da yapılarak veriler karşılaştırıldı.

Çalışmaya katılan katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde yaş ortalamasının $27 \pm 4,5$ (19-43) olduğu görülmektedir. Bunun nedeni olarak; Türkiye’de ilk paramedikler 1995 yılında mezun olmuştur. Sağlık Bakanlığı ilk defa 2004 yılında 112 Acil Sağlık Hizmetleri’ne paramedik ataması yapmıştır. Paramedik mesleği yeni bir meslek grubu olarak bilinmesiyle ve iş istihdamının fazla olması düşünüldükçe bu mesleğe olan ilgi artmıştır. Bu nedenle paramedik mesleği genç nüfuslu meslek grubudur ve çalışmamızdaki yaşla ilgili verilere yansımıştır. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları’nda paramedik eğitimi ön lisans düzeyinde olup iki yıllık bir eğitim-öğretim programından oluşmaktadır. Bu nedenle çalışmamıza katılan paramediklerin %62,8’i (n=98) ön lisans mezunudur. Lisans mezununun az olması paramedik programının dört yıllık eğitim-öğretim programı olmadığı için paramedikler lisans eğitimlerini başka bölümlerde yapmaktadır.

Meslek seçimi, bireyin kendisine uygun olan meslek grubuna yönelmesidir. Mesleğe yönelmenin sebepleri arasında; iş imkânları, geliri, ailenin eğitim seviyesi; statü, mesleğe olan ilgi ve yetenek gibi faktörler etkilemektedir. Bu bağlamda çalışmaya katılan katılımcıların paramedik programını seçmedeki etkili olan faktörlerin en fazla iş imkânı %38,3 (n=57) ve aile etkisi %35,6 (n=53) olduğu görünürken, Göllüce ve ark. (2017) yaptığı araştırma makalesinde paramedik

öğrencilerinin en çok bu bölümü tercih etmesinin nedeni %51,7 ile “hayalimizdeki, sevdiğim, heyecanlı meslek” olarak cevap vermişlerdir (Göllüce ve ark., 2017).

Araştırmamızda paramediklerin üniversite döneminde aldıkları teorik eğitimin yeterli olup olmama durumu Tablo 5’te gösterilmiştir. Alınan teorik eğitimi yeterli bulanların oranı %45,2 teorik eğitimi yeterli bulmayanların oranı %20 ve teorik eğitimi kısmen yeterli bulanların oranı 34,8 olarak saptanmıştır. Yöneltilen sorulardan biri de paramedik program eğitiminde alınan farmakolojik ders saatinin yeterli olup olmadığıdır. Farmakolojik ders saatini yeterli bulanların oranı 37,4 yeterli bulmayanların oranı 36,8 ve kısmen yeterli bulanların oranı 25,8 olarak bulgulara saptanmıştır. Bu bağlamda farmakolojik ders saatini yeterli bulanlar yeterli bulmayanlara göre çok az oranda fazla olduğu görülmüştür. Yine üniversite eğitimi süresince alınan ders içeriğinin alana yönelik olup olmadığı sorusuna; yeterli bulanların oranı %72,9 yetersiz bulanların oranı %3,9 ve kısmen yeterli bulanların oranı 23,2 olarak saptanmıştır. Ders içeriğinin alana yönelik olup olmadığına verilen yanıtların büyük çoğunluğu “evet” cevabını vermiştir. Can ve Bayar’ın (2020) yaptıkları araştırmada müfredattaki eğitimleri alanların sayısının oranı almayanlara göre daha fazla olduğunu ve bu doğrultuda çalışmamızda benzer sonuçlara varıldığını göstermiştir. Fakat araştırmada teorik eğitimi yeterli bulmayanlar, farmakolojik ders saatini yeterli bulmayanlar ve alınan ders içeriğinin alan için yeterli olmadığını belirtenler de bulunmuştur. İlk ve Acil yardım programında mesleki uygulamaların yapılması ve yeterli hissetme durumunu inceleyen bir çalışma, bunun sebebi olarak öğrencilerin bu ders sürecinde devamsızlık yapmış olabileceği, derse hâkim olamadıkları ve bu yüzden kendilerini eksik hissettikleri sonucuna bağlamışlardır (Gürbüz, Yetiş ve Çırak, 2019).

Sağlık alanında çalışacak olan bireylerin iyi bir şekilde yetiştirilmesi ve yeterli kalifiye eleman ihtiyacının karşılanması, insan sağlığına verilen önemin ne kadar değerli olduğunu göstermektedir. Bu yüzden teorik derslerin olduğu gibi uygulama derslerinin de önemini vurgulamak gerekir. Nitekim uygulama dersleri ileride çalışma hayatında ölüm ile kalım çizgisi kadar insan hayatını sonuçlandırabileceğini söylemek mümkündür. Bu nedenle uygulamalarla mesleki deneyimi sağlamak öğrenmeyi daha da hızlandıracaktır (Yüksel, 2018). Araştırmamızda katılımcılara sorulan paramedik

programını eğitimi süresince senaryo uygulamalı eğitiminin yeterli olup olmadığı sorusuna “evet” diyenlerin oranı %27,7 “hayır” diyenlerin oranı %31 ve kısmen diyenlerin oranı %41,3 olarak saptanmıştır. Buna göre uygulamalı eğitimi yeterli bulanların sayısı fark az olsa bile sayıca uygulamalı eğitimi yeterli bulmayanlara göre daha azdır. Çalışmayı destekler nitelikte olan bir başka araştırma Yüksel’in (2018) çalışmasındaki bulgular olmuştur. Yüksel’in (2018) yapmış olduğu araştırma bulgularına göre; “Uygulama ders saatleri süresi sizce yeterli miydi?” sorusuna araştırmaya katılan öğrencilerin % 33’ü bu soruya “evet yeterliydi”, % 42’si “kısmen yeterliydi” ve % 25’i “hayır yeterli değildi” şeklinde görüş belirtmektedir. “Uygulama yaptığınız kurumu teknik donanım açısından nasıl değerlendirirsiniz?” sorusuna; öğrencilerin % 22’si “yeterli” % 49’u “kısmen yeterli” % 28’i ise “yetersiz” şeklinde görüş belirtmişlerdir (Yüksel, 2016).

Uygulama isteyen her meslek alanında olduğu gibi paramedik programında da staj öğrenimi önemli olmaktadır. Staj öğrenimi iş hayatını uyumu kolaylaştırır. Staj öğrenimi üniversite döneminde edinilen teorik bilgi ve becerilerin gerçek bir ortamda gözlemlemesini ve uygulanmasını sağlamaktadır. Yükseköğretim süreci içerisinde edinilen teorik bilgilerin pratiği yapılmış olunur ve bu bilgileri iş yaşamına aktarmaları sunucunda mesleki tecrübe kazanmış olunur. Bu bağlamda ileriki meslek yaşamında daha hazırlıklı bir şekilde hazır bulunulmasını sağlamaktadır. Staj uygulamaları öğrenim sürecinde alınan teorik bilgilerin tamamlayıcı niteliğindedir. Meslek hayatına girişte de ön kapı olarak görülmüştür. Ayrıca staj uygulamaları öğrencinin gelecek hayatında mesleklerinde yeterliliklerini, ilgilerini keşfetmelerini sağlar ve kendilerine uygun alanı seçmelerine yardımcı olur (Tuygar, 2016). Bu çalışmada paramediklerin eğitim programı staj içeriği ve eğitim yeterliliği konusu altında bazı sorular yöneltilmiştir. Yapılan stajı hastane acil servisinde yapanların oranı %89,5, doğumhanede %36,6, anesteziye %21,6, yoğun bakım servisinde %23,5, Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda staj görenlerin oranı %79,7 ve Komuta Kontrol Merkezi’nde ise %16,3 olarak bulgularda tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki toplam örneklem sayısına göre oranların yüzdelik dilimini aşması katılımcıların birden fazla birimde veya dönüşümlü olarak çalışabildiğini göstermektedir. Acil Sağlık Hizmetleri yönetmeliğine göre acil yardım “acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş

ekipler tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin tümü” olarak tanımlanmıştır. İstasyon ise “acil çağrılara olay yerinde veya nakil sırasında sağlık hizmeti verilmek üzere ambulans ve ekiplerin bulunduğu birimleri” ifade etmektedir. Acil Sağlık Hizmetlerinin tüm ilke genelinde hizmet verebilmesi için kesintisiz şekilde ve ekip halinde yürütülmesi ayrıca en kısa sürede ulaşılabilir olması gerekmektedir (Resmi Gazete, 11.05.2000). Üniversite döneminde Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu’nda staj öğrenimini gören paramedik adayları da ileriki meslek yaşamlarında deneyim ve hazırlık sahibi olmalarında önemli bir faktördür. Bu araştırmada Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu’nda staj görenlerin oranı %79,7 olarak tespit edilmiştir. Fakat çalışmadaki Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu’nda staj yaparken ambulans ile vakaya çıkılıp çıkılmadığı sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde; “ASH İstasyonu staj sürem yeterli olmadığı için az sayıda vakaya çıkabildim” sorusuna %30,9, “Staj sürem süresinde Ambulansla vakaya çıkmadım” sorusuna %11,1, “Staj yerim istasyon olmasına rağmen prosedürlerden dolayı çıkamadım” sorusuna %3,3, “Stajyer sayısının fazlalığı nedeniyle kısmen vakaya çıkabildim” sorusuna %21,7 ve son olarak “Yeterli sayıda vakaya çıkabildim” sorusuna %33 oranında yanıt verilmiştir. Süre yeterli olmadığı için az sayıda vakaya çıkanların oranı ile yeterli sayıda vakaya çıkabilenlerin oranı birbirine yakın şekilde olmuştur. Burada dikkat çeken durum iki zıtlığın birbirine yakın oranda olmasıdır. İki değişkenin bir arada görülmüş olması yükseköğretim kurumunun öğrencilere verdiği staj imkânlarının farklılık göstermesinden kaynaklı olduğunu ya da sayıca fazla kişinin aynı zamanda ASH İstasyonu’nda staj görmeleri kişi başına düşen süreyi kısıtladığını düşündürmektedir. Mercan’ın (2017) paramedik eğitimi uygulama alanlarında yaşanan sorunları ele aldığı raporda; bu sorunlara çözüm olarak sunduğu maddelerden biri: Staj eğitiminin kaliteli bir şekilde sürdürülmesi için standardizasyon sağlanmalı, staj kontenjanı belirlenirken her öğretim elemanı başına 15 stajyer öğrenci verilmelidir. Yine mesleki anlamda yeterliliğin sağlanabilmesi için paramedik programlarındaki öğrenci kontenjanlarının azaltılmasıdır. Eğer öğrenci alımı azaltılamıyorsa mesleki görev ve sorumlulukları göz önüne alınarak uygun staj uygulama alanları artırılabilir ve vardiya sistemi uygulanabilir. ASH İstasyonu’nda staj süresini yeterli bulmayanların oranı %52’dir. Demirağ ve Hintistan’ın (2019) yaptıkları bir araştırmaya göre katılımcıların %33,6’sı stajyer sayısının fazla olması

nedeniyle stajdan memnun olmadıklarını ifade etmiştir. Bu durum çalışmamızı destekler niteliktedir. Hastane acil servisinde staj görenlerin yüzdesi 89,5'tir. Bu durum acil serviste staj görenlerin oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Fakat Tuygar'ın (2016) acil serviste staj yapan paramedik programı öğrencilerinin oranı (31,5) çalışmamıza göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Demirağ ve Hintistan'ın (2019) yaptığı çalışmada ilk ve acil yardım programı öğrencilerin (%55) çoğunluğu staj süresini yeterli bulduklarını bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada 112 istasyonunda staj görenler (%64,8) hastane acil servisinde staj görenlere göre (31,5) daha yüksek sayıda olduğu bildirilmiştir. Görüldüğü gibi araştırmalarda oranlar arasında benzer olduğu gibi farklılıklar da tespit edilmiştir. Yine bu araştırmada anestezi, diyaliz ve acil ve ilk yardım programında çalışan stajyerlerin tümünün %30,4'ü Acil Sağlık İstasyonunda staj gördüklerini bildirmişlerdir (Delibaş ve ark., 2019). Bu durum sadece acil ve ilk yardım bölümünde staj yapanların oldukça az olduklarını göstermektedir. Tüm oranların değişkenliği göz ardı edilmeyerek ortak olan; tüm staj yerlerinde öğrencilerin mesleki faaliyetleri hem gözleme fırsatı bulduğunu hem de uygulayabildiğini söylemek mümkündür (Tuygar, 2016). Staj süresinin yeterli sürede olması mesleki yeterliliği geliştirmesine katkı sağlamış olacaktır. Genel çerçevede bakıldığında staj döneminin her meslekte olduğu gibi paramedik programı için de eğitim ve öğretimde önemli bir yer edinmiştir. Öğrenciler edindikleri teorik bilgiler ile uygulama pratiğini sağlar, bilgi ve becerilerini staj ile iş yaşamına aktarır, mesleki olarak deneyim kazanır ve ileride çalışacakları kurumlarda hazırlıklı olmalarına yardımcı olur (Bostancı, 2010). Tuygar'ın (2016) "Paramedik Programı Öğrencilerinin Yaz Stajı Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi" adlı çalışmada öğrencilerin %64,8'i stajların daha etkin hale getirilmesi için ilk tercihin 112 istasyonu ve sonra acil servis olması gerektiğini belirtmiştir ve Staj süresi-zamanına yönelik olarak, öğrencilerin %98,1'i paramedik eğitiminde zorunlu stajın gerekli olduğuna, %88,9'u staja devam zorunluluğunun bulunması gerektiğine inandığı görülmüştür (Tuygay,2016).

Araştırmamızda hasta psikolojisi ve iletişim dersi alan kişi sayısı 75 (%48,1) iken 62 kişi (%39,7) kısmen bu dersi aldığını belirtmiştir. Hastanın tıbbi müdahalesi kadar ruhsal anlamda da duygularını bilmek önemli olmuştur. Acil veya ilk yardım

durumunda hastanın kaygı, korku ve endişesini kontrol edebilmek müdahalede bulunmaya yardımcı olacaktır. Fakat burada dikkat edilecek bir diğer unsur ise paramedik çalışanın hasta ile karşılaştığı zaman psikolojik olarak nasıl baş ettiğidir. Örneğin ağır bir vakayla karşılaşıldığı zaman çalışan başlangıçta kaygı ve korku endişesine kapılabilir. Bu nedenle hasta psikolojisi ve iletişim dersini almak hastaya yardımcı olabilmesi için önemlidir. Fakat çalışanın da ağır bir vakayla karşılaştığı zaman kendi duygu durumunu kontrol edebilmesi önemli bir noktadır. Çalışmamızda katılımcıların %50'si liderlik ve kriz yönetimi eğitimi dersi aldığını belirtmiştir. Bu bulgular kriz ve müdahale durumu için dersi alanların az olduğunu göstermektedir. Çünkü acil bir durumda krizle baş edebilme sürecin daha sağlıklı yürütülmesini sağlar. Krizle baş edilememesi durumunda hem hasta hem de çalışan psikolojik olarak zedelenebilir. Acil yardım istasyonunda çalışanlar yoğun iş yükü ile karşı karşıya gelebilmektedir. İnsan sağlığına verilen önem ve müdahale çalışması stres durumuna neden olabilir. İş ortamını koşulları ağır olduğu zaman bireyi gerginliğe sürükleyebilmektedir. Sterud ve ark. (2006) tarafından yapılan bir derlemede ambulans çalışanlarının diğer sağlık çalışanlarına göre ölüm oranı, kaza geçirme, yaralanma ve anksiyete görülme oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte mesleki olarak tükenmişlik oranlarında da yüksek olduğu söylenmiştir. Kılıç ve arkadaşları (2019) acil yardım istasyonu çalışanlarında işe bağlı gerginliğin anksiyete ve depresyonla ilişkisini araştırmıştır. Araştırma bulgularına göre işe bağlı gerginlik ölçeğinde çalışanların %17,1'i anksiyete riski, %19,5'inin de depresyon riski taşıdığı saptanmıştır. Aynı çalışmada hastane önünde çalışanların depresyon ölçeği sonucunu işe bağlı gerginliğe göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Bu durumda üniversite döneminde alınan mesleki derslerin yanı sıra hasta psikolojisi, kriz yönetimi derslerinin alınması çalışanların psikolojik durumlarında daha iyi baş edebileceğini göstermektedir. Acil ve ilk yardım çalışanlarının dikkat etmesi gereken bir nokta da iletişim becerilerinin sağlıklı olabilmesidir. Hasta ile olan iletişim empatik, saygı çerçevesinde olunduğu zaman, müdahale anında daha sağlıklı sağaltım gerçekleşebilir. Çalışmada iletişim dersi alanlar %48,1, iletişim dersi almayanlar %12,2 ve kısmen alanlar %39,7 olarak tespit edilmiştir. Hasta ile iletişim becerilerinin kazandırılması üniversite döneminde alınan teorik bilgilerle yeterli düzeye ulaşmaz. Hastaya karşı yaklaşımda doğru iletişimin sağlanabilmesi için

uygulamalı biçimde deneyimin kazandırılması gerekmektedir. Bunu yapılabilmesi için en önemli program staj programı olmuştur. Çünkü staj uygulamasında birebir gerçek hastayla karşılaşılır ve hastayla iletişim kurulur. Literatürde paramedik programında öğrencilerin iletişim becerileri dersini alıp almadıkları konusunda yeterli çalışmaya yer verilmemiştir. Ancak çalışmama benzer olarak yaz stajı uygulaması gören bölümler arasında diyaliz, anestezi ve paramedik programında öğrenim gören öğrencilerin %79,8'i staj sonrasında kişiler arası iletişim kurma becerisini tamamen kazandırdıklarını belirtmişlerdir (Delibaş ve ark., 2019). Üç bölümün toplam yanıtı olduğu için sadece paramedik öğrenimi görenlerin oranı çalışmamı destekler nitelikte olduğunu gösterebilmektedir.

Araştırmada katılımcılara yönlendirilen “okulunuzda bölümünüze ait eğitim ambulans var mıydı” sorusuna evet cevabını verenler (27,7) hayır cevabını verenlere göre (72,3) daha az olmuştur. Eğitim ambulansının olması uygulama ve pratik açısından önemli olmaktadır. Fakat çalışmada eğitim ambulansının az olması yeterli istihdam edilmediğini göstermektedir. Öğrencilerin mesleki ve görev sorumlulukları dikkate alınarak uygun uygulama alanları arttırılabilir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde teknik araç ve gereçlere olduğu gibi ambulanslara da bütçe ayrımı yapılabilir (Mercan, 2017). Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı'nın verdiği yetki ve görevlerin yeterli görülmediği oran %50,3'tür. Bu bulgu Mercan'ın (2017) paramediklerin sorunlarına yönelik yaptığı çözümler arasında Sağlık Bakanlığı bünyesinde yapılması gereken bütçe ve istihdamın arttırılmasını destekler niteliktedir.

Katılımcılar arasında paramedik programında alınan eğitimi çok iyi bulanlar %9,7, iyi %44,8, orta 39,8 ve kötü bulanlar %5,8 olarak tespit edilmiştir. Anketi yanıtlayanların %48,8'i eğitim programında mekanik ventilatör, %18,8'i Pacemaker, %69,4'ü aspiratör ve %95,8'i ise defibrilatör kullanmıştır. Can ve Bayar'ın (2020) çalışmasında ise öğrencilerin %58,3'ü defibrilatör, %36,5'i entübasyon uygulamasını en az bir kez yaptıklarını ifade etmişlerdir. İki çalışma içinde ortak uygulama olan defibrilatör kullanım sıklığında birbirini destekler nitelikte olmadıkları görülmüştür. Her üniversite eğitiminin içerik programı birbirinden farklı niteliklerde olabilmektedir. Üniversitenin bünyesinde uygulama alanları için ayırdığı teknik araç ve gereçler de farklılık göstermektedir. Fakat her ne sebeple olursa olsun hastane öncesinde görevini

yapacak olan sağlık çalışanlarının donanımlı olması önem arz etmektedir. Bu durum öğrenim döneminde alınan eğitimin yeterliliği konusunu meydana getirmektedir. Çalışmamda genel olarak alanla ilişkili eğitim alıp almadıkları konusunda büyük çoğunluk (72,9) alanla ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir. Genel olarak literatürde eğitim içeriği konusunda verilen cevaplar birbirini destekler nitelikte olmuştur. Ancak aynı paralellikte sonuçlanmayan bulgular da mevcuttur. Can ve Bayar'ın (2020) araştırmasında paramedik öğrencilerin mesleki eğitim alıp almama sorusuna bazılarının yeterli eğitimi almadıkları araştırmada ifade edilmiştir. Meslek eğitiminde uygulama ve staj programları dışında teorik eğitimlerin alınması bilgi, becerilerin gelişiminde önemli olmaktadır. Bu nedenle program sürecinde ayırt etmeksizin alana ilişkin verilen tüm eğitimlerin mesleki doyum için önemli bir kaynak olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmamızda geleceğe yönelik rütbelendirme ile ilgili soru sorulmasında amaç katılımcıların fikirleri hakkında bilgi edinmektir. "lkemizde paramedik mesleğinin gelişimi için rütbelendirme sistemine geçilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?" sorusuna katılımcıların %77,5'i kesinlikle rütbelendirme sistemine geçilmesini, %4,6'sı kesinlikle geçilmemesini ve %17,9'u ise mevcut sisteme devam edilmesini belirtmişlerdir. Rtbelendirme sistemini uygulayan ülkeler arasında Kanada ve İngiltere'nin sisteminden tez kısmında bahsedilmiştir. Kanada'da paramedikler ilk bakım paramediği, ileri bakım paramediği ve kritik bakım paramediği olarak sınıflandırılmıştır (Symons ve Shuster, 2004). Rtbelendirme sistemine örnek olarak bir yıl deneyim kazanıldıktan sonra daha st bir merciie geçilir ve orada görevlendirme yapılır. Araştırmada katılımcıların büyük bir çoğunluğu bu sisteme geçilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Mesleki anlamda deneyimli olanın veya alanında uzman kişilerin görevini yapması açısından ülkemize de böyle bir sistemin getirilmesi mesleki yeterlilik bazında katkı sağlayacağını düşünmekteyim. Araştırmada paramedik mesleğinde rütbelendirme sistemine ilişkin destekleyen bir diğer alışma Demir'in (2017) olmuştur. Bu çalışmada katılımcılara yöneltilen rütbelendirme getirilmesine ilişkin görüşlerine bakıldığında; evet diyenlerin oranı %66,6 iken hayır diyenlerin oranı %21 olmuştur. İki alışma karşılaştığında

katılımcıların rütbelendirme sistemi hakkındaki görüşleri incelendiğinde bulguların birbirini destekler nitelikte olduğu söylenebilir.

Paramedik mesleği insan sağlığını ve yaşamını doğrudan etkileyen, hata kabul etmeyen bir meslektir. Bu yüzden uygulama dersleri oldukça önem arz etmektedir. Ancak uygulama derslerinin yanı sıra gerçek bir vakaya nasıl müdahale edildiğini daha gerçekçi bir şekilde kavrayabilmek için simülasyon eğitimleri verilmektedir. Çalışmamızda da bu eğitimleri alan paramedik çalışanlarına simülasyon eğitimi alıp almadıkları sorulmuştur ve katılımcıların %85'i bu eğitimi almadıklarını belirtmiştir. Goldenberg ve arkadaşları (2005) klinik öncesi uygulanan bilgisayarlı simülasyon eğitiminin kritik durumlarda karar verme ile kognitif, psikomotor, iletişim, tartışma ve öğretim becerilerinde artmaya neden olduğunu saptamıştır ve araştırmada programlarda yer alan temel materyallerden olan İleri yaşam desteği (İYD) tam boy simülasyon maketinin programların sadece %65,4'ünde bulunmaktadır. Bu sonuç ilk ve acil yardım programlarında bulunması gereken eğitim materyallerinin yetersiz olması simülasyon ve vaka çalışmalarının yeterince yapılamadığını düşündürmektedir (Goldenberg ve ark., 2005).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnsanoğlunun hayatını sürdürebilmesi için gerekli olan en temel faktör sağlıklı olmaktır. Sağlık çeşitli etkenlerle bozulabilir ve bireylerin yaşamını kalitesiz bir hale getirebilir. Bu gibi durumlarda yapılması gereken en önemli şey bir uzmandan yardım almaktır. Fakat kimi zaman ani bir şekilde rahatsızlanmalar görülebilir ve bulunulan yerde yardıma ihtiyaç duyulabilir. Karşılaşılan olayda yapılacak olan 112'yi arayıp yardım istemek gerekmektedir. Bireyler herhangi bir hastalık durumunda kendini güvende hissetmek ister ve bu güveni sağlık profesyoneline bekleyebilir. Sağlık çalışanı ise hastaya nasıl yaklaşması gerektiğini, hangi müdahaleyi yapması gerektiğini ve ekip olarak koordine bir şekilde nasıl çalışması gerektiğini bilmelidir. Tüm bunları doğru şekilde yapabilmesi için kaliteli bir eğitim alması gerekmektedir. Kaliteli eğitim, ders içerikleri ve eğitim veren kişinin donanımlı olmasıyla doğru orantılıdır. Bu kişiler henüz yakın bir geçmişi olan ve insan hayatına doğrudan dokunan Paramedik mesleğine sahip kişilerdir. Paramedikler meslek yüksekokulları tarafından yetiştirilen sağlık çalışanlarıdır. Meslek yüksekokulları öğrencilere mesleki yeterlilik kazandırıldığı, derslerin teorik, uygulama salonları ve staj imkânı olarak verildiği yerlerdir. Hastane öncesi hizmetlerin kilit noktası olan paramediklerin yeterlilik algılarının ve beceri düzeylerinin arttırılabilmesi için eğitim materyallerinin artırılması 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında stajlara daha fazla ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Paramediklerin eğitimi ve acil olayın yönetimi için vaka çalışmaları, simülasyon, acil durum senaryoları ile eğitilmeleri gerekmektedir. Elde edilen sonuçlara göre altyapı eksikliği, müfredat farklılıkları, öğretim elemanının saha tecrübeli olmayışı ve öğrenci sayısındaki artışlar gibi nedenlerle kaliteli eğitim sağlanamamaktadır. Bu programların amacı, eğitim kurumunun kapasitesine uygun öğrenci sayısı ile mesleğin gerekliliklerini yerine getirebilecek düzeyde paramedikler yetiştirmek olmalıdır. Paramedik eğitimi lisans düzeyinde olması bu doğrultuda yetki ve sorumlulukları artırılabilir.

Üniversite döneminde alınan teorik ve uygulamalı eğitimin mesleki yeterlilik kazandırdığı araştırmalar sonucunda saptanmıştır. Paramediklerin teorik bilgileri ve

staj deneyimlerinin mesleki anlamda yeterli olabilme üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bu bağlamda çalışan paramediklerin üniversite dönemi program içerikleri, eğitim programı ve materyal yeterliliği, staj içeriği ve yeterliliği, mevcut paramedik eğitim programı ile ilgili görüşlerini ölçmeyi amaçladığım çalışmada üniversite döneminde alınan eğitimin mesleki yeterlilik düzeyini etkilediği sonucuna varıldı.

Bu araştırmada paramedik programında teorik eğitimin yanında uygulamalı eğitimim de önemli olduğu katılımcıların yanıtlarından anlaşılmaktadır. Öğretim görevlilerinin saha tecrübeli paramediklerden oluşmasının eğitim kalitesine ve niteliğine katkısı olduğunu, paramedik programı eğitim müfredatında Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi'nin verilmesi gerektiği ve eğitim döneminde alınan tüm bilgilerin sahada uygulama imkânının olması; çalışma hayatında mesleki yeterlilik algısı üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda öğrencilerin görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmesi ve mesleki anlamda yeterli olabilmesi için uygulama alanlarının genişletilmesi önemli olmuştur. Araştırmanın sonucuna göre eğitim süresince kullanılan eğitim materyallerini, teorik eğitimi ve senaryo uygulamalı eğitimi yeterli görenler aynı zamanda mesleki alanda kendilerini daha yeterli bulmuşlardır. Bu çalışma üniversite döneminde alınan eğitim ile çalışma hayatında alınan hizmet içi eğitimin yeterliliği değerlendirilerek amacına ulaşmıştır. Benzer sonuca ulaşılan başka bir çalışmaya göre en bir kez uygulaması yapılan konunun öğrenmeyi daha etkin kıldığı ve öğrencilerin kendilerini mesleki anlamda daha yeterli hissettikleri ifade edilmiştir.

Paramediklerin mesleki anlamda gelişmeleri ve uygulama eksikliklerinin giderilmesi için eğitimde standardizasyon çalışmaları önerilebilir:

- Öğrenci sayısının fazla olması teorik eğitim için çok fazla sorun etmez iken uygulamalı alanlarda problem teşkil edebilir. Bu nedenle özellikle uygulamalı derslerde öğretim elemanı başına düşen öğrenci kontenjanı azaltılırsa dersten alınan verim de o düzeyde artacaktır.
- Paramedik programından mezun olanların sayısı gittikçe artmakta ve bu durum eğitimin kalitesini olumsuz yönden etkilemekte, istihdam problemlerine neden

olmaktadır. Bu bağlamda nitelikli sayıda, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilecek paramedik personeli yetiştirilmelidir.

- Katılımcıların rütbelendirme sisteminin getirilmesini istemesi; meslek alanında daha yetkin, alanda bilgili ve uzmanlaşmış elemanların yetiştirilmesi gerektiğini göstermektedir.
- Paramedik programının içeriğindeki problemleri saptamak ve bu programa ilişkin literatürdeki çalışmaları tartışmak; sağaltıma sebep olur ve programın iyileştirilmesine katkıda bulunur.
- Bu araştırma sonucunda elde edilen bilgiler ve bulgular sonucunda staj yapılan birimlerin öğrencilere mesleki yeterlilik kazandırdığını, böylelikle mesleğe daha hazır ve donanımlı atıldıklarını söylemek mümkündür. Böylelikle paramedik personellerine staja yönelik sorulan soruların araştırmada hedeflenen amaca ulaşıldığı söylenebilir.
- Sağlık alanında hastaya müdahale etmek kadar problemin anlaşılması için hastayla kurulan iletişim de önemli bir unsurdur. Bu nedenle hasta psikolojisi, krizle müdahale ve iletişim ile ilgili derslerin alınması iyileştirme sürecine olumlu etki edecektir.
- Yoğun ve tempolu çalışmadan dolayı paramedik çalışanlarında yorgunluk, tükenme durumları olabilmekte ve buna bağlı olarak mesleki yetkinliğini göstermede eksiklikler görülebilmektedir. Çalışmada elde edilen bulgular neticesinde aktarılacak bir diğer öneri; paramediklerin bilgi, becerilerini uygulamaya daha rahat ve yetkin bir şekilde dökabilmeleri için personel alımlarının artırılmasıdır.

KAYNAKLAR

Abaan S, Argon G, Kocaman G Ve Ark (1996). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı, Vehbi Koç Yayınları, İstanbul, S:13-24*

Akbaş B (2014). Mesleki Eğitimin Önemi, Ulusal Yeterlilik Sisteminin Esasları, Amacı, İstihdam Ve Ekonomiye Katkısı, [Http://Dosya.Toprakisveren.Org.Tr/Makale/2014-102-Bayramakbas.Pdf](http://Dosya.Toprakisveren.Org.Tr/Makale/2014-102-Bayramakbas.Pdf)

Al-Shaqsi SZ (2009). EMS İn The Sultanate Of Oman. *Resuscitation*. **80**(7), P:740-2

Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Eğitim Koordinasyon Kurul Toplantı Kararları, 6 Ağustos 2004, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İzmir.

Anık N (2005). *Türkiye’de Paramedik Eğitimi*. III. Paramedik Sempozyumu. 2005, İzmir/Türkiye

Aysan E, Ertekin C, Aren A, Guloglu R (2001). General Results Of Monthly Interhospital Meetings Of The Turkish Association For Trauma And Emergency Surgery. Approach To Penetrating Abdominal Trauma. *Ulus Travma Dergisi*; **7**, P: 78-81.

Ayten, S (2015). Denizli İlinde 112 Komuta Merkezine Yapılan Aramalar Ve Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Denizli/Türkiye

Balcı, T (2020).Dünyada Ve Türkiye’de Paramedik Mesleğinin Gelişimi. *Journal Of ADEM*. **1**(1), S: 37-43.

Bandura A (2009). *Social Cognitive Theory Of Mass Communication*. In Media Effects, Routledge, Pp: 110-140.

Benson M1, Koenig KL, Schultz CH(1996). Disastertriage: START, Then SAVE A Newmethod Of Dynamictriage For Victims Of A Catastrophicearthquake. *Prehosp Disaster Med Apr-Jun*; **11**(2), P: 117-24.

Black JJ, Davies GD (2005). International EMS Systems: United Kingdom. *Resuscitation*, **64**(1), P: 21-9.

Bledsoe BE, Porter RS, Shade BR (1997). Paramedik Emergency Care 3rd Ed., Prentice Hall Inc, New Jersey, Pp: 8,10-11.

Bostancı SH (2010). A Review On Department Of Urban Regional Planning Students Gained During İnternship. *Procedia Social And Behavioral Sciences*, **2**, 2346-2348.

Branch K (2002). Paramedik Eğitimi Müfredatı (Curriculum). *1. Uluslararası Katılımlı Paramedik Sempozyum Kitabı*, Dokuz Eylül Basımevi, İzmir, S: 80-81.

Brenner DJ, Hall EJ (2007). Computed Tomography An Increasing Source Of Radiation Exposure. *N Engl J Med*; **357**, P: 2277-84.

Can SY, Bayar BD (2020). Son Sınıf İlk Ve Acil Yardım Programı Öğrencilerinin Eğitim Düzeyleri Ve Yeterlilik Algı Durumlarının Belirlenmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. **7**, 437-442.

Caroline N (2007). *Emergency In The Streets*, Jones And Bartlett Publishers, Sudbury, Massachusetts; 2007, P: 5- 18

Chiu, W.C (2001). Determining The Need For Laparotomy İn Penetrating Torso Trauma: A Prospective Study Using Triple-Contrast Enhanced Abdominopelvic Computed Tomography. *J Trauma*, **51**(5), P: 860-8.

Christopher H. Lee (2010). Disaster And Mass Casualty Triage. *American Association Journal Ethics*, **12**(6), P: 466-470

Cooper S, Barrett B, Black S, Evans C, Real C, Williams S, Wright B (2004).The Emerging Role Of The Emergency Care Practitioner. *Emerg Med J*. **21**(5):614-8

Çelikli S (1998). *Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Programı*. 1. Acil Tıp Derneği Sempozyumu, İzmir/Türkiye

Çelikli S (2002). *Paramediklerin Diğer Ülkelerdeki Yasal Yetki Ve Sorumlulukları*. Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Sempozyumu, 2002, Eskişehir/Türkiye, S: 51-54.

Çelikli S (2016). Kuruluştan Bugüne Paramedik Eğitiminde Standardizasyon Çabaları Ve Kırılma Noktaları. *Hastane Öncesi Dergisi*, **1**(2), S: 39-54.

Delibaş L, Dürmüş G, Ekren A, Bilir İ, Çelikli S (2019). Öğrencilerin Yaz Stajından Memnuniyetinin Değerlendirilmesi: Anestezi, Diyaliz Ve Paramedik Programı Örnekleri. *Hastane Öncesi Dergisi*. **4**, 55-65.

Demir S (2017). Hastane Öncesinde Çalışan Paramediklerin Telefonla Danışman Hekimden İlaç Onayı Almalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi, İlk Ve Acil Yardım Anabilim Dalı, Konya

Demir S (2017). Hastane Öncesinde Çalışan Paramediklerin Telefonla Danışman Hekimden İlaç Onayı Almalarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Selçuk Üniversitesi, İlk Ve Acil Yardım Anabilim Dalı, Konya

Demirağ H, Hintistan S (2019). İlk Ve Acil Yardım Programı Öğrencilerinin Yaz Stajı Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. **2**, 46-55.

Dick WF (2003). Anglo-American Vs. Franco-German Emergency Medical Services System. *Prehosp Disaster Med*. **18**(1), P:29-35.

Doyle GS (2008). Taillac PP. Tourniquets: A Review Of Current Use With Proposals For Expanded Prehospital Use. *Prehosp Emerg Care*, **12**, P: 241-56.

Dunham CM, Barraco RD, Clark DE, Et Al (2003). Guidelines For Emergency Tracheal Intubation Immediately After Traumatic Injury. *J Trauma*, **55**, P: 162-79.

Ekşi Ed, Aksu A, Alpakan A, Aydın H, Çatak T, Çeliker İ, Çelikli C (2008). *Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitim Kitabı*, Ankara: Anıl Matbaacılık.

Ekşi, A (2015). *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. 2. Basım. İzmir: Kitapana.

Eryılmaz, M (2007). Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri. *Ulus Travma Acil Ve Cerrahi Dergisi*, **13**(1), 11.

Fleischmann T, Fulde G (2007). Emergency Medicine İn Modern Europe. *Emergency Medicine Australasia*, **19**(4), P: 300-2.

Gedik HÜ (2002). *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Programı. Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Sempozyumu*. Eskişehir, S: 8-11

Goldenberg D, Andrusyszyn MA, Iwasiw C. The Effect Of Classroom Simulation On Nursing Students'selfefficacy Related To Health Teaching. *Journal Of Nursing Education* 2005;**44**(7): 310-314

Gross E, Martel M (2010). Multiple Trauma. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM (Eds) Rosen's Emergency Medicine: Concepts And Clinical Practice. *Seventh Ed. Philadelphia: Mosby Elsevier*, S; 243-51.

Gruen RL, Jurkovich GJ, McIntyre LK, Foy HM, Maier RV (2006). Patterns Of Errors Contributing To Trauma Mortality: Lessons Learned From 2,594 Deaths. *Ann Surg* S: 244:371-80

Güloğlu R, Yanar H (2005). *Karın Yaralanmaları*. In: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoglu M (Editör). *Travma*. First Ed. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; S: 875- 85.

Gürbüz P, Yetiş G, Çırak ZD (2019). İlk Ve Acil Yardım Programı Öğrencilerinin Mesleki Uygulamaları Yapma Ve Yeterli Hissetme Durumlarının Belirlenmesi. *İnönü Üniv. Sağ. Hiz. Mes. Yük. Dergisi*. **7**, 170-177.

Hafen BQ, Karren KJ (1989). Prehospital Emergency Care And Crisis İnervention, *Englewood, Morton Publishing Company*, S: 6-8.

Huiyi TA, (2007). Study On Prehospital Emergency Medical Service System Status İn Guangzhou. Hong Kong: University Of Hong Kong

Hung, KK, Cheung, CS, Rainer, TH Ve Graham, CA (2009). Çin'deki EMS Sistemleri. *Resüsitasyon*, **80**, S: 732-735

Huyssteen NV (2017). A Legal Analysis Of The Emergency Medical Services In South Africa, University Of Pretoria.

Kidak, L., Keskinoglu, P., Sofuoğlu, T., & Ölmezoğlu, Z. (2009). İzmir İlinde 112 Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, **19**(3), S:113-119.

Kılıç Ü, Yön B, Şişman NY (2019). Acil Yardım İstasyonu Çalışanlarında İşe Bağlı Gerginliğin, Anksiyete Ve Depresyon Riski İle İlişkisi. *Turkish Journal Of Public Health*. **17**,143-152.<https://doi.org/10.20518/tjph.419519> (Erişim Tarihi: 01.08.2021)

Lateef, F., Nimbkar, N. (2005). Ambulances: From Antiquity To Modern Times. *Hong Kong Journal Of Emergency Medicine*, **12**(4), P:261–265.

Macfarlane C, Van Loggerenberg C, Kloeck W (2005). International EMS Systems In South Africa: Past, Present, And Future. *Resuscitation*, **64**(2), P:145-8.

Mercan NC (2017). Paramedik Eğitimi Uygulama Alanlarında Yaşanan Sorunlar Çalıştayı Sonuç Raporu. *Hastane Öncesi Dergisi*. **2**, 127-134.

Ottawa Paramedic Scope Of Practice 2017. Professional Paramedic Association Of Ottawa, Erişim Tarihi 18.02.2019. Erişim Adresi, <https://www.ottawaparamedics.ca/scope-of-practice/>.

Özcan C (2016). *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu Ve Sunumu*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, S: 10-29.

Page C, Sbat M, Vazquez K, Yalcin Z (2013). Analysis Of Emergency Medical Systems Across The World. Worcester Polytechnic Institute, MIRAD Laboratory.

Paksoy VM (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırılması: Anglo-Amerikan Ve Franko-German Modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **4**(1), S: 6-24.

Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M (2004). International EMS Systems: The United States: Past, Present, And Future. *Resuscitation*, **60**(3), S: 239-44.

Rehn, M, Davies, G, Smith, P, Lockey, D (2017). Emergency Versus Standard Response: Time Efficacy Of London's Air Ambulance Rapid Response Vehicle. *Emerg Med J, Emermed*, **34** (12), S:806-809.

Resmi Gazete, 11.05.2000. 24046 Sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği.

Resmi Gazete, 26.03.2009. 27181 Sayılı 'Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliğ'.

Resmi Gazete, 29.03.2019. 27181 Sayılı Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerleri İle Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul Ve Esaslarına Dair Tebliğ.

Rodoplu, Ü (2002). Türkiye’de Acil Tıp, Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Sempozyumu. Eskişehir., S: 5-6

Roessler M, Zuzan O (2006). Almanya'daki EMS Sistemleri. *Resüsitasyon* **68**(1), 45-49.

Sağlık Bakanlığı (2006). Ambulanslar İle Özel Ambulans Servisleri Ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 26369 Nolu Resmi Gazete.

Sağlık Bakanlığı, (2007). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 26463 Nolu Resmi Gazete.

Saral, M (2012). *Örgütsel İmaj Açısından Sosyal Sorumluluk Projelerinin Önemi Ve Yapılan Uygulamalara İlişkin Değerlendirmeler.* Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara/Türkiye.

Soybir GR (2005). *Travma Epidemiyolojisi.* In: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoglu M (Eds). Travma. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. P: 26-31.

Spiotta AM, Stiefel MF, Gracias VH, Et Al (2010). Brain Tissue Oxygen-Directed Management And Outcome İn Patients With Severe Traumatic Brain Injury. *J Neurosurg*, **113**, P: 571- 80.

Sterud T, Ekeberg O, Hem E (2006). Health Status İn The Ambulance Services: A Systematic Review. *BMC Health Services Research*. **6**, 1-10.

Symons, P, Shuster, M (2004). International EMS Systems: Canada. *Resuscitation*, **63**(2), 119–122.

Şimşek P, Günaydın M, Gündüz A (2019). Pre-Hospital Emergency Health Services: The Case Of Turkey. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **S;8**, 120-127.

TC. Sağlık Bakanlığı (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Madde 4 /Z, Resmi Gazete Tarihi, 15/03/2007-26463.

Tentillier E, Heydenreich C, Cros AM, Schmitt V, Dindart JM, Thicoipe M (2008). *Use Of The Intubating Laryngeal Mask Airway İn Emergencypre-Hospital Difficul Tintubation*, *Resuscitation*; **77**:30-4.

The National Highway Traffic Safety Administration (2007). National EMS Scope Of Practice Model P. 20-31.

Tuygar ŞF (2016). Paramedik Programı Öğrencilerinin Yaz Stajı Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. **6**, 92-100. <https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Pub/Duzcesbed/İssue/24384/258500> (Erişim Tarihi: 05.08.2021)

Ünlüoğlu İ (2002). Açılış Konuşması Metni, Ambulans Ve Acil Bakım Teknikerliği Sempozyumunda Sunuldu, Eskişehir.

Ünlüoğlu İ (2002). Paramedik Eğitimi: İlk Sempozyum Işığında Türkiye’de Paramedik Eğitimi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İzmir, 80-81

Ünlüoğlu İ, Ekşi A, Elçioğlu Ö (2002). *Acil Tıp Hizmetleri Paralelinde Ambulansların Gelişimi*, Sendrom 14(2):18-24.

Ünlüoğlu, İ, Ekşi, A, Anık, N (2002). Yeni Bir Sağlık Meslek Grubu; Paramedikler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11 (4), 308.

Woollard M (2006).The Role Of The Paramedic Practitioner In The UK. *J Emerg Prim Health Care* 4(1).

Yenal, S , Çelikli, S (2013). İlk Ve Acil Yardım Programı Son Sınıf Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarında Ve Ambulans İstasyonlarında Karşılaştıkları Güçlükler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 1 (2) , S:7-15

Yıldırım D, Sarı E, Gündüz S, Yolcu S (2014). Paramedik Eğitiminin Dünyü Ve Bugünü, Smyrna Tıp Dergisi, Bozok Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yozgat, S;51

Yüksel, A (2018). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Uygulamalı Derslere İlişkin Görüşleri. *Sağlık Hizmetleri Ve Eğitim Dergisi*. 2, 72-77. <https://doi.org/10.26567/JOHSE.2018250153> (Erişim Tarihi: 02.08.2021)

EKLER

Ek 1: Paramedik Programının Eğitim Yönünden Yeterliliği Anketi

Değerli Katılımcılar;

Bu anket bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Kişisel bilgiler hiçbir yerde paylaşılmayacağı için isim belirtmeniz gerekmemektedir. Soruları samimiyetle cevaplayarak vereceğiniz katkıdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

A.SOSYODEMOGRAFİK BÖLÜM

1. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın

☐ Erkek

2. Yaşınız?

.....

3. Eğitim durumunuz?

☐ Ön lisans

☐ Lisans

☐ Lisansüstü

4. Mezun olduğunuz okulunun türü?

☐ Sağlık Meslek Lisesi

☐ Meslek Lisesi

☐ Anadolu Lisesi

5. Okuduğunuz üniversitenin türü?

☐ Devlet

☐ Vakıf/Özel

6. Paramedik mesleğini kendi isteğinizle mi seçtiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

7. Mesleki deneyiminiz?

☐ 1-5 yıl

☐ 6-10 yıl

☐ 11-15 yıl

☐ 16 yıl ve üzeri

8. Çalışma yeriniz?

☐ Merkez

☐ İlçe

9. Paramedik mesleğini seçmenizde aşağıdaki faktörlerden hangisi daha fazla etkili olmuştur?

- ☐ Aile etkisi
- ☐ Çevremdeki paramedik mesleğini yapanların etkisi
- ☐ Puanım sadece bu bölüme yeterli olduğu için
- ☐ İş imkânının fazla olması
- ☐ Çalışma saatlerinin cazip gelmesi
- ☐ Diğer

B. PARAMEDİK PROGRAMININ EĞİTİM YÖNÜNDEN YETERLİLİĞİ

10. Paramedik programı eğitiminizde kaç kişilik dersliklerde öğrenim gördünüz?

- ☐ 15
- ☐ 20-25
- ☐ 25-30
- ☐ 30 ve üzeri

11. Paramedik programı eğitiminiz süresince nasıl bir eğitim aldınız?

- ☐ Sadece teorik
- ☐ Sadece vaka uygulamalı (vaka senaryoları)
- ☐ Sadece staj şeklinde
- ☐ Hem teorik hem uygulamalı
- ☐ Hem teorik hem staj
- ☐ Hem teorik hem uygulamalı hem de staj

12. Paramedik programı eğitiminizde liderlik ve kriz yönetimi eğitimi aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13. Paramedik programı eğitiminizde simülasyon eğitimi aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Paramedik programı eğitiminde Yenidoğan hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Aldım ancak yetersizdi

15. Paramedik programı eğitimi süresince hasta psikolojisi ve iletişim dersi gördünüz mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

16. Paramedik programı eğitiminizde alanınızla ilgili mevzuat dersi aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

17. Paramedik programı eğitimi süresince KBRN olaylarına yaklaşım hakkında eğitim aldınız mı?

☐ Evet

☐ Kısmen

☐ Hayır

18. Paramedik programı eğitiminizde alanınızla ilgili yazılı materyaller var mıydı?

☐ Evet

☐ Hayır

19. Paramedik programı eğitim sürecinde kullandığınız eğitim materyalleriniz yeterli miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

20. Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız teorik eğitimi yeterli miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

21. Paramedik programı eğitimi süresince aldığınız senaryo uygulamalı eğitimi yeterli miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

22. Paramedik programı eğitiminizde almış olduğunuz Farmakoloji ders saati yeterli miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

23. Almış olduğunuz derslerin içeriği alanınıza yönelik miydi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

24. Okulunuzda bölümünüze ait uygulama salonu var mıydı?

☐ Evet

☐ Hayır

25. Okulunuzda bölümünüze ait Eğitim Ambulansınız var mıydı?

☐ Evet

☐ Hayır

26. Paramedik programı eğitiminde aşağıdaki cihazlardan hangilerini kullandınız?

(Birden Fazla Seçenek seçilebilir)

☐ Mekanik ventilatör

☐ Aspiratör

☐ Pace maker

☐ Defibrilatör

27. Paramedik programı eğitimi süresince yaptığınız stajı hangi bölümlerde yaptınız?
(Birden Fazla Seçenek seçilebilir)

- ☐ Hastane acil servisi
- ☐ Doğumhane
- ☐ Anestezi
- ☐ Yoğun Bakım servisi
- ☐ Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
- ☐ Komuta Kontrol Merkezi
- ☐ Diğer

28. Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda staj yaparken ambulans ile vakaya çıktınız mı?

- ☐ Staj yerim istasyon olmasına rağmen prosedürlerden dolayı çıkamadım
- ☐ Stajyer sayısının fazlalığı nedeniyle kısmen vakaya çıkabildim
- ☐ ASH İstasyonu staj sürem yeterli olmadığı için az sayıda vakaya çıkabildim
- ☐ Yeterli sayıda vakaya çıkabildim
- ☐ Staj sürem süresinde Ambulansla vakaya çıkmadım

29. Paramedik programı (mezuniyet öncesi) eğitimi sürecindeki 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu stajı süresini yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

30. Paramedik programı (mezuniyet öncesi) eğitimi süresince, alan stajı yaparken hangi personellerden destek aldınız?

(Birden Fazla Seçenek seçilebilir)

- ☐ 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'ndaki ekip sorumlusu
- ☐ Acil serviste görevli sağlık personelleri
- ☐ Hastane acillerindeki asistan hekim
- ☐ Hastane acillerindeki uzman hekim
- ☐ Diğer

31. Paramedik mesleğinin eğitim süresi sizce nasıl olmalıdır?

- ☐ Ön lisans düzeyinde devam etmeli
- ☐ Lisans düzeyinde olmalı

32. Ülkemizdeki Paramedik programı sonrası T.C. Sağlık Bakanlığınca verilen yetki ve sorumluluklar yeterli mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Kısmen

33. Eğitim döneminizde aldığınız tüm bilgileri sahada uygulama imkânı bulabiliyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

34. Paramedik programlarında görev yapan öğretim görevlilerinin saha tecrübeli Paramediklerden oluşması eğitim kalitesine ve niteliğine fayda sağlar mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

35. Paramedik programı eğitim müfredatında Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi verilmeli midir?

☐ Evet

☐ Hayır

36. Mezuniyet sonrası hangi eğitimleri aldınız?
(Birden Fazla Seçenek seçilebilir)

☐ Temel Modül Eğitimi

☐ İleri Yaşam Desteği Eğitimi

☐ Çocuk İleri Yaşam Desteği

☐ Travma ve Resüsitasyon Kursu

☐ Güvenli Ambulans Sürüş Teknikleri

37. Paramedik programında aldığınız eğitimi aşağıdaki derecelendirmeyi kullanarak belirtiniz.

☐ Çok İyi

☐ İyi

☐ Orta

☐ İyi Değil

☐ Hiç İyi Değil

38. Ülkemizde Paramedik mesleğinin gelişimi için rütbelendirme sistemine geçilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

☐ Kesinlikle geçilmeli

☐ Mevcut sistem devam etmeli

☐ Kesinlikle geçilmemelidir

39. Mezuniyetten sonra mesleki anlamda kendinizi yeterli gördüğünüz mü?

☐ Evet

☐ Hayır

40. Tekrar seçim hakkınız olsaydı yine paramedik bölümünü mü seçerdiniz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum