

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İSTANBUL AVRUPA YAKASINDA YAŞAYAN BİREYLERİN TEK NUMARA
ACİL ÇAĞRI MERKEZİ (112) UYGULAMASI İLE HASTANE ÖNCESİ SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İlkay AÇIL

Afet Yönetimi Anabilim Dalı

Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN

ARALIK 2022

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İSTANBUL AVRUPA YAKASINDA YAŞAYAN BİREYLERİN TEK NUMARA
ACİL ÇAĞRI MERKEZİ (112) UYGULAMASI İLE HASTANE ÖNCESİ SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İlkay AÇIL
205325013**

Afet Yönetimi Anabilim Dalı

Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özcan Erdoğan

ARALIK 2022

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 205325013 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi İlkey AÇIL, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "İstanbul Avrupa Yakasında Yaşayan Bireylerin Tek Numara Acil Çağrı Merkezi (112) Uygulaması ile Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyetinin Değerlendirilmesi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : **Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN**
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Jüri Üyeleri : **Dr. Öğr. Üyesi Volkan ÜLKER**
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe DOST
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

Teslim Tarihi : ...
Savunma Tarihi : 23 Aralık 2022

ÖNSÖZ

Tez çalışmam ve hayatımın tüm sürecinde yanımda olan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, bana her zaman, her şartta inanan sevgili annem ve babama, yüksek lisans eğitimim ve çalışmamın tüm sürecinde akademik bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendiren ve desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN hocama tüm kalbimle teşekkürlerimi borç bilirim.

Aralık 2022

İlkay AÇIL

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

İlkay AÇIL

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ	iii
BEYAN	iii
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
SEMBOLLER	viii
TABLO LİSTESİ	ix
ŞEKİL LİSTESİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
ÖZET	xi
SUMMARY	xii
1. GİRİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Acil Sağlık Hizmetleri	3
2.1.1 Tanımlar	3
2.1.2 Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları	3
2.1.3 Ambulans tipleri	4
2.1.4 Acil yardım istasyonları tipleri	4
2.1.5 Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihi	5
2.1.5.1 Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihi	5
2.1.5.2 Dünya'da hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihi	5
2.1.6 Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri modelleri	6
2.1.7 Acil sağlık hizmetleri teşkilat yapısı	7
2.1.8 Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personelleri eğitimi	7
2.2 Acil Çağrı Sistemleri	8
2.2.1 Acil çağrı numaraları ve acil çağrı merkezi	8
2.2.1.1 Türkiye'de acil çağrı numaraları ve acil çağrı merkezi	8
2.2.1.2 Dünyada acil çağrı numaraları ve acil çağrı merkezi	11
2.2.2 Türkiye'de acil çağrı merkezi hizmet ve faaliyetleri	12
2.2.3 Avrupa tek acil çağrı numarası uygulama (ATAÇNU) süreci	16
2.3 Memnuniyet Kavramı	16
2.3.1 Memnuniyet ve hasta memnuniyeti	16
2.3.2 Acil sağlık hizmetlerinde memnuniyet	17
2.3.3 Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi	20
3.2 Araştırmanın Soru ve Hipotezleri	20
3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.5 Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	23

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu	24
3.8 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları	24
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.10 Araştırma Süreci.....	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	59
ÖZGEÇMİŞ.....	68



KISALTMALAR

- AABT** : Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri / Paramedik
AB : Avrupa Birliği
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
AÇM : Acil Çağrı Merkezi
AFAD : Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
ATAÇNU : Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası Uygulaması
ATT : Acil Tıp Teknisyeni
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
KBRN : Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer
KKM : Komuta Kontrol Merkezi
UMKE : Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi

SEMBOLLER

n	: Örneklem Sayısı
p:	: İstatistiksel Olarak Anlamlılık Değeri
r	: Korelasyon Katsayısı
SD	: Standart Sapma



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1 : Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler	27
Tablo 4.2 : Katılımcıların 112'ye Dair Davranış Örüntülerine İlişkin Betimleyici İstatistikler	29
Tablo 4.3 : Tüm Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algılar	30
Tablo 4.4 : 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeğine Dair Betimleyici İstatistikler	31
Tablo 4.5 : Katılımcıların 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	31
Tablo 4.6 : Katılımcıların 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi	33
Tablo 4.7 : Tüm Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algıların 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi-1	34
Tablo 4.8 : Tüm Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algıların 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi-2.....	34
Tablo 4.9 : 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Faktörlerine Dair Betimleyici İstatistikler	35
Tablo 4.10 : Ambulans Personelinden Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	36
Tablo 4.11 : Ambulans Personelinden Memnuniyet Durumunun 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.....	37
Tablo 4.12 : Çağrı Karşılıyıcı Personelden Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	37
Tablo 4.13 : Çağrı Karşılıyıcı Personelden Memnuniyet Durumunun 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.....	38
Tablo 4.14 : Olay Yeri Hizmet Sunumundan Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	39
Tablo 4.15 : Olay Yeri Hizmet Sunumundan Memnuniyet Durumunun 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.....	40
Tablo 4.16 : Ambulans Teknik Donanımdan Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi	41
Tablo 4.17 : 112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Düzeyi Formuna İlişkin Betimleyici İstatistikler.....	42
Tablo 4.18 : 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Durumu, 112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Düzeyi ve Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algıların Korelasyon Analizi.....	43

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1 : Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Yapısı	7
Şekil 2.2 : 112 Acil Çağrı Merkezi İl Müdürlüğü Teşkilat Yapısı.....	9
Şekil 2.3 : Acil Vaka Çağrı Alma İş Akış Şeması	13
Şekil 2.4 : Vaka Dışı Çağrı İş Akış Şeması.....	14
Şekil 3.1 : Evreni Bilinmeyen Örneklem Hesaplaması.....	23
Şekil 3.2 : Araştırma Modeli	23
Şekil 3.3 : Araştırma Süreci	26

İSTANBUL AVRUPA YAKASINDA YAŞAYAN BİREYLERİN TEK NUMARA ACİL ÇAĞRI MERKEZİ (112) UYGULAMASI İLE HASTANE ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Afetler ve acil durumlar, insanlık tarihi boyunca çeşitli fiziksel, sosyal ve ekonomik hasarlara neden olmuştur. Gelişebilecek acil durum veya afetlerde etkin koordinasyon ve müdahale son derece önemlidir. 112 Acil Çağrı Merkezi, tüm acil numaralarının tek bir hatta birleştirilmesi ve kurumlar arası koordinasyonun etkin sağlanmasıyla birlikte bireylerin her acil durum için ayrı ayrı numaraları ezberlemesinin önüne geçerek yurtdışında da aynı numaradan hizmet alınabilmesinin sağlanması amacıyla kurulmuştur. Bu bağlamda 112 Acil Çağrı Merkezi, gelişebilecek acil durum veya afetlerde kurumlararası koordinasyonun yürütülmesinde önemli rol oynayacaktır. Etkin müdahale ve kurumlararası koordinasyon uygun şekilde sağlandığı takdirde yapılan acil yardım uygulamalarının kalitesi de artmaktadır. Kaliteli bir acil bakım hizmeti beraberinde memnuniyeti de getirecektir.

Çalışmamız İstanbul Avrupa Yakası'nda yaşayan bireylerin tek numara acil çağrı sistemine geçiş ile ilgili algı durumunu değerlendirmek, 112 Acil Çağrı Merkezinin işleyişi hakkında bilgi durumunu incelemek, Acil Çağrı Merkezinden alınan acil yardım hizmetinden memnuniyet durumunu ölçmek ve davranış örüntülerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sonucunda katılımcıların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden genel olarak memnun olduğu, tüm acil çağrı numaralarının birleştirilip tek numara acil çağrı sistemine geçilmesiyle ilgili algılarının olumlu olduğu ve Acil Çağrı Merkezi sisteminin işleyişiyle ilgili bilgi durumlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ek olarak bireylerin hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde en çok memnun olduğu durum ambulans personelleriyken, en az memnun olduğu durum ise acil çağrı karşılayıcı personellerdir. Bireylerin genel memnuniyet durumlarının ise yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumuna bağlı, anlamlı olarak değiştiği görülmüştür. Davranış örüntüleri incelendiğinde ise ambulansın olay yerine varış süresi, bireylerin Acil Çağrı Merkezine ulaşma süresi ve Acil Çağrı Merkezi personelleriyle ilgili iletişim durumunun memnuniyeti etkilediği görülmüştür. Ayrıca hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumu, tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesiyle ilgili algı durumu ve Acil Çağrı Merkezi işleyişi ile ilgili bilgi durumunun birbirleriyle anlamlı ve pozitif yönde ilişkisi tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil Çağrı Merkezi, 112, Acil Durum, Afet Yönetimi, Afet, Memnuniyet, Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet, Hastane Öncesi Acil Sağlık Sisteminden Memnuniyet

**EVALUATION OF THE SATISFACTION OF THE INDIVIDUALS LIVING
ON THE EUROPEAN SIDE OF ISTANBUL WITH PRE-HOSPITAL
HEALTH SERVICES AND IMPLEMENTING SINGLE NUMBER
EMERGENCY CALL CENTER (112)**

SUMMARY

Disasters and emergencies have caused various physical, social and economic damage throughout human history. Effective coordination and response is extremely important in emergencies or disasters that may develop. The 112 Emergency Call Center was established with the aim of combining all emergency numbers on a single line and ensuring effective coordination between institutions, preventing individuals from memorizing separate numbers for each emergency situation, and ensuring that services can be obtained from the same number abroad. In this context, the 112 Emergency Call Center will play an important role in the execution of inter-agency coordination in case of emergencies or disasters. If effective response and inter-institutional coordination are provided appropriately, the quality of emergency aid applications also increases. A quality emergency care service will bring satisfaction with it.

The aim of this study is to evaluate the perceptions of individuals living on the European Side of Istanbul regarding the transition to the single-number emergency call system and their satisfaction with the pre-hospital emergency health system. In addition, the level of knowledge and behavior patterns about the Emergency Call Center were examined.

As a result of the research, it was determined that the participants were generally satisfied with the pre-hospital emergency health services, their perceptions about combining all emergency call numbers and switching to a single number emergency call system were positive, and their level of knowledge about the operation of the Emergency Call Center system was high. In addition, the situation that individuals are most satisfied with in pre-hospital emergency health services is ambulance personnel, while the situation that they are least satisfied with is emergency call responder personnel. It was observed that the general satisfaction of individuals changed significantly depending on age, marital status and having children. When the behavioral patterns are examined, it is seen that the arrival time of the ambulance to the scene, the time of reaching the Emergency Call Center and the communication status of the Emergency Call Center personnel affect the satisfaction. In addition, a significant and positive relationship was determined between the level of satisfaction with pre-hospital emergency health services, the perception of combining all emergency call numbers, and the knowledge of the operation of the Emergency Call Center.

Keywords: Emergency Call Center, 112, Emergency, Disaster Management, Disaster, Satisfaction, Satisfaction with Health Services, Satisfaction with the Pre-Hospital Emergency Health System

1. GİRİŞ

Acil durum, toplumun bir kesimi veya bütünü kapsayabilen, meydana geldiği bölgede olağan yaşamı değiştirerek kesintiye uğratabilen ve acil müdahale gerektiren kriz durumları olarak tanımlanmaktadır [1]. Afetler ise meydana geldikleri bölgede ekonomik, fiziksel veya sosyal kayıplar doğurabilen, çeşidine bağlı olarak hızlı ya da yavaş gelişebilen ve meydana geldiği bölgedeki yerel baş etme kapasitesini aşan doğa ya da insan kaynaklı olaylar bütünü olarak tanımlanabilir. Ani gelişen krizlere sağlık konusunda müdahale açısından hastane öncesi acil sağlık sistemlerinin kalitesi ve etkinliği son derece önemlidir. Bu sistemin işleyişi, koordinasyonu ve modeli ülkeler bazında değişiklik göstermektedir. Ülkemizde ise bu sistem İçişleri Bakanlığı'na bağlı 112 Acil Çağrı Merkezi ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı 112 ambulanslarıyla hizmet verilerek Anglo-American modeline yakın bir anlayışla yürütülmektedir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sürdürülmesinde koordinasyonun sağlanması amacıyla 112 Acil Çağrı Merkezi görev yapmaktadır. 112 Acil Çağrı Merkezi, sadece hastane öncesi sağlık alanında değil, emniyet, itfaiye, orman yangınları vb. durumlarında da ülkemizde aranacak olan tek acil çağrı numarasıdır. Böylece herhangi bir acil durum veya afet anında olayın oluş şekli ve hangi kurumlara ihtiyaç olduğuna bağlı olarak koordinasyon tek elden yürütülecek olup daha etkin bir hizmet sunulması sağlanmaktadır. Ayrıca bireysel olarak vatandaşların tek bir numarayı aklında tutması daha kolay olduğundan acil çağrıyı yapan kişiye farklı kurumlarca daha kolay erişebilme imkanı sağlanmıştır [2]. Bu uygulama ile birlikte çağrı yapan kişiye daha hızlı ve kolay erişim, beraberinde etkin müdahale ve koordinasyon da sağlanacaktır. Ayrıca uygulamanın hizmet kalitesini arttırmasına, hizmeti kullananların memnuniyet düzeyinin yükselmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Acil çağrı numaralarının tek bir çatı altında toplanarak daha önce sadece acil ambulans çağrı numarası olan 112 altında toplanması bu numaranın bilinirliğinin yüksek olması nedeniyle bir avantaj olarak görülmektedir [3]. Ülkemizde de acil çağrılarının tek numara altında toplandığını belirten bilgilendirici materyaller zaman içerisinde çeşitli platformlarda bilgilendirme amaçlı yayınlanmaya devam etmektedir. Ayrıca acil

ambulans çağrılarının değerlendirildiği bir çok çalışma ambulans ile hastaneye gelen hastaların büyük bir bölümünün gereksiz şekilde bu hizmeti kullandığını göstermektedir. Hastane öncesinde sağlık hizmeti veren personellerin bu durumun farkında olmasıyla birlikte muhtelif sebeplerden ötürü hizmeti alanlara karşı ön yargılı olmasına neden olmaktadır. Ön yargı ve gereksiz kullanım da beraberinde verilen hizmetten memnuniyetin düşmesini de getirmektedir. Literatüre bakıldığında 112 Acil Çağrı Merkezi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma görülmüş olup, bu çalışma ülkemizde İstanbul Avrupa Yakası'nda yaşayan bireylerin 112 Acil Çağrı Merkezi hakkındaki bilgi düzeyini ölçerek Acil Çağrı Merkezi vasıtasıyla aldıkları hastane öncesi ambulans hizmetlerinden memnuniyet oranını ölçecektir. Böylelikle tüm acil çağrı numaralarının tek numara altında birleştirilmesiyle ilgili çıkarımlar elde edilerek, tek numara acil çağrı sistemine geçişten önceki acil ambulans sunumuna dair karşılaştırmalar ve analizler yapılabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Acil Sağlık Hizmetleri

2.1.1 Tanımlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık durumunu sadece fiziksel olarak iyi olma hali değil, aynı zamanda ruhsal ve sosyal yönden de bütüncül bir iyilik hali olarak tanımlamıştır [4]. Acil Sağlık Hizmetleri ise, gelişebilecek acil sağlık sorunları durumunda hasta veya yaralıların durumunun kötüye gitmesini engellemek, gerekirse en uygun tedaviyi başlatıp sürdürmek üzerine kurulu temel sağlık hizmetlerinden biridir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise, acil sağlık sisteminin bir aşaması olarak hastane öncesi herhangi bir alanda uygulanmaya başlanmasıyla birlikte hastanın hastaneye nakline kadar geçirilen süre boyunca verilen sağlık hizmeti olarak gösterilebilir. Hastane öncesi sağlık hizmetlerindeki amaç ise uygulanan ülkeler bazında değişiklik göstermekle birlikte, hastanın tedavisini uzman hekimlerce sahada başlatarak hastaneye naklini sağlamak veya en uygun tedaviyi hızlı bir şekilde başlatabilmek üzere sadece kritik konularda müdahale edilerek hastaların ilgili hastaneye hızlıca nakledilmesi olarak gösterilebilir.

2.1.2 Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları

Ülkemizde paramedik ve acil tıp teknisyenleri (ATT), hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin ana yapısını oluşturmaktadır. Paramedikler ilgili üniversitelerin bölümlerinden ön lisans eğitimi alarak sisteme dahil olmaktadır. Acil tıp teknisyenleri ise ilgili okullardan ortaöğretim düzeyinde mezun olarak, sisteme dahil olmaktadır. Paramedik ve ATT'ler acil yardım ambulanslarında yetkileri dahilinde acil hasta bakımını yapmak ve gerekli hallerde hastaların uygun hastaneye nakledilmesinden sorumludur. Ayrıca Komuta Kontrol Merkezi'nde (KKM) bulunan birimlerde farklı görevlerde, 112 Acil Çağrı Merkezi'nde ise çağrı karşılayıcı ve çağrı yönlendirici görevlerini üstlenmektedir.

Tıp fakültelerinden mezun olan hekimler ise hastane öncesi sistemde acil yardım ambulanslarında, KKM'de ve 112 Acil Çağrı Merkezi'nde (AÇM) sorumlu hekim,

konsültan hekim vb. görevlerle birlikte ayrıca yönetici personel konumunda da çalışmaktadır.

Ayrıca KKM'de teknik birimlerde görev alan sürücü, veri giriş personelleri ve çeşitli teknik personeller görev yapmaktadır. Sürücüler, ilkyardım eğitimi sertifikalı olup ayrıca acil yardım ambulanslarında da paramedik ve ATT'lerin sayı olarak yetersiz kaldığı durumlarda devamlı olarak görev yapmaktadır.

2.1.3 Ambulans tipleri

Hastane öncesi acil sağlık sisteminde kara, deniz ve hava ambulanslarının yanı sıra ayrıca özel görevler için yapılandırılmış özel donanımlı ambulanslar mevcuttur. Kara acil yardım ambulansları içerisindeki üç personelle birlikte il içerisinde acil yardım ihtiyacı olan hasta veya yaralıların kara yoluyla hastaneye nakli için veya il içerisi ve il dışı hastaneler arası kara yolu hasta nakillerinde kullanılmaktadır. Deniz ambulansları, kara yoluyla bağlantısı olmayan bölgelerdeki hastaları karayolu ulaşımına açık bir alana nakledilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Hava ambulansları, helikopter ve uçak ambulanslar olarak hizmet vermekte olup genel olarak uçak ambulanslar iller arası nakli sağlanması gereken ve çeşitli acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastalarda kullanılmaktadır. Helikopter ambulanslar, çeşitli sebeplerle il dışı nakli sağlanması gereken hastalar, ulaşılması zor ve güç olan bölgelerdeki hastaları nakletmek ve medikal kurtarma gereken bölgelerden hastaların nakli için kullanılmaktadır. Özel donanımlı ambulanslar, görev yaptıkları bölgenin özellikleri ve coğrafi koşullarıyla bağlantılı olarak hizmet vermektedir. Yenidoğan ambulansı, arazi tipi kar paletli ambulans, çoklu hasta taşıyabilen ambulans, obez ambulansı, motosiklet ve ATV tipi ambulanslar özel donanımlı ambulanslar olarak gösterilir [5].

2.1.4 Acil yardım istasyonları tipleri

Acil yardım istasyonları A, B ve C tipi istasyonlar olmak üzere üç farklı tipte incelenmektedir. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre; A tipi istasyonlar, kesintisiz olarak sadece acil yardım ambulansı hizmeti veren istasyonlardır. A-1 tipi istasyonlardaki ambulanslarda hekim bulunmakta, A-2 tipi istasyonlardaki ambulanslarda ise hekim bulunmamaktadır. B tipi istasyonlar, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıyla entegre olup kesintisiz şekilde acil yardım ambulansı ve acil servis hizmeti veren istasyonlardır. Hastane acil servisleriyle entegre olanlar B-1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla entegre olanlar ise B-2 tipi istasyon

olarak adlandırılır. C tipi istasyonlar, günün belirli saatlerinde ve belirli bölgelerde sadece acil yardım ambulansı hizmeti veren istasyonlardır [6].

2.1.5 Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihi

2.1.5.1 Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihi

Savaş alanlarındaki yaralıların müdahalesi ve sağlık kuruluşuna nakledilmesi her zaman sorunlu olmuştur. Dost düşman ayrımı yapmadan bu yaralıların müdahalesinin yapılması ve sağlık kuruluşuna nakledilmesi amacıyla çeşitli yardım kuruluşları kurulmuştur. Bu yardım kuruluşları aslında hastane öncesi alanda ilkyardım faaliyetlerinin başlaması açısından önem arz etmektedir. Hilal-i Ahmer Cemiyeti’nin yaralı askerleri atlı ambulanslar kullanarak taşınması örnek olarak gösterilebilir [7]. Yine aynı kuruluşun 1911 yılında bir yangın esnasında yürüttüğü faaliyet, ülkemiz için hastane öncesi acil sağlık faaliyetlerinde ilk organize girişim olarak kabul edilmektedir [8]. Daha sonra Çanakkale Savaşı’nda ise savaş meydanında ilkyardım ve nakil faaliyetleriyle birlikte triyaj gibi uygulamaların organize bir şekilde yapıldığıyla ilgili veriler mevcuttur [9]. Bu tarihten itibaren ambulans alımı ve kullanımı ile ilgili çeşitli uygulamalar yer alsa da modern anlamda ilk sistem 1986 yılında 077 Hızır Acil Servis’in kurulmasıyla birlikte başlamış olup daha sonra 1994 yılında günümüzde bilinen numarası olan 112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri olarak devam etmiştir [10]. Daha sonra ilgili bakanlık uygulamanın adını “Acil Sağlık Hizmetleri” olarak değiştirmiştir ve günümüzdeki modern halini çeşitli uygulamalar ile birlikte zaman içerisinde almıştır [11].

2.1.5.2 Dünyada hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihi

Acil sağlık hizmetlerinin gelişimi toplumların ihtiyaçlarına göre şekillenmiş olup genelde savaş temelli ihtiyaçlardan etkilenmiştir. Eski Mısır, Roma gibi uygarlıkların savaş merkezli toplumlar olması nedeniyle, bu uygarlıklarda ilkyardım müdahaleleri ve hasta taşıma konusunda oluşan belgelerine rastlanılmaktadır [8]. Ayrıca 1545 yılında yazılmış olan “Tüfek ve Diğer Ateşli Silahlarla Açılmış Yaraları Tedavi Yöntemi” isimli eser de mevcut durumu desteklemektedir [9]. Fransız lider Napolyon savaş alanındaki yaralıları alandan uzaklaştırmak üzere birlikler kurmuş, askeri cerrahinin babası olarak tanımlanan Larey ise ilk tıbbi birliğini kurarak modern ambulansı tasarlamıştır [7, 12, 13]. Başka bir Fransız hekim olan Percy ise savaş alanından hastaların taşınması amacıyla benzer bir ambulans tasarlamıştır. Bu iki

ambulans arasındaki temel fark ise birinde yaralıların olay yerinden uzaklaştırılmasıken diğerinde müdahale yapacak olan hekimin yaralıya ulaştırılmasıdır [9].

ABD’de ise iç savaş sırasında kurulan ilkyardım istasyonları dikkat çekmektedir. 19.yy ikinci yarısının başlarında ise ABD ve İngiltere’de kurulan sivil esaslı ambulans sistemleri günümüz sisteminin gelişmesine katkı sağlamıştır. 20.yy da ise motorlu araçların kullanılmaya başlamasıyla ambulans sistemleri daha gelişmiş duruma getirilmiştir. 1960 yılından sonra ise ambulanslar sadece hasta ve yaralıları taşımak için değil olay yerinde acil müdahaleyi başlatmak için kullanılmaya başlanmıştır [14]. Daha sonra acil tıp anabilim dallarının kurulması ve paramedik eğitimlerinin başlaması günümüze kadar gelen bir hastane öncesi acil tıp sistemini oluşturmuştur.

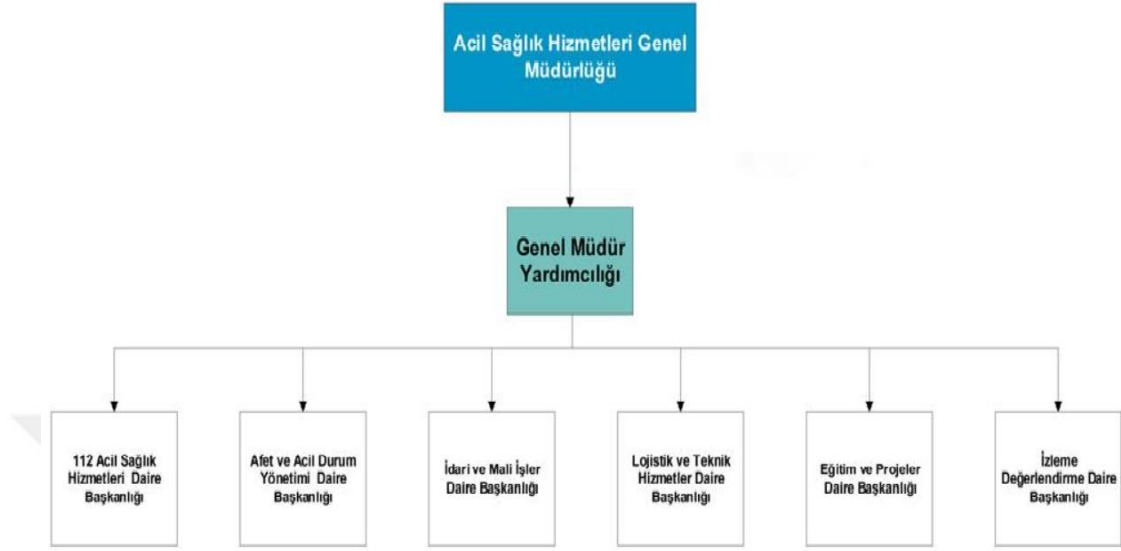
2.1.6 Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri modelleri

Hastane öncesinde planlanan sağlık hizmetleri, alanda uygulanan tedaviyle başlayıp hastaneye kadar devam eden süreci kapsamaktadır. Alanda verilen bakım düzeylerine göre; temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği olarak gruplandırmalar mevcuttur [15, 16]. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin temelinde iki farklı model mevcut olup bunlar; Franco-German ve Anglo-Amerikan modelleridir. Franco-German modelinde hastane öncesindeki yükü doktorlar üstlenmekte, temel olarak kal ve stabilize et sistemi uygulanmaktadır. Yani hastalar olabildiğince alanda tedavi edilmeye çalışılmakta ve çoğunlukla evlerinde tedavi edilmektedir. Bu sistemde kara, deniz ve hava ambulansları hasta nakillerinde sıkça kullanılmakta ve hastaneye nakledilen hastalar alandan servise direkt yatış yapılacak şekilde planlanmaktadır [17]. Anglo-Amerikan modelinde ise sahada paramedikler kullanılarak, az müdahale hızlı nakil düşüncesi benimsenmiştir. Sahada hızlı şekilde müdahaleye ihtiyaç duyulan hastaların müdahalesi başlatılarak uygun olan hastanelere sevki sağlanmaktadır. Bu sistemi uygulayan ülkelerde acil tıp sistemi gelişmiş ve acil tıp uzmanlığı farklı bir ana dal olarak oluşturulmuştur [18].

2.1.7 Acil sağlık hizmetleri teşkilat yapısı

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmeti veren resmi kurumlar çeşitli daire başkanlıklarına bağlı olarak Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlıdır. Şekil 2.1’de gösterildiği üzere 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı’na bağlı olarak çalışan 112 acil yardım ambulansları hastane öncesinde verilen acil sağlık

hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. Ayrıca Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı'na bağlı olarak çalışan UMKE, medikal kurtarma gerektiren durumlarda çeşitli acil sağlık ve kurtarma hizmetlerini sunmaktadır [19].



Şekil 2.1: Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat Yapısı [19]

2.1.8 Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personelleri eğitimi

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde yoğunluklu olarak ambulans ve acil bakım teknikerleri (AABT), diğer adıyla paramedikler çalışmaktadır. AABT'ler ilgili üniversitelerin ön lisans bölümünden mezun olarak mevzuatta belirtilen girişimleri yapmakla sorumludurlar. ATT'ler ise sağlık meslek liselerinden mezun olarak yine aynı mevzuatta belirtilen girişimleri yapmakla sorumludurlar. 2017 yılından itibaren sağlık meslek liselerindeki ATT bölümlerinin kapatılmasıyla birlikte AABT merkezli bir sistem kurulmasına devam edilmiştir. Hastane öncesinde çalışan hekimler ise üniversitelerin tıp fakültelerinden mezun olarak pratisyen hekim olarak hastane öncesi sistemde görev yapmaktadırlar.

Mezuniyet sonrasında ise; Şekil 2.1'de gösterildiği gibi Eğitim ve Projeler Daire Başkanlığı, acil sağlık hizmetlerinde çalışan personellerin hizmet içi eğitimlerini araştırmak, geliştirmek ve düzenlemekle yükümlüdür. Planlanan hizmet içi eğitim programları ise personelin bağlı olduğu daire başkanlığınca verilmektedir. 112 Acil sağlık hizmetlerinde çalışan personeller için Temel Modül Eğitimi, Erişkinlerde İleri Yaşam Desteği Eğitimi, Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Eğitimi, Travma İleri Yaşam Desteği Eğitimi ve Ambulans Sürüş Teknikleri Eğitimi bir modül haline getirilmiş olup tüm personele verilmesi amaçlanarak sürdürülmektedir. Ayrıca Oryantasyon

Eğitimi, KBRN Farkındalık Eğitimi, İletişim Eğitimi gibi günlük programlar uygulanmaktadır. UMKE’de görev yapan personeller için ise Temel UMKE Eğitimi modül olarak verilerek kurum tarafından uygun görülen ve gönüllü personellere modül eğitiminin devamı niteliğinde geliştirme eğitimleri uygulanmaktadır.

2.2 Acil ağrı Sistemleri

2.2.1 Acil ağrı numaraları ve acil ağrı merkezi

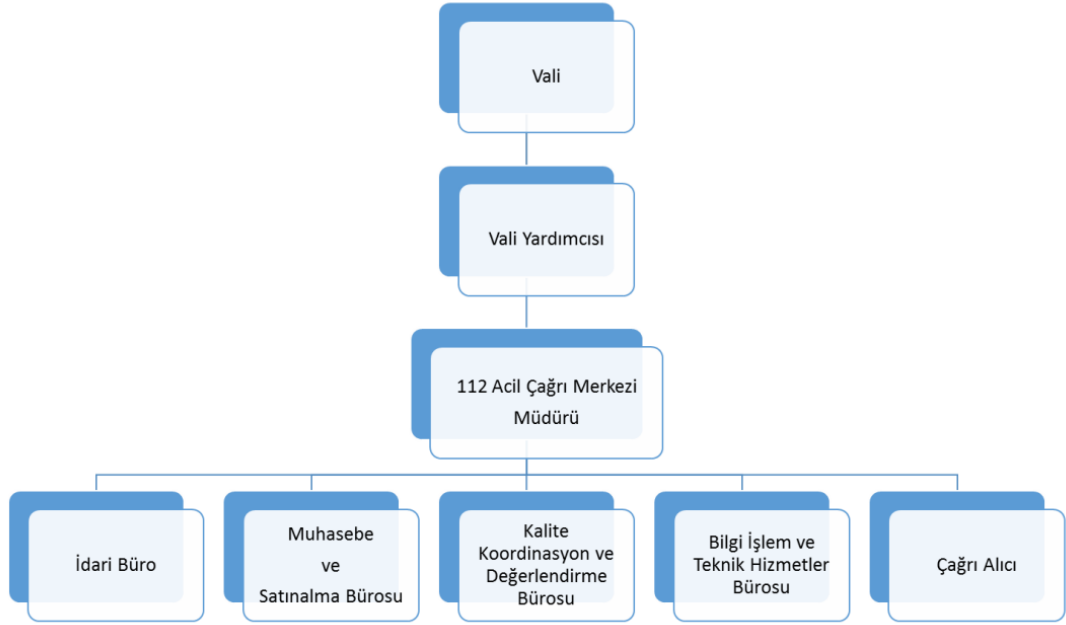
Acil ağrı, kişi, toplum veya kamunun sağlığı veya güvenliğini, doğaya veya mala zarar verilebilecek durumlarla ilişkili çağrıları ifade etmektedir [20]. Acil ağrı merkezleri, acil çağrıları yanıtlamak ve ağrı nedeni ile ilişkili olarak görev alabilecek ekipleri yönlendirmek ve organizasyonunun sağlanması amacıyla kurulmuştur. Acil ağrı merkezlerine ulaşılabilecek numaralar ise ülke ve kurum bazlı değişmektedir.

2.2.1.1 Türkiye’de acil ağrı numaraları ve acil ağrı merkezi

Ülkemizde acil yardım hizmeti veren kurumların acil ağrı numaraları Avrupa Birliği’nin tüm acil ağrı numaralarını birleştirme ve standardizasyon oluşturma çabasına kadar farklı numaralardı. AB uyum süreci öncesinde acil ambulans hizmetleri için 112, polis için 155, jandarma için 156, itfaiye için 110 gibi farklı, üç haneli numaralar ve her kurum için farklı acil ağrı merkezleri kullanılıyordu. Avrupa Birliği’nin 1991 yılındaki kararı sonrasında ye ülkelerde tek numara acil ağrı uygulamasına geçiş süreci başlamış oldu. Ülkemizde AB uyum sürecinin bir aşaması olarak Avrupa Tek Acil ağrı Numarası Uygulama (ATAÇNU) süreci çalışmaları 2003 yılında Hollanda ile iş birliği yapılarak başladı. 2005 yılında Antalya ve Isparta pilot illeriyle denemeler gerçekleştirildi ve 2009 yılında bu iki ilde ilk acil ağrı merkezleri açıldı [21, 22]. Pilot uygulamalar ve çalışmalar sonucunda günümüze kadar gelen süreçte kademeli geçiş sistemi kullanılarak acil yardım hizmeti veren kurumların ağrı merkezleri ve numaraları ‘‘112’’ hattında toplanarak tüm illerde bu numara için tek bir acil ağrı merkezi kuruldu. Tek numara sistemine geçilerek her ilde tek bir ağrı merkezinin kurulması, öncesinde halkın birden fazla kurumun numarasını ezberlenmesini ortadan kaldırarak kurumlar arası organizasyonun da daha etkin bir Şekilde yapılmasını sağlamaktadır [2].

112 Acil ağrı Merkezi’nde çağrıyla ilgili spesifik yönlendirme yapabilecek sağlık personeli, polis, itfaiye personeli gibi diğer kurumlardan görevli çalışanlarla birlikte AM’ye bağlı ağrı karşılayıcı personeller bulunmaktadır. Şekil 2.2’de gösterildiği

üzere 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlükleri yapı itibariyle önce AÇM müdürüne, daha sonra bulunduğu ilin vali yardımcısı ve valisine bağlı olarak çalışmaktadır.



Şekil 2.2: 112 Acil Çağrı Merkezi İl Müdürlüğü Teşkilat Yapısı

112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği'nde 112 acil çağrı merkezi müdürlüğünün görevleri şu şekilde belirtilmiştir:

‘a) İl genelinde; il jandarma komutanlığı, il emniyet müdürlüğü, varsa sahil güvenlik bölge veya grup komutanlığı, belediyeler, orman bölge veya işletme müdürlüğü, doğa koruma ve milli parklar bölge veya şube müdürlüğü, il sağlık müdürlüğü, il afet ve acil durum müdürlüğü ile valilikçe belirlenen diğer kurumların görev alanına giren acil çağrıları 24 saat sürekli erişim esasına göre karşılamak ve bu hususta gerekli tedbirleri almak,

b) Acil çağrıları, çağrı merkezinde acil yardım hizmeti sunan kurumlara yönlendirmek,

c) Acil yardım hizmeti sunan kurumlar arasında gerekli iş birliği ve koordinasyonu sağlamak,

ç) Kurumsal kapasitenin geliştirilmesine yönelik acil çağrı hizmetleri alanında; hizmet içi eğitim programlarını yapmak, bakanlığın izni ile finansman sağlayan ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların proje çağrılarını takip ederek, hibelere yönelik proje hazırlamak,

- d) Acil çağrı hizmetlerine yönelik ilgili kurumların talep ve görüşlerini de alarak yazılım değişikliklerini genel müdürlüğe teklif etmek,
- e) İlgili kurumların acil yardım hizmeti sunan komuta ve kontrol merkezleri ile telli, telsiz iletişimleri ile yazılımları arasında bağlantı sağlamak,
- f) İhtiyaç duyulması halinde acil çağrı karşılama ve yönlendirmelerle ilgili olay yerinde iletişimi ve yönetimi sağlayacak mobil merkezleri kurmak ve işletmek,
- g) İlgili kurumlarla birlikte tatbikatlar planlamak ve uygulamak,
- ğ) İlgili kurumların görüş ve önerilerini de dikkate alarak çağrı merkezi hizmetlerinin sunumu için gerekli olan her türlü altyapıyı kurmak, işletmek ve kurumların kullanımına sunmak,
- h) Çağrı merkezinin fiziki imkânları ölçüsünde ilgili kurumların komuta ve kontrol merkezi ihtiyaçları için çağrı merkezinde ve diğer mahallerde valilik onayına istinaden yer tahsisi yapmak,
- ı) Çağrı merkezi hizmetlerine ilişkin kamuoyunu bilgilendirmek,
- i) Çağrı merkezini asılsız ihbarda bulunmak suretiyle meşgul edenleri tespit etmek ve buna ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,
- j) Valilikçe verilen benzeri diğer görevleri yapmak'' [20].

2.2.1.2 Dünyada acil çağrı numaraları ve acil çağrı merkezi

Acil durum numarası 112'nin, Avrupa Birliği'ne bağlı herhangi bir ülkede tek acil yardım numarası olarak kabul edilmesi 1991'deki AB konsey kararıyla gerçekleşmiştir. Giderek artan iş, eğlence veya başka bir durum için yapılan seyahatler herhangi bir acil durumda hangi numaranın aranması gerektiği bilgisini daha önemli hale getirdi. Karar öncesi AB ülkelerinde acil durum numaraları veya merkezleriyle ilgili bir standart olmamasıyla birlikte 2008 yılından itibaren üye ülkelerde 112'nin tek numara acil yardım hattı olarak kullanılması zorunlu hale getirildi. Bu zorunluluktan öncede bazı AB ülkeleri hali hazırda 112 numarasını kullanıyordu. Karar sonrasında ise; acil yardım numarasını sadece 112 olarak kullananlar ve 112 numarasıyla birlikte kendi acil yardım numaralarını kullanmaya devam eden ülkeler olarak iki farklı yapı ortaya çıkmış oldu [23].

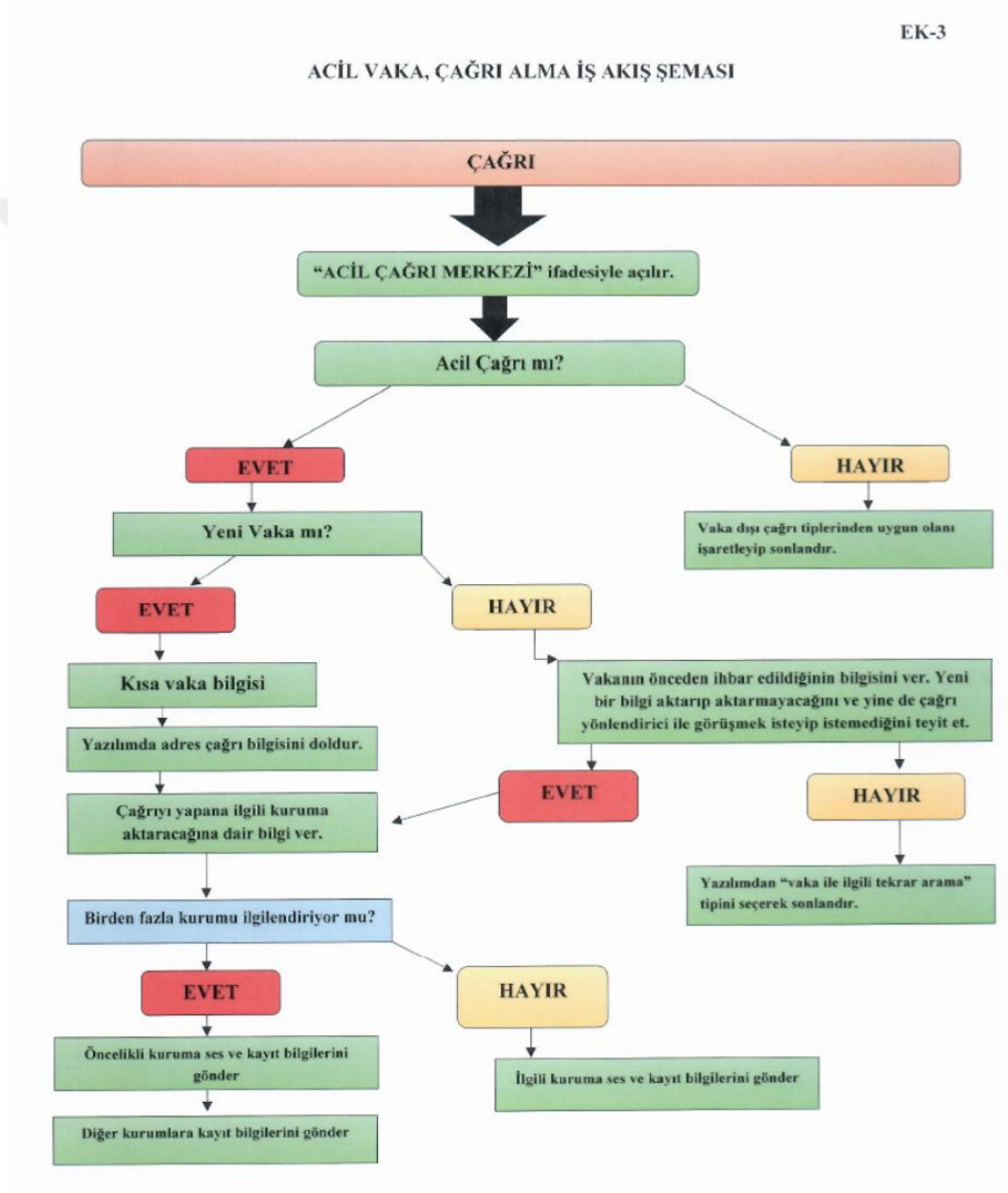
ABD’de ise 1967’den sonra dönemin başkan kolluk kuvvetleri komisyonuyla adalet yöneticileri tarafından polisin hızlı ve etkin müdahalesini arttırmak için evrensel bir çağrı numarası önerildi [24]. Bu tarihten önce ise acil yardım hizmeti veren kurumların kendine özgü 10 haneli telefon numaraları kullanılıyordu [25]. Bu numaraların ezberlenmesi, gerekli bir acil durumda ulaşılması vatandaşlar için vakit kaybı yaratıyordu. 911 numarasını polis iletişim merkezi olarak uygulayan ilk büyük şehir New York oldu. Zaman içerisinde müdahale süresinin yarıya indiği gözlemlendi ve sistemin uygunluğu görülmüş oldu. 911 sistemine geçişle birlikte çağrı sayılarının %20 civarında arttığı gözlemlendi fakat çağrılar incelendiğinde ise %60 civarında çağrının gereksiz ve acil durum dışında bir sorunla ilgili olduğu saptandı [26]. 911 acil çağrı numarasının uygulanabilirliği ve avantajları göz önünde bulundurularak zaman içerisinde geliştirildi ve tüm eyaletlerde hizmete girdi. Günümüzde ABD’de 911 acil durum numarası polis, itfaiye ve acil ambulans gibi hizmetler için kullanılmaktadır. 911 acil çağrı merkezi 1976 yılında ABD’nin yaklaşık %17’sine hizmet verirken 20.yy sonlarında bu oran %96’nın üzerine çıkmıştır [27].

2.2.2 Türkiye’de acil çağrı merkezi hizmet ve faaliyetleri

Ülkemizde AÇM kurulmadan önce kurumlar üç haneli kendi acil çağrı numaralarını kullanarak acil durumları koordine etmekteydi. İçişleri Bakanlığı’nın AB uyum sürecinde yürüttüğü proje sonucunda günümüzde tüm acil çağrılar için tek numara olan 112 numarası kullanılmakta olup her ilde acil çağrılarını karşılayıp koordinasyonu yürütecek acil çağrı merkezleri kuruldu. Acil çağrı merkezleri buldukları ilin valiliğine bağlı olarak çalışmaktadır. Acil çağrı merkezinde acil ambulans, polis, jandarma, itfaiye, sahil güvenlik, orman yangınları ve AFAD ile ilgili acil durumların çağrılarını karşılanıyor olup değerlendirildikten sonra uygun olan ekipler koordine edilmektedir.

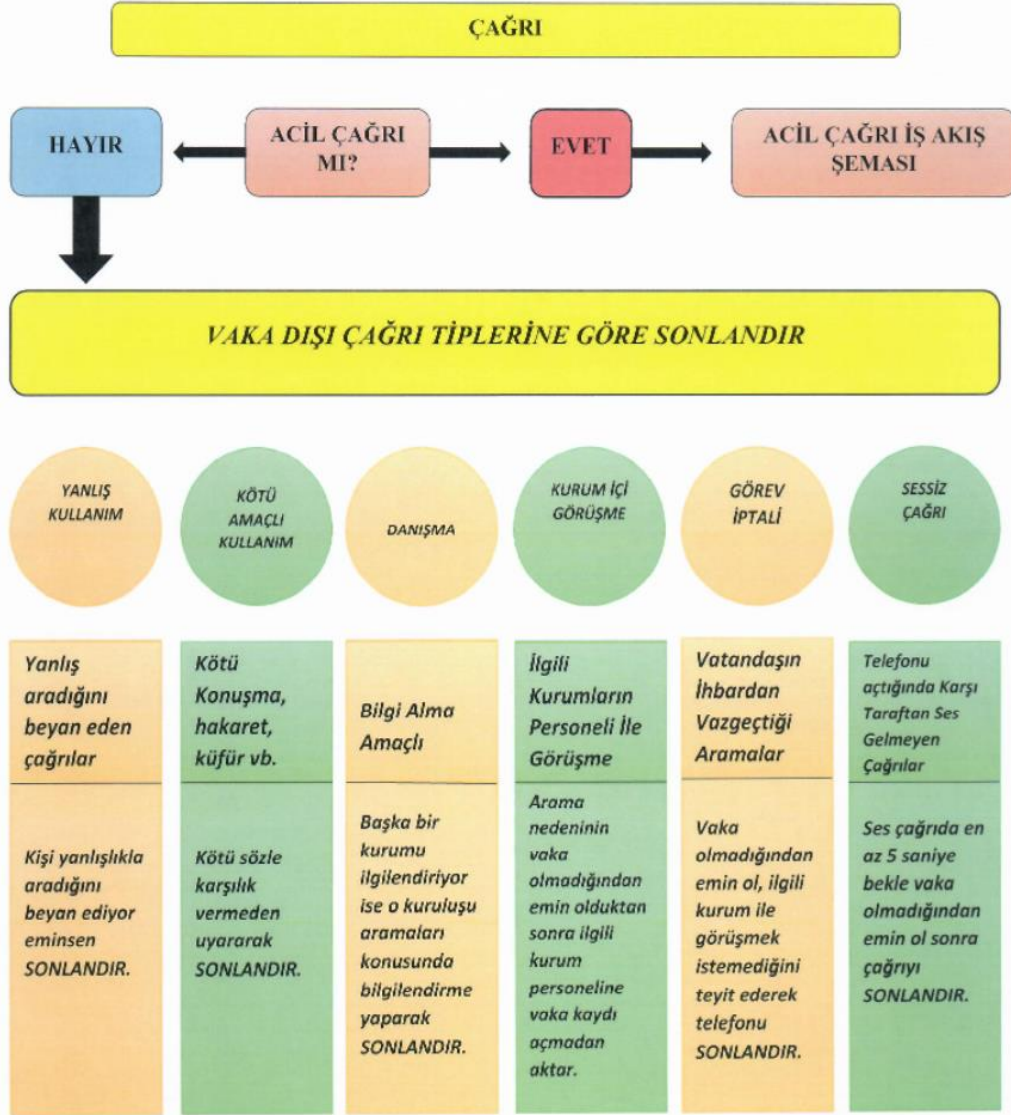
Birçok kurum ve farklı disiplini ilgilendirebilecek çağrılarının karşılanması nedeniyle acil yardım hizmeti veren kurumların personelleri de AÇM’de çalışmaktadır. Herhangi bir acil durumda acil çağrı merkezine gelen ilk çağrılar valilğe bağlı olan personeller tarafından karşılanmaktadır. Şekil 2.3 ve Şekil 2.4’de acil vaka ve acil olmayan vakaların iş akış şemaları gösterilmiştir. Gelen asılsız veya acil olmayan çağrılar ilk çağrıyı karşılayan personeller tarafından elenirken aynı zamanda sistem tarafından otomatik olarak adres, konum ve telefon numarası kaydedilmektedir. Gelen çağrı asılsız değilse adres teyidi yapılarak hangi alana ihtiyaç duyulacaksa o bölümün çağrı

yönlendiricisine aktarılmaktadır. Bu bölümde çalışan personeller kendi alanlarını ilgilendirecek spesifik sorular sorup acil durumu teyit ettikten sonra gerekli olabilecek ekipleri yönlendirmek üzere çağrıyı sonlandırırlar. Sonlanan çağrı ekibi yönlendirecek olan başka bir personele gider ve yerli sistemler kullanılarak yardım ihtiyacı duyulan bölgeye en yakın olan araç ya da personel yönlendirilir. Ayrıca türkçe bilmeyen kişiler tarafından yapılan acil durum çağrıları da görevli tercümanlar yardımıyla değerlendirilerek gerekli ise acil durum için hizmet sağlanmaktadır.



Şekil 2.3: Acil Vaka Çağrı Alma İş Akış Şeması [28]

VAKA DIŞI ÇAĞRI İŞ AKIŞ ŞEMASI



Şekil 2.4: Vaka Dışı Çağrı İŞ Akış Şeması [28]

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından geliştirilen mobil uygulama ile afet öncesi, sonrası veya afet sırasında mobil hatlar ile 112 AÇM'ye ulaşmak yerine uygulama üzerinden acil durum ile ilgili yardım talep edilebilmektedir. Telefon numarası ve konum servisleriyle çalışan sistem sayesinde acil durum butonuna basılarak verilen acil çağrılar 112 AÇM'ye konum bilgisi ile birlikte düşmektedir. Ayrıca istenildiğinde uygulama ile sesli veya yazılı olarak 112 AÇM'ye

ulaşılabilir. Bu sayede afet anında oluşabilecek kaos bir miktar azaltılarak iletişim kopukluğunun engellenmesi hedeflenmektedir [29].

Sağlık personelleri tarafından kullanılması planlanan panik butonu uygulaması ise, sözlü veya fiziki bir şiddete maruz kalan ya da kalacağını hisseden sağlık personelleri için olay olmadan önce veya olduktan sonra uygulama üzerinden tek tuşla olayı bildirmek ve 112 AÇM'ye düşen çağrı sonucunda olayın olduğu bölgeye güvenlik ekiplerinin yönlendirilmesi sistemiyle çalışmaktadır. Uygulama üzerinden konum ve iletişim bilgileri AÇM'ye yönlendirilmektedir. Uygulamanın ana amacı ise şiddet olayı oluşmadan önce olayı engellemek ve caydırıcılığı arttırmaktır [30].

AB tarafından geliştirilen Reach 112 projesi ise konuşma ve duyma engelli bireylerin karşılaşacakları acil durumlarda bir uygulama sayesinde acil yardım talebinde bulunmasını amaçlamıştır [31]. 2009 yılında İsveç, İngiltere, Hollanda, İspanya ve Fransa'da başlayan çalışmada 12 aylık bir pilot deneme yapılmış ve düzenlenen konferans ile 2012 yılında resmi olarak tamamlanmıştır [32]. Ülkemizde ise İçişleri Bakanlığı tarafından geliştirilen uygulama sayesinde görme ve konuşma engelli bireyler uygulama üzerinden Ankara'da bulunan çağrı merkezine ulaşabilmektedir. Engelsiz 112 çağrı merkezi tarafından yazı ya da görüntü yoluyla acil durumu saptanan kişilerin bulunduğu ilin acil çağrı merkeziyle iletişime geçilerek gerekli olan acil yardım hizmeti sağlanmaktadır [33].

E-Call sistemi AB'de herhangi bir kaza esnasında araç içi uyarı sisteminin acil çağrı hattına bir uyarı göndermesi esasıyla çalışmaktadır. Uyarı ile tetiklenen sistem, araç içerisi ile acil çağrı merkezi arasında bir sesli bağlantı kurulması ve konum bilgisinin paylaşılmasıyla işlemektedir. Ayrıca araç sürücüleri bu sistemi manuel olarak da kullanabilmektedir. e-Call AB tarafından kullanılan bir sistem olmakla birlikte benzer sistemler ABD, Japonya ve Rusya gibi ülkelerde de kullanılmaktadır [34]. 2013-2015 yıllarında pilot ülkelerde uygulanan sistemde ülkemizde yer almıştır. Pilot uygulamalar sonucunda İçişleri Bakanlığı tarafından geliştirilen projede Aselsan altyapısı kullanılmış olup araç içi acil çağrı sistemi ülkemizde de uygulanmaya başlanmıştır [35].

2.2.3 Avrupa tek acil çağrı numarası uygulama (ATAÇNU) süreci

Avrupa Birliği'nin acil çağrı sistemleri değerlendirildiğinde tek acil çağrı numarasına geçilmeden önce acil çağrı numaralarında ülkeler bazında değişiklikler olduğu

görülmektedir. Tek numara acil çağrı sistemine geçildikten sonra bazı ülkeler duruma hızlı adapte olarak acil çağrı numaralarını 112 altında toplarken bazı ülkeler ise 112 numarasının yanında kendi acil çağrı numaralarını da kullanmaya devam etmiştir. ATAÇNU sürecinden önce farklı bir ülkede acil yardım hizmeti alınmak istenildiğinde karşılaşılan sorunlar daha fazlaydı. Kurumlar ve ülkeler arası acil çağrı numaralarının farklı olması bilinirliği düşürüyor, herhangi bir acil durumda hizmet sunumunu aksatıyordu. ATAÇNU sistemiyle birlikte 112 numarası haricinde kendi acil çağrı numarasını da kullanan ülkelerde 112 arandığında acil çağrı merkezine ulaşılabilir. Bu durum bilinirliği arttırarak hizmet sunumunda kaliteyle birlikte hızlı müdahaleyi de getirmiştir [36]. Sisteme geçiş sürecinde Eurobarometer'in üç yıl arayla yapmış olduğu acil çağrı numaralarının bilinirliğiyle ilgili çalışmada ülke dışında gelişebilecek bir acil durumda 112 numarasını arayacak kişi sayısının arttığı görülmektedir [37].

Ülkemizde ATAÇNU sistemiyle beklenen avantajlar ise tek bir acil durum numarasını öğrenmenin kolaylığıyla birlikte bilinirlik düzeyinin artması ve acil yardım talebinde bulunan kişiye daha çabuk ulaşabilme durumudur [2]. Gümüşhanede yapılmış bir çalışmada acil çağrı numaraları farkındalığında polis ve ambulans numaralarının bilinirliği sırasıyla %95,5 ve %94,6 olarak bulunmuştur [3]. ATAÇNU sisteminde kullanılacak olan 112 numarasının ülkemizde öncesinde ambulans hizmetlerinde kullanılıp bilinirliğinin yüksek olması geçiş sürecinde avantaj sağlamaktadır. Başka bir çalışmada ise AÇM kurulduktan sonra gereksiz aramaların azaldığı ve kurumlar arası iletişimin güçlenerek olaylara daha hızlı müdahale edildiği gösterilmiştir [38].

2.3 Memnuniyet Kavramı

2.3.1 Memnuniyet ve hasta memnuniyeti

Memnuniyet kavramı müşteri memnuniyeti olarak değerlendirildiğinde satın alınan bir mal veya hizmet sonucunda alıcının beklentisini karşılama durumu olarak nitelendirilebilir. Birçok araştırmacıya göre memnuniyet; bir hizmet veya ürünün alınmadan önceki ile alındıktan sonraki deneyimin bir sonucudur [39, 40]. Sağlık hizmetlerinde ise müşteri hasta olarak tanımlanmakta olup memnuniyet kavramı hasta memnuniyeti olarak kullanılmaktadır [41]. Hasta memnuniyetinin belirlenmesi, hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması günümüzde giderek daha fazla önem

kazanmıştır [42]. Hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi daha nitelikli bir hizmet sunulması ve geliştirilmesi açısından önemlidir [43].

2.3.2 Acil sağlık hizmetlerinde memnuniyet

Sağlık alanında verilen hizmetlerin en önemli özelliği ertelenemez ve değiştirilemez olma durumudur [44]. Özellikle acil alanda verilen hizmetler ertelendiğinde veya uygun olmadığında hasta hayatını tehlikeye sokacağından uygun olan hızda ve kalitede sağlanmak zorundadır [45]. Acil sağlık hizmetleri bir bütün olarak değerlendirildiğinde bir parçası olan hastane öncesi acil sağlık hizmetlerindeki sağlık personelleri hastayla ilk karşılaşım hizmet veren kişilerdir. Ambulans hizmetlerinden memnuniyet duyulması ile ilgili çalışmalarda genel olarak memnuniyet düzeyi yüksek çıkmaktadır [46]. Örneğin Konya ilinde yapılmış olan memnuniyet çalışmasında en çok memnuniyet duyulan hizmet 112 acil sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir [47]. Aynı şekilde Kayseri ilinde yapılmış olan memnuniyet çalışmasında da halkın 112 acil sağlık hizmetlerinden memnun olduğu sonucuna ulaşılmıştır [48]. Konya’da da yapılmış benzer bir çalışmada aynı şekilde 112 acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı oldukça yüksek çıkmıştır [49].

2.3.3 Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler

Verilen sağlık hizmetlerinin hasta tarafından algılanıp yorumlanabilmesi, hizmeti alanın birçok özelliğinden etkilenmekle birlikte aynı zamanda çevresel faktörler ve hizmeti veren kurumlar tarafından da etkilenmektedir [43]. Dinç ve arkadaşlarına göre hasta memnuniyetini etkileyen faktörler; hasta ile ilgili faktörler, hekim ile ilgili faktörler ve sağlık sistemi ile ilgili faktörler olarak nitelendirilmiştir [50].

Memnuniyet kavramı sağlık hizmetlerinde yorumlandığında hizmet alan grup olan hastayla ilişkisi oldukça yüksektir. Yapılmış birçok çalışmada hastayla ilgili faktörlerden sıkça söz edilmiş olup hastanın demografik özellikleri hizmet alımı sonrası memnuniyete etki etmektedir. Topal ve ark. göre sağlık hizmetlerindeki memnuniyet karmaşık bir yapıyı içerisinde bulundurmakta olup kişiler arasındaki farklılıklara göre şekillenmektedir [51].

Sağlık hizmetlerinde memnuniyet ile ilgili yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Hastanede yatan hastalarda, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, evde bakım hizmeti alan hastalar üzerinde farklı zaman dilimi ve alanlarda yapılmış memnuniyet çalışmaları bulunmaktadır. Literatür incelendiğinde çalışmalar arasında çeşitli farklar

bulunsa da örneklem gruplarının memnuniyetini etkileyen ortak genel faktörler göze çarpmaktadır. Hastane kaynaklı yapılmış bir anket çalışmasında hastanenin konumuna ulaşımın kolay olması, resmi işlemlerin hızlı olması ve personelin davranış ve temizliği dikkat çeken unsurlar olarak kaydedilmiştir [52]. Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvencesi gibi demografik özellikleri çeşitli çalışmalarda memnuniyeti etkileyen faktörler olarak gösterilmektedir [53-55]. Yaş faktörünün ilerledikçe memnuniyete pozitif yansıdığı görülmektedir [53]. Başka bir çalışmada ise cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumunun memnuniyetle ilişkisi saptanmamış olsa da [56] farklı birçok çalışmada bu değişkenlerin memnuniyete etki ettiği gösterilmektedir.

Eğitim ve sağlık okuryazarlığı durumunun artması sağlıkta hizmet beklentisini de beraberinde getirmektedir. Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yükselmekte olup sağlık okuryazarlığının yüksek oluşu da memnuniyete etki eden bir diğer faktör olarak göze çarpmaktadır. Eğitim durumu ve sağlık okuryazarlığının yüksek olması memnuniyeti negatif yönde etkilemektedir [57, 58].

Güven kavramı ise memnuniyette göze çarpan bir diğer soyut kavramdır. Hizmet alan hasta grubunun sağlık personeline olan güveninin yüksek oluşu memnuniyetini de pozitif anlamda etkilemektedir. Güven beraberinde memnuniyeti de getireceğinden daha sonra bir sağlık hizmeti gerekliliğinde hastanın güven ve memnuniyet duyduğu sağlık kurumuna tekrar başvurması olasıdır [59].

Hizmet veren grup olan sağlık personellerinin alanında kaliteli ve deneyimli personel olması sağlık bakımının kalitesini ciddi anlamda etkileyen bir özellik olarak gösterilmektedir. Sağlık personeli hasta tarafından kaliteli ve deneyimli olarak algılandığında memnuniyetinde aynı yönde arttığı tespit edilmiştir [60, 61]. Ayrıca sağlık personellerin hastaya olan davranışları, tedavi veya diğer süreçlerle ilgili sürekli olarak bilgilendirme durumunda bulunması aynı şekilde memnuniyeti pozitif olarak etkilemektedir [61, 62].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, İstanbul Avrupa Yakası'nda yaşayan bireylerin 112 Acil Çağrı Merkezi hakkındaki bilgi düzeyini araştırmak, 112 Acil Çağrı Merkezi aracılığıyla hastane öncesi acil sağlık hizmeti alanların memnuniyet düzeyini araştırarak çıkarımlar yapmak ve önerilerde bulunmak amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı araştırma tipinde ve nicel yöntemle gerçekleştirildi. Nicel yöntemde yer alan ilişkisel tarama deseni bu çalışmanın araştırma desenidir. İlişkisel tarama deseninde araştırmacı, katılımcıların algıları, görüşleri veya tutumlarına herhangi bir müdahalede bulunmaz. İlişkisel tarama deseninde değişkenler arasında birlikte artma veya azalma durumları incelenir [63].

3.2 Araştırmanın Soru ve Hipotezleri

Yapılan araştırmada şu sorulara cevap arandı;

- 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeyleri demografik değişkenlere göre değişmekte midir?
- 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeyleri bu hat ile ilgili davranış örüntülerine göre değişmekte midir?
- 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin tüm acil numaralarının birleştirilmesine yönelik algıları demografik değişkenlere göre değişmekte midir?
- 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin tüm acil numaralarının birleştirilmesine yönelik algıları bu hat ile ilgili davranış örüntülerine göre değişmekte midir?

- 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet durumu, tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesine yönelik algıları ve 112 AÇM bilgi düzeyi birbirleriyle ilişkili midir?

Bu sorulara aranan cevaplar sonucunda oluşturulan hipotezler ise şunlardır;

HO: 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı olarak farklılaşmamaktadır.

H1: 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeyleri demografik değişkenlere göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

H2: 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeyleri 112'ye dair davranış örüntülerine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır.

H3: 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin tüm acil numaralarının birleştirilmesine yönelik algıları olumludur.

H4: 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp acil ambulans hizmeti alan bireylerin tüm acil numaralarının birleştirilmesine yönelik algıları 112'ye dair davranış örüntülerine göre farklılaşmaktadır.

H5: Acil sağlık hizmetlerinde memnuniyet durumu, bireylerin bu hat üzerindeki algıları ve bilgi düzeyleri birbirleriyle anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir.

3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, İstanbul ilinin Avrupa Yakası'nı kapsadığından dolayı ortaya çıkabilecek bulgu ve sonuçların tüm ülkeye genellenebilmesi mümkün olmayabilir. 112 AÇM'den hasta iletişim bilgilerinin alınmadan evrenden rastgele seçilen örneklerin, çalışmanın örneklem grubuna uygun olup olmaması, dolayısıyla bir bölümünün elenmesi ve verilerin toplanmasıyla ilgili çeşitli zorluklarla birlikte bireylerin acil yardım hattını arama nedenlerinin bilinmemesi araştırmanın sınırlılıkları olarak gösterilebilir.

3.4 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul Avrupa Yakası'nda yaşayan bireyler üzerinde 15.03.2022-22.06.2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın katılımcıları amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir [63]. Amaçlı örnekleme, çalışmanın konusuna göre araştırmanın uygun özelliklerine sahip bireyleri araştırmaya rastgele olarak dahil edilmesini içermektedir.

Buna göre bu çalışmanın dahil edilme kriterleri; İstanbul Avrupa Yakası'nda yaşıyor olup 18 yaşın üzerinde olmak, çalışmaya katılmayı kabul ederek paylaşılan anketi doldurmak, 24 Haziran 2021 tarihinden itibaren İstanbul'da 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayarak ambulans hizmeti almış olmasıdır.

Dışlanma kriterleri ise; gönüllü onam vermeyerek paylaşılan anketi doldurmamak, 24 Haziran 2021 tarihinden itibaren İstanbul'da 112 Acil Çağrı Merkezi'ni aramamış ve ambulans hizmeti almamış olmasıdır.

Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesi amacıyla güç analizi istatistiğinden ve yeterli örneklem büyüklüğü çalışmalarından faydalanılmıştır. Güç analizi için GPower 3.1 programından yararlanılmıştır. Yapılan güç analizi incelemelerinden sonra %95 güven (1- α), %95 test gücü (1- β) ve $d=0.5$ etki büyüklüğü korelasyon testi analizine göre alınması gereken yeterli örneklem sayısı 192 olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda araştırma örnekleminin en az 192 kişiden oluşmasına dikkat edilmiştir.

Catell, nicel yöntemle yürütülen bir araştırmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olabilmesi için araştırmada kullanılan ölçeklerin madde sayılarının üç ila altı katı kadar katılımcı sayısının yeterli olacağını belirtmiştir [64]. Benzer şekilde Kline, korelasyon analizlerinin kullanılacağı çalışmalar için 200 civarında katılımcının yeterli olacağını bildirmiştir [65]. Bu bağlamda sonuç olarak hem güç analizi bulguları hem de literatürde bulunan saygın metodoloji uzmanlarının görüşleri ışığında araştırma için en az 192 katılımcının yeterli olduğu kanısına varılmıştır. Ayrıca evreni bilinmeyen örneklem hesaplaması formülü Şekil 3.1'de gösterilmiştir. Araştırma toplamda 267 katılımcıyla gerçekleştirilmiş olup, katılımcı grubuna dair betimleyici özellikler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

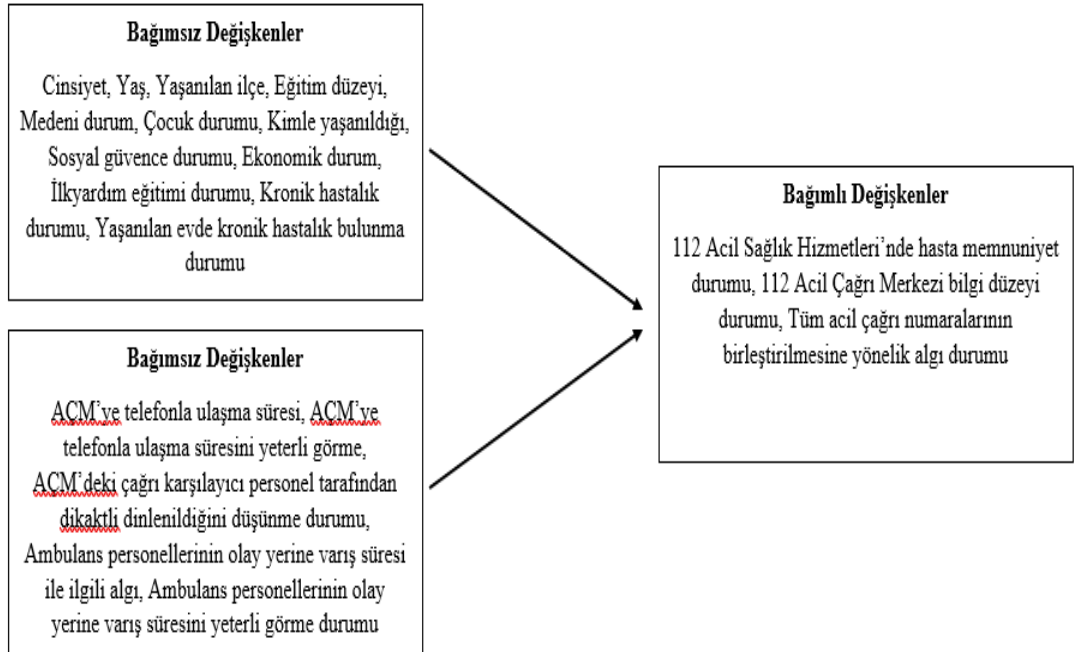
$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

n: Saptanacak Optimum Örneklem Büyüklüğü
t: t Tablosundan, Belirli Güven Düzeyinde Sonsuz Serbestlik Derecesindeki Değer
p: İncelenen Olayın Görülüş Sıklığı
q: İncelenen Olayın Görülme Sıklığı
d: Araştırmada Belirlenecek Hızın Olası Standart Sapması

Şekil 3.1: Evreni Bilinmeyen Örneklem Hesaplaması

3.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmanın temel amacı İstanbul Avrupa Yakası'nda yaşayan bireylerin tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesinden sonra 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nden memnuniyet durumu, 112 Acil Çağrı Merkezi hakkındaki bilgi düzeyi, bu hat ile ilgili çeşitli davranış örüntülerinin incelenmesidir. Bu ana amaçtan hareketle çalışmada birtakım bağımlı ve bağımsız değişkenler oluşturulmuştur. Şekil 3.2'de araştırma modeli sunulmuştur.



Şekil 3.2: Araştırma Modeli

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Bezmialem Vakıf Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'dan EK-A'da belirtilen onay alınarak araştırmaya başlandı.

Katılımcılara EK-B’de belirtilen onam formu okutularak araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, verilerin hangi amaçla kullanılacağı açıkça belirtilerek onamları alınmıştır.

Verilerin toplanmasında kullanılan formlardan biri olan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği’nin kullanım izni ise araştırmacı tarafından ölçek sahibi ile mail yoluyla iletişime geçilerek alınmıştır. Alınan onay EK-C ’de gösterilmiştir.

3.8 Verilerin Toplanması ve Veri Toplama Araçları

Evrenden rastgele seçilen katılımcılara araştırmacı tarafından hazırlanan ve onayları belirtilen anket formları internet ortamında veya yüz yüze görüşme ile doldurtularak veriler toplandı. Anket formlarını dolduran katılımcılardan çalışmaya dahil olma kriterleri dışında kalanlar dışlanarak örneklem grubu oluşturuldu.

Katılımcılara araştırmaya katılım için gereken onam formu okutularak onamları alındı. Her katılımcıya EK-D’de belirtilen tanımlayıcı özellikler formu doldurtularak demografik özellikleri hakkında bilgiler alındı. Daha sonra araştırmaya dahil edilen gruba uygulanan ve 6 ifadeden oluşan 112 Acil Çağrı Merkezi Davranış Örüntüleri Formu doldurtularak verilerin toplanmasına devam edildi. Katılımcılara, araştırmacı tarafından hazırlanan, AÇM’de çağrı karşılama sisteminin işleyişiyle ilgili 13 soruyu içeren 112 AÇM Bilgi Düzeyi Formu doldurtuldu. Bu forma verilen doğru/yanlış yanıtlarına göre puanlar verilerek toplam puan üzerinden değerlendirmeler yapıldı. Devamında yine araştırmacı tarafından hazırlanan, 5’li likert tipinde 3 farklı ifadeyi içeren, çalışmamız için cronbach alfa katsayısı 0,930 olarak hesaplanan tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesine yönelik algıların sorgulandığı form katılımcılara uygulandı. En son 5’li likert tipinde, 4 faktörden oluşan ve toplamda 26 farklı ifadeyi içeren “112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği” formu doldurtularak verilerin toplanması sonlandırıldı. Bu ölçeğe dair Cronbach alfa katsayısı 0,989 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler, ölçeğin araştırma örneklemini için güvenilir bir ölçek olduğuna işaret etmektedir [63].

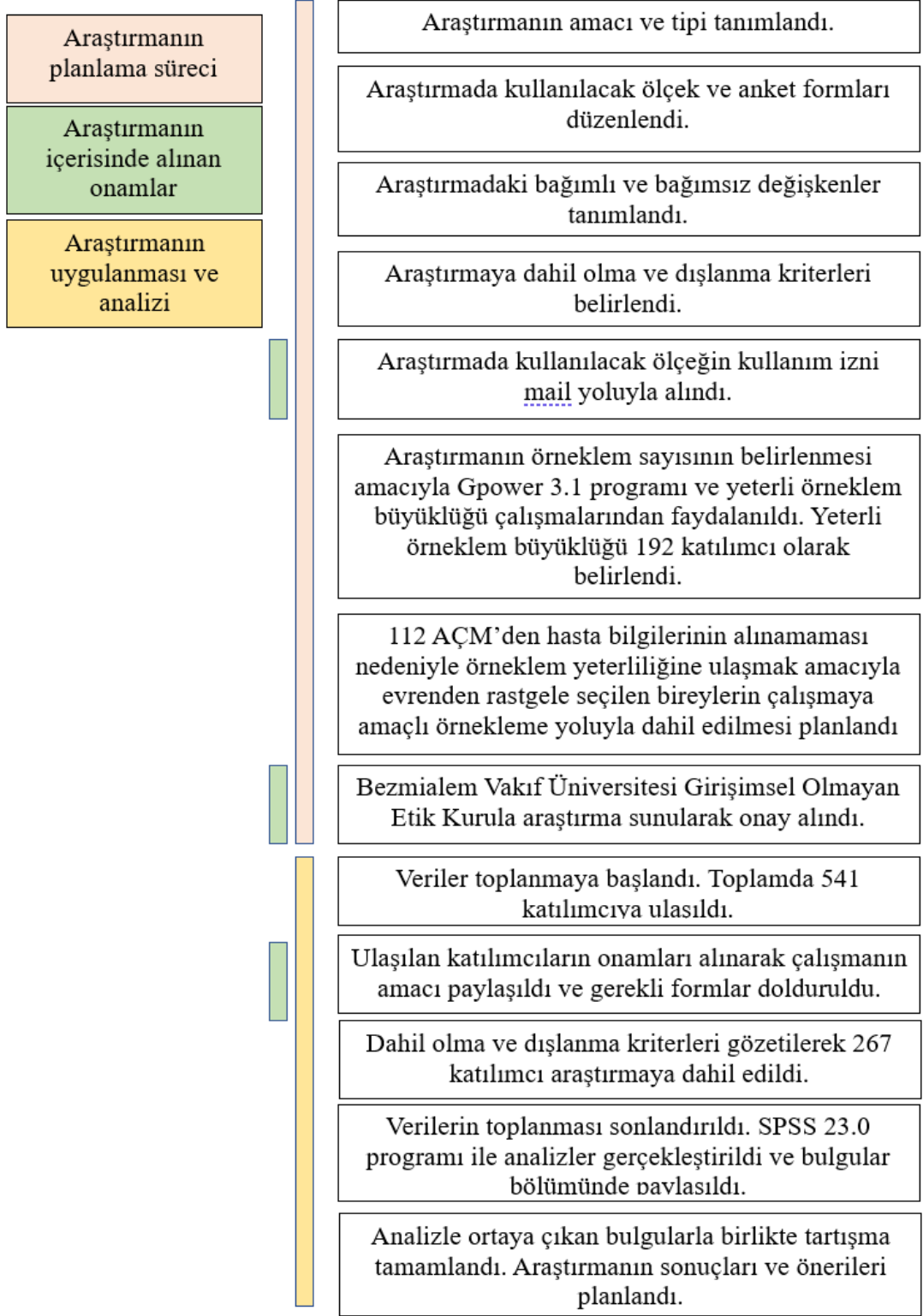
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi

Kaliteli araştırma bulgularının elde edilebilmesi için nitelikli bir veri setiyle analizlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle analizlere geçilmeden önce veri seti, kayıpdeğer (missing value), uçdeğerler (outliers) ve normallik varsayımı gibi (normal distribution) birtakım ölçütler bakımından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin

normal dağılıma sahip olup olmadığının belirlenebilmesi için çarpıklık ve basıklık katsayısından faydalanılmıştır. Tabachnick, Fidell ve Ulmann'a göre çarpıklık ve basıklık değerleri +1,5 ila -1,5 aralığında olduğunda araştırma verilerinin normal dağıldığı yorumu yapılabilir [66]. Farklı bir bakış açısı olarak Mallery ve George ise çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ila -2 aralığında olması durumunda verilerin normal dağılıma uygun olduğunu söylemektedir [67]. Verilerin normal dağılıma uymaması durumunda parametrik testler kullanır iken verilerin normal dağılıma uymaması durumunda ise non-parametrik kullanılmaktadır. Araştırmanın hipotezine uygun olan test, gerçekleştirilmeden önce testin gerektirdiği varsayımları incelenerek ardından analizlere geçilmiştir. Sonuç olarak normallik varsayımı gerçekleşen analizlerde iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla bağımsız örneklem t testi kullanılırken, üç ve daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla da tek yönlü anova testi kullanılmıştır. Normallik varsayımı sağlanamayan analizlerde ise mann-whitney u testi kullanılırken, üç veya daha fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılması amacıyla da kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde iki değişkenin birbirleriyle olan ilişkisi ve bu ilişkinin yönü belirlenir. Herhangi bir şekilde neden sonuç ilişkisi üzerine bir sonuç gösterilemez. Korelasyon analizlerinde korelasyon katsayısı +1 ila -1 değerleri arasında olmalıdır. Ek olarak verilerin normal dağılması durumunda pearson korelasyon testi, verilerin normal dağılmaması durumunda ise spearman korelasyon testi kullanılmaktadır. Araştırmaya dair analizler SPSS 23.00 IBM istatistik programıyla gerçekleştirilmiştir.

3.10 Araştırma Süreci

Araştırmanın planlanmasından başlayarak gerekli izinlerin alınması, sürecin yürütülmesi ve araştırma bulgularıyla birlikte sürecin sonlandırılmasıyla ilgili bilgiler Şekil 3.3'de belirtilmiştir.



Şekil 3.3: Araştırma Süreci

4. BULGULAR

Bu bölümde ilk olarak araştırmanın katılımcı grubuna ilişkin betimleyici istatistikler ardından ise araştırma hipotezlerine dair analiz bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler.

Değişken	Grup	f	%
Cinsiyet	Erkek	102	38,2
	Kadın	165	61,8
Yaş	18-29 yaş arası	141	52,8
	30-39 yaş arası	72	27
	40 yaş ve üzeri	54	20,2
İlçe	6-7 ambulanslı ilçeler	73	30,04
	8-9 ambulanslı ilçeler	75	30,86
	11-13 ambulanslı ilçeler	95	39,10
Eğitim Durumu	Lise ve altı	93	34,8
	Ön lisans	103	38,6
	Lisans ve üzeri	71	26,6
Medeni Durum	Evli	106	39,7
	Bekar	161	60,3
Çocuk Durumu	Çocuk var	96	36
	Çocuk yok	171	64
Kimle Yaşıyorsunuz?	Ailesiyle birlikte	207	77,5
	Aile dışından biriyle	60	22,5
Sosyal Güvence	Var	209	78,3
	Yok	58	21,7
Ekonomik Durum	Geliri giderinden fazla	58	21,7
	Geliri ile gideri eşit	100	37,5

Tablo 4.1 (devam): Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Betimleyici İstatistikler.

Değişken	Grup	f	%
İlkyardım Eğitimi	Geliri giderinden az	109	40,8
	Evet	151	56,6
	Hayır	116	43,4
Kronik Hastalık	Evet	54	20,2
	Hayır	213	79,8
Evde Kronik Hastalığı Olan Birinin Varlığı	Evet	92	34,5
	Hayır	175	65,5

Tablo 4.1 incelendiğinde örneklem grubunun çoğunun kadın (%61,8), ön lisans mezunu (%38,6), bekar (%60,3) ve çocuğu olmayan (%64) katılımcılardan oluştuğu söylenebilir. Ayrıca katılımcıların dörtte üçünden fazlası aileleriyle birlikte yaşadığını (%77,5), sosyal güvencelerinin olduğunu (%78,3) ve kronik hastalıklarının olmadığını (%79,8) belirtmişlerdir. Ek olarak %40,8'lik bölümünün geliri giderine göre daha az olmakla birlikte %56,6'lık bölümünün ise ilkyardım eğitimi mevcuttur.

Katılımcılar yaş aralıkları ise 18-72 yaş arasındır. Buna göre katılımcıların ortalama yaşı 31,04 olarak kaydedilmiştir. Gruplandırılmalar yapılırken onluk dilimler esas alınarak; 18-29 yaş arası katılımcıların sayısı 141, 30-39 yaş arası katılımcıların sayısı 72, 40 yaş ve üzeri katılımcıların sayısı ise 54 olarak kaydedilmiştir.

Katılımcıların yaşadıkları ilçeler gruplandırılırken bu ilçelerde aktif görev yapan acil yardım ambulansı sayısına göre üç eşit parça bölünmüştür. 6-7 acil yardım ambulansı bulunan ilçeleri Bakırköy, Beşiktaş, Beyoğlu, Zeytinburnu, Güngören, Bayrampaşa, Arnavutköy, Büyükçekmece, Esenler ve Sarıyer oluştururken, 8-9 acil yardım ambulansı bulunan ilçeleri ise Silivri, Eyüp, Kağıthane, Başakşehir, Beylikdüzü, Gaziosmanpaşa, Avcılar, Sultangazi ve Şişli oluşturmaktadır. 11-13 acil yardım ambulansı bulunan ilçeleri ise Bahçelievler, Bağcılar, Fatih, Küçükçekmece ve Esenyurt olarak kaydedilmiştir. Ek olarak araştırmaya dahil olan 267 katılımcıdan 24 kişi yaşadığı ilçeyi belirtmediğinden dolayı analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 4.2: Katılımcıların 112'ye Dair Davranış Örüntülerine İlişkin Betimleyici İstatistikler.

İfade	Grup	f	%
AÇM'ye telefonla ulaşma süresi	1 dk'dan daha kısa	145	54,3
	1-dk'dan daha uzun	122	45,7
AÇM'ye telefon ile ulaşma süresi yeterli mi?	Yeterli	194	72,7
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	73	27,3
AÇM'deki çağrı karşılayıcı personel sizi dikkatli dinledi mi?	Evet	230	86,1
	Hayır	37	13,9
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi ne kadardı?	10 dk'dan daha kısa	131	49,1
	10 dk'dan daha uzun	136	50,9
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi yeterli midir?	Yeterlidir	171	64
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	96	36

Tablo 4.2 incelendiğinde araştırma örnekleminin çoğu 112 Acil Çağrı Merkezi'ne telefonla ulaşma süresinden (%72,7) ve acil yardım talebi sonrası ekiplerin olay yerine ulaşma süresinden (%64) memnundur. Katılımcıların yarısından fazlası (%54,3) Acil Çağrı Merkezi'ne 1 dakikadan daha kısa bir sürede ulaştıklarını bildirmişken, büyük bir bölümü ise (%86,1) Acil Çağrı Merkezi'ndeki görevlinin telefonda kendilerini dikkatli bir şekilde dinlediğini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcıların %49,1'i acil yardım sonrası ekiplerin olay yerine ulaşma süresini 10 dakikadan daha kısa olarak değerlendirmişlerdir.

Tablo 4.3: Tüm Acil Yardım Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algılar.

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesi ve tek hatta toplanması uygundur. Böylece diğer acil çağrı numaralarının ezberlenmesine gerek yoktur.	42	15,7	41	15,4	19	7,1	67	25,1	98	36,7
Ortalama: 3,52. Standart Sapma: 1,49										
Acil çağrı hattına ulaşma süresi çağrı merkezleri birleştirildikten sonra kısalmaktadır.	47	17,6	45	16,9	45	16,9	65	24,3	65	24,3
Ortalama: 3,21. Standart Sapma: 1,43										
Acil yardım hizmeti talebinden sonra görevli kişilerin ihtiyacı olan kişiye ulaşma süresi kısalmaktadır.	41	15,4	42	15,7	42	15,7	73	27,3	69	25,8
Ortalama:3,33. Standart Sapma: 1,40										

Tablo 4.3'te katılımcıların acil yardım numaralarının birleştirilmesine yönelik algıları sorgulanmıştır. Buna göre artan madde puanları acil çağrı numaralarının birleştirilmesine yönelik olumlu algıları ifade etmektedir. Her bir madde birden beşe kadar puanlandığı için 2,5 puanın üzeri olumlu tutumu ifade etmektedir. Tablo 4.3 bu

ifadelere göre incelendiğinde içerisindeki üç farklı soruda da ortalamanın 3 puan üzerinde kaldığı görülmektedir. Buna göre katılımcıların acil çağrı numaralarının birleştirilmesine yönelik tutumlarının olumlu olduğunu, acil çağrı numaralarının birleştirilmesinden sonra telefonla acil çağrı merkezine ulaşma süresinin kısalmasıyla birlikte acil yardım ekiplerinin olay yerine ulaşma süresinin de kısalacağını düşündükleri ifade edilebilir.

Tablo 4.4: 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeğine Dair Betimleyici İstatistikler.

Değişken	En düşük Değer	En yüksek Değer	Ort.	SD	Çarpıklık	Basıklık	Ort. Memnuniyet Puanı
Hasta Memnuniyet Ölçeği	26	130	102,40	26,83	-1,29	1,03	3,9384

Tablo 4.4'te 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Ölçeği'ne dair betimleyici istatistikler görülmektedir. Buna göre ölçekten alınan en düşük puan 26 iken en yüksek puan ise 130'dur. Ölçek ortalamasına bakıldığında 102,4 değeri ortalamanın üzeri olmasından dolayı örneklem grubunun 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nden memnun olduğu söylenebilir. Ölçek standart sapmasının 26,83, çarpıklık ve basıklık katsayılarının ise -1,5 ila +1,5 arasında kaldığı görülmektedir.

Tablo 4.5: Katılımcıların 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	p
Cinsiyet	Erkek	102	99,75	26,64	,205
	Kadın	165	104,04	26,89	
Yaş	18-29 yaş arası	141	96,87	29,88	*,001
	30-39 yaş arası	72	106,42	20,28	
	40 yaş ve üzeri	54	111,46	22,72	
İlçe	6-7 ambulanslı ilçeler	73	100,47	28,83	,217
	8-9 ambulanslı ilçeler	75	103,24	28,19	
	11-13 ambulanslı ilçeler	95	104,05	21,43	

Tablo 4.5 (devam): Katılımcıların 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ort.	SD	p
Eğitim Durumu	Lise ve altı	93	101,95	28,44	,137
	Ön lisans	103	103,46	25,53	
	Lisans ve üzeri	71	101,45	26,82	
Medeni Durum	Evli	106	106,58	24,34	*,033
	Bekar	161	99,64	28,08	
Çocuk Durumu	Var	96	108,34	22,81	*,004
	Yok	171	99,06	28,36	
Kimle Yaşadığı	Ailesiyle birlikte	207	102,40	27,10	,996
	Aile dışından biriyle	60	102,38	26,09	
Sosyal Güvence	Var	209	103,65	26,59	,148
	Yok	58	97,88	27,42	
Ekonomik Durum	Geliri giderinden fazla	58	107,33	22,86	,278
	Geliri ve gideri eşit	100	100,52	26,98	
	Geliri giderinden az	109	101,49	28,50	
İlk Yardım Eğitimi	Evet	151	100,29	28,41	,144
	Hayır	116	105,14	24,46	
Kronik Hastalık	Evet	54	102,54	27,05	,966
	Hayır	213	102,36	26,83	
Yaşadığı Evde	Evet	92	101,59	26,95	,721
Kronik Hastalık	Hayır	175	102,82	26,83	

Tablo 4.5'te 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp ambulans hizmeti alan bireylerin 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nden memnuniyet düzeylerinin demografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Buna göre memnuniyet düzeyleri medeni duruma ($p=,033$) ve çocuk durumuna ($p=,004$) göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Çocuk sahibi olan bireylerle evli olan bireylerin memnuniyet düzeyleri diğer gruplara oranla anlamlı olarak yüksektir. Ek olarak yaş grupları arasında ($p=,001$) memnuniyet düzeylerinin anlamlı olarak farklılaştığı tespit edilmiştir. Yapılan ek analizle birlikte 18-29 yaş arasındaki bireylerin memnuniyet durumlarının diğer tüm yaş gruplarından anlamlı olarak daha az olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte 40 yaş ve üzeri

bireyler ile 30-39 yaş arasındaki bireylerin memnuniyet ortalamalarında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

Tablo 4.6: Katılımcıların 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeylerinin 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.

Değişken / İfade	Grup	N	Ortalama	SD	p
AÇM'ye telefonla ulaşma süresi	1 dk'dan daha kısa	145	105,58	25,38	*,034
	1 dk'dan daha uzun	122	98,61	28,09	
AÇM'ye telefon ile ulaşma süresi yeterli mi?	Yeterli	194	105,39	24,66	*,003
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	73	94,44	30,66	
AÇM'deki çağrı karşılayıcı personel sizi dikkatli dinledi mi?	Evet	230	102,99	27,24	,368
	Hayır	37	98,70	24,07	
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi ne kadardı?	10 dk'dan daha kısa	131	109,50	23,73	*,<,001
	10 dk'dan daha uzun	136	95,56	27,92	
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi yeterli midir?	Yeterlidir	171	106,89	25,04	*,<,001
	Yeterli değil	96	94,40	28,14	

Tablo 4.6'da 112 Acil Çağrı Merkezi'ni arayıp ambulans hizmeti alan bireylerin memnuniyet düzeylerinin 112'ye dair davranış örüntülerine göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Buna göre katılımcıların memnuniyet düzeylerinin Acil Çağrı Merkezi'ne telefon ile ulaşma süresine ($p=,034$), Acil Çağrı Merkezi'ne ulaşma süresini yeterli görmesine ($p=,003$), ambulans personellerinin olay yerine ulaşma süresine ($p<,001$) ve ambulans personellerinin olay yerine ulaşma süresinin yeterli görülmesine ($p<,001$) göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Acil Çağrı Merkezi'ne 1 dakikadan daha kısa sürede ulaşan ve bu süreyi yeterli gören katılımcıların memnuniyet düzeyleri diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksektir. Ek olarak

ambulans personellerinin olay yerine varış süresini 10 dakikadan az olarak değerlendiren ve bu süreyi yeterli gören katılımcıların da diğer gruplara göre memnuniyet durumu anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 4.7: Tüm Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algıların 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi-1 (Acil çağrı hattına ulaşma süresi çağrı merkezleri birleştirildikten sonra kısılacaktır).

Değişken / İfade	Grup	N	Ort.	p
AÇM'ye telefon ile ulaşma süresi	1 dk'dan daha kısa	145	3,48	,001
AÇM'ye telefon ile ulaşma süresi yeterli mi?	1 dk'dan daha uzun	122	2,89	
	Yeterli	194	3,44	<,001
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	73	2,59	
AÇM'deki çağrı karşılayıcı personel sizi dikkatli dinledi mi?	Evet	230	3,28	,038
	Hayır	37	2,76	

Tablo 4.8: Tüm Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algıların 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi-2 (Acil yardım hizmeti talebinden sonra görevli kişilerin ihtiyacı olan kişiye ulaşma süresi kısılacaktır).

Değişken / İfade	Grup	N	Ort.	p
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi ne kadardı?	10 dk'dan daha kısa	131	3,59	,003
	10 dk'dan daha uzun	136	3,07	
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi yeterli midir?	Yeterli	171	3,46	,043
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	96	3,09	

Tablo 4.9: Hasta Memnuniyet Ölçeği Alt Faktörlerine Dair Betimleyici İstatistikler.

Değişken	En düşük Değer	En yüksek Değer	Ort.	SD	Çarpıklık	Basıklık	Soru Sayısı	Ort. Faktör Memnuniyeti
Ambulans Personeli Boyutu	12	60	47,55	12,82	-1,24	,824	12	3,9625
Çağrı Karşılıyıcı Personel Boyutu	3	15	11,66	3,34	-1,15	,652	3	3,8866
Olay Yeri Hizmet Sunumu Boyutu	7	35	27,49	7,68	-1,18	,710	7	3,9271
Ambulans Teknik Donanım Boyutu	4	20	15,69	4,03	-1,14	,611	4	3,9225

Tablo 4.9’da 112 Acil Sağlık Hizmetleri’nde Hasta Memnuniyet Ölçeği’nin alt faktörlerine ilişkin betimleyici istatistikler incelenmiştir. Buna göre alt faktörlerin sırasına göre alınan ek yüksek puanlar 60,15,35,20 iken, aynı şekilde faktör sırasına göre alınan en düşük puanlar ise 12,3,7,4 olarak gösterilmiştir. Ortalama değerlere bakıldığında ambulans personeli boyutu 47,55 olarak, çağrı karşılayıcı personel boyutu 11,66 olarak, olay yeri hizmet sunumu boyutu 27,49 olarak ve ambulans teknik donanım boyutu ise 15,69 olarak kaydedilmiştir. Tablo 4.4 ile birlikte incelenerek memnuniyet ortalama puanları değerlendirildiğinde en çok memnun olunan durum ambulans personeli boyutuyken (3,96) en az memnun olunan durum ise çağrı karşılayıcı personel boyutu (3,88) olduğu görülmektedir. Çarpıklık ve basıklık değerleri kontrol edildiğinde tüm alt faktörlerin değerleri -1,5 ila +1,5 arasında kaldığı görülmektedir.

Tablo 4.10: Ambulans Personelinden Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	p
Cinsiyet	Erkek	102	46,48	12,96	,283
	Kadın	165	48,22	12,73	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	93	47,69	13,41	,717
	Ön lisans	103	48,14	12,36	
	Lisans ve üzeri	71	46,54	12,81	
Medeni Durum	Evli	106	49,85	11,44	*,014
	Bekar	161	46,04	13,47	
Çocuk Durumu	Var	96	50,53	11,00	*,003
	Yok	171	45,88	13,48	
Kimle Yaşadığı	Ailesiyle birlikte	207	47,75	12,83	,646
	Aile dışından biriyle	60	46,88	12,86	
Sosyal Güvence	Var	209	48,22	12,71	,107
	Yok	58	45,16	13,03	
Ekonomik Durum	Geliri giderinden fazla	58	49,95	11,14	,255
	Geliri ve gideri eşit	100	46,52	12,87	
	Geliri giderinden az	109	47,23	13,53	
İlkyardım Eğitimi	Evet	151	46,43	13,48	,102
	Hayır	116	49,02	11,80	
Kronik Hastalık	Evet	54	48,07	13,32	,739
	Hayır	213	47,42	12,72	
Yaşadığı	Evde	92	47,52	12,75	,976
Kronik Hastalık	Hayır	175	47,57	12,89	

Tablo 4.11: Ambulans Personelinden Memnuniyet Durumunun 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.

Değişken / İfade	Grup	N	Ortalama	SD	p
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi ne kadardı?	10 dk'dan daha kısa	131	50,94	11,32	*,<,001
	10 dk'dan daha uzun	136	44,29	13,36	
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi yeterli midir?	Yeterlidir	171	49,65	11,99	*,<,001
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	96	43,81	13,44	

Tablo 4.10 ve 4.11'de hasta memnuniyet ölçeğinin alt faktörlerinden ambulans personelinden memnuniyet durumunun, katılımcıların demografik özellikleri ve 112'ye dair davranış örüntülerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Ambulans personellerinden memnuniyet durumu araştırıldığından dolayı AÇM ile ilgili davranış örüntüleri incelenmemiştir. Buna göre ambulans personelinden memnuniyet durumu medeni durum ($p=,014$) ve çocuk durumuna ($p=,003$) göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Evli ve çocuğu olan katılımcılar, diğer gruplara göre ambulans personellerinden anlamlı olarak daha memnuniyet duymuşlardır. Ek olarak ambulans personelinden memnuniyet durumu, ambulans ekiplerin olay yerine varış süresi ve bu süreyi yeterli görme durumuyla ilgili anlamlı olarak farklılaşmıştır. Ambulans ekiplerinin olay yerine varış durumunu 10 dakikadan daha kısa gören ve ekiplerin olay yerine varış süresini yeterli olduğunu düşünen katılımcılar diğer gruplara göre ambulans personellerinden anlamlı olarak daha memnun kalmışlardır.

Tablo 4.12: Çağrı Karşılıyıcı Personelden Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	p
Cinsiyet	Erkek	102	11,17	3,49	,056
	Kadın	165	11,97	3,21	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	93	11,44	3,64	,708

Tablo 4.12 (devam): Çağrı Karşılıyıcı Personelden Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	p
	Ön lisans	103	11,83	3,09	
	Lisans ve üzeri	71	11,70	3,30	
Medeni Durum	Evli	106	11,81	3,15	
	Bekar	161	11,57	3,46	,557
Çocuk Durumu	Var	96	12,05	2,96	
	Yok	171	11,44	3,52	,154
Kimle Yaşadığı	Ailesiyle birlikte	207	11,60	3,39	
	Aile dışından biriyle	60	11,87	3,15	,593
Sosyal Güvence	Var	209	11,71	3,31	
	Yok	58	11,50	3,47	,676
Ekonomik Durum	Geliri giderinden fazla	58	12,21	3,03	
	Geliri ve gideri eşit	100	11,60	3,23	,352
	Geliri giderinden az	109	11,43	3,58	
İlkyardım Eğitimi	Evet	151	11,55	3,44	
	Hayır	116	11,81	3,20	,528
Kronik Hastalık	Evet	54	11,48	3,40	
	Hayır	213	11,71	3,33	,656
Yaşadığı Evde	Evet	92	11,39	3,40	
Kronik Hastalık	Hayır	175	11,81	3,31	,336

Tablo 4.13: Çağrı Karşılıyıcı Personelden Memnuniyet Durumunun 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.

Değişken / İfade	Grup	N	Ort.	SD	p
AÇM'ye telefonla ulaşma süresi	1 dk'dan daha kısa	145	11,99	3,16	,085
	1dk'dan daha uzun	122	11,28	3,51	
AÇM'ye telefon ile ulaşma süresi yeterli mi?	Yeterli	194	12,10	3,01	*,002
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	73	10,49	3,87	
AÇM'deki çağrı karşılayıcı personel sizi dikkatli dinledi mi?	Evet	230	11,83	3,37	*,030
	Hayır	37	10,62	2,99	

Tablo 4.12 ve 4.13'te ölçek alt faktörlerinden olan çağrı karşılayıcı personelden memnuniyet durumunun katılımcıların demografik özellikleri ve 112'ye dair davranış örüntülerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Çağrı karşılayıcı personelden memnuniyet durumunu araştırıldığından dolayı ambulans ekipleriyle ilgili davranış örüntüleri incelenmemiştir. Buna göre bireylerin demografik özelliklerinin çağrı karşılayıcı personelden memnuniyet durumları üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Ek olarak 112'ye dair davranış örüntülerinden çağrı karşılayıcı personelin kendisini dikkatli dinleme durumu ($p=,030$) ve Acil Çağrı Merkezi'ne telefonla ulaşma süresini yeterli görme durumu ($p=,002$) bireylerin çağrı karşılayıcı personelden memnuniyetini anlamlı olarak farklılaştırmıştır. Sonuç olarak Acil Çağrı Merkezi'ne telefonla ulaşma süresini yeterli görenler, çağrı karşılayıcı personelin kendisini dikkatli bir şekilde dinlediğini düşünenlerin çağrı karşılayıcı personelden memnuniyet durumları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 4.14: Olay Yeri Hizmet Sunumundan Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	p
Cinsiyet	Erkek	102	26,69	7,55	,179
	Kadın	165	27,99	7,74	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	93	27,14	7,97	,862
	Ön lisans	103	27,7	7,41	
	Lisans ve üzeri	71	27,65	7,72	
Medeni Durum	Evli	106	28,65	6,99	*,039
	Bekar	161	26,73	8,03	
Çocuk Durumu	Var	96	29,22	6,46	*,003
	Yok	171	26,52	8,15	
Kimle Yaşadığı	Ailesiyle birlikte	207	27,30	7,83	,463
	Aile dışından biriyle	60	28,13	7,17	
Sosyal Güvence	Var	209	27,90	7,62	,099
	Yok	58	26,02	7,79	
Ekonomik Durum	Geliri giderinden fazla	58	28,81	6,70	,324
	Geliri ve gideri eşit	100	26,97	7,54	

Tablo 4.14 (devam): Olay Yeri Hizmet Sunumundan Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	P
	Geliri giderinden az	109	27,27	8,26	
İlkyardım Eğitimi	Evet	151	26,87	8,13	,135
	Hayır	116	28,29	7,01	
Kronik Hastalık	Evet	54	27,46	7,56	,976
	Hayır	213	27,50	7,73	
Yaşadığı Kronik Hastalık	Evde Evet	92	27,12	7,90	,568
	Hayır	175	27,69	7,58	

Tablo 4.15: Olay Yeri Hizmet Sunumundan Memnuniyet Durumunun 112'ye Dair Davranış Örüntülerine Göre İncelenmesi.

Değişken / İfade	Grup	N	Ortalama	SD	p
Ambulans personelinin yerine ulaşma süresi ne kadardı?	10 dk'dan daha kısa	131	29,63	6,77	*,<,001
	10 dk'dan daha uzun	136	25,43	7,96	
Ambulans personelinin olay yerine ulaşma süresi yeterli midir?	Yeterlidir	171	28,91	7,12	*,<,001
	Yeterli değil, daha kısa olmalıdır	96	24,97	8,01	

Tablo 4.14 ve 4.15'te hasta memnuniyet ölçeği alt faktörlerinden olay yeri hizmet sunumundan memnuniyet durumunun katılımcıların demografik özellikleri ve 112'ye dair davranış örüntülerine göre anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Olay yeri hizmet sunumu ambulans personelleri tarafından gerçekleştirildiğinden dolayı AÇM ile ilgili davranış örüntüleri incelenmemiştir. Buna göre olay yeri hizmet sunumundan memnuniyet durumu bireylerin medeni durumlarına ($p=,039$) ve çocuk durumlarına ($p=,003$) göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Evli ve çocuk sahibi bireyler diğer gruplara göre olay yeri hizmet sunumundan anlamlı olarak daha memnun kalmışlardır. 112'ye dair davranış örüntülerine bakıldığında olay yeri hizmet sunumunu gerçekleştiren saha ekiplerinin olay yerine geliş süresiyle ilgili tutum ($p<,001$) ve ekiplerin olay yerine varış süresini yeterli görüp görmeme durumu

($p<.001$) olay yeri hizmet sunumundan memnuniyeti anlamlı olarak farklılaştırmıştır. Sonuç olarak ambulans ekiplerinin olay yerine varış süresini 10 dakikadan daha kısa olduğunu belirtenler ve ekiplerin olay yerine varış süresini yeterli gören bireylerin diğer gruplara göre olay yeri hizmet sunumundan anlamlı olarak daha memnun oldukları görülmektedir.

Tablo 4.16: Ambulans Teknik Donanımından Memnuniyet Durumunun Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi.

Değişken	Grup	N	Ortalama	SD	p
Cinsiyet	Erkek	102	15,41	3,97	,378
	Kadın	165	15,86	4,06	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	93	15,68	4,26	,938
	Ön lisans	103	15,79	3,79	
	Lisans ve üzeri	71	15,69	4,11	
Medeni Durum	Evli	106	16,27	3,97	,054
	Bekar	161	15,30	4,03	
Çocuk Durumu	Var	96	16,54	3,68	*,009
	Yok	171	15,21	4,14	
Kimle Yaşadığı	Ailesiyle birlikte	207	15,74	4,04	,244
	Aile dışından biriyle	60	15,50	4,00	
Sosyal Güvence	Var	209	15,82	4,01	,304
	Yok	58	15,21	4,09	
Ekonomik Durum	Geliri giderinden fazla	58	16,36	3,39	,350
	Geliri ve gideri eşit	100	15,44	4,12	
	Geliri giderinden az	109	15,56	4,25	
İlkyardım Eğitimi	Evet	151	15,44	4,18	,245
	Hayır	116	16,02	3,81	
Kronik Hastalık	Evet	54	15,52	4,09	,728
	Hayır	213	15,73	4,02	
Yaşadığı Evde	Evet	92	15,55	3,83	,693
Kronik Hastalık	Hayır	175	15,76	4,13	

Tablo 4.16’da memnuniyet ölçeği alt faktörlerinden ambulans teknik donanım boyutundan memnuniyet durumunun katılımcıların demografik özelliklerine göre

anlamli olarak farklılaşip farklılaşmadığı incelenmiştir. Ambulans teknik donanım boyutu belirlenen davranış örüntüleriyle örtüşmediğinden ilişkileri incelenmemiştir. Demografik özelliklere bakıldığında çocuk sahibi olma durumunun ($p=,009$) ambulans teknik donanımından memnuniyeti anlamli olarak farklılaştırdığı görülmektedir. Buna göre çocuk sahibi olan bireyler olmayanlara göre ambulans teknik donanımından anlamli olarak daha memnundur.

Tablo 4.17: 112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Düzeyi Formuna Ait Betimleyici İstatistikler.

Değişken	En düşük Değer	En yüksek Değer	Ort.	SD	Çarpıklık	Basıklık
112 AÇM Bilgi Düzeyi	6	13	11,66	1,52	-1,32	1,63

Tablo 4.17’de 112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Düzeyi Formu’na ait betimleyici istatistikler sunulmuştur. Buna göre alınan en yüksek değer 13 iken, en düşük değer ise 6’dır. Ortalama puan 11,66 olarak kaydedilmiş olup çarpıklık değeri -1,13, basıklık değeri 1,63, standart sapma ise 1,52 olarak belirtilmiştir.

Tablo 4.18: 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyet Durumu, 112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Düzeyi ve Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algıların Korelasyon Analizi.

Değişken	n	Ortalama	SD	1	2	3
1.Tek Numara Acil Çağrı Algı Durumu	267	102,40	26,83	1	*,194	*,480
2.112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Durumu	267	10,05	4,06	*,194	1	*,183
3.Hasta Memnuniyet Durumu	267	11,66	1,52	*,480	*,183	1

Not: * $p<,01$

Tablo 4.18’de hasta memnuniyeti, AÇM bilgi düzeyi ve acil yardım numaralarının tek hatta toplanmasıyla ilgili algıların korelasyonu incelenmiştir. Buna göre; yapılan korelasyon analizinde hasta memnuniyet durumu ile tek numara acil çağrı sistemine

geçilmesiyle ilgili algı durumu anlamlı ve pozitif yönde ($p<01$, $r=,480$), memnuniyet durumuyla 112 Acil Çağrı Merkezi bilgi düzeyi de anlamlı ve pozitif yönde ($p<,01$, $r=,183$) ilişkilidir. Ek olarak tek numara acil çağrı sistemine geçilmesiyle ilgili algılarla, 112 Acil Çağrı Merkezi bilgi düzeyi de anlamlı ve pozitif yönde ilişkilidir ($p<,01$, $r=,194$).



5. TARTIŞMA

Afetlerin müdahale aşamasında birçok kurum ve kuruluşun bir arada koordineli bir biçimde çalışması gerekir. Acil durumlarda afetleri ayıran en önemli kriterler ölü veya yaralı sayısı, meydana geldiği bölgedeki yerel baş etme kapasitesi gibi durumlardır. Acil durumlarda müdahalenin etkin ve hızlı gerçekleştirilmesi gerekir. Gelişebilecek herhangi bir acil durumda birden fazla kurum ve kuruluş olay yerinde görev almaktadır. Görev alacak kurumların etkin ve hızlı bir müdahale gerçekleştirebilmesi için birbirleriyle iletişim halinde olması zorunludur. Acil durumlarda hizmet veren ambulans, polis, itfaiye gibi kurumların acil çağrı numaraları ülkeden ülkeye değişmekle birlikte zaman zaman kafa karışıklığına yol açmaktadır. Avrupa Birliği, yaşanan bu sorunları çözebilmek amacıyla tek numara acil çağrı uygulaması başlatmıştır. Bu uygulamayla hedeflenen amaçlardan birisi, acil durumlarda hizmet veren kurum ve kuruluşları tek bir çağrı merkezinden yöneterek müdahale kapasitesini ve hızını arttırmaktır. Bu amaçtan hareketle ülkemizde de tüm illerde zaman içerisinde AÇM'ler kurularak acil durumlarda hizmet veren kurumların müdahale kapasitesi ve hızı artırılması hedeflenmiştir. Müdahale kapasitesi, kurumların kendi arasındaki hızlı iletişimi ve dolayısıyla müdahale hızının ortaya çıkan acil durumlarda memnuniyeti de arttıracığı düşünülmektedir. Ülkemizde tek numara acil çağrı uygulamasıyla birlikte tüm acil yardım hizmeti veren kurumların numaraları 112 çatısı altında birleştirilmiştir.

Tek numara acil çağrı sisteminin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte acil çağrı merkezlerine telefonla ulaşım süresi, ekiplerin olay yerine ulaşma süresi gibi durumlar değişebileceği ön görüldüğünden bu hizmeti kullanan bireylerin memnuniyetlerinin de değişeceği düşünülmüştür. Bu bağlamda çalışmamız, acil çağrı numaraları birleştikten sonra halkın genel memnuniyet düzeyini ölçecek, Acil Çağrı Merkezi ile ilgili bilgi düzeyi ve davranış örüntüleriyle birlikte katılımcıların demografik özelliklerini yorumlayarak çıkarımlar elde etmek amacıyla yapılmıştır. Bu ana amaçtan hareketle memnuniyeti etkileyecek diğer faktörler üzerinde de durularak sorunlar tartışılmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmamızdaki örneklem grubunun memnuniyet durumları demografik değişkenlere göre incelendiğinde yaş, medeni durum ve çocuk durumunda anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Tablo 4.5'te de görüldüğü üzere evlilerin ve çocuk sahibi bireylerin memnuniyet durumları diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir. Ölçek alt faktörlerine bakıldığında ise; ambulans personelinin ve olay yeri hizmet sunumundan memnuniyet, evli ve çocuğu olan bireylerde diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek, ambulans teknik donanımından memnuniyet durumu ise çocuk sahibi olan bireylerde diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksektir.

Sağlık kurumlarından memnuniyet ile ilgili yapılmış çalışmalar son yıllarda artmakla birlikte hastaların demografik verileriyle ilgili ortaya çıkan sonuçlar birbirlerinden tutarsız olabilmektedir [52]. Jacobson, Carl-Hill, Türköz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda da yaş durumunun çalışmamıza benzer şekilde memnuniyete etkili olduğu gösterilmiştir [53, 68, 69]. Wallin ve arkadaşları ise aksine yaşla birlikte cinsiyetin de memnuniyete etkili olmadığını ve eğitim durumunun memnuniyeti farklılaştırdığını göstermiştir [70]. Benzer şekilde Erdem ve arkadaşları da eğitim durumunun memnuniyeti farklılaştırdığını fakat cinsiyetin memnuniyete etkili olmadığını göstermiştir [71]. Thi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise çalışmamıza benzer olarak yaş ve medeni durumun memnuniyete etkili olduğu ortaya çıkmıştır [72]. İbn-i Sina Hastanesinde yapılan bir çalışmada ise çalışmamızdan farklı olarak eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı tespit edilmiştir [73]. Diğer literatür bilgileri de göz önüne alındığında memnuniyete etki eden demografik verilerle ilgili çeşitli farklılıklar göze çarpmaktadır. Topal ve arkadaşları tıbbi alanlardaki memnuniyetin sadece tıbbi açıdan yeterlilikle ilgili olmadığını, sürecin kişiler arası özellikleri içeren karmaşık ve interaktif bir yapıya sahip olduğunu belirtmişlerdir [51]. Memnuniyet durumu tıbbi hizmetler içerisinde değerlendirildiğinde süreci etkileyebilecek birçok faktörden söz edilmektedir. Farhadloo ve arkadaşları tıbbi hizmeti veren personellerin mesleki tecrübesinin memnuniyete etkisi olduğunu savunurken [74], O'Meara ise memnuniyet sonucunun hizmet performansının göstergesi olmadığını söylemiştir [75]. Çalışmamızdaki memnuniyet durumu ve demografik değişkenlerin ilişkisi literatürdeki bazı çalışmalara uymakla beraber bazılarıyla farklılıklar göstermektedir. Mevcut durumun nedenlerinden birisi her hizmet alan hastanın aynı aciliyette olmaması ve farklı acil durum koşullarında hizmet alması olarak söylenebilir. Ek olarak her acil durumda müdahaleyi sağlayan sağlık

personellerin aynı kişiler ve aynı tecrübeye olmaması da memnuniyetin demografik verilerle ilişkisini etkileyecektir. Sarı'nın yapmış olduğu bir çalışmada hastaneye ambulans ile başvuran hastaların Cuma, cumartesi ve Pazar günlerinde daha yoğunluklu olduğu ve gereksiz ambulans kullanımları tespit edilmiştir [76]. Gereksiz ambulans kullanımları ve hastane öncesi personelin gerçek acil durumlar dışında farklı birçok konuya hizmet vermesi tükenmişliği de beraberinde getirerek gerçek acil durumlarındaki hizmet sunumunu da aksatacaktır. Ek olarak memnuniyet çalışmalarında yer alan hasta/hasta yakınlarının gerçekten acil bir durum için hizmet alıp almadığı da bilinmemektedir. Ayrıca memnuniyet durumu genel bir ölçekle değerlendirildiğinden hastane ve hastane öncesindeki memnuniyet durumlarıyla ilgili farklılıklar sonuçları da birbirlerinden farklı kılacaktır. Bu ve benzeri faktörler düşünüldüğünde çalışmamızda bulunan bulguların literatürdeki bazı bilgilerle örtüşürken bazılarıyla çelişmesi normal bir durum olarak nitelendirilebilir.

Bu kapsamda H1 hipotezinde belirttiğimiz memnuniyet durumlarının demografik değişkenlere göre incelenmesinde yaş, medeni durum ve çocuk durumu memnuniyeti anlamlı olarak farklılaştırdığından H1 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Çalışmamızdaki örneklem grubunun memnuniyet düzeylerinin 112'ye dair davranış örüntülerine göre incelenmesinde; AÇM'ye telefon ile ulaşma süresi 1 dakikadan az olan ve bu süreyi yeterli gören katılımcıların memnuniyetlerinin diğer gruplara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde ambulansın olay yerine ulaşması süresini 10 dakikadan daha az olarak nitelendiren ve bu süreyi yeterli gören katılımcıların memnuniyetinin de diğer gruba oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kullanılan hasta memnuniyet ölçeğindeki alt faktörler değerlendirildiğinde teknik donanım boyutu dışında kalan faktörler 112'ye dair belirlediğimiz davranış örüntüleriyle ilişkilidir. Buna göre AÇM'ye 1 dakikadan daha kısa sürede ulaşan ve bu süreyi yeterli gören kişilerin memnuniyet ölçeğindeki çağrı karşılayıcı boyutuna da yüksek puan vermesi beklenmekteydi. Aynı şekilde ambulans personelinin olay yerine varış süresini 10 dakikadan az olarak nitelendirip bu süreyi yeterli gören kişilerin ölçek alt faktörlerindeki olay yeri hizmet sunumu ve ambulans personeli boyutuna da yüksek puan vermesi beklenmekteydi. Beklendiği üzere ambulans personelinin olay yerine varış süresini 10 dakikadan daha az olarak nitelendiren ve bu süreyi yeterli gören katılımcılar diğer gruplara göre ambulans

personeli ve olay yeri hizmet sunumdan anlamlı olarak daha memnun kalmışlardır. Ek olarak AÇM'ye telefonla ulaşma süresi çağrı karşılayıcı personelden memnuniyet durumunu etkilememekle birlikte, AÇM'ye telefon ile ulaşma süresini yeterli gören ve çağrı karşılayıcı personelin kendisini dikkatli bir şekilde dinlediğini düşünen bireyler diğer gruplara göre çağrı karşılayıcı personelden anlamlı olarak daha memnun kalmışlardır.

Sağlık hizmetlerinde memnuniyeti sağlamak hastanın beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı ile ilişkilidir [77]. Acil sağlık hizmetlerinde de beklentileri karşılamak önemli bir ölçüt gibi görülse de mevcut acil durumdan ötürü beklentilerden ziyade hızlı ve etkin bir müdahale hastanın yaşam şansını veya yaşam kalitesini arttıracaktır. Gelişebilecek bir acil durumda hızlı ve etkin bir müdahalenin sağlanabilmesi, acil çağrının hızlı bir biçimde karşılanmasıyla başlar. Acil çağrının hızlı ve etkin karşılanabilmesi kurum kapasitesi, personel aidiyeti ve kalitesiyle birlikte kurumun teknik anlamda yeterliliği ile ilişkilidir. Olay yerine gidecek ekiplerin yönlendirilmesiyle birlikte olay yerine hızlı ulaşım beraberinde hızlı müdahalenin devamını sağlayacaktır. Etkin ve kaliteli acil yardım ise ancak alanında uzman, kaliteli bir hizmet sağlayıcı tarafından, uygun olan alanda ve yeterli ekipmanlarla birlikte verilebilir. Hastane öncesi tıbbi alanda acil çağrının alınması, olay yerine hızlı ulaşım ve etkin müdahale, beraberinde memnuniyeti de getirecektir.

112'yi arayan bireylerin endişeli, gergin ve korkulu olması nedeniyle AÇM personellerinin çağrıyı karşılama esnasındaki iletişimlerinin de güçlü olması son derece önemlidir [78]. Tuğba'nın 2020 yılında yapmış olduğu çalışmada çağrı karşılayıcı personeller, kendilerini düzgün olarak ifade edebildiğini ve karşı tarafında kendisini ifade etmesine izin verdiğini belirtmişlerdir. Bu çalışmada çağrı karşılayıcı personellerin bir çoğu iletişim ile ilgili eğitim almış olmakla birlikte sonucunda personellerin iletişim algısının yüksek olduğu bulunmuştur [79]. 112'nin kötüye kullanımıyla ilgili suistimaller, yıpratıcı çalışma koşulları gibi durumlar AÇM çalışanların motivasyonunu olumsuz etkilemektedir [80]. Motivasyonu düzgün olmayan bir personelin iletişim kalitesi de iyi olmayacağından hizmet sunumu aksayacak, akabinde memnuniyetsizliği de beraberinde getirecektir. Aziz'in 2017 yılında yaptığı çalışmada, katılımcılarda 112 AÇM'nin yönlendirmesinden memnun olanların oranı yarıdan fazla olmakla birlikte, ambulansın olay yerine ulaşım süresini 10 dakikadan az olarak nitelendirenlerin oranı ise dörtte birden fazladır. Ayrıca 112

personelinin yaklaşımından memnun olanlar ise grubun dörtte üçünü oluşturmaktadır [81]. Gezgin tarafından yapılan bir çalışmada ise; ambulansın olay yerine varış süresinin geç olduğu düşüncesi ve iletişimde yaşanan çeşitli sorunlar hastane öncesi acil durumlarda yaşanan hasta-personel sorunları olarak belirtilmiştir [82]. Öksüzkaya'nın yapmış olduğu çalışmada ise KKM'nin reaksiyon süresinin kısalmasının genel memnuniyeti etkilediği, istasyon reaksiyon süresinin ise memnuniyeti değiştirmede bulunmuştur [83]. KKM'nin reaksiyon süresi; acil çağrı alındıktan sonra ekibe vakanın veriliş süresi, istasyonun reaksiyon süresi ise; çağrının istasyon tarafından alındıktan sonra vakaya çıkış süresi olarak nitelendirilebilir.

Çalışmamız literatür eşliğinde değerlendirildiğinde bazı çalışmalarla uyum içinde olmakla birlikte bazılarıyla tutarsız olduğu görülmektedir. Bunun ana nedeni H1 hipotezimizde de açıklandığı üzere memnuniyetin çok değişkenli bir kavram oluşu olarak nitelendirilebilir. Bireylerin AÇM'yi ararken içinde bulunduğu olumsuz psikolojik durumdan dolayı AÇM'ye hızlı ulaşması ve bu süreyi yeterli görmesi ekiplerin yola çıktığını düşünmesini sağlayarak kendisini az da olsa güvende hissettireceğinden genel memnuniyeti de arttıracaktır. Ayrıca bireyler içerisinde buldukları olumsuz durumdan ötürü AÇM personelinin kendisini dikkatli dinleyip dinlememesini algılayamayıp, ambulans çıkartılıp çıkartılmamasına odaklandığından memnuniyeti etkilememiş olduğu söylenebilir. Ekiplerin olay yerine varış süresinin kısa olması ve bu sürenin yeterli görülmesi mevcut olan acil durumla ilgili hızlı çözüm getireceğinden ve bireylerin sorunlarını anlatabileceği personelleri hızlı şekilde karşılarında gördüğünden genel memnuniyeti ve ambulans personelinden memnuniyeti olumlu etkileyecektir. Ölçek alt boyutlarının sonuçlarına bakıldığında AÇM'ye hızlı ulaşılması beraberinde çağrı karşılayıcı personelden memnuniyeti etkilememektedir. AÇM personellerinin zorlu çalışma koşulları ve saatleriyle birlikte hali hazırda olan stresli iş yükü AÇM'ye hızlı ulaşım olduğunda bile hizmet sunumunu aksatabileceğinden çağrı karşılayıcı personelden memnuniyeti olumlu ya da olumsuz etkilemediği düşünülebilir. Telefonla ulaşım süresinin yeterli görülmesi ve AÇM personellerinin hizmet sunumunda karşı tarafı dikkatli dinlediğini hissettirmesi bireylere kendini değerli hissettirecek, mevcut olan sorunu ile ilgili yardım alabileceğini bilecek, karşısındaki profesyonel personele güven duyacak ve beraberinde çağrı karşılayıcı personelden memnuniyeti arttıracaktır.

H2 hipotezinde belirttiğimiz memnuniyet durumlarının davranış örüntülerine göre incelenmesinde AÇM'ye telefonla ulaşım süresi, AÇM'ye telefon ile ulaşım süresini yeterli görme, ekiplerim olay yerine ulaşım süresi ve bu süreyi yeterli görme durumu memnuniyeti anlamlı olarak farklılaştırdığından H2 hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Tablo 4.3'te gösterildiği üzere çalışmamızın örneklem grubunun tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesiyle ilgili algıları 3 puanın üzerindedir. Buna göre katılımcılar; ayrı ayrı numaraların ezberlenmesine gerek olmadığını, tek numara sistemine geçilmesiyle beraber AÇM'ye ulaşım süresi ve ekiplerin olay yerine ulaşım süresinin kısılacacağını ifade etmişlerdir.

Ekşi'nin AÇM sisteminin pilot olarak başlatıldığı Antalya ilinde yapmış olduğu çalışmada sistemde çalışan personellerin bakış açısı sorgulanmıştır. Ambulans personelleri, uygulama ile ambulansın olay yerine varış süresinin kısalmayacağını düşünmekle birlikte kurumlar arası koordinasyonun da olumlu etkilenmeyeceğini ifade etmişlerdir [80]. Turan ve arkadaşlarının yaptığı acil çağrı numaralarının bilinirliği ile ilgili çalışmada ise ambulans numarasının en çok bilinen numaralardan biri olduğu tespit edilmiştir [84]. Gezgin'in yapmış olduğu çalışmada ise ambulans personellerinin hasta yakınlarıyla yaşadıkları sorunlardaki başlıca nedenlerden birisi, ambulansın geç geldiğinin düşünülmesi olarak gösterilmiştir [82]. Javareed'in yaptığı yurtdışındaki çalışmada ise ambulansın olay yerine 10 dakikadan daha kısa sürede geleceğini düşünenlerin oranı %8 olarak bulunmuştur [85]. Aynı şekilde yurt dışında Bogomolova'nın yaptığı çalışmada ambulansın varış süresiyle ilgili olumsuz tutumlar tespit edilmiştir [86].

Ülkemizde geçmişte televizyonlarda yapılan haberlerde ambulansların geç gelmesi nedeniyle oluşan olumsuz durumlar yıllarca göz önünde tutulmuştur. Bununla birlikte hali hazırda durumu gerçekten acil olan bir hastayla ilgili hasta yakınlarının panik ve huzursuz olacağı aşıkardır. Ambulansın geliş süresi kısa olsa bile bireyler mevcut acil durumlarından ötürü bekledikleri süreyi geç olarak algılayabilmektedir. Ambulans kullanımıyla ilgili AÇM veya eski sistemde KKM tarafından uygun olmayan şekilde yapılan triyajlar ambulans kullanımını yıllar içerisinde ciddi anlamda arttırmıştır. Ekşi'nin yaptığı çalışmada ambulansın kötüye kullanımının ciddi düzeyde arttığı tespit edilmiştir [87]. Kötüye kullanım veya acil olmayan durumlar nedeniyle ambulans kullanımını hazırda acil durumlar için bekleyen ambulans sayısını azaltacaktır. Bir bölgede acil olmayan bir hasta nedeniyle meşgul olan bir ambulansın yerine gerçek

manada acil olan bir hasta için başka bölgeden ambulans gelmektedir. Bu durum da ambulansın varış süresini gerçekten uzatacak ve etkin kullanımı engelleyecektir. Geçmişten günümüze İstanbul'da nüfusun artmasıyla birlikte ambulans sayıları da arttırılsa da kötüye kullanım veya acil olmayan durumlar nedeniyle kullanımlar azaltılamazsa ambulans sayısının her zaman yetersiz olarak kalması beklenebilir. Yetersiz hazır ambulans sayısı ise varış süresini doğrudan etkileyecek ve olumsuz algıların oluşmasına/devam etmesine neden olacaktır. Ambulans varış süresiyle ilgili geçmiş dönemlerde yaşanan olumsuz durumlar ve sistemin kötüye kullanımı sonucunda gerçekten de ambulansın varış süresinin uzaması bireylerin bu konuda olumsuz bir tutum sergilemesine neden olmaktadır. AÇM kurulmasıyla birlikte sistem değişikliği yaşanacağından bireyler ambulans varış süresiyle ilgili olumlu bir tutum sergilemiş ve ambulans varış süresinin kısılacığını düşünmüşlerdir. Ayrıca acil numaralarının bilinirliğinin düşük olması, tek numara ile acil durumların hepsiyle ilgili hizmet alınabilmesi, ezberlenmesi gereken birçok numarayı da ortadan kaldıracığından olumlu olarak algılanmıştır. Sonuç olarak tek numara acil çağrı sistemine geçilmesine karşı olumlu tutumun ana nedeni bireylerin geçmiş dönemde yaşadığı olumsuz tecrübelerin sonucunda bir sistem değişikliğini gerekli görmesi olarak gösterilebilir.

112'ye dair davranış örüntülerine göre tüm acil yardım numaralarının birleştirilmesine yönelik algılar Tablo 4.7 ve 4.8'de gösterilmektedir. Buna göre; AÇM ulaşım süresinin kısılacığına yönelik algılar beklendiği üzere AÇM'ye ulaşım süresinin 1 dakikadan az olduğunu belirtenler ve AÇM'ye ulaşım süresini yeterli görenlerde diğer gruplara göre anlamlı olarak daha olumludur. Ayrıca ekiplerin ulaşım süresinin kısılacığına yönelik algılar da beklendiği gibi; ekiplerin 10 dakikadan kısa sürede olay yerine ulaştığını nitelendiren ve bu süreyi yeterli gören gruplarda anlamlı olarak daha olumludur. Literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde memnuniyetsizliğin birçok nedeni olmakla birlikte bunlardan birisinin ambulans varış süresi olduğu görülmektedir [82, 85, 86]. Bu durumda tek numara acil çağrı sistemine geçişte, ambulansın olay yerine varış süresini kısa olarak değerlendirenlerin algıları daha olumlu olmaktadır. Bireyler bu durumda ambulansın varış süresinin kısa olmasının nedenini sistem değişikliğine bağlayacaktır. Ambulans varış süresiyle ilgili duruma benzer şekilde, AÇM'ye telefon ile ulaşım süresini 1 dakikadan az olarak değerlendirip

bu süreyi yeterli görenler de mevcut durumu sistem değişikliğine bağlayacağından algıları da bu yönde pozitif olmaktadır.

H3 hipotezinde belirttiğimiz AÇM'yi arayıp ambulans hizmeti alan bireylerin algılarının olumlu olması durumuyla ilgili olarak tüm acil numaralarının birleştirilmesiyle ilgili algıların olumlu olarak tespit edilmesi nedeniyle H3 hipotezimiz kabul edilmiştir. H4 hipotezinde belirttiğimiz acil numaraların birleştirilmesine yönelik algıların 112'ye dair davranış örüntülerine göre incelenmesinde; AÇM'ye ulaşma süresi 1 dakikadan az olarak belirten ve AÇM'ye ulaşma süresini yeterli gören katılımcıların algıları AÇM'ye ulaşma süresi algısında pozitif yönde farklılaştığından hipotezimiz kabul edilmiştir. Ek olarak ambulansın olay yerine varış süresini 10 dakikadan az olarak belirtip bu süreyi yeterli gören katılımcıların ambulans varış süresiyle ilgili algıları da pozitif yönde farklılaştığından aynı şekilde H4 hipotezimiz kabul edilmiştir.

Tablo 4.18'de gösterildiği üzere memnuniyet durumu, acil numaralarının birleşmesiyle ilgili algılar ve bilgi düzeyleri pozitif yönde anlamlı olarak ilişkilidir.

Ülkemizde hastane öncesi acil sağlık sistemiyle ilgili yapılmış memnuniyet çalışmalarında genel olarak memnuniyet durumunun yüksek olduğu söylenebilir [44, 49, 83, 88]. Memnuniyetin çok değişkenli bir kavram oluşu ve çeşitli faktörlerden etkilendiği düşünüldüğünde yapılmış çalışmalarda hasta/hasta yakınlarının hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden beklentilerinin karşılandığı söylenebilir. Ülkemizde 112 Acil Çağrı Merkezi sistemine geçişin yeni olması nedeniyle sistemin işleyişi ile ilgili bilgi durumunda halk üzerinde yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Acil çağrı numaralarının bilinirliği ile ilgili yapılan çalışmalarda ise genel olarak ambulans, polis ve itfaiye acil çağrı numaralarının diğer acil çağrı numaralarına göre bilinirliği yüksek olarak bulunmuştur [21, 84]. Bununla birlikte acil çağrı numaralarının birleştirilmesiyle ilgili algı durumuna bakıldığında da halk üzerinde bir çalışmaya rastlanmamış olmakla beraber, çalışmamızda birleşimin olumlu karşılandığı sonucuna varılmıştır.

Sağlık alanındaki memnuniyet, beklentilerin ne düzeyde karşılandığıyla ilişkilidir. AÇM aranıp tıbbi yardım istenildiğinde, telefonla ilgili kuruma kısa sürede ulaşmakla birlikte ekiplerin hızlı şekilde olay yerine ulaşmaları hastaların başlıca beklentilerindedir. Davranış örüntülerinde sorguladığımız bu durumlarda hastaların

beklentileri sonucunda bu beklentinin ne düzeyde karşılandığını göstermektedir. Beklentiler karşılandığında ve acil yardım ihtiyacı olan kişiler olumsuz durumlara maruz bırakılmadığında bireylerin memnuniyetlerinin arttığı ve tüm acil yardım numaralarının birleşmesiyle ilgili algılarının da olumlu olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin AÇM işleyişi ile ilgili bilgi sahibi olma durumu mevcut hat ve ekiplerle ilgili beklentilerini de buna göre şekillendirecektir. Bilgi durumu daha yüksek olan bireylerin acil hatlarının birleştirilmesiyle ilgili algıları da değişecektir. Bilgi durumu yüksek olan bireylerin beklentileri de daha tutarlı olacağından karşılanması daha kolay olacaktır. Böylece bilgi durumu arttıkça, beklentiler şekillenecek ve algılar olumlu yönde yükselecektir. Algıların olumlu yönde olması, bilgi düzeyi ve memnuniyet durumları da birbirleriyle tutarlı şekilde şekillenecektir.

H5 hipotezinde belirttiğimiz memnuniyet, algı durumu ve bilgi düzeyinin anlamlı olarak pozitif yönde ilişkili olma durumu, korelasyon analizindeki sonuçta gösterildiği üzere anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğundan H5 hipotezimiz kabul edilmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamız İstanbul ilinde Avrupa Yakası'nda yaşayan bireyler üzerinde tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesinden sonra, AÇM vasıtasıyla hastane öncesi acil ambulans hizmeti alan bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar;

- Bireylerin hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yüksektir.
- Bireylerin en çok memnun olduğu durum ambulans personelleriyken en az memnun olduğu durum ise acil çağrı karşılayıcı personellerdir.
- Bireylerin tüm acil çağrı numaralarının birleştirilip tek numara acil çağrı sistemine geçilmesiyle ilgili algıları olumludur.
- Bireylerin AÇM sisteminin işleyişi ile ilgili bilgi durumları yüksektir.

Çalışmamızda bulduğumuz sonuçlar, var olan literatür bilgileri ışığında gözden geçirildiğinde çeşitli öneriler sunulmuştur. Bunlar;

- Sağlık hizmetlerinden memnuniyet çalışmalarının birbirinden tutarsız olması nedeniyle belirli zaman aralıklarında tekrarlanmalıdır.
- Memnuniyet çalışmaları tekrarlanırken hastane öncesi ambulans kullanımıyla ilgili bireylere bilgilendirmeler yapılmalı ve beklentilerin kurumun gerçek misyonuna uygun olarak şekillenmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinden memnuniyetin bir performans göstergesi olmadığı unutulmamalı, memnuniyetin düşük veya yüksek çıkmasının nedenleri araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

- [1] T.C Resmi Gazete. 2020. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Afet ve Acil Durumlara İlişkin Hizmet Standartları ve Akreditasyon Esaslarının Belirlenmesi Hakkında Yönetmelik. 31200.
- [2] 112.gov.tr. **Hakkımızda.** (2021). 12.26, 2021, <https://www.112.gov.tr/hakkimizda>
- [3] **Turan, M., Bulut, Y. ve Öztürk, G.** (2015). Acil Durumlar ve Afetlerle İlgili Kurumların ve Acil Çağrı Numaralarının Bilinilirliği; Gümüşhane Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 440-453.
- [4] World Health Organization. **WHO Remains Firmly Committed to the Principles Set Out in the Preamble to the Constitution.** 04.07, 2022, <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- [5] T.C Resmi Gazete. 2006. Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. 26369.
- [6] T.C Resmi Gazete. 2000. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. 24046.
- [7] **Şimşek, P., Günaydın, M. ve Gündüz, A.** (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- [8] **Erdemir, A. D.** (2006). *Acil Tedavi ve Bakımda Tıp Etiği Sorunları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
- [9] **Gostak, H.** (2021) *Türkiye'de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi*
- [10] **Aslan, Ş. ve Güzel, Ş.** (2018). Pre-Hospital Emergency Health Services in Turkey. *Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(31), 4995-5002.
- [11] **Tekingündüz, S.** (2008). 112 Acil Sağlık Hizmetleri Performans Toplantıları-2. *Kalite ve Hasta Güvenliği, Ankara.*
- [12] **Günhan, G.** (2020). Çocuk Acil Servisine 112 Ambulansı ile Getirilen Vakaların Klinik ve Demografik Özellikleri.
- [13] **Brewer 3rd, L. ve Larrey, B. D. J.** (1986). Father of Modern Military Surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 92(6), 1096-1098.
- [14] **Çelikli, S.** (2016). Kuruluştan Bugüne Kadar Paramedik Eğitiminde Standardizasyon Çabaları ve Kırılma Noktaları. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 39-54.
- [15] **Moore, L.** (1999). Measuring Quality and Effectiveness of Pre-hospital EMS. *Prehospital Emergency Care*, 3(4), 325-331.
- [16] **Al-Shaqsi, S.** (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman medical journal*, 25(4), 320.
- [17] **Fleischmann, T. ve Fulde, G.** (2007). Emergency Medicine in Modern Europe. *Emergency Medicine Australasia*, 19(4), 300-302.
- [18] **Symons, P. ve Shuster, M.** (2004). International EMS Systems: Canada. *Resuscitation*, 63(2), 119-122.
- [19] Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. **Teşkilat Şeması.** (2022). 04.10, 2022, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4185/teskilat-semasi.html>
- [20] T.C Resmi Gazete. 2014. 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. 29002.
- [21] **Eksi, A. ve Torlak, S. E.** (2011). Avrupa Tek Acil Çağrı Numarası Uygulama Sürecinde Acil Çağrı Hizmetlerinden Yararlanma Durumu: Antalya ve İzmir İllerinin Karşılaştırılması. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(4), 149-154.

- [22] 112.gov.tr. **112 Acil Çağrı Merkezi Projesi.** 04.20, 2022, <https://www.112.gov.tr/112-acm-projesi>
- [23] Eurobarometer. The European Emergency Number 112. 2013.
- [24] **Dayharsh, T. I., Yung, T., Hunter, D. ve Ivy, S.** (1979). Update on the National Emergency Number 911. *IEEE Transactions on Vehicular Technology*, 28(4), 292-297.
- [25] **Kevoe-Feldman, H. ve Pomerantz, A.** (2018). Critical Timing of Actions for Transferring 911 Calls in a Wireless Call Center. *Discourse Studies*, 20(4), 488-505.
- [26] **Gillooly, J.** (2020) *911, Is This an Emergency?": How 911 Call-Takers Extract, Interpret, and Classify Caller Information*
- [27] National Emergency Number Association. **911 Origin & History.** (2022). 04.22, 2022, <https://www.nena.org/page/911overviewfacts>
- [28] T.C Zonguldak Valiliği. 2019. 112 Acil Çağrı Merkezi Müdürlüğü Çalışma Yönergesi.
- [29] Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. **AFAD Acil Mobil Uygulaması.** (2021). 04.20, 2022, <https://www.afad.gov.tr/afad-acil-mobil-uygulamasi-afet-ve-acil-durumlarda-daima-yaninda>
- [30] 112.gov.tr. **Panik Butonu Uygulaması.** (2020). 04.20, 2022, <https://www.112.gov.tr/panik-butonu-uygulamasi>
- [31] **Kyle, J. ve Martin, J.** (2013). *Reach 112: Responding to All Citizens Needing Help a Development in Total Conversation. Internet Protocol Based Emergency Services* ss. 285-292): John Wiley & Sons, Ltd.
- [32] European Emergency Number Association. **Reach 112.** 04.20, 2022, <https://eena.org/our-work/eu-projects/reach-112/>
- [33] 112.gov.tr. **Engelsiz 112 Projesi.** 04.20, 2022, <https://www.112.gov.tr/engelsiz-112-projesi>
- [34] **Oorni, R. ve Goulart, A.** (2017). In-Vehicle Emergency Call Services: eCall and Beyond. *IEEE Communications Magazine*, 55(1), 159-165.
- [35] 112.gov.tr. **Uyumlaştırılmış Araç İçi Acil Çağrı Sistemi Projesi.** 04.20, 2022, <https://www.112.gov.tr/uyumlastirilmis-arac-ici-acil-cagri-sistemi-projesi>
- [36] **Marin, G. ve Pop, D.-P.** (2009). The European Emergency Number 112. *Journal of Information Systems & Operations Management*, 3(1), 173-184.
- [37] Eurobarometer. E-Communications and the Digital Single Market. 2016.
- [38] **Bukan, M.** (2019) *Bir Sosyal Uygulama Olarak 112 Acil Çağrı Merkezi: Yalova İli Örneği*
- [39] **Agustin, C. ve Singh, J.** (2005). Curvilinear Effects of Consumer Loyalty Determinants in Relational Exchanges. *Journal of marketing research*, 42(1), 96-108.
- [40] **Bakir, Y.** (2006) *Sağlık Kuruluşlarında Pazarlama Faaliyetleri, Müşteri Memnuniyeti:* Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- [41] **Çati, K. ve Koçoğlu, C. M.** (2008). Müşteri Sadakati ile Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. *Selcuk University Social Sciences Institute Journal*, 19.
- [42] **Büber, R. ve Başer, H.** (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4(1), 265-274.
- [43] **Yazan, T., Şengül, S. ve Girgin, A.** (2018). Sağlık Hizmetleri ve Hasta Memnuniyeti. *Acta Medica Alanya*, 2(1), 24-29.

- [44] **Doğan, M., Şenol, V., Çetinkaya, F., Naçar, M. ve Bülbül, E.** (2019). Kayseri İlinde Halkın 112 Acil Yardım Hizmetleri Hakkında Bilgi, Düşünce ve Memnuniyet Düzeyleri. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(Erken Görünüm), 1-6.
- [45] **Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O.** (2015). Sağlık İşletmelerinde Yönetim. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.
- [46] **Karasu, E.** (2018) *112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Hasta Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi ve Hasta Memnuniyet Ölçeğinin Geliştirilmesi: Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- [47] **Örselli, E. ve Bayrakçı, E.** Vatandaş Karnesi: Yerel Hizmetlerde Vatandaş Memnuniyeti Nasıl Sağlanır?
- [48] **Doğan, M., Şenol, V., Çetinkaya, F., Naçar, M. ve Bülbül, E.** (2020). Kayseri İlinde Halkın 112 Acil Yardım Hizmetleri Hakkında Bilgi, Düşünce ve Memnuniyet Düzeyleri. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(Erken Görünüm), 1-6.
- [49] **Küçükkendirci, H., Serap, B. ve Ulusal, O.** (2021). Konya 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Hasta/Hasta Yakını Memnuniyet Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. *Hastane Öncesi Dergisi*, 6(1), 1-12.
- [50] **Diñç, D., Ünal, P. C., Topsever, P. ve Özyavaş, S.** (2009). Hasta Memnuniyeti ve Yönetim Sistemi: Çözüm Ortağı Hekim. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 13(2), 93-98.
- [51] **Topal, F., Şenel, E., Topal, F. ve Mansuroğlu, C.** (2013). Hasta Memnuniyeti Araştırması: Bir Devlet Hastanesinin Acil Kliniğine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. *Cumhuriyet Medical Journal*, 35(2), 199-205.
- [52] **YILMAZ, M.** (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5, 69-74.
- [53] **Türköz, Y., Aksoy, A. ve Perçin, A.** (1997). Hasta Tatmininin Sosyodemografik Değişkenler ve Tedaviye Özgü Değişkenler Yönünden İncelenmesi. *İntermat Basım Yayıncılık*.
- [54] **Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S.** (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*.
- [55] **Ercan, İ., Bülent, E. ve İsmet, K.** (2004). Sağlık Kurumlarında Teknik Olmayan Boyut İçin Hizmet Memnuniyetini Ölçebilmek Amacıyla Geliştirilen Ölçek. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(3), 151-157.
- [56] **Tezcan, D., Yücel, M. H., Ünal, U. B. ve Edirne, T.** (2014). Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (1), 57-62.
- [57] **Özer, A. ve Çakıl, E.** (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 140-143.
- [58] **Kahraman, Ç., Karagöz, Y., Yalman, F. ve Yusuf, Ö.** (2018). Sağlık Okuryazarlığının Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 14(1), 67-88.
- [59] **Ertong, G.** (2011) *Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi Ve Güven Unsuru: Ankara Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyoloji*.
- [60] **Tatlı, H. S. ve Kazan, H.** (2020). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyeti Etkileyen Faktörler: Güven ve Kalite. *İstanbul İktisat Dergisi*, 70(1), 205-227.
- [61] **Akkaya, E. G., Bulut, M. ve Akkaya, C.** (2012). The Factors Affecting the Level of Patients' Satisfaction of the Applicants for Emergency Service *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 12(2), 62-69.

- [62] **Akkaya Gültekin, E., Bulut, M. ve Akkaya, C.** (2012). Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 12(2), 62-68.
- [63] **Fraenkel, J. R., Wallen, N. E. ve Hyun, H. H.** (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. McGraw-hill New York.
- [64] **Cattell, R.** (2012). *The Scientific Use of Factor Analysis in Behavioral and Life Sciences*. Springer Science & Business Media.
- [65] **Kline, P.** (2014). *An Easy Guide to Factor Analysis*. Routledge.
- [66] **Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. ve Ullman, J. B.** (2007). *Using Multivariate Statistics*. pearson Boston, MA.
- [67] **George, D. ve Mallery, P.** (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Routledge.
- [68] **Jakobsson, L., Hallberg, I. R., Lovén, L. ve Ottosson, B.** (1994). Patient Satisfaction With Nursing Care, Evaluation Before and After Cutback in Expenditure and Intervention at a Surgical Clinic. *International Journal for Quality in Health Care*, 6(4), 361-369.
- [69] **Carr-Hill, R. A.** (1992). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of public health*, 14(3), 236-249.
- [70] **Wallin, E., Lundgren, P.-O., Ulander, K. ve von Holstein, C. S.** (2000). Does Age, Gender or Educational Background Effect Patient Satisfaction With Short Stay Surgery? *Ambulatory Surgery*, 8(2), 79-88.
- [71] **Erdem, R., Rahman, S., Levent, A., Demirel, B., Köseoğlu, S., FIRAT, G., ve ark.** (2008). Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (31), 95-110.
- [72] **Thi, P. L. N., Briancon, S., Empereur, F. ve Guillemin, F.** (2002). Factors Determining Inpatient Satisfaction With Care. *Social science & medicine*, 54(4), 493-504.
- [73] **Sarp, N. ve Tükel, B.** (1999). İbn-i Sina Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 52(3), 147-151.
- [74] **Farhadloo, R., Chavoshi, M., Vahedian, M., Haji Mohammad Hoseini, M., Torabian, H., Parvaresh-Masoud, M., ve ark.** (2020). Patient Satisfaction With Pre-hospital Emergency Care in Qom Province in 2017. *Health in Emergencies and Disasters*, 5(2), 99-104.
- [75] **O'Meara, P.** (2003). Ambulance Satisfaction Surveys: Their Utility in Policy Development, System Change and Professional Practice. *Australasian Journal of Paramedicine*, 1(3).
- [76] **Sarı, A.** (2020) *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine 112 Ambulansı ile Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Klinik Sonuçlarının Retrospektif Olarak İncelenmesi*
- [77] **Greeneich, D.** (1993). The Link Between New and Return Business and Quality of Care: Patient Satisfaction. *ANS Advances in nursing science*, 16(1), 62-72.
- [78] **Turgut, F.** (2014) *Tükenmişlik Sendromuna Etki Eden Faktörler (Antalya 112 Acil Çağrı Merkezi çalışanları örneği): Sosyal Bilimler Enstitüsü.*
- [79] **Eren, T.** (2020) *Acil Hizmetler Komuta Kontrol Merkezi Çalışanlarının İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi - İstanbul 112 Komuta Kontrol Merkezinde Yapılan Bir Çalışma*
- [80] **Eksi, A. ve Yıldırım, G. Ö.** (2014). Avrupa Birliği Uyuum Sürecinde Tek Numara Acil Çağrı Sistemi Uygulamasına Ambulans Personelinin Bakışı *Journal of International Social Research*, 7(31).

- [81] **Şahin, A.** (2017) *112 Acil Sağlık Hizmetleri Talebinin Gelire Duyarlılığı: Tokat İli Örneği*
- [82] **Gezgin, M. F.** (2015) *Türkiye'de 112 Acil Yardım Ambulanlarında Görev Yapan Sağlık Personellerinin Hasta ve Hasta Yakınlarıyla Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri*
- [83] **Öksüzkaya, A.** (2019) *Kayseri'de 112 Acil Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Vatandaşların Memnuniyet Düzeyi*
- [84] **TURAN, M., BULUT, Y. ve ÖZTÜRK, G.** (2015). Acil durumlar ve afetlerle ilgili kurumların ve acil çağrı numaralarının bilinirliği; Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 440-453.
- [85] **Javaeed, A., Malik, M. N., Yaseen, M. ve Abbasi, T.** (2018). Emergency Medical Services and Quality of Care in Emergency Departments: Knowledge, Attitude and Practices among General Population in Rawalpindi, Pakistan. *South Asian Journal of Emergency Medicine*, 1(1), 22-28.
- [86] **Bogomolova, S., Tan, P., Dunn, S. ve Bizjak-Mikic, M.** (2016). Understanding the Factors That Influence Patient Satisfaction With Ambulance Services. *Health Marketing Quarterly*, 33(2), 163-180.
- [87] **Ekşi, A.** (2016). Kamu Hizmetinde Etkililik ve Etkinlik Tartışmaları Bağlamında 112 Acil Çağrı Hizmetlerinin Kötüye Kullanımı. *Dokuz Eylül University Journal of Graduate School of Social Sciences*, 18(3).
- [88] **UYSAL, İ., TEMEL, K., POSTACI, E. S. ve KABAŞ, K. Ş.** HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMUNDA HASTA VE HASTA YAKINI MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Hastane Öncesi Dergisi*, 4(1), 1-12.

EKLER

EK A: Etik Kurul Onayı

EK B: Katılımcı Onam Formu

EK C: 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Hasta Memnuniyet Ölçeği İzni

EK D: Tanımlayıcı Özellikler Formu

EK E: Katılımcıların 112 Acil Çağrı Merkezi'ne İlişkin Davranış Örüntüleri Formu

EK F: 112 Acil Çağrı Merkezi Bilgi Düzeyi Formu

EK G: Tüm Acil Çağrı Numaralarının Birleştirilmesine Yönelik Algı Formu

EK H: 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Hasta Memnuniyet Ölçeği

EK A

Evrak Tarih ve Sayısı: 10.02.2022-50117



T.C.
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Teknoloji Transfer Ofisi
Etik Kurullar Birimi

Sayı : E-54022451-050.05.04-50117
Konu : Etik Kurul Kararı - Özcan ERDOĞAN

10.02.2022

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN
Hemşirelik Bölüm Başkanlığı - Doktor Öğretim Üyesi

2022/26 numaralı "İstanbul Avrupa Yakasında Yaşayan Bireylerin 112 Acil Çağrı Merkezi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve 112 Acil Çağrı Merkezi ile Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı" başlıklı başvurunuz Üniversitemiz Etik Kurullar Birimi'nin 08.02.2022 tarihli, 03 sayılı Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında değerlendirilmiş olup, mevcudun oy birliğiyle onaylanmasına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof.Dr. İsmail MERAL
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSE4NEFB22 Pin Kodu :96932 Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5394&eD=BSE4NEFB22&eS=50117>
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Bilgi için: Gözde ASLANBAY
Fatih/İstanbul Unvan: Uzman
Telefon No:0 (212) 523 22 88 Faks No:0 (212) 533 23 36
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr İnternet Adresi:www.bezmialem.edu.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK B



EK C



EK D

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Cinsiyet Erkek Kadın
2. Yaşınız
3. Mezun Olduğunuz Okul İlkokul Lise Ön lisans
Lisans Lisansüstü
4. Medeni Haliniz Evli Bekar/Dul
5. Çocuğunuz var mı? Varsa sayısını yazınız. Var Yok
6. Evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? Yalnız/Ailem dışında biriyle yaşıyorum
Ailemle yaşıyorum
7. Sosyal güvenceniz var mı? Var/Çalışan
Var/Emekli
Yok
8. Hangi ilçede yaşıyorsunuz?
9. Ekonomik durumunuzu tanımlayınız. Gelirim giderimden fazladır
Gelirim giderime eşittir
Gelirim giderimden azdır
10. İlk yardım eğitimi aldınız mı? İlk yardım eğitimi aldım
İlk yardım eğitimi almadım
11. Kronik (Sürekli) bir hastalığınız var mı? Var Yok
12. Yaşadığınız evde kronik hastalığı olan birisi var mı? Var Yok

EK E

112 ACİL ÇAĞRI MERKEZİ KULLANIMINA DAİR DAVRANIŞ ÖRÜNTÜLERİ FORMU

1. 24 Haziran 2021 tarihinden sonra İstanbul ili içerisinde herhangi bir sebeple (ambulans, polis, itfaiye, jandarma, sahil güvenlik vb.) 112 Acil Çağrı Merkezi'ni aradınız mı?

Evet aradım; Ambulans Polis İtfaiye Jandarma Diğer

Hayır aramadım

2. En son acil yardım almak için ilgili hattı aradığımızda telefonla karşıdaki görevliye ulaşma süreniz ne kadardı?

1 dakikadan az 1-5 dakika arasında 5 dakikadan uzun

3. Telefon ile görevliye ulaşma sürenizi yeterli görüyor musunuz?

Evet, yeterli Hayır, yeterli değil

4. Acil Çağrı Merkezi'ni aradığımızda telefonu açan personelin sizi yeterince dikkatli bir şekilde dinlediğini düşünüyor musunuz?

Evet Hayır

5. Acil yardım talebinizden sonra görevlilerin ilgili konuma ulaşma süresi ne kadardı?

10 dakikadan az 10-20 dakika arası 20 dakikadan daha uzun

6. Acil yardımda görevli kişilerin ilgili konuma ulaşma süresini yeterli görüyor musunuz?

Evet Hayır

EK F

112 ACİL ÇAĞRI MERKEZİ BİLGİ DÜZEYİ ÖLÇÜM FORMU

1. Acil Çağrı Merkezi tarafından verilen hizmetler (Telefon görüşmeleri, ekiplerin size ulaşarak herhangi bir sorunu çözmesi vb.) ücretli midir?

Evet ücretlidir Hayır ücretsizdir

2. SIM kart takılı olmayan telefonlardan Acil Çağrı Merkezi aranabilir.

Doğru Yanlış

3. Acil Çağrı Merkezi'ni aradığımda karşımdaki görevli aradığım adresi görebilir ve tespit edebilir.

Doğru Yanlış

4. Acil Çağrı Merkezi'nde hizmet veren her kurum için ayrı görevli kişiler (Örneğin; Acil sağlık hizmetleri için sağlıkçı, emniyet hizmetleri için polis vb.) bulunur.

Doğru Yanlış

5. Acil çağrı merkezine yapılan gereksiz/asılsız çağrılar cezalandırılır.

Doğru Yanlış

6. 112 Acil Çağrı Merkezi'ni aradığımda yaptığım görüşmeler kayıt altında tutulur ve saklanır.

Doğru Yanlış

7. Her ilin kendine özel bir Acil Çağrı Merkezi bulunur ve acil durum çağrıları bu merkez üzerinden yönetilir.

Doğru Yanlış

8. Türkçe bilmeyen bir kişi 112 Acil Çağrı Merkezi'ni aradığımda, gerekli olan dil desteğiyle birlikte, kişinin acil durumunun çözümü için gerekli olan hizmet sağlanır.

Doğru Yanlış

9. İşitme veya duyma engelli kişiler 112 Acil Çağrı Merkezi ile görüntülü ve işaret diliyle görüşme yaparak gerekli olan acil durumlarıyla ilgili hizmet alabilirler.

Doğru Yanlış

10. Acil Çağrı Merkezleri 7 gün 24 saat aynı kapasite ile hizmet vermektedir.

Doğru Yanlış

11. Acil Çağrı Merkezi'ni aradığımda ilk olarak çağrı karşılayıcı personel çağrıyı karşılar ve ilgili olan acil hizmete dair görevli kişiye (Örneğin; sağlık hizmeti için sağlıkçıya, emniyet hizmeti için polis veya jandarmaya, yangın gibi durumlar için itfaiye görevlisine) çağrıyı aktarır.

Doğru Yanlış

12. Acil Çağrı Merkezi arandığında sadece gerekli olan bilgiler verilmeli ve çağrı karşılayıcı personel tarafından sorulan sorular cevaplandırılmalıdır.

Doğru Yanlış

13. Acil Çağrı Merkezi'nin kuruluş amacı; birçok acil çağrı numarası bilmek yerine sadece 112 numarasını bilerek vatandaşlar için kolaylık oluşturması ve birden çok hizmet vermesi gereken kurumların olduğu olaylarda koordinasyonun hızlı bir şekilde sağlanmasıdır.

Doğru Yanlış

EK G

ACIL ÇAĞRI NUMARALARININ BİRLEŞTİRİLMESİNE YÖNELİK ALGI FORMU

İstanbul ilinde 24 Haziran 2021 tarihinden itibaren polis, ambulans, jandarma, sahil güvenlik, itfaiye vb. çeşitli acil yardım hizmeti veren kurumların acil yardım numaraları tek numara olarak 112 hattında toplandı. Böylece herhangi bir acil durumda artık tek numara olarak 112 aranması gerekecek. 112 numarası arandıktan sonra sizi karşılayan çağrı karşılayıcı personel adresinizi aldıktan ve teyit ettikten sonra hangi hizmete ihtiyacınız varsa sizi ilgili görevli kişiye telefon ile aktaracak ve talep ettiğiniz hizmetle ilgili olan profesyonel görevliyle görüşeceksiniz. Bu değişiklik ile ilgili aşağıdaki sorularda size en yakın gelen seçeneği işaretleyiniz.

Sorular	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
10.1. Tüm acil çağrı numaralarının birleştirilmesi ve tek hatta toplanması uygundur. Böylece diğer acil çağrı numaralarının ezberlenmesine gerek yoktur.	1	2	3	4	5
10.2. Acil çağrı hattına ulaşma süresi çağrı merkezleri birleştirildikten sonra kısalmaktadır.	1	2	3	4	5
10.3 Acil yardım hizmeti talebinden sonra görevli kişilerin ihtiyacı olan kişiye ulaşma süresi kısalmaktadır.	1	2	3	4	5

112 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTA MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ

Faktörler ve Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Faktör 1: Ambulans Personeli Boyutu	1	2	3	4	5
1.Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetleri hakkında sorular sordu.	1	2	3	4	5
2.Ambulans personeli hastanın/yaralının şikayetlerini dinledi.	1	2	3	4	5
3.Ambulans personeli hasta/yaralı hakkında açıklayıcı bilgiler verdi.	1	2	3	4	5
4.Ambulans personeli hastaya/yaralıya yeterince özen gösterdi.	1	2	3	4	5
5.Ambulans personeli hastaya/yakınına moral verdi.	1	2	3	4	5
6.Ambulans personelinin mesleki bilgisine güven duydum.	1	2	3	4	5
7.Ambulans personelinin tavırlarından genel olarak memnun kaldım.	1	2	3	4	5
8.Ambulans personelinin üzerinde üniformaları vardı.	1	2	3	4	5
9.Ambulans personeli hijyen kurallarına dikkat etti.	1	2	3	4	5
10.Ambulans personelinin ekip çalışmasını iyi buldum.	1	2	3	4	5
11.Ambulans personeli bizim için elinden geleni yaptı.	1	2	3	4	5
12.Ambulans personeli hasta/yaralıyı en kısa sürede hastaneye ulaştırdı.	1	2	3	4	5
Faktör 2: Çağrı Karşılamanın Personel Boyutu	1	2	3	4	5
13.Telefonu açan personel benim anlattıklarımı anladı.	1	2	3	4	5
14.Telefonu açan personel bana karşı saygılıydı.	1	2	3	4	5
15.Telefonu açan personele güven duydum.	1	2	3	4	5
Faktör 3: Olay Yeri Hizmet Sunumu Boyutu	1	2	3	4	5
16.Ambulans personeli hastaya/yaralıya gereken müdahaleyi olay yerinde uyguladı.	1	2	3	4	5
17.Ambulans personeli kullanacakları tüm cihazları olay yerine getirdi.	1	2	3	4	5
18.Ambulans personeli hastanın/yaralının mahremiyetine özen gösterdi.	1	2	3	4	5
19.Ambulans personeli güler yüzlüydü.	1	2	3	4	5
20.Ambulans personeli sorularımıza anlaşılır cevaplar verdi.	1	2	3	4	5
21.Ambulans personeli gerekli prosedürleri açıkladı.	1	2	3	4	5
22.Ambulans personelinin getirdiği cihazlar sorunsuz çalıştı.	1	2	3	4	5
Faktör 4: Ambulans Teknik Donanım Boyutu	1	2	3	4	5
23.Ambulans her türlü müdahale için yeterli donanıma sahipti.	1	2	3	4	5
24.Ambulansın içi hava şartları açısından uygundu.	1	2	3	4	5
25.Ambulansın içi sessiz, gürültüsüz ve konforluydü.	1	2	3	4	5
26.Ambulansla hastaneye nakil olurken güvenli bir şekilde hastaneye ulaşım sağlandı.	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : İlkay AÇIL

Doğum Tarihi ve Yeri :

E-posta :

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2017, İstanbul Üniversitesi, Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi

