



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

ADANA İL MERKEZİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Erhan KAYA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ferdi TANIR

ADANA-2017



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

ADANA İL MERKEZİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARININ ARAŞTIRILMASI

Dr. Erhan KAYA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ferdi TANIR

**Bu tez, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
TTU-2016-5680 No'lu proje ile desteklenmiştir.**

ADANA-2017

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında bana yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Ferdi TANIR'a,

Asistanlık eğitimim boyunca eğitim ve öğretimime katkıda bulunan, her zaman asistanların yanında olup onları destekleyen Sn. Prof. Dr. Muhsin AKBABA'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca çok şey öğrendiğim ve tezimin hazırlanma aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tüm asistan arkadaşlarıma,

Maddi ve manevi yardımlarını hiçbir koşulda esirgemeyen başta annem, babam, abilerim, ablalarıma ve

Sevgili eşim Duygu ile canım kızım Işıl'a

TEŞEKKÜR EDERİM

Dr. Erhan KAYA

ADANA, 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar LİSTESİ	vi
RESİMLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. İş sağlığı ve Güvenliği Kavramı	3
2.2. Halk Sağlığı-İş Sağlığı İlişkisi	4
2.3. İş Sağlığı ve Güvenliği İlkeleri	5
2.4. İş Sağlığı Uygulama İlkeleri	5
2.5. Çalışanın Sağlık Düzeyini Belirleyen Öğeler	6
2.6. Halk Sağlığında İş Sağlığı ve Çalışma Ortamı	7
2.7. İş Yeri Ortam Faktörleri.....	7
2.7.1. Fiziksel Faktörler	8
2.7.2. Kimyasal Faktörler.....	8
2.7.3. Biyolojik Faktörler	8
2.7.4. Tozlar.....	8
2.7.5. Ergonomik Faktörler	8
2.7.6. Psiko-Sosyal Faktörler.....	9
2.8. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı.....	9
2.8.1. Sağlık Kuruluşlarında İş Yeri Ortam Faktörleri.....	10
2.8.1.1. Fiziksel Faktörler.....	10
2.8.1.2. Kimyasal Faktörler	10
2.8.1.2.1. Anestezi gazları.....	10
2.8.1.2.2. İlaçlar.....	11
2.8.1.2.3. Antiseptik ve Dezenfektan Maddeler.....	11
2.8.1.2.4. Sterilizasyon Maddeleri	11

2.8.1.2.5. Laboratuvar Malzemeleri	11
2.8.1.3. Biyolojik Faktörler	11
2.8.1.4. Ergonomik Faktörler	13
2.8.1.5. Psikososyal Faktörler	13
2.8.1.6. Beslenme	13
2.8.1.7. Diğer Faktörler	13
2.8.2. Acil Servisler ve Acil Sağlık Hizmetleri.....	14
2.8.2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları	14
2.8.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinde Etkili Olan Sağlık Faktörleri	15
2.8.2.2.1. Hekim Sağlığı.....	15
2.8.2.2.2. İş Doyumu ve Çalışan Memnuniyeti.....	15
2.8.2.2.3. Kalabalık Acil Servisler	16
2.8.2.2.4. Acil Servislerde Çalışma Süreleri ve Vardiya Düzeni	17
2.8.2.2.5. Şiddet.....	18
2.8.2.2.5.1. Sözel Şiddet.....	19
2.8.2.2.5.2. Fiziksel Şiddet.....	19
2.8.2.2.5.3. Psikolojik Şiddet.....	19
2.8.2.2.5.4. Cinsel Şiddet	20
2.8.2.2.5.5. Ekonomik Şiddet.....	20
2.8.2.2.6. İş Stresi.....	20
2.8.2.2.7. Tükenmişlik.....	21
2.8.2.2.8. Hekimlerin Adli Sorumlulukları ve Yasal Çerçeve	21
2.8.2.2.9. Eğitim.....	22
2.8.2.2.10. Triaj	23
2.8.2.2.11. Personel, Ekipman.....	23
2.8.2.2.12. Hasta Memnuniyeti	24
2.8.2.2.13. Acil Servis Mimarisi ve Fiziki Yapı	24
2.8.2.2.14. Acil Servislerde Konsültasyonlar.....	25
2.8.2.2.15. Sevk Sistemi.....	25
3. MATERYAL ve METOD	27
3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri.....	27

3.2. Araştırmanın Tipi	27
3.3. Araştırmanın Evreni	27
3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi.....	28
3.5. Araştırmanın Uygulanması	28
3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	28
3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler.....	28
3.8. Anket Formu	29
3.9. Verilerin Analizi.....	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları	31
3.12. Araştırmanın Bütçesi.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Acil Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri	32
4.2. Acil Hekimlerinin Sağlığı İle İlgili Özellikler.....	38
4.3. Hekim ve Memnuniyeti İle İlgili Özellikler.....	46
4.4. Acil Servis Kalabalığı İle İlgili Özellikler	51
4.5. Şiddet İle İlgili Özellikler	53
4.6. Adli Boyut İle İlgili Özellikler	59
4.7. Eğitim İle İlgili Özellikler.....	63
4.8. Sağlık Kuruluşu İle İlgili Özellikler	64
4.9. Sevk Sistemi ve Temel Sağlık Hizmetleri İle İlgili Özellikler	68
5. TARTIŞMA.....	70
5.1. Acil Hekimlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışması	70
5.2. Acil Hekimlerinin Sağlığı İle İlgili Özelliklerin Tartışması	72
5.3. Hekim ve Memnuniyeti İle İlgili Özelliklerin Tartışması	75
5.4. Acil Servis Kalabalığı İle İlgili Özelliklerin Tartışması	76
5.5. Şiddet İle İlgili Özelliklerin Tartışması	77
5.6. Adli Boyut İle İlgili Özelliklerin Tartışması	79
5.7. Eğitim İle İlgili Özelliklerin Tartışması	81
5.8. Sağlık Kuruluşu İle İlgili Özelliklerin Tartışması.....	81
5.9. Sevk Sistemi ve Temel Sağlık Hizmetleri İle İlgili Özelliklerin Tartışması	82

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR	87
EKLER	95
Ek-1 Çukurova Üniversitesi Etik Kurul İzni.....	95
Ek-2 Adana İli Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan alınan izin.....	96
Ek-3 Aydınlatılmış Onam	97
Ek-4 Anket formu	98
ÖZGEÇMİŞ	105



TABLOLAR LİSTESİ

<u>Tablo No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 1. Sağlık Kuruluşlarında Sık Görülen Biyolojik Ortam Faktörleri	12
Tablo 2. Araştırmamızdaki Acil Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri	33
Tablo 3. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı	34
Tablo 4. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı	34
Tablo 5. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Yaşa Göre Dağılımı	35
Tablo 6. Acil Hekimlerinin Çalışma Özelliklerinin Acil Serviste Çalışma Süresine Göre Dağılımı	36
Tablo 7. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Kurum Tipine Göre Dağılımı	37
Tablo 8. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı	37
Tablo 9. Acil Servis Hekimlerinin Belirttikleri Hastalıklarının Dağılımı	38
Tablo 10. Acil Servis Hekimlerinin İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı	38
Tablo 11. Acil Servis Hekimlerinin Kişisel Koruyucu Kullanma Durumlarının Dağılımı	39
Tablo 12. Acil Hekimlerinin Hekim Sağlığı İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı	39
Tablo 13. Acil Hekimlerinin Çalışma Sonrası İyilik Derecesinin Kurum Tipine Göre Dağılımı	40
Tablo 14. Acil Hekimlerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları-1.....	40
Tablo 15. Acil Hekimlerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları-2.....	40
Tablo 16. Acil Hekimlerinin ve Bazı Özelliklerinin Nöbet Sonrası Durumlarına Göre Dağılımı	42
Tablo 17. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel Özelliklerinin Mevcut Hastalıklara Göre Dağılımı-1.....	43
Tablo 18. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel Özelliklerinin Mevcut Hastalıklara Göre Dağılımı-2.....	44
Tablo 19. Acil Hekimlerinin Kendini Tükenmiş Hissetme ve Depresyon İlişki Dağılımı	45
Tablo 20. Acil Hekimlerinin Kendini Tükenmiş Hissetme ve Uyku Bozukluğu İlişki Dağılımı	45
Tablo 21. Acil Servis Hekimlerinin Çalışma Memnuniyeti Durumlarının Dağılımı	46
Tablo 22. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Memnuniyetlerine Göre Dağılımı	47
Tablo 23. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Gelirlerine Göre Dağılımı	48
Tablo 24. Acil Hekimlerinin Hekimlikten Memnuniyet Durumlarının Gelirlerine Göre Dağılımı	49
Tablo 25. Acil Hekimlerinin Çalıştıkları Kurum Tiplerinin Gelirlerine Göre Dağılımı	49
Tablo 26. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Emeklilik Düşüncelerine Göre Dağılımı	50
Tablo 27. Acil Servislere Günde Başvuru Sayısının Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı-1	51
Tablo 28. Acil Servislere Günde Başvuru Sayısının Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı-2	51
Tablo 29. Acil Hekimlerinin Çalışma Özelliklerine Göre Günlük Muayene Sayı İlişkisi Dağılımı	52
Tablo 30. Acil Hekimlerine Uygulanan Şiddet Türlerine Göre Dağılımı	53
Tablo 31. Acil Hekimlerine Uygulanan Şiddet Sıklığının Türlerine Göre Dağılımı	53
Tablo 32. Acil Hekimlerine Uygulanan Şiddet Sıklığının Uygulayan Kişilere Göre Dağılımı	53
Tablo 33. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Şiddet Türlerine Göre Dağılımı	54
Tablo 34. Acil Hekimleri Görüşlerinin Uygulanan Şiddet Türlerine Göre Dağılımı	55
Tablo 35. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel Özellikleri ile Şiddet Türlerinin Karşılaştırılması.....	56
Tablo 36. Acil Hekimlerinin Bazı Özellikleri ile Kendilerini Güvende Hissetme İlişkisi	57
Tablo 37. Acil Hekimlerinin Görüşleri ile Kendilerini Güvende Hissetme İlişkisi Dağılımı	58
Tablo 38. Acil Hekimlerinin Adli Boyut ile İlgili Tutum ve Davranışları	59
Tablo 39. Acil Servis Hekimlerinin Adli Raporlarındaki Bilgilerin Dağılımı	60
Tablo 40. Acil Hekimlerinin Mahkemede Bulunma ve Bimer-Sabim'den Şikayet Edilme Durumları	61
Tablo 41. Acil Hekimlerinin Bazı özelliklerinin Cinsiyet ve Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı	61
Tablo 42. Acil Hekimlerinin Malpraktis ve Adli Vakalarla İlgili Kaygı Durumları Karşılaştırması	62
Tablo 43. Acil Hekimlerinin Eğitim ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı	63
Tablo 44. Acil Hekimlerinin Acil Serviste Çalışmadan Önce ve Sonra Eğitim-Kurs Alma Durumları	63
Tablo 45. Kurum Tiplerine Göre Yıllık Verilerin Dağılımı	64
Tablo 46. Acil Hekimlerinin Sağlık Kuruluşu Özellikleri Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı	65
Tablo 47. Acil Hekimlerinin Görüşlerinin Çalışılan Kurum Tiplerine Göre Dağılımı	66
Tablo 48. Acil Hekimlerinin Özellikleri İle Acil Servisin Fiziki Yapı Yeterliliğinin Karşılaştırması	67
Tablo 49. Acil Hekimlerinin Kurum ile Konsültasyonları Yeterli Bulma Durumu Karşılaştırması	68
Tablo 50. Acil Hekimlerinin Sevk Sistemi ve Temel Sağlık Hizmetleri Görüşlerinin Dağılımı	69
Tablo 51. Acil Hekimlerinin Yanlış Sevk Edilen Hasta Sıklığının Kurum Tipine Göre Dağılımı	69

RESİMLER LİSTESİ

Sekil no:

Sayfa no:

Şekil 1: Avustralya'dan sağlıkta şiddet ile ilgili bir afiş.....85



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
İSG	: İş Sağlığı ve Güvenliği
ILO	: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
MAK	: Müsaade Edilen Azami Konsantrasyon
ESD	: Eşik Sınır Değer
KKKA	: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ASH	: Acil Sağlık Hizmeti
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BİMER	: Başbakanlık İletişim Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SİY	: Sağlık İstatistik Yıllığı
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
CPR	: Cardio Pulmonary Resuscitation (Kardiyo pulmoner resüsitasyon)
NBC	: Nuclear, Biologic, Chemical
Ort	: Ortalama
SD	: Standart Değer

ÖZET

Adana İl Merkezi Acil Servis Hekimlerinin Çalışma Koşullarının Araştırılması

Giriş ve Amaç: Acil servis hekimlerinin; sağlık sorunları, çalışan memnuniyetsizliği, kalabalık acil servisler, sevk sisteminin olmayışı, şiddet, tükenmişlik, adli vakalar ile ilgili kaygılar, sağlık kuruluşu ile ilgili sorunları başta olmak üzere yaşadıkları birçok sorun sağlık hizmet sunumunu etkilemektedir. Bu tez araştırmasının amacı; hekimlerin değerlendirmesiyle acil servislerde yaşanan sorunları belirlemek ve optimal acil servis hizmetleri ile temel sağlık hizmetleri için sağlık politikalarına katkıda bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma Adana ili merkezinde acil servislerde çalışan hekimler üzerinde yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini Adana il merkezinde 4 merkez ilçedeki 37 bölgedeki 31 sağlık kuruluşunun acil servislerinde görev yapan 248 acil servis hekimi oluşturmaktadır. Çalışmamızda acil servislerde çalışan hekimler için örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma verileri 01 Temmuz-31 Aralık 2016 arasında toplanmıştır. Katılımcılara araştırmacı tarafından geliştirilen katılımcı hekimlerin sosyodemografik özellikleri, sağlık özellikleri, şiddete uğrama durumları, mesleki özellikleri, adli vakalar ile ilgili durum ve davranışları, görüş ve önerilerini içeren 60 sorudan oluşan anket, yüz yüze görüşmeyle uygulanmıştır. Ayrıca çalışmamızda birim sorumlusu ve hastane sisteminden alınan 9 sorudan oluşan ikinci anket bulunmaktadır. İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare testi, t testi, varyans analizi, Kruskal Wallis analizi, korelasyon analizi, Tukey HSD, Tamhane, Mann-Whitney U analizi yapılmıştır. Anlamlılık açısından p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 19.0 for Windows paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamızdaki acil hekimlerinin yaşı $38,3 \pm 9,6$ olarak bulunmuştur. Hekimlerin % 75,7'si erkektir. Araştırmamızdaki acil hekimlerinin % 88,1'i çalışma hayatı boyunca en az bir kez şiddete uğramıştır. Hekimlerin % 88,1'i sözel şiddete, % 30,7'si fiziksel şiddete, % 22,3'ü psikolojik şiddete, % 0,5'i cinsel şiddete maruz kalmıştır. Araştırmamızdaki acil hekimlerinin % 97'si sağlıkta şiddet ile ilgili yaptırımları yeterli bulmamaktadır. Araştırmamızdaki acil hekimlerinin çalışılan kuruma göre fiziksel şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde eğitim ve araştırma hastanesi hekimleri daha fazla fiziksel şiddete uğramıştır ($\chi^2=21,111$, $p<0,001$). Ayrıca acil hekimlerinin % 82,2'si acil serviste çalışırken kendini güvende hissetmemektedir. Araştırmamızdaki acil hekimlerinin % 20,8'i hakkında çalışma hayatı boyunca en az bir kez adli soruşturma yapılmıştır. Hekimlerin % 50'si hekimlik ve uygulamaları nedeniyle mahkemede bulunmuştur. Hekimlerin % 66,8'i adli raporda tüm bilgileri eksiksiz girdiğini söylemiştir. Hekimlerin % 48,5'inde peptik ülser-gastrit, % 40,1'inde bel ağrısı-lumbal herni, % 41,6'sında uyku bozukluğu, % 19,3'ünde depresyon saptanmıştır. Ayrıca hekimlerin % 46,5'inin ihmal ettiği hastalık olduğu bildirilmiştir.

Sonuç: Araştırmamızda acil servis hekimlerinin adli vakalarla ilgili kaygı yaşadığı, sık şiddete uğradığı, sağlıklarını ihmal ettikleri ve çalışmaktan

memnuniyetsizliği saptanmıştır. Kalabalık acil servisler, yetersiz sayıda acil hekimi, acil servislerin gereksiz kullanımı, sevk sisteminin olmayışı sorunların kaynağı gibi gözükmemekte olup bu sorunlar üzerinde durulması gereklidir.

Anahtar kelimeler: Acil servis hekimleri, Sağlık alışanları, Acil sağlık hizmetleri



ABSTRACT

Investigation of Working Conditions of Emergency Service Physicians in The Center of Adana

Background and Purpose: Emergency physicians; health problems, employee dissatisfaction, crowded emergency services, lack of referral system, violence, burnout, concerns about judicial affairs, problems related to the health institution and many other problems affect health service delivery. The purpose of this research is assessing the problems experienced by the emergency departments with the evaluation of the physicians and contributing to the optimal emergency services and health policies for basic health services.

Materials and Methods: This study is a cross-sectional study on physicians working in emergency departments in Adana province center. The universe of work constitutes 248 emergency physicians working in the emergency services of 31 health institutions in 37 districts of 4 central districts in Adana province center. For our physicians working in emergency departments, it was aimed to reach the whole hospital without selecting a sample. The survey data were collected from 01 July to 31 December 2016. Questionnaire consisting of 60 questions, including socio-demographic characteristics, health characteristics, violence situations, occupational characteristics, status and behaviors related to judicial cases, opinions and suggestions of participant physicians developed by participant investigator was applied face to face. In addition, we have a second questionnaire consisting of 9 questions from the hospital system and unit accountant. Chi-square test, t-test, variance analysis, Kruskal Wallis analysis, correlation analysis, Tukey HSD, Tamhane, Mann-Whitney U analysis were performed in the evaluation of the data as statistical analysis

. In terms of significance, p values <0,05 were considered statistically significant. SPSS 19.0 for Windows package program was used for statistical evaluations.

Results: The age of the emergency physicians in our study was found to be $38,3 \pm 9,6$. 75,7 % of physicians are male. In our study, 88,1 % of the emergency physicians were subjected to at least one violence during the study life. In the study, 88.1 % of the physicians experienced verbal violence, 30.7 % physical violence, 22.3 % psychological violence and 0.5 % sexual violence. 97% of the emergency physicians in our research do not find sanitary health complaints sufficient. Educational and research hospital physicians underwent more physical violence ($\chi^2=21,111$, $p<0,001$) when the emergency physicians in our study compared their workplace exposure to physical abuse. Moreover, 82,2 % of emergency physicians do not feel safe when working in emergency service. 20,8 % of the emergency physicians in our research have been subjected to at least one criminal investigation during their working life. 50 % of physicians were in court because of their medical practices. 66,8 % of the doctors said that all the information entered the forensic rapod completely. Peptic ulcer- gastritis was found in 48,5 % of the physicians, lumbar pain in 40,1 % , sleep disturbance in 41,6 % and depression in 19,3 % . It was also reported that 46,5 % of physicians neglected the disease.

Conclusion: In our study, emergency physicians were concerned about judicial cases, frequent violence, neglect of their health and dissatisfaction with their

work. The crowded emergency services, inadequate number of emergency physicians, unnecessary use of emergency services, lack of referral system seems to be a source of problems and these problems need to be considered.

Key words: Emergency physicians, Health workers, Emergency health services



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Halkın sağığı, toplumun huzuru ve işin verimi için sağıklı olması gereken çalışanlar, toplumun önemli bir kısmını oluşturur. Sağık çalışanları ise topluma sağık hizmeti sunduklarından dolayı çalışanlar arasında daha da önemli bir yere sahiptirler.

Gelişmekte olan ülkeler sınıfında olan Türkiye’de sağık alanında iyileşmeler gözlenirse de özellikle acil servislerde birçok sorun günümüzde de sürmektedir. Acil servislere rekor sayıda başvurular olmakta, artan hasta sayısı nedeniyle acil servis çalışanları ve hekimler zor durumda kalmaktadır. Yetersiz hekim sayısı nedeniyle acil servislerde çalışan hekimler, çalışma saati ve şekliyle daha çok iş yükü altında kalırken, hastalara ayırdıkları zaman ve özen azalmaktadır. Acil hekimleri; bir yandan hızlı bir şekilde muayene yaparken diğer yandan vakaların adli yönünü de bilmek, ani karar vermek zorunda kalmakta ve malpraktis kaygısı yaşamaktadırlar. Acil sağık hizmetlerinin sunumundaki uygulamalardan kaynaklanan sorunlar nedeniyle memnuniyetsiz hasta ve hasta yakınları, sağık çalışanlarına özellikle de acil servislerde şiddet göstermektedir. Birçok sağık merkezinde yardımcı sağık personeli, ekipman, hastane fiziki olanakları yetersizdir. Türkiye’de bir çok hastanenin acil servislerinde pratisyen hekimler görev yapmakta, özellikle ilçelerde diğer branş hekimleri de nöbet tutmaktadır.

Acil servis hizmetinde yaşanan bu sorunlar, acil hekimlerinde memnuniyetsizliğe ve tükenmişliğe neden olmakta, acil servislerde çalışmak zorundalık haline gelmekte ve güvensiz çalışma ortamına neden olmaktadır. Tıpta Uzmanlık Sınavında, “ İlk Yardım ve Acil” bölümü rağbet görmemekte, birçok hastanede asistan kadroları boş kalmakta, acil servis hekimleri çalıştıkları acil bölümlerinde kendilerine gelecek görmemekte ve başka uzmanlık branşlarına geçiş yapmaktadırlar.

Tüm sorunların kaynağı gibi görülen acil servislerde; aşırı hasta sayısının azaltılmasına yönelik olarak acil servis hizmetinden ücret alınması, aile hekimlerine acil servis nöbeti tutturulması gibi önlemler alınsa da kayda değer değişiklik yaratmadığı ve tartışmalara neden olduğu gözlenmektedir.

Birinci basamak sağık hizmetleri, acil servisler için çok önemlidir. Temel ve acil sağık hizmetleri bağlamında bu entegrasyonun sağılanması, henüz uygulanamayan sevk zincirinin zorunlu hale getirilmesi, en önemli çözüm önerilerindendir.

Sağlık istatistik yıllığı verilerine göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayısı, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru sayısının yaklaşık iki katıdır.¹

Türkiye'nin 2014 yılında 77.695.904 olan nüfusunun, acil servise toplam başvuru sayısı 104.069.477 olarak gerçekleşmiş, toplam muayeneler içinde acil muayene oranı % 30 olarak raporlanmıştır. Acil muayene sayısında her geçen yıl artışlar izlenmektedir.²

Diğer ülkelerle kıyaslandığında ülkemizde acil servislere başvuru oranlarının önemli derecede yüksek olduğu görülmektedir. ABD'nin 2013 yılında 300 milyondan fazla olan nüfusunun, 130,4 milyon acil servis başvurusu yaptığı rapor edilmiştir.³

Bu çalışmanın amacı;

Adana il merkezindeki acil servislere çalışan hekimlerin değerlendirmesiyle, acil servislere yaşanan sorunları belirlemek ve optimal acil servis hizmetleri ile temel sağlık hizmetleri için sağlık politikalarına katkıda bulunmaktır.

Büyük bir il merkezindeki çok merkezli ve çok amaçlı bu çalışma sonuçlarının ülke çapında da genellenerek acil servis organizasyon ve çalışma standartlarının geliştirilmesi uzun vadeli hedefimizdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İş sağlığı ve güvenliği kavramı

İnsanlar yaşamları için temel gereksinimlerini çalışmakla, iş görmekle sağlarlar ve bu yüzden insan için çalışma-iş görme, kaçınılmaz bir zorunluluktur. Zaman içinde organizasyonlar, sanayileşme ve teknolojinin aynı zamanda çalışan kişiler üzerinde de sağlık açısından risk taşıdığı saptanmıştır. İş yerlerinin çalışma düzeni ve koşulları ile ilgili bir takım kurallar konya da zamanla bu kuralların yetersiz olduğu görülmüş iş sağlığı güvenliği (İSG) kavramı doğmuş ve konuya bilimsel olarak da yaklaşılmaya başlanmıştır. İSG tıbbın tekniğın ve birçok bilim dalının ilgi alanına giren çok sektörlü bir çalışma alanıdır.⁴

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' ne göre iş sağlığı; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden iyilik hallerini sürdürme ve daha üst düzeylere çıkarma çalışmalarıdır.⁵

İSG; iş yerlerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan korunmak amacıyla yapılan sistemli ve bilimsel çalışmalardır.⁴

İSG'de temel amaç, çalışma yaşamında çalışanların sağlığına zarar verebilecek hususların önceden belirlenerek gereken önlemlerin alınması, güvenli bir ortamda çalışmalarının sağlanması, iş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı çalışanların psikolojik ve bedensel sağlıklarının korunmasıdır.⁶

Hem tıbbi hem de teknik alanları kapsayan iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarının çağdaş anlamda amacı ise iş kazaları ve meslek hastalıklarının tanı ve tedavisi yanı sıra öncelikle çalışanın çalışma yerinde sağlığını korumak ve sağlığını bozucu tehlikeleri ortadan kaldırmaktır.^{7,8}

ILO, WHO iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerinin amaçlarını; çalışanları korumak, üretim ve güvenliği korumak, işletme güvenliğini sağlamak olarak belirlemiştir.⁹

Çalışmak yaşamın bir parçasıdır. Yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır.¹⁰

İşyerlerindeki olumsuz çalışma koşulları, çalışanların sağlık ve güvenliklerini tehdit etmektedir.⁷

İş sağığı ve güvenliğinde Türkiye’de 6331 Sayılı “İş Sağığı ve Güvenliğı Kanunu” başta olmak üzere iş sağığı ve güvenliğini içeren uluslararası sözleşmeler, yasalar ve uluslararası organizasyonlar İSG konusuna yön vermiştir.

2.2. Halk sağığı-iş sağığı ilişkisi

Günümüzde halk sağığı sorunları geçmişe göre çok büyük değışim göstermektedir. Geçmişte; yüksek doğurganlık, yüksek bebek ve çocuk ölümleri, bulaşıcı hastalıklar önde gelen sağık sorunları olup toplumun sağık hizmetlerinden faydalanma durumları kısıtlıyken zaman içerisinde sağık hizmetlerinin yaygınlaşması ile bulaşıcı hastalıklar ve aşı ile önlenabilen hastalıklardan korunmada gelişmeler yaşanmış ve insan ömrü uzamıştır. Çalışma alanındaki kişi sayısının artmasına paralel olarak günümüzde yetişkinlerin sağık sorunları, kronik hastalıklar ve çalışma hayatının sorunları öncelik kazanmaya başlamıştır.

İş sağığı güvenliğı ile halk sağığı konuları arasında yakın ilişkiler vardır. İş sağığı ve güvenliğı, halk sağığının temel konularından biridir. Ayrıca halk sağığının temel ilkeleri olan “koruma” yaklaşımları, iş sağığı ve güvenliğinin temeli olup çok geniş uygulama alanı bulmaktadır.⁷

İş sağığı ve halk sağığı arasındaki ilişkileri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür:

- a) Çalışanlar toplumda büyük bir grubu oluşturmaktadır.
- b) Çalışanlar toplumda risk grubudur.⁷
- c) Sanayi kuruluşları kirliliğe yol açmakta ve büyük endüstriyel kazalar olmaktadır.¹¹
- d) Koruma ilkesi iş sağığı alanında çok geçerlidir.⁷

Uluslararası Çalışma Örgütü’nün iş sağığı güvenliğı ve çalışma ortamına ilişkin 155 sayılı sözleşmesinin 3. maddesinde “sağık” kavramının, işle bağlantısı açısından, sadece hastalık veya sakatlığın bulunmaması halini değıl, aynı zamanda, çalışma sırasındaki sağığı uygunluk ve güvenlik ile doğrudan ilişkili olarak sağığı etkileyen fiziksel ve zihinsel unsurları da kapsadığı ifade edilmektedir.⁶

İş ve çalışan sağığı arasında iki yönlü bir ilişki söz konusudur. Yani çalışma hayatı insan sağığını, insan sağığı ise çalışma hayatını etkilemektedir. Çalışan sağığı iş verimi üzerinde de çok etkilidir.⁷

2.3. İş sağığı ve güvenliğı ilkeleri

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında 21.08.2013 tarihinde “iş sağığı ve güvenliğı alanında işbirliğı protokolü” imzalanmıştır. Bu protokolde iki bakanlık koordine olarak ortak iş sağığı ve güvenliğinde koruyucu hizmetlere yer vermiştir. Buna göre İSG ilkeleri; haklar, sorumluluklar ve görevler temelinde oluşturulmuştur. ILO ise bu ilkeleri çalışan hakları, işveren sorumluluğı, hükümet görevleri şeklinde incelemektedir.⁴

İSG’de temel ilkeler;

- 1) Bütün çalışanların hakları vardır.
- 2) İSG alanında politikalar oluşturulmalı, iş sağığı ve güvenliğı birbirinden ayrılamaz.
- 3) Önleme ve koruma, İSG program ve politikalarının amacı olmalıdır.
- 4) Öncelik insandır, üretim ikinci plandadır.
- 5) Bütün çalışanları kapsayacak iş sağığı hizmetleri oluşturulmalıdır.
- 6) Yaşama ve çalışma koşulları birbirinden ayrılamaz.
- 7) Çalışanlar-işverenler-yetkililer belli sorumluluk, görev ve yükümlülöklere sahiptir.
- 8) Sosyal taraflar (işveren ve çalışanlar) ve ilgililer görüş alışverişı yapmalıdır.
- 9) İSG etkili program-politika uygulamasında bilgilendirme çok önemlidir.
- 10) Yalnızca sağığın korunması değıl, geliştirilmesi de amaçlanır.
- 11) İş kazaları ve meslek hastalıklarında çalışanlar; tazminat, rehabilitasyon ve tedavi almalıdır.
- 12) Eğitim, sağııklı ve güvenli çalışma ortamı açısından yaşamsaldır.
- 13) İSG, çok bilimli (multidisipliner) bir konudur.
- 14) Politikalar fiilen uygulanmalıdır.¹²

2.4. İş sağığı uygulama ilkeleri

Olumsuz bireysel ve çalışma ortam faktörlerinin olumlu hale getirilmesi ile çalışan sağığını korumak mümkündür.

İş sağığı ve uygulama ilkeleri altı başlıkta verilir.

- 1) **Uygun işe yerleştirme:** İşe yerleştirme bakımından kişiler niteliklerine uygun olan işlere verilmelidir. İşe giriş muayenesi bu aşamada çok önemlidir. Muayene ile işe uyumsuz bireylerin o işlerde çalıştırılmaması “birincil koruma ilkesi” örneği olarak verilebilir.
- 2) **İşyeri risklerinin saptanması:** İşyeri ortamında bulunan ve çalışanların sağlık tehlikelerinin saptanması gereklidir. Risk saptamada gözlem ve ortam ölçümleri önemlidir.
- 3) **İşyeri risklerinin kontrolü:** Bu yaklaşımlar teknik uygulamalardır ve mühendislik hizmetleri olarak yapılır. Başlıca örnekler olarak uygun havalandırma, işyerine cihazların ve makinelerin uygun yerleştirilmesi, ıslak yöntemle çalışma gibi uygulamalar sayılabilir. Risklerin kontrolü için kişisel koruyucu malzemeler kullanılabilir.
- 4) **Aralıklı kontrol muayeneleri:** Çalışma ortamında uygunsuz olabilecek çalışma koşullarından etkilenen işçilerin ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının erken dönemde yakalanması amacıyla çalışanların belirli aralıklarda sağlık muayenesinden geçmesi önemlidir. Erken dönemde hastalıkların yakalanmasını amaçlayan bu uygulamayla erken tanı olarak bahsedilen sağlık koruması “ikincil koruma” uygulamalarındandır.
- 5) **İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmeti sağlanması:** İşyeri sağlık hizmeti birinci basamak düzeyinde bir sağlık hizmetidir. Başlıca doktor, hemşire ve iş güvenliği uzmanından oluşan iş yeri sağlık ve güvenlik birimi bu organizasyonun önemli parçalarıdır.
- 6) **Sağlık ve güvenlik eğitimi:** İşyerinde bulunan riskler, bunları olası sağlık etkilerinden ve bu risklerden korunma yolları konularında çalışanların eğitilmesi gereklidir. Eğitim kapsamında kişisel koruyucu uygulamalar, işyerindeki sağlık riskleri ve korunma yolları, genel anlamda sağlığın korunması ve sağlıklı yaşam ilkeleri bu çalışmanın kapsamında olmalıdır.^{4,5}

2.5. Çalışanın sağlık düzeyini belirleyen öğeler

Bir kişinin sağlık durumu, bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenir. Bireysel faktörler; yaş, cinsiyet, genel sağlık durumu, sağlık davranışları, beslenme durumu olarak sayılabilir. Sektörel olarak farklı olmakla beraber çalışma ortamındaki çevresel

faktörler; fiziksel faktörler, kimyasal faktörler, tozlar, biyolojik faktörler, ergonomik ve psiko-sosyal faktörler olarak sayılabilir. Sağlığın korunması ile ilgili çalışmalar da bu iki gruba göre yapılır.⁷

2.6. Halk sağlığında iş sağlığı ve çalışma ortamı

Çalışan sağlığının korunması için bireysel ve çevresel faktörlerin kontrol altına alınması önemlidir. Bunun için de iş yerinde hangi faktörlerin var olduğu bilinmelidir. İş yerinde bulunan faktörlerin düzeyi, ölçümlere dayalı olarak belirlenmelidir. İş yeri ortamında herhangi bir etkenin saptanmasından sonra bu etkenin düzeyinin çalışanların sağlığı açısından tehlike oluşturup oluşturmadığının değerlendirilmesi gereklidir. Bu konuda iki önemli uluslararası standart vardır. Birincisi iş yerinde hiçbir zaman ulaşılmaması veya aşılmaması gereken bir düzey anlamına gelen MAK (müsaade edilen azami konsantrasyon) değeri kavramıdır. MAK değerinin aşılması durumunda akut toksik belirtilerin olabileceği öngörülmektedir. İkinci kavram ise ESD (eşik sınır değeri)'dir. Bu değerin çalışma süresi içinde bazı zamanlarda aşılması akut tehlike oluşturmaya da ortalama değerlerin eşik sınır değerini geçmemesi gereklidir.⁷

Gününün en az üçte birini, bazen daha fazlasını işyerinde geçiren bir kişinin, çalışma ortamı, işyeri hekimi tarafından iyi bilinmelidir. Bu gerçek göz ardı edildiğinde o kişinin sağlık durumu ya da hastalıkları ile ilgili değerlendirme oldukça yetersiz kalacaktır. İşyeri hekimi, işyerindeki tehlikeleri belirlemeli, risk analizinin ve risk değerlendirmesinin yapılmasına katılmalı, tehlikelerin kaynağında yok edilmesine yönelik önlemlere öncelik vererek ortadan kaldırılması ve risklerin kontrol altına alınması için çalışanların ve/veya temsilcilerinin görüşlerini de alarak gerekli çalışmaları planlamalıdır.¹³

2.7. İş yeri ortam faktörleri

İş yerinde bulunan sağlık ve güvenlik tehlikeleri oldukça fazla olduğundan birçok gruba ayrılmıştır.⁵ İşyerindeki gürültü, ısı, nem, havalandırma, toz ve vibrasyon gibi ortam faktörlerinin, iş kazalarının meydana gelmesi üzerinde de büyük etkisi vardır.¹⁴

2.7.1. Fiziksel faktörler

En sık rastlanılan ortam faktörleri fiziksel faktörlerdir. Bunlar; termal konfor (ısı, nem, havalandırma), aydınlatma, gürültü, titreşim, radyasyon, yüksek ve düşük basınç olarak sayılabilir. Bu faktörler hemen her çalışma ortamında bulunmakla beraber işyeri ortamlarına göre faktörlerin düzeyleri ve etkileri değişmektedir.^{4,5}

2.7.2. Kimyasal faktörler

İş yerlerinde kullanılan maddeler arasında en fazla bulunanlar kimyasal maddeler olduğundan sayıca en fazla faktör bu gruptadır. Farklı işyerlerinde çok farklı kimyasal maddeler bulunabilir. Bu kimyasalların bazı bileşikleri, vücutta birikime uğrayarak zaman içinde zehirlenmelere ve çeşitli kanserlere neden olabilmektedir. Bazı bileşikler ise birikime uğramaksızın akut tablolara neden olabilir. Kimyasal faktörleri; metaller ve metalsiler, gazlar, solventler (çözücüler), pestisitler, asit ve alkali maddeler olarak gruplandırmak mümkündür.⁵

2.7.3. Biyolojik faktörler

Özellikle sağlık tesislerinde ve laboratuvarlarda çalışanlarda, tarım, hayvancılık ve gıda sektörü çalışanlarında, bakteriler ve virüsler gibi birçok biyolojik tehlikeler mevcuttur.⁵

2.7.4. Tozlar

Havada asılı olarak kalabilen, ağırlığı nedeniyle çökme eğilimi gösteren 0,5-120 mikron büyüklüğündeki katı parçacıklara “toz” denir. Tozların çalışanlar üzerinde sağlık yönünden oluşturduğu sakıncalar; irritasyon (deride ve mukozalarda), akciğerlerde enfeksiyon, alerjik etkiler, bronkospazm, akciğer kanseri ve pnömokonyozlar şeklinde özetlenebilir.¹⁴

2.7.5. Ergonomik faktörler

Çalışma hayatında verimlilik bakımından ergonomik faktörler çok önemlidir. İşyerindeki çalışma koşullarının çalışanların niteliklerine uygun hale getirilmesi ve

sonuç olarak “iş ve çalışan uyumunun sağlanması” olarak ifade edilen ergonomi ve ilkeleri, genel yaşam koşulları bakımından da önem taşımaktadır.⁵

2.7.6. Psiko-sosyal faktörler

Psiko-sosyal faktörler çalışan sağlığının başlıca öğelerindendir. Monoton çalışmak, çalışma düzeni, çalışma ortamı, işyerindeki ilişkiler, çalışma süresi, ücret, örgütlenme, tacizler, ayrımcılık, baskı, yönetim-organizasyon uygulamaları en önemli psiko-sosyal faktörlerdendir. Bu faktörlerden mobbing; bir kişi ya da grubun diğerlerine psikolojik yolla uzun süreli sistematik baskı uygulamasıdır. Psiko-sosyal etkilenim kişide hastalıklara, çeşitli iş kazalarına, alkol ve madde bağımlılığına ve iş göremezliğe neden olabilmektedir. Çalışma ortamındaki kişiler arasında ilişkilerin iyi olması, çalışan bireyin ruhsal ve sosyal durumu üzerinde ve çalışma verimi ile memnuniyeti açısından olumlu pozitif etkiye neden olmaktadır.^{4,5}

2.8. Sağlık çalışanlarının sağlığı

İş sağlığı ve güvenliği açısından önemli olan hizmet sektörünün en önemli kısımlarından birisi de sağlık sektörüdür. Bulaşıcı hastalıklar başta olmak üzere sağlık çalışanlarını etkileyen birçok sağlık riski mevcuttur.⁷

Sağlık bakanlığı, sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair 2014 yılında yayınladığı yönetmelikte sağlık çalışanlarının tanımını ve görev dağılımını bildirmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarını; Tabip, uzman tabip, diş tabibi, uzman diş tabibi, ebe, hemşire, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni/teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni/teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez/ortez teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, eczane teknikeri, ergoterapist, ergoterapi teknikeri, elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, optisyen, acil tıp teknikeri/teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni olarak sıralamıştır. Buna ek olarak diğer meslek gruplarını; biyolog, psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı, sağlık eğitimcisi/tıbbi teknolog,

sağlık idarecisi, çevre sağlığı teknikeri/teknisyeni, yaşlı bakım teknikeri, tıbbi sekreter, biyomedikal cihaz teknikeri olarak tanımlamıştır.^{7,15}

Günümüzde sağlık çalışanları, mesleki olarak birçok tehlike ve risk ile karşılaşmaktadır. Bunlar içinde enfeksiyonlar ve kesici-delici alet yaralanmaları en önemlileridir. Sağlık çalışanlarının iş ortamında kazanacakları enfeksiyonlar, diğer hastalar, diğer sağlık çalışanları, aile bireyleri ve toplum için risk oluşturmaktadır. Sağlık çalışanları, çevrelerinden aldıkları enfeksiyonları, hastalara ve diğer sağlık çalışanlarına taşıyabilmektedirler. Mesleki riskin değerlendirilmesinde sağlık çalışanının hasta ve hasta materyali ile temas olasılığı, temas ettiği hastanın (immunsuprese, yenidoğan, gebe, yoğun bakım hastası vb.) özelliği, sağlık personelinin enfeksiyonlara karşı bağışıklığı, duyarlılığı ve taşıyıcı olup olmaması çok önemlidir.¹⁶

Türkiye’de sağlık çalışanlarının ne kadar, hangi sıklıkta hangi iş kazalarına maruz kaldığı, maruz kalanların ise; yaşamını hangi koşullarda ve nasıl sürdürdüğü, kaç kişinin iş göremez hale geldiği, sakatlık geçirdiği ya da yaşamını kaybettiğine dair bir kayıt sistemi bulunmamaktadır.¹⁷

2.8.1. Sağlık kuruluşlarında iş yeri ortam faktörleri

2.8.1.1. Fiziksel faktörler

Sağlık kuruluşlarında da fiziksel ortam faktörleri önemli yer tutar. Aydınlatma, gürültü, termal konfor şartları (sıcaklık, nem, havalandırma), radyasyon sağlık çalışanlarını etkileyen başlıca fiziksel faktörlerdendir.¹⁸

Fiziksel risk faktörleri; sağlık sektörü çalışanlarında, sağlık sorunlarına, motivasyon kaybına, iş doyumsuzluğuna ve tükenmişlik duygusuna neden olurken kurumlarda iş aksamalarına, kalite düşmesine, hizmet alanlarda memnuniyetsizliğe ve ekonomik kayıplara yol açabilmektedir.¹⁹

2.8.1.2. Kimyasal faktörler

2.8.1.2.1. Anestezi gazları

Ameliyathanelerde kullanılan gazlar sağlık personelleri tarafından da inhale edilir. Anestezi gazları narkotik etkinin yanı sıra karaciğer ve böbrekler için de toksik etkiye sahiptir.⁷

2.8.1.2.2. İlaçlar

Hastalar için kullanılan ilaçlar uygulama aşamasında sağlık çalışanlarına da zarar verebilir. Kanser kemoterapisi için hazırlanan ilaçların hemşirelerde malign hastalık yaptığı ve gebelik döneminde zararlı etkileri olduğu saptanmıştır. Ayrıca antibiyotikler ve birçok ilacın hipersensitiviteye neden olduğu da gösterilmiştir.⁷

2.8.1.2.3. Antiseptik ve dezenfektan maddeler

Sağlık çalışanlarının hizmet uygulamaları sırasında karşılaştıkları kimyasal faktörler içinde birinci sırada dezenfektanlar, ikinci sırada antiseptikler yer almaktadır.¹⁴ Sağlık kuruluşlarında, benzalkonyum klorür, borik asit, fenol, krezol gibi maddeler sıklıkla kullanılmaktadır. Bu maddeler temas halinde irritasyon ve alerjik reaksiyonlar şeklinde sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.⁷

2.8.1.2.4. Sterilizasyon maddeleri

Sterilizasyon amacı ile en çok etilenoksit, gluteraldehit, formaldehit gibi maddeler kullanılır. Bu maddelere bağlı olarak gözler ve solunum yollarında irritan etkiler, karaciğer toksisitesi, nöropati ve gebelik döneminde bazı olumsuzluklar meydana gelebilmektedir.⁷

2.8.1.2.5. Laboratuvar malzemeleri

Laboratuvarlarda kullanılan fiksatif ve solvent maddeler ile çeşitli kimyasal reaktiflerin de laboratuvar çalışanlarının sağlığı üzerinde akciğer ve deriye irritan etki gibi olumsuz etkileri söz konusudur.⁷

2.8.1.3. Biyolojik faktörler

Sağlık hizmet sunumu çalışanları arasında en yaygın bilinen iş yeri riski, mikroorganizmalardır. Sağlık sektörü çalışanları, hastalarla temas sırasında, çalışma ortamlarında çeşitli enfeksiyon etkenleri ile karşı karşıya kalmaktadır.

Tablo 1: Sağlık Kuruluşlarında Sık Görülen Biyolojik Ortam Faktörleri⁷

Virüsler	Bakteriler	Diğer etkenler
HSV	Mycobacterium tuberculosis	Mycoplasma pneumoniae
Hepatit B,C	Salmonella typhi	Chlamydia psittaci
HIV	Neisseria meningitidis	Coxiella burnetti
Influenza	Shigella	
Rubella	Corynebacterium diphtheriae	
Rubeola	Bordetella pertussis	
Mumps		
VZV		
CMV		

Enfeksiyon hastalıkları bakımından; cerrahi branşlarda, enfeksiyon, patoloji bölümlerinde, kan bankası ve hemodiyaliz ünitelerindeki sağlık çalışanları, diğer sağlık birimleri çalışanlarına göre daha fazla risk altındadır.

Enfeksiyon hastalıkları arasında mesleki maruziyete bağlı olarak en sık görülen hastalık, hepatit B enfeksiyonudur. Hepatit B antikor pozitifliği, sağlık personelinde genel topluma göre yüksektir. Enfekte kanın bulaştığı iğne batması ya da kesici alet ile yaralanma en sık bulaşma yoludur. Birçok sağlık çalışanında öldürücü olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi virüsünün (KKKA) ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) virüsünün hastalardan bulaştığı da tespit edilmiştir.⁷

Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık çalışanlarında tüberkülozu değerlendiren bir sistematik değerlendirme, sağlık çalışanlarında tahmin edilen yıllık tüberküloz enfeksiyonu riskinin % 3,9 ile % 14,3 arasında değiştiğini göstermektedir.²⁰

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılında yayınladığı rapora göre; dünyadaki 35 milyon sağlık çalışanı arasında, yaklaşık üç milyon sağlık çalışanı, her yıl kan yoluyla bulaşan patojenlere maruz kalmaktadır. Bunların iki milyonunu HBV, 0,9 milyonu HCV ve 170 binini HIV bulaşı oluşturmakta ve yaralanmalar 15.000 HCV, 70.000 HBV ve 500 HIV enfeksiyonuna neden olmaktadır. Raporda anılan enfeksiyonların % 90'ının düşük gelirli ülkelerde gerçekleştiğine dikkat çekilmektedir.²¹

2.8.1.4. Ergonomik faktörler

Sağlık çalışanlarında ergonomik faktör sorunları olarak karşımıza çıkan kas-iskelet sistemi hastalıklarının nedenleri, çalışma ortamından veya yapılan işten kaynaklanabilmektedir. Sağlık çalışanlarının ergonomik nedenlerden dolayı iş kazası ve meslek hastalığına yakalanması en sık karşılaşılan nedenlerdendir. Sağlık çalışanlarında ayakta kalma, sürekli yürüme, yeteri kadar dinlenme molası vermemenin olumsuz etkileri görülebilmektedir.¹⁸

2.8.1.5. Psiko-sosyal faktörler

Gece çalışması ve vardiya sistemi ile çalışmalara bağlı olarak sağlık çalışanları, sosyal açıdan toplum ile gerektiği kadar ilişki kuramamakta, ilişkilerini sürdürmekte zorluk çekmekte ve kendi ailelerine yeterli zaman ayıramamaktadırlar.

Hasta sorumluluğu ve hastaların sağlık durumlarındaki ciddiyet ve ölümcül hastalıklar da hekim üzerinde baskı oluşturmaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarındaki aşırı hasta yükü de hekim açısından önemli bir psiko-sosyal sorun kaynağıdır.⁷

Psiko-sosyal açıdan olumsuz çalışma ortamı, sağlık kuruluşlarında hataların ve istenmeyen olayların ortaya çıkmasına katkıda bulunan bir faktör olarak da kabul edilmiştir.²²

2.8.1.6. Beslenme

Birçok ülkede yapılan incelemeler, işyerlerinde beslenme olanaklarının sağlanmasının yararlı olduğunu göstermiştir. Yeterli ve dengeli bir beslenme; çalışanın verimini ve yapılan hizmetin kalitesini artırmakta, iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirip çalışanın hastalıklara karşı direncini de artırmakta; işe devamsızlığı, iş kazası ve meslek hastalıklarını ise azaltmaktadır.¹⁰

2.8.1.7. Diğer faktörler

Hasta ve hasta yakınları tarafından sağlık çalışanlarına yönelik şiddet görülebilmektedir. Sağlık çalışanları açısından kaza riski de çok önemlidir. Kazalar en çok çalışırken ele iğne batması veya bıçak kesmesi şeklinde olabilir. Bunun dışında

sıcak maddeler ile temas sonucu yanıklar ve kaygan zeminde düşme sonrası yaralanmalar da görülmektedir.⁷

2.8.2. Acil servisler ve acil sağlık hizmetleri

Acil servisler, acil bakım gerektiren hastalar için kesintisiz hizmet veren hemen müdahale edilmediği takdirde, şiddetli ağrı, sakatlık ve ölümle sonuçlanabilen hastalığı olan insanlara bakım sağlayan sağlık birimleridir.²³

“Temel sağlık hizmetleri şimdi her zamankinden daha fazla” açıklamasını yapan DSÖ, hızla gelişen dünya sağlık sorunlarına en iyi yanıtın organize ve iyi yürütülen temel sağlık hizmetleri ile verilebileceğini belirtmiştir. Bu hizmetlerin en önemli uygulamalarından birinin acil tıbbi yardım uygulamaları olduğu da ayrıca belirtilmiştir.²⁴ Acil servislerdeki bu uygulamalar sırasında; hasta güvenliği, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ve çalışma psikolojisi yönünden ciddi sorunlar ortaya çıkabilmektedir.²³

Acil hastalık ve yaralanma vakalarında bir sağlık ekibiyle birlikte en kısa sürede olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak amacıyla acil sağlık hizmetleri verilmelidir.²⁵ Hedef, “nöbetçi, emanetçi” anlayışı yerine “görevli, işin sahibi” anlayışının hakim olduğu acil sağlık hizmeti (ASH) sistemidir.²⁶

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde “acil sağlık hizmeti”, acil olduğu düşünülen bireyin kurum içi veya kurum dışında ilk değerlendirildiği andan, hayati tehlikeyi atlatıp ve/veya durumu stabil olup, uygun bir servise nakledildiği yada taburcu edildiği zamana kadar geçen süreçte verilen tüm hizmetler olarak tanımlanmıştır.²⁷

Acil servisler, hastaların zaman geçirmeden değerlendirilmesi, stabilize edilmesi ve hızla hastaneye yatırılması düşünülerek tasarlanmasına rağmen, son zamanlarda hasta sayısındaki artış ve hastanelerde yeterli yatak olmamasına bağlı olarak, hastaların acil servislerde takip ve tedavi edilmesi gerekmekte ve acil servisler esas amaçlarından uzaklaşmaktadır.²³

2.8.2.1. Acil sağlık hizmetleri çalışanları

Hekimler, hemşireler, teknisyenler, sekreterler, diğer yardımcı sağlık personelleri başlıca acil sağlık çalışanlarıdır. Acil sağlık sistemi ve çalışanları, sağlık sisteminin

vitrinini oluşturmaktadır. Acil servisler, toplum sağlık sorunlarıyla en fazla yoğunlaşan sağlıklı hizmet sunum alanıdır. Acil çalışanlarının ortamı, bir takım birlikteliğini gerektirir ve hekim bu takımın lideridir.²⁸

2.8.2.2. Acil sağlık hizmetlerinde etkili olan sağlık faktörleri

2.8.2.2.1. Hekim sağlığı

Sağlık çalışanları, kronik hastalıklar için bazı olumsuz sağlık davranışlarını beklenenden daha çok gösterebilmektedir. Hekimlerin yaralanması ya da hastalanmasının sağlık hizmeti verimliliğinin üzerindeki etkileri hem bireysel hem de sağlık sistemi için çok önemli olabilmektedir. Hekimler, hastaları ile ilgilenirken kendi bakımlarını ihmal edebilmekte ve kendi sağlıkları da hastalarını etkileyebilmektedir. Bir meslek grubu olarak hekimlerin genel sağlık riskleri içerisinde; tükenmişlik, kimyasal bağımlılık, intihar, radyasyon etkilenimi, bulaşıcı hastalıklar ve tekrarlayan travma sonucu oluşan sağlık bozuklukları sayılabilmektedir. Hekimler arasındaki stres ve depresyon, diğer işgücü gruplarında olduğu gibi, psikolojik ve sosyal açıdan önemli derecede zayıflığa ve bazı durumlarda mesleki davranışlarında bozulmalara neden olabilmektedir.^{29,30}

Acil servis nöbetleri sırasındaki çalışma temposunda epinefrin salgısı, vücut ısısı artmakta ve solunum sayısı yükselmektedir. Kalp hızı ve diyastolik kan basıncı da nöbetler esnasında yükselebilmektedir. Acil servis hekimleri bu yüzden de daha çok mesleki sağlık riski altındadır.³¹

Acil hekimleri düzenli olarak işle ilgili travmatik olaylarla ve tempolu-heyecanlı çalışma koşullarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu durum stres bozukluklarına neden olmaktadır.^{32,33}

2.8.2.2.2. İş doyumu ve çalışan memnuniyeti

İş doyumu için 1976'da "kişinin iş veya mesleki deneyiminin değerlendirilmesinden kaynaklanan keyif verici ya da olumlu bir duygusal durum" ya da "bir çalışanın kendi işine olan duygusal yönelimidir, çalışanların işlerinden duydukları hoşnutluktur." şeklinde tanımlar yapılmıştır.^{34,35,36}

İş doyumunu, çalışanların yaptıkları işten ve bu işi yaptıkları fiziksel ortamdan ve çalışma atmosferinden duydukları tatmini ifade eder. Duygusal bir kavram olduğundan, algılanması da kişiden kişiye farklılık göstermektedir.³⁷

Çalışma ortamı iş doyumunu, iş doyum düzeyi de çalışma ortamını etkiler. Bu karşılıklı bağlantı ve denge içinde iş doyumunu yüksek olan sağlık çalışanları, hasta için önemli olan tedavi edici sağlıklı ortamı yaratabilirler. Özellikle meslek dışı yaşamları doğrudan etkilenen ve sürekli özveri gerektiren hekimlik ve hemşirelik gibi mesleklerde, iş doyumunu büyük önem taşımaktadır.³⁸ İş doyumunu ve yaşam kalitesi arasında da pozitif anlamlı ilişki vardır.³⁹

Birçok çalışmada, iş stresi ve iş motivasyonunun iş doyumunu büyük ölçüde etkileyebildiği ve bunun da sağlık bakımının sağlanmasını ve niteliğini etkilediği saptanmıştır.⁴⁰

İş doyumundaki azalmalar, iş veriminde düşme, konsantrasyonda azalma, hatalarda artış, hoşgöründe azalma, kişilerarası ilişkilerde çatışmalar ve duyarsızlıklar, çok sık rapor alma ve işe geç gelme gibi davranışlara neden olabilmektedir.⁴¹

Acil servis çalışanlarının başarı duygusu, terfi olanakları, yaratıcılık, çalışma koşulları, iş güvencesi ve ücret gibi konularda desteklenmesi iş doyumunu artırmaktadır.⁴²

Acil sağlık hizmetleri için çalışanlarda memnuniyet değerlendirmesi, iş doyumunu için mutlaka yapılmalıdır.²⁸

2.8.2.2.3. Kalabalık acil servisler

Hastaların acil servisleri başvurularda öncelikli tercih etmesi, büyük şehirlerdeki eğitim hastanelerinde başta olmak üzere birçok acil serviste aşırı hasta yoğunluğuna yol açmaktadır. Böylece hastaların bekleme süreleri uzayabilmekte, ciddi hastalığı olan hastaların tedavileri gecikebilmekte, hasta memnuniyetsizliği artabilmekte, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkabilmektedir.⁴³ Kısa süre içerisinde çok sayıda hastanın muayenesini yapmak durumunda olan hekim, bir yandan aşırı hasta yükünden dolayı sıkıntıya girmekte diğer taraftan hızlı muayene sırasında hastalara yeteri kadar zaman ayıramamaktadır.⁷

Acil servisteki aşırı kalabalık, son on yılda dünya çapında önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerine olan artan talep ve hastane yatakları

yetersizliği de acil servis kalabalığında önemli bir nedendir.⁴⁴ Buna bağlı olarak acil servislerin uygunsuz kullanımı sağlık hizmet sunumu açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Acil servislerin gereksiz kullanımı ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Çevik ve arkadaşlarının (2014) Balıkesir’de yaptığı çalışmada; acil servise başvuran hastaların % 24’ünün hiç müdahale gerektirmeyen stabil hastalar olduğu, % 33’ünden tetkik istendiği ve bu göstergelerle acil servislerin uygunsuz kullanıldığı saptanmıştır.⁴⁵

Ergin ve arkadaşlarının (2011) Ankara’da yaptığı çalışmada acil servis kalabalığına neden olan en önemli faktörün, yatış verilen hastaların hastane yataklarına transfer edilememesi olduğu saptanmıştır.⁴⁶

İdari amaçlı muayenelerin (işe girme, kurumlara kabul, askere alınma, spora katılım ve ceza evine giriş öncesi yapılan muayene ile sigorta ve tıbbi belgenin çıkarılması) yapılması talebi yüksek oranda mesai saatlerinde yapılıyor olsa da acil servislere tüm gün boyunca ciddi bir iş yükü getirmektedir.⁴⁷

Türkiye’de birçok acil servis birimi kritik derecede kalabalıktır ve bu durum kaliteli tıbbi bakımın yapılmasını engellemektedir.⁴⁸

2.8.2.2.4. Acil servislerde çalışma süreleri ve vardiya düzeni

Türkiye’de sağlık personeli sayısı temel alındığında, yetersiz miktardaki sağlık personelinin iş gücü ve çalışma süresi artırılarak hizmet verdiği görülmektedir. Hastanelerde sunulan hizmet, doğrudan insan hayatını etkilediğinden yataklı sağlık kurumları 24 saat hizmet veren nadir kurumlardandır. Kesintisiz hizmet vermek, hem çalışan sağlığı açısından hem de sunulan hizmetin kalitesi bakımından olumsuz etkiler yaratabilmektedir.³⁸

Vardiya alışması; gündüz çalışması, sürekli vardiya çalışması, dönüşümlü vardiya çalışması ve nöbet şeklindeki çalışma olarak sınıflandırılabilir. İnsan vücudu gündüz (gün işığında) alışmaya uygundur. Kortizol ve melatonin hormonları gece yüksek salınım düzeyine ve etkilere sahiptir.⁷

Vardiyalı sisteminde gece de çalışmak zorunda kalan bireylerde serebrovasküler hastalıklar, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, diyabet ve dispepsi vb. diğer sağlık problemleri, gündüz düzenli çalışanlara göre daha sık görülmektedir. Belirtilen bu fiziksel hastalıkların yanı sıra, pek çok psikiyatrik bozukluk ve sosyal yaşama uyumsuzlukla ilgili sorunlar da oldukça sıktır. Vardiyalı alışanlarda yaygın olarak

depresyon ve anksiyete bozuklukları tespit edilirken, uykusuzluk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları gibi bilişsel bozukluklar da bu psikopatolojilere eşlik etmektedir.⁴⁹

Acil servislerdeki shift (vardiyalı) şeklinde çalışma, çalışanları gece uykusuz bıraktığı için tek başına yeterli stres kaynağıdır. Bu çalışma düzeni, kişilerin ciddi sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Kronik olarak uyku azlığının hasta bakımlarında da problemler ortaya çıkardığı bildirilmektedir.^{19,50} Nöbet düzeni acil servis çalışanları için en önemli yıpranma nedenidir.²⁸

2.8.2.2.5. Şiddet

Şiddet, “Kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı olarak uygulanması” olarak tanımlanmaktadır.⁵¹

Şiddet, çalışanların sunduğu hizmet kalitesini olumsuz etkilemekte, örgüt güvenliğini negatif etkileyerek sorunlara neden olmakta, çalışanların hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve iş görememelerine, yönetime ve çalışanlara güvenin azalmasına hatta ölüme neden olabilmektedir.

Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıdır. Sağlık ortamında hekime ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler, sağlık çalışanları için belki de gün geçtikçe daha tehlikeli olmaktadır. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet eylemleri sağlık kurumlarını ciddi biçimde etkilemekte ve çalışanların tükenmişliğine ve verimsizliğine neden olmaktadır.^{19,52,53,54,55}

Sağlık hizmeti sektörü genel mesleklerin içinde yaklaşık 10 katı kadar fazla saldırı riskine sahiptir. Acil servisler, bu tür olaylar için en büyük risk altındadır. Acil servislerin sağlık hizmetleri personeli, sıklıkla ziyaretçiler ve hastalar kaynaklı olmak üzere şiddet mağduruur.⁵⁶

WHO, ILO ve International Council of Nurses (ICN)’nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranlarına bakıldığında,

genel olarak % 3-17'sinin fiziksel, % 27-67'sinin sözel, % 10-23'ünün psikolojik, % 0,7-8'inin cinsel içerikli, % 0,8-2,7'sinin etnik şiddete uğradıkları bildirilmiştir.⁵⁷

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin uluslararası ve ulusal birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer iş yerlerine göre belirgin ölçüde fazla olduğu ve daha az kayda alındığıdır. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte ortak kanı, özellikle ülkemizde çalışanların haklarını savunacak yasal düzenlemelerin yeterli olmamasıdır.^{52,53}

Her gün yaşanan sağlıkta şiddet olayları Türkiye'de olağan karşılanmaktadır. Oysa mevcut durum artık sayılara bile dökülmeye gerek olmayacak bir görünürlüğe, günlük hekimlik pratiği içerisinde doğru bilinen uygulamaları yapmaktan, söylemekten çekinilecek bir aşamaya sıçramıştır. Buna eklenen SABİM (sağlık bakanlığı iletişim merkezi) şiddeti ve yönetici tutumlarıyla hekimler meslekten soğumaktadır.⁵⁸

Şiddetin nedenleri taraflar arasındaki etkileşim, örgütsel faktörler, çevresel faktörler, toplumsal faktörler başlıkları altında değerlendirilmiştir. Şiddet türleri;

2.8.2.2.5.1. Sözel şiddet

Bağırma, kötü konuşma, küfür, hakaret, azarlama, aşağılama şeklinde uygulanan bir şiddet türüdür. Sözel şiddette, korku unsuru önemli bir olgudur. Bu durumda sözler ve hareketler korkutma, sindirme, istediğini yaptırma amacıyla kullanılmaktadır. Hakaret etme, küçük görme, aşağılama, ağır sözler, söyleme, güveni sarsarak psikolojik açıdan istismara yol açan uygulamalar sözel şiddet olarak algılanmaktadır.

2.8.2.2.5.2. Fiziksel şiddet

İnsanların bedensel bütünlüğüne karşı dışarıdan yöneltilen, sert ve acı verici eylemler olarak tanımlanmaktadır.

2.8.2.2.5.3. Psikolojik şiddet

Bireyin psikolojik sağlık durumunu bozan, üzen, inciten, sarsan, kendisini baskı ve tehdit altında hissetmesine neden olan her türlü tutum psikolojik şiddet olarak değerlendirilmektedir.

2.8.2.2.5.4. Cinsel şiddet

Çocuğa, gence, kadına ve diğ er bireylere y onelik olarak laf atma, el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar varan geniş bir yelpazede gerçekleşen cinsel taciz ve saldırıdır.

2.8.2.2.5.5. Ekonomik şiddet

Bireyi bağımlı ve fakir hale getiren, ekonomik kaynakların ve paranın birey üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanıldığı şiddet türüdür.²⁵

2.8.2.2.6. İş stresi

İş stresi, bireyi normal fonksiyonlarından saptıran psikolojik ve fiziksel davranışlarını değıştiren işle ilgili etmenlerin sonucunda oluşan psikolojik bir durumdur.⁵⁹

Acil hekimleri için stres oluşturan nedenler; kalabalık acil servisler, ani ölümlerle yüz yüze gelme, çok az zamanda hayati kararlar alma, kaba ve saldırgan hastalarla ilgilenme zorunluluğu, meslektaş desteğinin yetersizliği, uzun nöbet süreleri, iş yoğunluğu, yüzde yüz tanı koyma zorunluluğu, tıbbi hata yapma korkusu, bakım verilen hastaların ciddiyeti, vardiya şeklindeki çalışma programı, yetersiz maddi kazanç, zehirlenme olguları, sevklerde yaşanan sorunlar, dinlenmek için belli zaman sürelerinin olmaması, kötü hastane çalışma ortamları olarak sayılabilir.^{60,61,62,63}

Acil servis hekimi ne kadar iyi olursa olsun en küçük hatası ölümcül olabilir. Acil servis hekimleri, her gün binlerce hastanın yaşama çizgisini zorlar. Acil servis hekimlerinin çoğu iş hayatındaki streslere bağlı gelişen rahatsızlıklarla başa çıkmaya çalışır.⁶⁴ Strese bağlı olarak huzursuzluk, gerginlik, kaygı, depresif bozukluklar, uyku bozuklukları, alkol ve madde kullanımında artış görülebilmektedir.⁶⁵

Acil birimlerindeki sağlık  alışanlarında iş stresinin mevcut olduğu, mesleki risklerin stresi daha fazla artırdığı, mesleğin ekonomik yönden çalışanları tatmin etmediği Koç'un (2009) İstanbul'da yaptığı çalışmasında belirtilmiştir.⁶⁶

2.8.2.2.7. Tükenmişlik

Tükenmişlik, kişinin güncel olaylar karşısında olumsuz bakışı ve ümitsizliğinin süreklilik kazandığı ve kişinin potansiyelinin tükendiği bir durum olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik, iş yerlerindeki kişiler arası strese yanıt olarak uzun vadede oluşan psikolojik bir sendromdur. Maslach ve Jackson, tükenmişlik özelliklerini duygusal tükenme, depersonalizasyon ve azalmış kişisel başarı duygusu bileşimi olarak kavramlaştırmaktadır. Tükenmişlik sendromu, daha çok doğrudan insana hizmet veren, insan ilişkilerinin önemli olduğu mesleklerde çalışanlarda görülmektedir.^{67,68,69}

Doktorlarda yüksek standartta tıbbi bakım sunma ihtiyacı, kişilik türünün yanı sıra çalışma ortamı nedeniyle yaşanan stres, kolayca tükenmeye neden olabilmektedir.⁷⁰

Tükenmişlik ayrıca bedensel sağlık bozulmaları, depresyon, evlilik sorunları ve zararlı madde kullanımı ile de ilişkilendirilmiştir.⁷¹

2.8.2.2.8. Hekimlerin adli sorumlulukları ve yasal çerçeve

Adli raporlar, adli makamlarca hekimden istenilen, kişinin tıbbi durumunun tespit edilerek sorulan soruları yanıtlayan hekimin hakkında görüş ve kanaatini bildirecek içerikte düzenlenen resmi belgelerdir. Hekimlerin koruyucu ve tedavi edici tıbbi görevlerinin yanı sıra adli rapor düzenleme gibi adli yükümlülükleri de bulunmaktadır. Adli olguların gereğince muayene edilmemesi, bulguların kaydedilmemesi ve adli rapor düzenlenmemesi hekimlik sorumluluğunu yerine getirmemekle eş değerdir.⁷²

Türkiye’de, mezuniyet öncesi ve sonrası adli tıp eğitiminin yetersizliği ve adli tıp konularının yeterince bilinmemesi nedeniyle acil hekimleri, adli rapor düzenleme aşamasında çekingen ve tedirgin davranmaktadırlar. Yaralanma sonrası düzenlenen ilk raporlardaki eksiklikler ve hatalar, geri dönüşümsüz sonuçlar doğurabilmektedir.⁷³ Ülkemizde adli tıp hizmetlerinin büyük bir kısmı adli tıp uzmanı olmayan hekimlerce verilmektedir.⁷⁴

Bunlara bağlı olarak adli rapor yazımı, adli muayeneler ve bilirkişilik, hekimler açısından sorun oluşturmaktadır. Hekimlere, eğitimleri sırasında bu konulara yeteri kadar yer verilmediği için adli işlemler sırasında güçlük çekmektedirler.⁷

Türk Ceza Kanunu (TCK)’nın 4(1). Maddesine göre kanunu bilmemek gerekçe değildir. Acil tedavide hekimin, hem kısa sürede belli bir disiplin içinde pek çok şey yapması, birçok bilgi ile dolu olması ve öncelikle yaşamı kurtaracak şekilde hareket

etmesi beklenmekte hem de hukuki sorumluluklarından hiç ödün vermemesi ve hukuk kurallarını eksiksiz olarak yerine getirmesi istenmektedir.⁷⁵

Acil servis hekimlerini adli sorumlulukları açısından zor durumda bırakabilecek başlıca konular;

- I. Hastaların acil servise kabulü,
- II. Kendini acil olarak gören herkesin muayene edilmesinin zorunluluğu,
- III. Acil olgularda hastanın rızasının alınması, meslek sırrının saklanması,
- IV. Adli rapor hazırlama yükümlülüğü,
- V. Acil serviste tıbbi uygulamalar ve konsültasyon hizmetleri,
- VI. Acil servis hizmetlerinde karşılaşılan tıbbi uygulama hataları,
- VII. Ölüm olgularında hekimin sorumluluğu,
- VIII. Acil servis kayıtlarının tutulması yükümlülüğü,⁷⁶
- IX. Zehirlenmelerde toksikolojik inceleme için örnekleri saklama yükümlülüğü.⁷⁷

Ayrıca acil servis hizmetlerinde görevli hekimlerin en sık karşılaştığı sorunun, hastanın acil olup olmadığının belirlenmesi olduğu da bildirilmiştir.⁷⁶

Acil servis hekimi, bazen tanıya yönelik yeterli öykü, laboratuvar, röntgen tetkiki ve konsültasyonlar olmadan hastasına derhal tedaviye başlamak durumunda kalabilmektedir. Acil hekimi, acil hastalara hastalıkları ile ilgili yeterli bilgi veremediği ve hastanın bilincinin yerinde olmadığı durumlarda sorun yaşayabilmektedir.⁷⁸

2.8.2.2.9. Eğitim

Tıp eğitimi süresince verilecek acil tıp eğitiminde amaçlar; acil yardım uygulayabilme, problem listesi oluşturabilme, ayırıcı tanı için tartışma oluşturabilme, uygun tedavi planı yapabilme, acil tıbbın sosyal yönü ile ilgili bilgi sahibi olma, temel hayat kurtarıcı uygulamaları yapabilmektir.⁷⁹ Tıp fakültelerinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine yönelik eğitim yapılmaktadır.²⁶

Acil birimlerde çalışan hekimlerin travma kurslarına katılmış ve standart yaklaşım tarzını kavramış ve uygulayabilir olmaları gerekmektedir. Ayrıca acil servis çalışanlarına acil servislerde bulunan cihazların nasıl kullanıldığına dair eğitimler de verilmektedir.²⁶

2.8.2.2.10. Triaaj

Triaaj, bir hasta için acil serviste uygulanan ilk faaliyet, hastalarda klinik aciliyet temelinde tedavi ve ihtiyaçların önceliğini almak için karar verme sürecidir. Triaaj, hastanın durumunun hayatı tehdit eden derecesini ve semptomları hafifletmek için acil tedaviye ihtiyaç duyulup duyulmadığını karakterize eden hasta aciliyetinin sınıflandırılması olarak tanımlanır.⁸⁰

Hastane acil servislerinde, hastaları karşılayan deneyimli bir sağlık personeli hastanın triajını yaparak hasta ve yakınlarına yön göstermektedir. Sedyeye, tekerlekli arabanın gösterilmesi ve verilmesi, hasta yakınları dinlenme salonuna yönlendirilmesi ve ihtiyaç duyulduğunda davet edilmesi triaj uygulamasına yardımcı olur.²⁶

Gelişmekte olan bir çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de triaj sistemi etkili kullanılmamaktadır. Türkiye’de başlatılan bazı triaj uygulamalarında ise dünyada sık bilinen ölçekler uyarlanmaya çalışılmıştır. Kullanılan uygulamaların da Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları henüz yoktur.⁸¹

Türkiye’de hastanelerde triaj için renk uygulaması yapılmış, renk ve hastalık sınıflandırması bakanlıkça tebliğ edilmiştir. Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama ve usul esasları hakkında tebliğine göre renk kodlaması ve triaj uygulaması yapılmış sarı, kırmızı ve yeşil alan vaka niteliğine göre sınıflanmıştır. Buna göre;

Yeşil alanda; ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.

Sarı alanda; hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durum veya orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumdaki hastalar.

Kırmızı alanda; hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar veya hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli hastalar bulunmalıdır.⁸²

2.8.2.2.11. Personel, ekipman

Acil yardım hizmetlerinin verilebilmesi ve nitelik-nicelik olarak kalitesinin yüksek tutulabilmesi için yardımcı sağlık personelinin yeterli sayıda olması gereklidir.

Acil vakalarda kullanılacak sarf ve demirbaş malzemeleri ile yeni üretilen teknik malzemelerin, kurumlar tarafından temini ve sunumu sağlanmaktadır.²⁸

Acil servislerde öncelikle acil tıp uzmanları ve acil tıp biliminin gerektirdiği mezuniyet sonrası asgari eğitim modüllerini tamamlamış ve bu konuda yeterli bulunmuş pratisyen hekimlerin görev yapması gerekmektedir.²⁶

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 2015 istatistiklerinde dünyada her on bin nüfus başına ortalama 13,9 doktor, 28,6 hemşire ve ebe olduğunu belirtmiştir.⁸³ Ülkemizde ise sağlık istatistikleri yılı 2015 raporunda on bin nüfus başına 17,9 doktor ve 26,1 hemşire ve ebe düştüğü belirtilmiştir.¹

2.8.2.2.12. Hasta memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, hastanın tedavisi ve bakımı için beklentisinin veya daha fazlasının karşılanmasıdır. Hasta memnuniyeti, yüksek verimlilik, üretken personel, moral artışı, tıbbi hatalarda azalma, mesleki doyum açısından önemlidir.⁸⁴

Memnuniyet, subjektif bir hasta ve hasta yakını algısı olmakla birlikte, sağlık hizmeti kalitesinin en önemli göstergesi olarak kabul edilmektedir. Hasta memnuniyetini etkileyen üç ana grup; hastalar, sağlık hizmet sunucuları ve işyeri ortamıdır.⁸⁵ Hasta memnuniyetini etkileyen diğer faktörler ise yönetim, triaj sistemi, işlerin kolay halledilmesi, bulunabilir malzeme ve ekipmanlar, azaltılmış vardiya çalışması, hastalara gösterilen özen ve iyi iletişim, acile ulaşım kolaylığı, muayene odasına ulaşım kolaylığı, muayeneye kadar geçen süre, mekanın temizliği, acil serviste görevli doktor ve hemşirelerin davranışları ve tıbbi bakım deneyimleri, hastanın tüm süreç boyunca bilgilendirilmesi ile acil servisteki bekleme süresi olarak sayılabilir.^{84,86,87}

2.8.2.2.13. Acil servis mimarisi ve fiziki yapı

Acil servisler hastanenin ücra bir köşesindeki uzantısı değil, hastaneler acil servislerin bir uzantısıdır.²⁶ Acil servislerde uygun genişlik, uygun ses düzeni, iklimlendirme ve diğer mekan özellikleri gibi fiziksel mekanın rahatlığını oluşturan etmenler acil çalışanlarını olumlu etkiler.²⁸ Fiziki yapının yeterli olması acil servislerin etkin ve verimli şekilde kullanılması açısından önemlidir.⁸⁸ Acil servislerde en az bir

oda resüsitasyon odası olarak hazırlanmalı ve tüm malzemeler açıkta ve kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilmelidir.²⁶

2.8.2.2.14. Acil servislerde konsültasyonlar

Konsültasyon hizmetleri, acil servis hizmetlerinin önemli bir çalışma alanını oluşturur. Acil servis hekiminin sorumluluğu, ancak hastanın sorumluluğunun başka bir hekim tarafından üstlenilmesi ile sona ermektedir. Acil servislerde konsültasyon hizmetleri ile ilgili olarak yaşanan en büyük sorun, konsültan hekimin zamanında hastaya müdahale edememesi veya konsültasyon hizmetini telefonla veya başka yöntemlerle hastayı görmeden yapmasıdır. Konsültasyona öncelikle uzman hekim gitmelidir. Diğer bir problem ise acil servis hekiminin konsültasyon hekimini uygun endikasyonla konsültasyona davet etmemesi, buna karşın konsültan hekimin de konsültasyona geç gelmesi veya hiç gelmeyerek telefonla acil hekimini yönlendirmesi şeklindedir.⁸⁹

Türkiye’de yapılan çalışmalarda, acil servislerde konsültasyon isteme oranı genel olarak % 20-40 olarak verilmiştir. Yapılan farklı iki çalışmada, acil servislerde en sık konsültasyon istenen bölümlerin, iç hastalıkları, kardiyoloji ve ortopedi uzmanlık alanları olduğu belirlenmiştir.^{90,91}

2.8.2.2.15. Sevk sistemi

Birinci basamak sağlık kuruluşları kişilerin ilk başvuru yerleridir. Sevk zincirinin işletilmesi bunu gerçekleştirebilecektir.²⁴

Türkiye’nin sağlık sistemi incelendiğinde; aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezlerinden oluşan birinci basamak, devlet hastanelerinin oluşturduğu ikinci basamak, sağlık bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinden oluşan üçüncü basamak sağlık kuruluşları bulunmaktadır. Bu düzenleme, doğru çalışan bir sevk zinciri varlığında her hastanın ihtiyaç duyduğu oranda bakım almasını ve sistem kaynaklarını doğru kullanmasını sağlamaktadır. Bir üst basamağa sevk edilecek hastaların seçimi ve hastaya uygun önlem ve koşulların sağlanmış olması dikkat edilmesi gereken hususlardır.^{92,93} Günümüzde böyle bir sevk zinciri maalesef uygulanmamaktadır.

Türkiye’de Ertan ve arkadaşlarının (2010), Almacioğlu’nun (2011) çalışmalarında, acil servise yapılan sevklerin büyük çoğunluğunun ilgili birimlere haber verilmeksizin kurum ambulansları ile gerçekleştirildiği, hastaların büyük çoğunluğunun epikriz olmaksızın gönderildiği ve ilk başvuru merkezlerinde yapılan uygulamaların sevk edildikleri kuruma bildirilmediği saptanmıştır.^{93,94}



3. MATERİYAL ve METOD

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Adana, Türkiye'nin güneyinde Akdeniz bölgesinin doğusunda yer alan yüzölçümü 14.125 km² olan bir ildir. Adana ilinde toplam 15 ilçe ve 828 mahalle bulunmaktadır. Adana ilinin Aladağ, Ceyhan, Feke, İmamoğlu, Karaisalı, Karataş, Kozan, Pozantı, Saimbeyli, Tufanbeyli, Yumurtalık, Yüreğir, Seyhan, Sarıçam ve Çukurova ilçeleri bulunmaktadır. Adana ilinin 2014 yılı sayımları itibariyle nüfusu 2.165.595'dir. Seyhan; 779.232, Yüreğir; 419.240, Çukurova; 353.680, Sarıçam; 143.547 nüfusa sahip olan il merkezindeki ilçelerdir.^{95,96}

Araştırma süresinde Adana merkez ilçelerinde, beş kamu hastanesi, iki üniversite hastanesi, 10 özel hastane, 14 tıp merkezi olmak üzere toplam 31 sağlık kuruluşu 37 farklı noktada faaliyetlerini sürdürmektedir. Bazı sağlık kuruluşları birkaç farklı yerde bulunmakta, bazı sağlık kuruluşlarında ise erişkin ve çocuk acil üniteleri ayrı hizmet vermektedir. Seyhan, Yüreğir, Çukurova ve Sarıçam ilçeleri arasında Seyhan ilçesi, sağlık kuruluşlarının en çok bulunduğu ilçe olarak belirlenmiştir.

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma Adana il merkezinde acil servislerde çalışan hekimlerin çalışma koşullarını, sorun ve çözüm önerilerini belirleme amacıyla yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (EK-1), Adana ili kamu hastaneleri kurumundan (EK-2) ve diğer özel sağlık kuruluşlarından izin alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini Adana il merkezinde dört merkez ilçedeki 37 bölgedeki 31 sağlık kuruluşunun acil servislerinde görev yapan toplam 248 acil servis hekimi oluşturmaktadır.

3.4. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Seçimi

Çalışmamızda acil servislerde çalışan hekimler için örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir.

Her acil servise birçok kez gidilerek 216 (% 87) hekime ulaşılmış ve 202 (% 81,4) hekime araştırmacı tarafından yüz yüze görüşmeyle anket uygulanmıştır. Hekimlerden 14'ü (% 5,6) çalışmaya katılmak istemediği için 202 hekimle çalışma tamamlanmıştır. Ankete katılan acil hekimlerinden yazılı aydınlatılmış onam formu alınmıştır (EK-3).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce farklı birim ve sağlık kuruluşlarında çalışan 20 acil servis hekimi ile görüşülerek ön uygulama yapılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir. Daha sonra Adana il merkezindeki tüm acil servis hekimlerine ulaşmak için her sağlık kuruluşuna yedi günlük süre içerisinde birçok kez gidilmiş ve görüşmelerde her bir acil servis hekimine bir, bölüm ve birim sorumlusuna ise iki bölüm anket yüz yüze görüşmelerle uygulanmıştır. Hekimlerin kimlik bilgileri ve çalıştıkları kurum isimleri alınmamış olup araştırma verileri 01 Temmuz-31 Aralık 2016 arasında toplanmıştır.

Anketi uygulamaya başlamadan önce, yapılacak çalışmanın yöntemi ve amacı anlatılmıştır. Anket ile elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı ve kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağı konusunda bilgi verilerek katılımcıların onamları alınmıştır.

3.6. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

Hekim sağlığı, şiddete uğrama, mahkemede bulunma, hekim ve hasta memnuniyeti, eğitim yorumu, adli yükümlülükler, sevk sistemi ile ilgili olan hekim cevapları

3.7. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni durum
- Çocuk sayısı

- Eş mesleği
- Kurum tipi
- Acil serviste ve hekimlikte çalışma süresi
- Aylık çalışma süresi
- Çalışma statüsü
- Çalışma grubu
- Sağlık kuruluşu ilçesi
- Günlük hasta sayısı
- Kırmızı alanda değerlendirilen hastaların oranı
- Sevk edilen hasta oranı

3.8. Anket Formu

Anket formu 69 sorudan ve 2 bölümden oluşmaktadır (EK-4).

Birinci bölüm: Sosyodemografik özellikler, hekimlerin sağlık durumları, adli boyut, şiddet, eğitim, sağlık kuruluşu özellikleri, sevk sistemi ve memnuniyet ile ilgili soru ve önerilerden oluşup tüm hekimlere uygulanmıştır ve 60 sorudan oluşmaktadır

İkinci bölüm: Yalnızca birim yöneticisi ve sağlık kuruluşu sisteminden alınmıştır ve 9 sorudan oluşmaktadır.

3.9. Verilerin Analizi

Katılımcılara anket uygulanırken soruların çok yanıt seçeneği olan bazı değişkenler istatistiksel analizler için yeniden gruplandırılmıştır (kurum tipi, çalışma statüsü, şiddete uğrama durumu, mahkemede bulunma durumu, çalışma ve nöbet sonrası iyilik derecesi, acil serviste çalışmaktan ve hekim olmaktan memnuniyet durumu, çalışılan günde hekim başına düşen muayene sayısı).

Çalışma sonrası iyilik derecesi puanları; iyi:4, hafif yorgun:3, yorgun:2, çok yorgun:1, tükenmiş:0 olarak verilmiştir. Hekimlikten ve acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi puanları; Çok memnun:4, memnun:3, memnun sayılır:2, çok az memnun:1, hiç memnun değil:0 olarak verilmiştir.

Çalışmamızda kurumlarda 2016 yılında yapılan toplam acil muayene sayısı ve acil muayene sayısının güne ve günde çalışan hekim başına hasta sayısı oranlanarak günlük hekime düşen acil muayene sayısı ile analiz yapılmıştır. Çalışmamızda ayrıca

kurumlardan yıllık sevk edilen hasta oranı verileri ve acil serviste kırmızı alanda değerlendirilen hasta yüzdesi değerleri ve günlük acil servise başvuru sayıları birden çok devlet hastanesi, özel hastane, tıp merkezleri için kendi arasında ortalamaları alınıp analizleri buna göre yapılmıştır.

Çalışmamızda hekimlerin sigara ve alkol kullanma durumları sorgulanmış olup her gün en az bir kez sigara içenler sigara kullanan gruba alınmıştır. Alkol kullanma sıklığı ise her gün kullanma, haftada bir kullanma, ayda bir kullanma, ayda birden daha nadir kullanma veya hiç kullanmama olarak seçeneleştirilmiştir.

İstatistiksel analiz olarak verilerin değerlendirilmesinde frekans tabloları, çapraz tablolar, ki-kare testi, t testi, varyans analizi, korelasyon analizi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve demografik değişkenlere göre incelenen değişkenler açısından fark olup olmadığını ortaya koymak amacıyla, parametrik test varsayımlarının gerçekleştiği durumlarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve gerçekleşmediği ikiden fazla değişkenli analizlerde ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Çoklu gruplar arasında farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için Tukey HSD, Tamhane ve Mann-Whitney U ileri analiz yöntemleri kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma veya medyan (min-max), sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Anlamlılık açısından p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 19.0 for Windows paket programı kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada bazı sınırlılıklar bulunmaktadır:

- Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacının kendisinin hazırlamış olduğu sorulardan elde edilmiş olan verilere dayanmaktadır.
- Anket yöntemiyle sorulara ayrı kişilerce ayrı anlamlar verilebilmektedir.
- Acil hekimlerinin mesai içerisinde yüz yüze görüşme için yeterli zaman çok zor şekilde bulunmuş, birçok hekim sorulara hızlı cevap vermek zorunda kalmıştır.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yanları

- Çalışma acil servis sorunlarını hekim bakış açısıyla ortaya koyan çok merkezli ve çok amaçlı bir niteliktedir.
- Adana ili merkezi; üniversite hastanesi, devlet hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi, çok sayıda özel hastaneler ve tıp merkezini bulundurması nedeniyle kurum ile çalışma statüsü karşılaştırmaları yapmak için ayrıca farklı sosyokültürel düzeydeki merkez ilçeleri de acil sağlık hizmeti açısından değerlendirmek adına uygun bir evren olmuştur.

3.12. Araştırmanın Bütçesi

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Biriminden TTU-2016-5680 no'lu araştırmamıza proje fonu alınmıştır. Bu şekilde veri toplama, değerlendirme ve yazım aşamasında kullanılan araç ve gereç temin edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 202 acil servis hekimine ait verilerin analizi yapılarak sunulmuştur.

4.1. Acil Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin 153'ü (% 75,7) erkek, 141'i (% 69,8) evli hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin 114'ü (% 58,4) kamu kurumlarında çalışmakta, 47'si (% 23,3) özel hastanelerde çalışmaktadır.

Araştırmamızda vardiya çalışma düzeninde çalışan hekim sayısı 140'tır (% 69,3). Hekimlerin 105'i (% 52) pratisyen hekim olup 92'si (% 45,5) erişkin acil ünitelerinde çalışmaktadır.

Araştırmamızdaki 202 acil hekiminin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı sayı ve yüzdeler ile Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırmamızdaki Acil Hekimlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler	n (202)	%
Cinsiyet		
Erkek	153	75,7
Kadın	49	24,3
Medeni durum		
Evli	141	69,8
Bekar	61	30,2
Çocuk sayısı		
0	78	38,6
1	42	20,8
2	70	34,7
3 ve daha fazla	12	5,9
Eş mesleği		
Çalışmıyor	33	23,4
Doktor	55	39,0
Doktor dışı sağlık personeli	9	6,4
Öğretmen	14	9,9
Diğer çalışan	30	21,3
Çalışılan kurum		
Kamu üniversite hastanesi	32	15,8
Eğitim ve Araştırma hastanesi	42	20,8
Devlet hastanesi	44	21,8
Özel hastane	47	23,3
Tıp Merkezleri	37	18,3
Çalışılan kurum		
Kamu	118	58,4
Özel	84	41,6
Çalışma şekli		
Vardiya	140	69,3
Gündüz mesai ve gece nöbeti	34	16,8
Yalnız gündüz	28	13,9
Çalışma statüsü		
Pratisyen hekim	105	52,0
Asistan hekim	55	27,2
Acil uzmanı	29	14,4
Diğer uzman hekim	13	6,4
Çalışma grubu		
Erişkin acil	92	45,5
Tüm aciller	68	33,7
Çocuk acil	32	15,8
Ortopedik acil	3	1,5
Kadın hastalıkları ve doğum acil	2	1,0
Psikiyatrik acil	5	2,5
Sağlık kuruluşu ilçesi		
Seyhan	81	40,1
Yüreğir	65	32,2
Sarıçam	34	16,8
Çukurova	22	10,9
Sorumlu hekim olma durumu		
Sorumlu hekim	28	13,9
Sorumlu hekim olmayan	174	86,1

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin yaş ortalaması; 38,3±9,6 yıl, hekimlikte çalışma süresi ortalaması; 153,1±111,5 ay, acil serviste çalışma süresi ortalaması; 106,4±92,2 ay, aylık çalışma süresi ortalaması; 233,8±59,2 saat olarak bulunmuştur.

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin ortalama yaşı, çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi ve aylık çalışma süresi ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Ort±SD	Dağılım Aralığı
Yaş	38,3±9,6 yıl	25-72 yaş
Çalışma süresi	153,1±111,5 ay	6-564 ay
Acil serviste çalışma süresi	106,4±92,2 ay	2-408 ay
Aylık çalışma süresi	233,8±59,2 saat	100-500 saat

Çalışılan kurum tipine göre cinsiyet ve çalışma statüsü karşılaştırıldığında kadın hekimlerin daha büyük kısmı kamu kurumlarında görev yapmaktadır ($\chi^2=7,782$, $p=0,005$). Acil uzmanı ve asistan hekimler ise daha çok kamu kuruluşlarında çalışmaktadır ($\chi^2=86,732$, $p<0,001$, Tablo 4).

Tablo 4. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı

Değişkenler		Çalışılan kurum tipi						p/ χ^2
		Kamu		Özel		Toplam		
		n	% *	n	% *	n	% **	
Cinsiyet	Erkek	81	52,9	72	47,1	153	75,7	p=0,005 $\chi^2=7,782$
	Kadın	37	75,5	12	24,5	49	24,3	
Çalışma statüsü	Pratisyen	29	27,6	76	72,4	105	52,0	p<0,001 $\chi^2=86,732$
	Acil uzmanı/Asistan	79	94,0	5	6,0	84	41,6	
	Diğer uzman	10	76,9	3	23,1	13	6,4	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Acil hekimlerinin çalışılan kuruma ($F=15,761$, $p<0,001$), çalışma şekline ($F=4,631$, $p=0,011$) ve sağlık kuruluşu ilçesine ($F=10,557$, $p<0,001$) göre yaş ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Tukey HSD ileri analizi yapıldığında yaş ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın; çalışılan kurumlar içerisinde kamu üniversite hastanesinden, çalışma şekli özelliklerine göre yalnız gündüz çalışmaktan, sağlık kuruluşu ilçeleri içerisinde ise sarıçam ilçesinden kaynaklandığı bulunmuştur.

Acil hekimlerinin çalışma statülerinin yaşa göre dağılımı analiz edildiğinde çalışma statüsüne göre yaş ortalamaları anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 5). Mann-Whitney U ile ileri analiz yapıldığında bu farkın asistan hekimlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 5. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Yaşa Göre Dağılımı

Değişkenler	n (202)	Yaş		
		Ort±SD	F/p	
Çalışılan kurum				
Kamu Üniversite Hast.	32	31,5±7,3	F=15,761 p<0,001	
Eğitim ve Araştırma Hast.	42	32,6±6,9		
Devlet Hast.	44	41,1±8,7		
Özel Hast.	47	41,1±8,4		
Tıp merkezleri	37	43,5±10,7		
Çalışma şekli				
Vardiya	140	37,8±10,1	F=4,631 p=0,011	
Gündüz ve gece	34	36,0±8,3		
Yalnız gündüz	28	43,0±7,5		
Sağlık kuruluşu ilçesi				
Seyhan	81	41,9±9,0	F=10,557 p<0,001	
Yüreğir	65	35,8±8,7		
Sarıçam	34	32,8±9,3		
Çukurova	22	40,4±9,9		
Çalışma statüsü*		Ortanca Min-Max		
Pratisyen hekim	105	41	26-72	p<0,001
Asistan hekim	55	28	25-48	
Acil uzmanı	29	38	30-51	
Diğer uzman hekim	13	42	30-58	

*Kruskal Wallis ile analiz edilmiştir.

Acil hekimlerinin çalışılan kuruma ($F=7,916$, $p<0,001$), çalışma şekline ($F=9,352$, $p<0,001$) ve sağlık kuruluşu ilçesine ($F=5,596$, $p=0,001$) göre acil serviste çalışma süresi ortalamaları arasında da anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Tukey HSD ileri analizi yapıldığında acil serviste çalışma süreleri ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın; çalışma şekli özelliklerine göre yalnız gündüz çalışmaktan, sağlık kuruluşu ilçeleri içerisinde ise sarıçam ilçesinden kaynaklandığı bulunmuştur. Tamhane ileri analizinde çalışılan kurumlar içerisindeki acil serviste çalışma süreleri arasındaki anlamlı farkın kamu üniversite hastanesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Acil hekimlerinin çalışma statülerinin acil serviste çalışma süresine göre dağılımı analiz edildiğinde çalışma statüsüne göre acil serviste çalışma süresi ortalamaları anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$, Tablo 6). Mann-Whitney U ile ileri analiz yapıldığında bu farkın asistan hekimlerden kaynaklandığı saptanmıştır.

Tablo 6. Acil Hekimlerinin Çalışma Özelliklerinin Acil Serviste Çalışma Süresine Göre Dağılımı

Değişkenler	n (202)	Acil serviste çalışma süresi /ay		
		Ort±SD	F/p	
Çalışılan kurum			F=7,916 p<0,001	
Kamu Üniversite Hast.	32	58,0±76,7		
Eğitim ve Araştırma Hast.	42	64,6±67,1		
Devlet Hast.	44	129,7±108,0		
Özel Hast.	47	138,3±82,5		
Tıp merkezleri	37	127,5±89,9		
Çalışma şekli			F=9,352 p<0,001	
Vardiya	140	100,2±84,9		
Gündüz ve gece	34	79,0±92,4		
Yalnız gündüz	28	170,7±101,7		
Sağlık kuruluşu ilçesi			F=5,596 p=0,001	
Seyhan	81	130,9±93,1		
Yüreğir	65	95,0±87,1		
Sarıçam	34	60,4±78,4		
Çukurova	22	120,9±96,2		
Çalışma statüsü*		Ortanca	Min-Max	p<0,001
Pratisyen hekim	105	120	6-408	
Asistan hekim	55	24	2-72	
Acil uzmanı	29	156	32-264	
Diğer uzman hekim	13	36	3-408	

*Kruskal Wallis ile analiz edilmiştir.

Araştırmamızda kamuda çalışan acil hekimlerinin yaş ortalaması özelde çalışan hekimlerin yaş ortalamasından düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-5,129$, $p<0,001$, Tablo 7).

Tablo 7. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Kurum Tipine Göre Dağılımı

Değişkenler	Kurum (Ort±SD)	
	Kamu(n:118)	Özel(n:84)
Yaş (yıl)	35,8±8,8	42,1±9,4
	p<0,001	
Hekimlikte çalışma süresi (ay)	124,2±104,2	193,3±109,4
	p<0,001	
Acilde çalışma süresi (ay)	87,0±92,3	133,5±85,5
	p<0,001	
Aylık çalışma saati (saat)	226,2±44,7	244,2±74,1
	p=0,050	

Acil hekimlerinin bazı çalışma özelliklerinin değer ortalamaları, cinsiyet grupları arasında karşılaştırıldığında erkeklerin yaş ($t=2,915$, $p=0,004$), hekimlikte çalışma süresi ($t=2,244$, $p=0,026$), acilde çalışma süresi ($t=3,528$, $p=0,001$) ve aylık çalışma saati ($t=2,630$, $p=0,009$) ortalamalarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Değişkenler	Cinsiyet (Ort±SD)	
	Erkek (n:153)	Kadın (n:49)
Yaş (yıl)	39,3±9,8	34,8±8,2
	p=0,004	
Hekimlikte çalışma süresi (ay)	162,8±112,8	122,2±102,3
	p=0,026	
Acilde çalışma süresi (ay)	117,2±95,8	72,4±70,6
	p=0,001	
Aylık çalışma saati (saat)	239,8±62,1	214,6±44,8
	p=0,009	

4.2. Acil Hekimlerinin Sağlığı İle İlgili Özellikler

Araştırmamızdaki acil hekimlerinde bulunan hastalıklar Tablo 9’da, hekimlerin ilaç kullanma durumları Tablo 10’da gösterilmiştir. Araştırmamızda hekimlerde en çok bulunan hastalık % 48,5 ile peptik ülser-gastrit olurken, hekimlerin % 62,9’u hiç ilaç kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 9. Acil Servis Hekimlerinin Belirttikleri Hastalıklarının Dağılımı

Hastalıklar*	n	%
Hiç hastalığı olmayan	41	20,3
Peptik ülser, gastrit	98	48,5
Lumbal herni, Bel ağrısı	81	40,1
Tinea pedis	11	5,4
Hepatit B	2	1,0
Uyku bozukluğu	84	41,6
Varis	32	15,8
Hemoroid	19	9,4
Depresyon	39	19,3
Diyabetes mellitus	8	3,9
Hipertansiyon	11	5,4
Koroner arter hastalığı	4	1,9
Diğer (migren, huzursuz bacak send. astım...)	25	12,4

*Birden fazla bilgi girişi bulunmaktadır.

Tablo 10. Acil Servis Hekimlerinin İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı

İlaç kullanma durumu*	n	%
İlaç kullanmayan	127	62,9
Ağrı kesici ilaç kullanan	26	12,9
Anti depresan ilaç kullanan	15	7,4
Anti ülser ilaç kullanan	30	14,9

*Birden fazla bilgi girişi bulunmaktadır.

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin kişisel koruyucu donanım kullanma durumları Tablo 11’de gösterilmiştir. Araştırmamızdaki hekimlerde en sık kullanılan kişisel koruyucu donanım önlük-iş elbisesidir (% 77,7).

Tablo 11. Acil Servis Hekimlerinin Kişisel Koruyucu Kullanma Durumlarının Dağılımı

Kişisel koruyucu kullanma durumu*	n	%
Kişisel koruyucu kullanmayan	21	10,4
Maske	57	28,2
Kep-bone	24	11,9
Önlük-iş elbisesi	157	77,7
Eldiven	150	74,3
Terlik-ayakkabı	106	52,5

*Birden fazla bilgi girişi bulunmaktadır.

Araştırmamızdaki hekimlerin 65’i (% 32,2) nöbet-çalışma sonrası kendini tükenmiş hissettiğini belirtirken 94’ü (% 46,5) hastalığını ihmal ettiğini belirtmiştir. Hekimler yüksek oranda hastalık ve kaza riski taşıdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 12. Acil Hekimlerinin Hekim Sağlığı İle İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Hekim sağlığı durumu	n	%
Nöbet-çalışma sonrası yorgunluk durumu (iyilik derecesi)		
İyi (4)	7	3,5
Hafif yorgun (3)	13	6,4
Yorgun (2)	58	28,7
Çok yorgun (1)	59	29,2
Tükenmiş (0)	65	32,2
İhmal edilen hastalık varlığı		
Evet	94	46,5
Hayır	108	53,5
Hastalık riski taşıma		
Evet	199	98,5
Hayır	3	1,5
Meslek hastalığı riski taşıma		
Evet	192	95,0
Hayır	10	5,0
İş kazası riski taşıma		
Evet	195	96,5
Hayır	7	3,5

Kamu kurumlarında çalışan hekimlerin nöbet ve çalışma sonrası iyilik derecesi ortalaması özel kurumlarda çalışan hekimlere göre düşük olup aradaki fark anlamlıdır ($t=-3,355$, $p=0,001$, Tablo 13).

Tablo 13. Acil Hekimlerinin Çalışma Sonrası İyilik Derecesinin Kurum Tipine Göre Dağılımı

	Kurum (Ort±SD)	
	Kamu(n:118)	Özel(n:84)
Nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi	2,0±0,9	2,5±1,1
p=0,001		

Araştırmamızdaki hekimlerin 77'si (% 38,1) sigara kullandığı belirlenmiştir. Acil hekimlerinin 146'sı (% 72,2) hiç alkol kullanmamaktadır. Acil hekimlerinin sigara ve alkol kullanma durumları gösterilmiştir (Tablo 14).

Tablo 14. Acil Hekimlerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları-1

Sigara ve alkol kullanma durumları	n	%
Sigara kullanma durumu		
Kullanan	77	38,1
Kullanmayan	125	61,9
Alkol kullanma durumu		
Hiç kullanmayan	146	72,2
Ayda bir veya daha az kullanan	26	12,9
Haftada bir kullanan	24	11,9
Hemen her gün kullanan	6	3,0

Acil hekimlerinin sigara ve alkol kullanmaya başlama yaşlarının 25 olduğu gösterilmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. Acil Hekimlerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları-2

Sigara ve alkol kullanma durumları	Ort±SD
Sigara kullanma süresi (yıl)	13,4±8,7
Alkol kullanma süresi (yıl)	12,7±8,9
Sigaraya başlama yaşı	25,5±7,5
Alkole başlama yaşı	25,1±6,5

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin bazı çalışma özelliklerinin nöbet-çalışma sonrası iyilik derecelendirmesine göre ilişkisi incelenmiş olup çalışılan kurum ($F=5,046$, $p=0,001$) ve çalışma şekli ($F=3,946$, $p=0,021$) ile nöbet-çalışma sonrası iyilik dereceleri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tukey HSD ileri analizi yapıldığında nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın; çalışılan kurumlar içerisinde tıp merkezlerinden, çalışma şekli özelliklerine göre ise yalnız gündüz çalışmaktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Acil hekimlerinin çalışma statülerinin ve çalışma gruplarının çalışma-nöbet sonrası iyilik derecelendirmesine göre dağılımı analiz edildiğinde çalışma statüleri ($p=0,040$) ve çalışma grubu ($p=0,013$) grupları arasında nöbet sonrası iyilik dereceleri arasında anlamlı fark bulunmuştur. Mann-Whitney U ile ileri analizde bu farkın çalışma statüsü grubunda pratisyen hekimlerden, çalışma grubu içerisinde ise tüm aciller grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Acil Hekimlerinin ve Bazı Özelliklerinin Nöbet Sonrası Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler	n (202)	Nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi		
		Ort±SS	F/p	
Çalışılan kurum				
Kamu Üniversite Hast.	32	1,3±1,0	F=5,046 p=0,001	
Eğitim ve Araştırma Hast.	42	0,9±0,9		
Devlet Hast.	44	0,9±0,9		
Özel Hast.	47	1,3±1,1		
Tıp merkezleri	37	1,7±1,2		
Çalışma şekli				
Yalnız gündüz	28	1,7±1,2	F=3,946 p=0,021	
Vardiya	140	1,1±1,0		
Gündüz ve gece	34	1,3±1,1		
Sağlık kuruluşu ilçesi				
Seyhan	81	1,2±0,9	F=0,204 p=0,893	
Çukurova	22	1,2±1,5		
Yüreğir	65	1,1±1,1		
Sarıçam	34	1,3±1,0		
Çalışma statüsü*		Ortanca Min-Max		
Pratisyen hekim	105	2	0-4	p=0,040
Acil uzmanı	29	1	0-4	
Asistan hekim	55	1	0-3	
Diğer uzman hekim	13	1	0-4	
Çalışma grubu*		Ortanca Min-Max		
Tüm aciller	68	2	0-4	p=0,013
Çocuk acil	32	1	0-3	
Erişkin acil	92	1	0-3	
Diğer acil	10	1	0-4	

*Kruskal Wallis ile analiz edilmiştir.

Araştırmamızda uyku bozukluğu yaşayan ve yaşamayan acil hekimlerinin yaş ortalamaları arasında ($t=-2,033$, $p=0,043$), nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasında ($t=-6,290$, $p<0,001$), hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-3,037$, $p=0,003$) ve acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-3,123$, $p=0,002$) anlamlı fark bulunmuştur.

Kendisinde depresyon olduğunu bildiren acil hekimlerinin acil serviste çalışma süresi ortalaması, depresyon olmayan hekimlerin acil serviste çalışma süresi ortalamasından az olup aradaki fark anlamlıdır ($t=-3,461$, $p=0,001$). Araştırmamızda depresyon olan ve olmayan acil hekimlerinin nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasında ($t=-3,370$, $p=0,001$), hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-4,576$, $p<0,001$) ve acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-3,978$, $p<0,001$) anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel Özelliklerinin Mevcut Hastalıklara Göre Dağılımı-1

Bazı kişisel özellikler	Uyku bozukluğu (Ort±SD)		Depresyon (Ort±SD)	
	Var(n:84)	Yok(n:118)	Var(n:39)	Yok(n:163)
Yaş	36,63±8,9	39,42±10,0	36,2±8,4	38,7±9,8
	p=0,043		p=0,156	
Hekimlikte çalışma süresi (ay)	136,2±105,07	164,9±114,3	129,0±99,5	158,7±113,7
	p=0,071		p=0,136	
Acilde çalışma süresi (ay)	95,8±85,7	113,8±96,2	72,0±60,4	114,6±96,6
	p=0,173		p=0,001	
Aylık çalışma saati	229,9±62,6	236,5±56,9	223,2±47,5	236,2±61,6
	p=0,436		p=0,218	
Hekime düşen günlük muayene sayısı	67,2±44,0	71,8±53,4	66,8±44,7	70,6±50,9
	p=0,520		p=0,670	
Nöbet- çalışma sonrası iyilik derecesi	1,70±0,8	2,55±1,08	1,69±0,92	2,31±1,0
	p<0,001		p=0,001	
Hekimlikten memnuniyet derecesi	1,66±1,28	2,21±1,23	1,17±1,33	2,17±1,19
	p=0,003		p<0,001	
Acil serviste çalışma memnuniyet derecesi	1,23±1,2	1,81±1,34	0,84±1,19	1,74±1,30
	p=0,002		p<0,001	

Araştırmamızda kendisinde peptik yakınma olan acil hekimlerinin yaş ortalaması peptik yakınma olmayan hekimlerin yaş ortalamasından az olup aradaki fark anlamlıdır. ($t=-2,557$, $p=0,011$) Araştırmamızda peptik yakınma olan ve olmayan acil hekimlerinin nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasında ($t=-3,593$, $p<0,001$) ve hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-2,391$, $p=0,018$) istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur.

Lumbal herni-bel ağrısı olan ve olmayan acil hekimlerinin nöbet-çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasında ($t=-2,986$, $p=0,003$), hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-2,237$, $p=0,026$) acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=-2,826$, $p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 18).

Tablo 18. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel Özelliklerinin Mevcut Hastalıklara Göre Dağılımı-2

Bazı kişisel özellikler	Peptik yakınma (Ort±SD)		Lumbal herni-Bel ağrısı (Ort±SD)	
	Var(n:98)	Yok(n:104)	Var(n:81)	Yok(n:121)
Yaş	36,50±8,5	39,91±10,4	38,60±8,8	38,02±10,2
	p=0,011		p=0,677	
Hekimlikte çalışma süresi (ay)	136,6±100,4	168,4±119,4	157,68±105,8	149,88±115,4
	p=0,042		p=0,628	
Acilde çalışma süresi (ay)	92,1±74,6	119,8±104,7	104,8±93,2	107,4±91,9
	p=0,031		p=0,849	
Aylık çalışma saati	238,0±60,2	229,7±58,3	231,7±61,4	235,1±58,0
	p=0,322		p=0,692	
Hekime düşen günlük muayene sayısı	66,06±43,8	73,7±54,8	66,7±46,5	72,0±51,7
	p=0,278		p=0,468	
Nöbet- çalışma sonrası iyilik derecesi	1,92±0,94	2,45±1,12	1,93±0,9	2,37±1,1
	p<0,001		p=0,003	
Hekimlikten memnuniyet derecesi	1,76±1,25	2,19±1,28	1,74±1,27	2,14±1,26
	p=0,018		p=0,026	
Acil serviste çalışma memnuniyet derecesi	1,40±1,29	1,73±1,32	1,25±1,280	1,78±1,30
	p=0,082		p=0,005	

Kendisinde depresyon olduğunu bildiren hekimlerin oranı nöbet-çalışma sonrası kendisini tükenmiş hisseden hekimlerde daha yüksek oranda olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($\chi^2=10,398$, $p=0,001$, Tablo 19).

Tablo 19. Acil Hekimlerinin Kendini Tükenmiş Hissetme ve Depresyon İlişki Dağılımı

		Depresyon						p/ χ^2
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	% *	n	% *	n	% **	
Çalışma sonrası tükenmiş hissetme	Evet	21	32,3	44	67,7	65	32,2	p=0,001 $\chi^2=10,398$
	Hayır	18	13,1	119	86,9	137	67,8	
Toplam		39	19,3	163	80,7	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Kendisinde uyku bozukluğu olduğunu bildiren hekimlerin oranı nöbet-çalışma sonrası kendisini tükenmiş hisseden hekimlerde, kendisini tükenmiş hissetmeyen hekimlere oranla yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($\chi^2=23,817$, $p<0,001$, Tablo 20).

Tablo 20. Acil Hekimlerinin Kendini Tükenmiş Hissetme ve Uyku Bozukluğu İlişki Dağılımı

		Uyku bozukluğu						p/ χ^2
		Evet		Hayır		Toplam		
		n	% *	n	% *	n	% **	
Çalışma sonrası tükenmiş hissetme	Evet	43	66,2	22	33,8	65	32,2	p<0,001 $\chi^2=23,817$
	Hayır	41	29,9	96	70,1	137	67,8	
Toplam		84	41,6	118	58,4	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

4.3. Hekim ve memnuniyeti ile ilgili özellikler

Araştırmamızdaki hekimlerin 50'si (% 24,8) acil serviste çalışmaktan, 72'si (% 35,7) hekim olmaktan memnun olduğunu söylemiştir. Hekimlerin 131'i (% 64,9) acil serviste çalışarak emekli olmayı düşünmemektedir.

Hekim memnuniyeti ile ilgili acil hekimlerinin görüşleri tabloda verilmiştir (Tablo 21).

Tablo 21. Acil Servis Hekimlerinin Çalışma Memnuniyeti Durumlarının Dağılımı

Çalışan memnuniyeti durumları	n	%
Acil serviste çalışmayı isteme durumu		
Evet	168	83,2
Hayır	34	16,8
Acil serviste çalışmaktan memnuniyet durumu (derecesi)		
Hiç memnun değil (0)	64	31,7
Çok az memnun (1)	32	15,8
Memnun sayılır (2)	44	21,8
Memnun (3)	50	24,8
Çok memnun (4)	12	5,9
Hekim olmaktan memnuniyet durumu (derecesi)		
Hiç memnun değil (0)	38	18,9
Çok az memnun (1)	35	17,3
Memnun sayılır (2)	39	19,3
Memnun (3)	72	35,6
Çok memnun (4)	18	8,9
Aylık ele geçen net gelir (TL)		
4000-6000	23	11,4
6001-8000	85	42,1
>8000	94	46,5
Acil servisten emekli olma düşüncesi		
Evet	71	35,1
Hayır	131	64,9

Acil serviste çalışmaktan memnuniyet dereceleri ile çalışılan kurum ($F=5,663$, $p<0,001$), çalışma şekli ($F=3,933$, $p=0,021$), sağlık kuruluşu ilçesi ($F=5,495$, $p=0,001$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tukey HSD ileri analizi yapıldığında acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın; çalışılan kurumlar içerisinde kamu üniversite hastanesinden, çalışma şekli özelliklerine göre yalnız gündüz çalışmaktan, sağlık kuruluşu ilçeleri içerisinde ise sarıçam ilçesinden kaynaklandığı bulunmuştur.

Araştırmamızda hekimlerin çalışma statülerine göre acil serviste çalışmaktan memnuniyet dereceleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,036$). Mann-Whitney U ile ileri analizde bu farkın diğer uzman hekimlerden kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Memnuniyetlerine Göre Dağılımı

Değişkenler	n	Acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi		
		Ort±SD	F/p	
Çalışılan kurum				
Kamu Üni. Hast.	32	2,3±1,3	F=5,663 p<0,001	
Eğit. Araş. Hast.	42	1,6±1,1		
Devlet Hast.	44	0,9±1,3		
Özel Hast.	47	1,5±1,3		
Tıp merkezleri	37	1,6±1,3		
Çalışma şekli				
Vardiya	140	1,5±1,3	F=3,933 p=0,021	
Gündüz ve gece	34	1,3±1,3		
Yalnız gündüz	28	2,2±1,4		
Sağlık kuruluşu ilçesi				
Seyhan	81	1,4±1,3	F=5.495 p=0,001	
Yüreğir	65	1,6±1,2		
Sarıçam	34	2,3±1,3		
Çukurova	22	1,0±1,4		
Çalışma statüsü*		Ortanca Min-Max		
Pratisyen hekim	105	1	0-4	p=0,036
Asistan hekim	55	1	0-3	
Acil uzmanı	29	1	0-4	
Diğer uzman hekim	13	1	0-4	

*Kruskal Wallis ile analiz edilmiştir.

Aylık ele geçen geliri 8000 TL üzerinde olan hekimlerin oranı erkek hekimlerde ($\chi^2=19,62$, $p<0,001$), özel hastane ve tıp merkezi hekimlerinde ($\chi^2=80,88$, $p<0,001$) diğer hekimlere göre yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (Tablo 23).

Tablo 23. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Gelirlerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Aylık gelir (TL)								p/ χ^2
	4001-6000		6001-8000		>8000		Toplam		
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% **	
Cinsiyet									
Erkek	9	5,9	66	43,1	78	51,0	153	75,7	p<0,001 $\chi^2=19,62$
Kadın	14	28,6	19	38,8	16	32,7	49	24,3	
Çalışılan kurum tipi									
Kamu Üni.H.	10	31,2	20	62,5	2	6,2	32	15,8	p<0,001 $\chi^2=80,88$
Eğit.Araş.Hast.	6	14,3	28	66,7	8	19,0	42	20,8	
Devlet Hast.	2	4,5	25	56,8	17	38,6	44	21,8	
Özel Hast.	3	6,4	6	12,8	38	80,9	47	23,3	
Tıp merkezleri	2	5,4	6	16,2	29	78,9	37	18,3	
Toplam	23	11,4	85	42,1	94	46,5	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Aylık ele geçen geliri 8000 TL üzerinde olan hekimlerin oranı hekim olmaktan hiç memnun olmayan hekim grubunda anlamlı derecede daha yüksektir ($\chi^2=10,093$, $p=0,039$, Tablo 24).

Tablo 24. Acil Hekimlerinin Hekimlikten Memnuniyet Durumlarının Gelirlerine Göre Dağılımı

Hekimlikten memnuniyet	≤ 8000		> 8000		Toplam		p/ χ^2
	n	% *	n	% *	n	% **	
Hiç memnun değil	14	36,8	24	63,2	38	18,8	p=0,039 $\chi^2=10,093$
Çok az memnun	18	51,4	17	48,6	32	17,3	
Memnun sayılır	28	71,8	11	28,2	44	19,3	
Memnun	37	51,4	35	48,6	50	35,6	
Çok memnun	11	61,1	7	38,9	12	8,9	
Toplam	108	53,5	94	46,5	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Aylık ele geçen geliri 8000 TL üzerinde olan hekimlerin oranı özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerde istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($\chi^2=63,810$, $p<0,001$, Tablo 25).

Tablo 25. Acil Hekimlerinin Çalıştıkları Kurum Tiplerinin Gelirlerine Göre Dağılımı

		Aylık gelir						p/ χ^2
		≤ 8000		> 8000		Toplam		
		n	% *	n	% *	n	% **	
Kurum tipi	Kamu	91	84,3	17	15,7	108	53,5	P<0,001 $\chi^2=63,810$
	Özel	21	28,7	67	71,3	94	46,5	
Toplam		118	58,4	84	41,6	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin emeklilik düşüncesi olanlar ve emeklilik düşüncesi olmayanların yaş ortalamaları arasında ($t=3,382$, $p=0,001$), hekimlikte çalışma süresi ortalamaları arasında ($t=3,450$, $p=0,001$), acil serviste çalışma süresi ortalamaları arasında ($t=2,295$, $p=0,024$), hekime düşen günlük muayene sayısı ortalamaları arasında ($t=-2,544$, $p=0,012$), nöbet ve çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasında ($t=3,835$, $p<0,001$), hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=4,982$, $p<0,001$) ve acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=4,993$, $p<0,001$) ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır (Tablo 26).

Tablo 26. Acil Hekimlerinin Bazı Özelliklerinin Emeklilik Düşüncelerine Göre Dağılımı

Bazı özellikler	Emeklilik düşüncesi (Ort±SD)	
	Evet (n:71)	Hayır (n:131)
Yaş	41,6±11,8	36,4±7,6
	p=0,001	
Hekimlikte çalışma süresi (ay)	193,0±135,5	131,3±89,3
	p=0,001	
Acilde çalışma süresi (ay)	128,0±106,4	94,6±81,5
	p=0,024	
Aylık çalışma saati	231,7±53,6	234,8±62,3
	p=0,726	
Hekime düşen günlük muayene	57,9±38,5	76,4±53,8
	p=0,012	
Nöbet- çalışma sonrası iyilik derecesi	2,6±1,1	2,0±1,0
	p<0,001	
Hekimlikten memnuniyet derecesi	2,5±1,2	1,7±1,2
	p<0,001	
Acil serviste çalışma memnuniyet derecesi	2,2±1,1	1,2±1,2
	p<0,001	

4.4. Acil Servis Kalabalığı İle İlgili Özellikler

Kurum tiplerine göre acil servise yıllık toplam başvuru sayıları 365'e bölünerek günlük ortalama acil servis başvuruları hesaplanmıştır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, tıp merkezlerine başvuru sayıları kendi içerisinde ortalamaları alınarak analiz edildiğinde kurumlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=199,89$, $p<0,001$). Tamhane ileri analizi yapıldığında günlük acil muayene sayısı ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın devlet hastanesi ve eğitim ve araştırma hastanesinden kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 27).

Tablo 27. Acil Servislere Günde Başvuru Sayısının Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı-1

	Kurum	Ort	SD	F/p
Günlük ortalama acil servis başvuru sayısı	Kamu Üniversite Hastanesi	169,6	51,8	F=199,89 p<0,001
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	837,3	172,5	
	Devlet Hastanesi	877,5	323,1	
	Özel Hastane	117,5	66,2	
	Özel Tıp Merkezi	141,9	103,3	
	Toplam	438,9	396,0	

Acil hekimlerinin bulundukları acil servise gelen günde hasta sayısı ortalaması kamu ve özel kurumlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede farklıdır ($t=14,691$, $p<0,001$, Tablo 28).

Tablo 28. Acil Servislere Günde Başvuru Sayısının Kurum Özelliklerine Göre Dağılımı-2

	Çalışılan kurum (Ort±SD)	
	Kamu	Özel
Günlük ortalama acil servis başvuru sayısı	665,9±379,6	128,3±35,4
	P<0,001	

Acil servislere günde ortalama başvuru sayısının vardiyadaki hekim sayısına bölünmesiyle elde edilen günlük hekim başına acil muayene sayısı ortalamaları analizinde çalışılan kurum ($F=26,509$, $p<0,001$) ve sağlık kuruluşu ilçesi ($F=15,377$, $p<0,001$) özelliklerine göre günlük hekim başına düşen acil muayene sayıları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Tamhane ileri analizi yapıldığında hekim başına düşen günlük acil muayene sayısı ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın; çalışılan kurumlar içerisinde devlet hastanesinden, sağlık kuruluşu ilçeleri içerisinde ise Sarıçam ve Çukurova ilçesinden kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 29. Acil Hekimlerinin Çalışma Özelliklerine Göre Günlük Muayene Sayı İlişkisi Dağılımı

Değişkenler	n	Günlük acil muayene sayısı (hasta/hekim)	
		Ort±SD	F/p
Çalışılan Kurum			
Kamu Üniversite Hast.	32	33,1±10,4	F=26,509 p<0,001
Eğitim ve Araştırma Hast.	42	84,6±17,9	
Devlet Hast.	44	117,4±69,6	
Özel Hast.	47	46,1±29,8	
Tıp merkezleri	37	62,9±42,7	
Sağlık kuruluşu ilçesi			
Seyhan	81	85,2±64,6	F=15,377 p<0,001
Yüreğir	65	81,0±30,9	
Sarıçam	34	36,0±15,4	
Çukurova	22	33,3±8,7	

4.5. Şiddet ile ilgili özellikler

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin 178'i (% 88,1) şiddete uğramıştır. Hekimlerin 178'i (% 88,1) sözel şiddete, 62'si (% 30,7) fiziksel şiddete maruz kalmıştır (Tablo 30). Acil hekimlerinin uğradığı şiddet sıklığı, türüne göre dağılımı Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 30. Acil Hekimlerine Uygulanan Şiddetin Türlerine Göre Dağılımı

Şiddet Türü*	n	%
Fiziksel şiddet	62	30,7
Sözel şiddet	178	88,1
Psikolojik şiddet	45	22,3
Cinsel şiddet	1	0,5

*Birden fazla bilgi girişi bulunmaktadır.

Tablo 31. Acil Hekimlerine Uygulanan Şiddet Sıklığının Türlerine Göre Dağılımı

	Şiddet Türü									
	Fiziksel		Sözlü		Psikolojik		Cinsel		Toplam	
Şiddet Sayısı	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
0	140	69,3	24	11,9	157	77,7	201	99,5	24	11,9
1-5	60	29,7	23	11,4	13	6,4	0	0,0	23	11,4
6-10	2	1,0	9	4,5	2	1,0	0	0,0	9	4,5
>10	0	0,0	146	72,3	30	14,9	1	0,5	146	72,3

*Sütun yüzdesi

Araştırmamızdaki acil hekimlerine en sık şiddet uygulayan kişiler hasta ve hasta yakınlarıdır. Acil hekimlerine şiddet uygulayan kişilere göre şiddet sıklığının dağılımı gösterilmiştir (Tablo 32).

Tablo 32. Acil Hekimlerine Uygulanan Şiddet Sıklığının Uygulayan Kişilere Göre Dağılımı

	Şiddet Uygulayan Kişi									
	Hasta		Hasta yakını		Hekim		Diğer Sağlık Personeli		Diğer	
Şiddet Sayısı	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
0	56	27,7	23	11,4	196	97,0	196	97	201	99,5
1-5	23	11,4	27	13,4	4	2,0	4	2	1	0,5
6-10	1	0,5	5	2,5	2	1,0	1	0,5	0	0,0
>10	122	60,4	147	72,8	0	0,0	1	0,5	0	0,0

*Sütun yüzdesi

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin fiziksel şiddete maruz kalma durumları incelendiğinde çalışılan kuruma göre kamu üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde oldukça düşük olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=21,111$, $p<0,001$).

Çalışma şekline göre sözel şiddete uğrama oranları farklı olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,026$, $p=0,049$). Acil serviste çalışmayı kendisi talep eden hekimlerin daha çok sözel şiddete uğradığı istatistiksel yöntemlerle saptanmıştır ($\chi^2=5,298$, $p=0,021$, Tablo 33).

Tablo 33. Acil Hekimlerinin Bazı Çalışma Özelliklerinin Şiddet Türlerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Fiziksel şiddet			Sözel şiddet		
	n (62)	% *	χ^2/p	n (178)	% *	χ^2/p
Cinsiyet						
Erkek	48	31,4	$\chi^2=0,137$	135	88,2	$\chi^2=0,008$
Kadın	14	28,6	$p=0,711$	43	87,8	$p=0,928$
Medeni durum						
Evli	44	31,2	$\chi^2=0,058$	128	90,8	$\chi^2=3,159$
Bekar	18	29,5	$p=0,810$	50	82,0	$p=0,076$
Çalışılan kurum						
Kamu Üniversite Hast.	1	3,1		25	78,1	
Eğitim Araştırma Hast.	21	50,0		37	88,1	
Devlet Hast.	10	22,7		41	93,2	
Özel Hast.	17	36,2	$\chi^2=21,111$	42	89,4	$\chi^2=4,240$
Tıp merkezi	13	35,1	$p<0,001$	33	89,2	$p=0,375$
Çalışma şekli						
Gündüz	9	32,1		24	85,7	
Vardiyalı	44	31,4	$\chi^2=0,348$	128	91,4	$\chi^2=6,026$
Gündüz ve gece nöbeti	9	26,5	$p=0,840$	26	76,5	$p=0,049$
Sorumlu olma durumu						
Sorumlu hekim	12	42,9	$\chi^2=2,261$	25	89,3	$\chi^2=0,042$
Sorumlu hekim değil	50	28,7	$p=0,133$	153	87,9	$p=0,837$
Çalışma statüsü						
Pratisyen hekim	31	29,5		94	89,5	
Acil uzmanı	10	34,5		28	96,6	
Asistan	16	29,1	$\chi^2=0,698$	44	80,0	$\chi^2=5,848$
Diğer uzman hekim	5	38,5	$p=0,874$	12	92,3	$p=0,119$
Çalışma grubu						
Tüm aciller	23	33,8		59	86,8	
Çocuk acil	8	25,0		25	78,1	
Erişkin acil	28	30,4	$\chi^2=0,805$	85	92,4	$\chi^2=4,810$
Diğer aciller	3	30,0	$p=0,848$	9	90,0	$p=0,186$
Acil serviste çalışma talebi						
Kendi isteği	51	30,4	$\chi^2=0,053$	152	90,5	$\chi^2=5,298$
İstek dışı görevlendirme	11	32,4	$p=0,818$	26	76,5	$p=0,021$

*Satır yüzdesi

Araştırmamızda fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin oranı hastane güvenliğini yeterli bulan hekimlerde yeterli bulmayan hekimlere göre daha az olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4,114$ $p=0,043$). Araştırmamızda fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin oranı yatışı gereken hastalara hastanede yer bulma oranlarına göre analiz edildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=9,567$, $p=0,048$).

Araştırmamızda sözel şiddete uğrayan hekimlerin oranı acil serviste kendini güvende hisseden hekimlerde daha azdır ($\chi^2=4,477$, $p=0,034$, Tablo 34).

Ayrıca araştırmamızdaki acil hekimlerinin % 97'si sağlıkta şiddet ile ilgili yaptırımları yeterli bulmamakta ve acil hekimlerinin % 82,2'si acil serviste çalışırken kendini güvende hissetmemektedir.

Tablo 34. Acil Hekimleri Görüşlerinin Uygulanan Şiddet Türlerine Göre Dağılımı

Acil hekim görüşleri	Fiziksel şiddet			Sözel şiddet		
	n (62)	% *	χ^2/p	n (178)	% *	χ^2/p
Hastane güvenliğini yeterli bulma						
Evet	4	14,3	$\chi^2=4,114$ $p=0,043$	21	75,0	$\chi^2=5,343$ $p=0,021$
Hayır/Kısmen	58	34,3		157	90,2	
Yatışı gereken hastalara yer bulma oranı						
Hiç	1	33,3	$\chi^2=9,567$ $p=0,048$	3	100	$\chi^2=11,41$ $p=0,022$
Yarıdan azı	10	22,7		38	86,4	
Yarısı	4	12,5		23	71,9	
Yarıdan fazlası	27	39,7		64	94,1	
Tamamı	7	38,9		17	94,4	
Acil serviste kendini güvende hissetme						
Evet	5	20,8	$\chi^2=1,265$ $p=0,265$	18	75,0	$\chi^2=4,477$ $p=0,034$
Hayır/Kısmen	57	32,0		160	89,9	

*Satır yüzdesi

Fiziksel şiddete uğrayan hekimlerin mahkemede davacı olarak bulunma sayısı ortalaması fiziksel şiddete uğramayanlara oranla yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2,806$, $p=0,006$). Fiziksel şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin nöbet ve çalışma sonrası iyilik derecesi ortalamaları arasında ($t=2,795$, $p=0,006$) hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=2,292$, $p=0,020$) istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur.

Sözel şiddete uğrayan hekimlerin mahkemede davacı olarak bulunma sayısı ortalaması $0,48\pm0,93$, sözel şiddete uğramayanlarda $0,04\pm0,20$ olup ortalamalar arasındaki fark anlamlıdır ($t=-5,419$, $p<0,001$). Sözel şiddete uğrayan ve uğramayan hekimlerin hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=2,112$, $p=0,020$) ve acil serviste çalışmaktan memnuniyet derecesi ortalamaları arasında ($t=2,372$, $p=0,019$) istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 35).

Tablo 35. Acil Hekimlerinin Bazı Kişisel Özellikleri ile Şiddet Türlerinin Karşılaştırılması

Bazı kişisel özellikler	Fiziksel şiddet (Ort±SD)		Sözel şiddet (Ort±SD)	
	Var(n:62)	Yok(n:140)	Var(n:178)	Yok(n:24)
Yaş	38,0±7,5	38,3±10,4	38,5±9,4	36,0±11,1
	$p=0,804$		$p=0,242$	
Hekimlikte çalışma süresi(ay)	152,6±87,5	153,1±120,9	156,6±109,2	130,7±127,6
	$p=0,976$		$p=0,298$	
Acilde çalışma süresi(ay)	113,0±78,1	103,4±97,9	110,0±90,3	79,4±103,4
	$p=0,500$		$p=0,128$	
Aylık çalışma saati	238,4±65,8	231,6±56,2	230,6±55,2	257,2±81,0
	$p=0,456$		$p=0,128$	
Mahkemede bulunma sayısı	1,6±2,9	0,9±1,5	1,2±2,1	0,5±0,9
	$p=0,116$		$p=0,109$	
Davacı olma sayısı	0,7±1,1	0,3±0,7	0,5±0,93	0,0±0,2
	$p=0,006$		$p<0,001$	
Davalı olma sayısı	0,4±1,0	0,3±0,8	0,4±0,9	0,1±0,6
	$p=0,663$		$p=0,105$	
Bimer - Sabim şikayet sayısı	1,6±2,8	1,4±2,1	1,5±2,5	0,75±0,9
	$p=0,448$		$p=0,003$	
Hekime düşen günlük muayene sayısı	73,7±52,4	68,2±48,5	71,1±51,0	61,4±38,9
	$p=0,467$		$p=0,374$	
Nöbet- çalışma sonrası iyilik derecesi	1,9±1,0	2,3±1,0	2,2±1,0	2,4±1,1
	$p=0,006$		$p=0,287$	
Hekimlikten memnuniyet derecesi	1,6±1,2	2,1±1,2	1,9±1,2	2,5±1,0
	$p=0,020$		$p=0,036$	
Acil serviste çalışma memnuniyet derecesi	1,3±1,2	1,6±1,3	1,5±1,3	2,1±1,2
	$p=0,145$		$p=0,019$	

Acil serviste çalışırken kendini güvende hissedene hekim oranı kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerde özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere göre daha az olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=9,592$, $p=0,002$, Tablo 36).

Tablo 36. Acil Hekimlerinin Bazı Özellikleri ile Kendilerini Güvende Hissetme İlişkisi

Değişkenler	Acil serviste kendini güvende hissetme durumu				
	Evet		Hayır/Kısmen		p/ χ^2
	n	% *	n	% *	
Cinsiyet					
Erkek	22	14,4	131	85,6	p=0,053
Kadın	2	4,1	47	95,9	$\chi^2=3,759$
Çalışılan kurum tipi					
Kamu	7	5,9	111	94,1	p=0,002 $\chi^2=9,592$
Özel	17	20,2	67	79,8	
Çalışılan kurum tipi					
Kamu Üni. Hast.	1	3,1	31	96,9	p=0,040 $\chi^2=10,046$
Eğit. Araş. Hast.	3	7,1	39	92,9	
Devlet Hast.	3	6,8	41	93,2	
Özel Hast.	9	19,1	38	80,9	
Tıp merkezleri	8	21,6	29	78,4	
Çalışma statüsü					
Pratisyen	18	17,1	87	82,9	p=0,108 $\chi^2=6,080$
Acil uzmanı	1	3,4	28	96,6	
Asistan	4	7,3	51	92,7	
Diğer uzman	1	7,7	12	92,3	

*Satır yüzdesi

Acil serviste çalışırken kendini güvende hisseden hekim oranı hastane güvenliğini yeterli bulan hekimlerde daha yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=85,265$, $p<0,001$, Tablo 37).

Tablo 37. Acil Hekimlerinin Görüşleri ile Kendilerini Güvende Hissetme İlişkisi Dağılımı

Acil hekimlerinin görüşleri		Acil serviste kendini güvende hissetme				p/ χ^2
		Evet		Hayır/Kısmen		
		n	% *	n	% *	
Hastane güvenliği yeterli bulma	Evet	18	64,3	10	35,7	p<0,001 $\chi^2=85,265$
	Hayır/Kısmen	6	3,4	168	96,6	
Toplam		24	13,9	178	86,1	

4.6. Adli Boyut İle İlgili Özellikler

Araştırmamızdaki acil servis hekimlerinin adli boyut ile ilgili görüşleri tabloda verilmiştir (Tablo 38).

Tablo 38. Acil Hekimlerinin Adli Boyut ile İlgili Tutum ve Davranışları

Adli boyut bilgileri	n	% *
Hakkında adli soruşturma		
Evet	42	20,8
Hayır	160	79,2
Adli vakalar ile ilgili kaygı		
Evet	161	79,7
Hayır	41	20,3
Adli olguların tamamını bildirme		
Evet	188	93,1
Hayır	9	4,5
Sevk ediyorum	5	2,5
İntoksikasyon ve şüphesi olan olgularda kan ve idrar örneklerinin buzdolabında saklanmasına dikkat etme		
Evet	54	26,7
Hayır	82	40,6
Yönlendiriyorum	6	3
Sevk ediyorum	60	29,7
Adli olgularda ilgililerin giysi ve eşyalarını tutanakla güvenliğe teslim etme		
Evet	147	72,8
Hayır	50	24,8
Sevk ediyorum	5	2,5
Ölüm bildirim sistemi (ÖBS)'de sorun yaşama		
Evet	53	26,2
Hayır	141	69,8
Sevk ediyorum	8	4
Mevzuat ile ilgili eğitim alma		
Evet	48	23,8
Hayır	154	76,2
Malpraktis kaygısı yaşama		
Evet	173	85,6
Hayır	29	14,4

*Sütun yüzdesi

Hekimlerin adli rapor düzenlerken raporda yer verdikleri bilgiler sorulmuştur. Hekimlerin % 66,8'i (135 hekim) adli raporda tüm bilgileri eksiksiz girdiğini söylemiştir. Adli raporda yer verilen bilgilerin dağılımı tabloda gösterilmiştir (Tablo 39).

Tablo 39. Acil Servis Hekimlerinin Adli Raporlarındaki Bilgilerin Dağılımı

Adli raporda belirtilen bilgiler*	n	%
Hasta şikayeti	189	93,6
Radyoloji tetkikleri	181	89,6
Lezyon boyutu ve özelliği	196	97,0
Olay ve muayene saati	160	79,2
Muayene bulguları	195	96,5
Konsültasyon bilgileri	185	91,6
Lezyon anatomik yeri	189	93,6
Tedavi bilgileri	157	77,7
Tetkik bilgileri	162	80,2
İzlem bilgileri	161	79,7
Tüm bilgiler	135	66,8

*Birden fazla bilgi girişi bulunmaktadır.

Hekimlerin mahkemede bulunma ve hekimler hakkında Bimer-Sabim şikayet sayısı dağılımı tabloda gösterilmiştir (Tablo 40).

Tablo 40. Acil Hekimlerinin Mahkemede Bulunma ve Bimer-Sabim'den Şikayet Edilme Durumları

Mahkemede bulunan ve Bimer-Sabim kanalıyla şikayet edilen hekim sayıları	n	% *
Bimer-Sabim şikayeti olan	109	53,9
Mahkemede bulunan	101	50,0
Mahkemede bulunma durumu		
Davacı	55	27,2
Davalı	37	18,3
Bilirkişi	9	4,4
Tanık	32	15,8

*Satır yüzdesi

Erkek hekimlerin mahkemede davalı olarak bulunma sayı ortalaması kadın hekimlerin mahkemede davalı olarak bulunma sayı ortalamasından yüksektir ($t=2,585$, $p=0,021$). Kamu sağlık kuruluşlarındaki hekimlerin mahkemede davacı olarak bulunma sayı ortalaması özel sağlık kuruluşlarındaki hekimlerden yüksek olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,327$, $p=0,010$, Tablo 41).

Tablo 41. Acil Hekimlerinin Bazı özelliklerinin Cinsiyet ve Çalıştıkları Kuruma Göre Dağılımı

Bazı özellikler	Cinsiyet (Ort±SD)		Kurum (Ort±SD)	
	Erkek(n:153)	Kadın(n:49)	Kamu(n:118)	Özel(n:84)
Mahkemede bulunma sayısı	1,25±2,2	0,80±1,6	1,25±1,8	1,0±2,39
	$p=0,183$		$p=0,413$	
Davacı olma sayısı	0,45±0,9	0,37±0,7	0,56±0,9	0,25±0,7
	$p=0,569$		$p=0,010$	
Davalı olma sayısı	0,39±0,1	0,14±0,5	0,35±0,9	0,31±0,7
	$p=0,021$		$p=0,755$	
Bimer – Sabim şikayet sayısı	1,48±2,4	1,33±1,9	1,54±1,9	1,30±2,8
	$p=0,696$		$p=0,466$	

Adli vakalar ile ilgili kaygı yaşayan hekimlerin oranı malpraktis kaygısı yaşayanlarda, malpraktis kaygısı yaşamayanlardan yüksektir ($\chi^2=16,38$, $p<0,001$, Tablo 42).

Tablo 42. Acil Hekimlerinin Malpraktis ve Adli Vakalarla İlgili Kaygı Durumları Karşılaştırması

Malpraktis kaygısı yaşama	Adli vakalar ile ilgili kaygı yaşama durumu						p/ χ^2
	Evet		Hayır/Kısmen		Toplam		
	n	% *	n	% *	n	% **	
Evet	146	84,4	27	15,6	173	85,6	P<0,001 $\chi^2=16,38$
Hayır	15	51,7	14	48,3	29	14,4	
Toplam	161	79,7	41	20,3	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

4.7. Eğitim İle İlgili Özellikler

Acil servis hekimlerinin eğitim ile ilgili görüşleri tabloda verilmiştir (Tablo 43).

Tablo 43. Acil Hekimlerinin Eğitim ile İlgili Görüşlerinin Dağılımı

Eğitim alma durumları	Sayı	% *
Acil serviste çalışanların NBC** dekontaminasyon eğitimi alması ***		
Evet	21	10,4
Hayır	125	61,9
Kısmen	56	27,7
Kardiyopulmoner arrest vakalarında kendini yeterli hissetmesi		
Evet	162	80,2
Hayır	15	7,4
Kısmen	25	12,4

*Sütun yüzdesi

**NBC: Nuclear, Biologic, Chemical

***Birim yöneticisine sorulmuştur.

Acil serviste çalışmadan önce ve acil serviste çalışmaya başladıktan sonra eğitim - kurs alan hekim sayı ve oranları tabloda verilmiştir (Tablo 44).

Tablo 44. Acil Hekimlerinin Acil Serviste Çalışmadan Önce ve Sonra Eğitim-Kurs Alma Durumları

Acil serviste çalışmadan önce-sonra eğitim-kurs alma durumu*	Eğitim-kurs	n	%
Önce	Temel yaşam desteği	54	26,7
	Çocuk ileri yaşam desteği	39	19,3
	Erişkin ileri yaşam desteği	36	17,8
	Travma kursu	24	11,9
Sonra	Temel yaşam desteği	145	71,8
	Çocuk ileri yaşam desteği	102	50,5
	Erişkin ileri yaşam desteği	116	57,4
	Travma kursu	86	42,6

*Birden fazla bilgi girişi var

4.8. Sağlık Kuruluşu İle İlgili Özellikler

Acil servisten yapılan sevk oranı, acil serviste kırmızı alanda değerlendirilen hasta oranları kurum tiplerine göre ANOVA ile analiz edilmiştir. Birden çok sayıdaki devlet hastanesi, özel hastane ve tıp merkezleri için ortalama değerler bulunmuş ve ortalama değerlerle analiz yapılmıştır. Acil servisten yapılan sevk oranı ortalamasında (on binde) ($F=69,362$, $p < 0,001$) Acil serviste kırmızı alanda değerlendirilen hasta oranı ortalamasında (yüzde) ($F=6,560$, $p < 0,001$) kurumlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Tamhane ileri analizi yapıldığında çalışılan kurumlar içerisinde acil servisten yapılan sevk oranı ortalamaları arasındaki istatistiksel anlamlı farkın devlet hastanesinden; acil serviste kırmızı alanda değerlendirilen hasta oranı ortalamaları arasındaki farkın ise özel hastanelerden kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 45).

Tablo 45. Kurum Tiplerine Göre Yıllık Verilerin Dağılımı

Yıllık veriler	Kurum	Ort	SD	F/p
Acil servisten yapılan sevk (on binde)	Kamu Üniversite Hastanesi	0,0	0,0	F=69,362 p<0,001
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	12,0	0,0	
	Devlet Hastanesi	50,9	18,2	
	Özel Hastane	11,0	13,8	
	Özel Tıp Merkezi	7,6	24,5	
	Toplam	17,0	23,1	
Acil serviste kırmızı alanda değerlendirilen hasta yüzdesi	Kamu Üniversite Hastanesi	1,0	0,0	F=6,560 p<0,001
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4,0	0,0	
	Devlet Hastanesi	13,9	32,5	
	Özel Hastane	16,0	23,2	
	Özel Tıp Merkezi	0,0	0,0	
	Toplam	7,7	19,6	

Hekimlerin sağlık kuruluşuyla ilgili görüşlerine tabloda yer verilmiştir (Tablo 46).

Tablo 46. Acil Hekimlerinin Sağlık Kuruluşu Özellikleri Hakkında Düşüncelerinin Dağılımı

Sağlık kuruluşu özellikleri	n	%
Acil servis güvenliğini yeterli bulma		
Evet	28	13,9
Hayır	169	83,7
Kısmen	5	2,5
Acil serviste fiziki yapıyı yeterli bulma		
Evet	63	31,2
Hayır	116	57,4
Kısmen	23	11,4
Acil serviste ekipmanları yeterli bulma		
Evet	75	37,1
Hayır	90	44,6
Kısmen	37	18,3
Acil serviste yardımcı sağlık personelinin yeterli bulma		
Evet	61	30,2
Hayır	104	51,5
Kısmen	37	18,3
Konsültasyonlara zamanında ve yeterli cevap alma		
Evet	71	35,1
Hayır	89	44,1
Kısmen	42	20,8
Yatışı gereken hastaların hastanede yer bulma oranı*		
Hiç	3	1,5
Yarıdan azı	44	21,8
Yarısı	32	15,8
Yarıdan fazlası	68	33,7
Tamamı	18	8,9
Acil serviste triaj uygulaması		
Evet	74	36,6
Hayır	99	49,0
Kısmen	29	14,4
Acil serviste NBC dekontaminasyon alanı **		
Var	134	66,3
Yok	68	33,7

*Tıp merkezlerinde hasta yatışı için servisler bulunmamaktadır.

**Birim yöneticisine sorulmuştur.

Çalışılan kurum özelliklerine göre kamu ve özel sağlık kuruluşlarında hekimlerin acil serviste çalışmayı kendisi isteme ($\chi^2=4,964$, $p<0,001$), acil serviste güvenliği yeterli bulma ($\chi^2=19,565$, $p<0,001$), acil serviste fiziki yapıyı yeterli bulma ($\chi^2=30,972$, $p<0,001$), acil serviste ekipmanları yeterli bulma ($\chi^2=28,045$, $p<0,001$), acil serviste yardımcı sağlık personelinin yeterli bulma ($\chi^2=40,493$, $p<0,001$), konsültasyonları yeterli bulma ($\chi^2=27,547$, $p<0,001$), kardiyopulmoner arrest vakalarında kendini yeterli görme ($\chi^2=12,703$, $p=0,002$), nöbet-çalışma sonrası kendini tükenmiş hissetme ($\chi^2=4,615$, $p=0,032$) oranları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 47).

Tablo 47. Acil Hekimlerinin Görüşlerinin Çalışılan Kurum Tiplerine Göre Dağılımı

Acil hekimlerinin görüşleri		Çalışılan kurum						p/ χ^2
		Kamu		Özel		Toplam		
		n	% *	n	% *	Sayı	% *	
Acil serviste çalışmayı isteme durumu	Evet	88	74,6	80	95,2	168	83,2	p<0,001
	Hayır	30	25,4	4	4,8	34	16,8	$\chi^2=14,964$
Acil serviste güvenliği yeterli bulma	Evet	6	5,1	22	26,2	28	13,9	p<0,001 $\chi^2=19,565$
	Hayır	110	93,2	59	70,2	169	83,7	
	Kısmen	2	1,7	3	3,6	5	2,5	
Acil serviste fiziki yapıyı yeterli bulma	Evet	22	18,6	41	48,8	63	31,2	p<0,001 $\chi^2=30,972$
	Hayır	87	73,8	29	34,5	116	57,4	
	Kısmen	9	7,6	14	16,7	23	11,4	
Acil serviste ekipmanları yeterli bulma	Evet	31	26,3	44	52,4	75	37,1	p<0,001 $\chi^2=28,045$
	Hayır	71	60,2	19	22,6	90	44,6	
	Kısmen	16	13,5	21	25,0	37	18,3	
Acil serviste yardımcı sağlık personelinin yeterli bulma	Evet	21	17,8	40	47,6	61	30,2	p<0,001 $\chi^2=40,493$
	Hayır	83	70,3	21	25,0	104	51,5	
	Kısmen	14	11,9	23	27,4	37	18,3	
Konsültasyonlara yeterli, zamanında yanıt alma	Evet	28	23,7	43	51,2	71	35,1	p<0,001 $\chi^2=27,547$
	Hayır	70	59,3	19	22,6	89	44,1	
	Kısmen	20	17,0	22	26,2	42	20,8	
Kardiyopulmoner arrest vakalarında yeterli olma	Evet	95	80,5	67	79,8	162	80,2	p=0,002 $\chi^2=12,703$
	Hayır	14	11,9	1	1,2	15	7,4	
	Kısmen	9	7,6	16	19,0	25	12,4	
Nöbet-çalışma sonrası kendini tükenmiş hissetme	Evet	45	38,1	20	23,8	65	32,2	p=0,032 $\chi^2=4,615$
	Hayır	73	61,9	64	76,2	137	67,8	
Toplam		118	58,4	84	41,6	202	100	

*Sütun yüzdesi

Acil servisin fiziki yapısını yeterli bulma ile kurumlar arasında karşılaştırmalar yapıldığında özel hastane ve tıp merkezlerinde çalışan hekimlerin acil servisin fiziki yapısını daha iyi bulduğu istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($\chi^2=25,12$, $p<0,001$). Acil serviste çalışmaktan memnuniyet durumları ile acil servisin fiziki yapısını iyi bulma arasında da doğru orantı istatistiksel olarak saptanmıştır. ($\chi^2=12,77$, $p=0,012$, Tablo 48).

Tablo 48. Acil Hekimlerinin Özellikleri İle Acil Servisin Fiziki Yapı Yeterliliğinin Karşılaştırması

Bazı özellikler	Acil servisin fiziki yapısını yeterli bulma						p/ χ^2
	Evet		Hayır/Kısmen		Toplam		
	n	% *	n	% *	n	% **	
Çalışılan kurum							
Kamu Üni. Hast.	9	28,1	23	71,9	32	15,8	p<0,001 $\chi^2=25,12$
Eğit. Araş. Hast.	9	21,4	33	78,6	42	20,8	
Devlet Hast.	4	9,1	40	90,9	44	21,8	
Özel Hast.	25	53,2	22	46,8	47	23,3	
Tıp merkezleri	16	43,2	21	56,8	37	18,3	
Acil serviste çalışma memnuniyeti							
Hiç memnun değil	13	20,3	51	79,7	64	31,7	p=0,012 $\chi^2=12,77$
Çok az memnun	7	21,9	25	78,1	32	15,8	
Memnun sayılır	14	31,8	30	68,2	44	21,8	
Memnun	22	44,0	28	56,0	50	24,8	
Çok memnun	7	58,3	5	41,7	12	5,9	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

Konsültasyonlarına zamanında ve yeterli cevap alan hekimlerin oranı özel hastane hekimlerinde ve tıp merkezi hekimlerinde yüksektir ($\chi^2=28,45$, $p<0,001$). Kamu üniversite hastanesindeki hekimlerin % 93,8'i konsültasyonlarına zamanında ve yeterli cevap alamadığını bildirmiştir (Tablo 49).

Tablo 49. Acil Hekimlerinin Kurum ile Konsültasyonları Yeterli Bulma Durumu Karşılaştırması

Çalışılan kurum	Konsültasyonlarınıza zamanında ve yeterli cevap alma						p/ χ^2
	Evet		Hayır/Kısmen		Toplam		
	n	% *	n	% *	n	% **	
Kamu Üni. Hast.	2	6,2	30	93,8	32	15,8	p<0,001 $\chi^2=28,45$
Eğit. Araş. Hast.	8	19,0	34	81,0	42	20,8	
Devlet Hast.	18	40,9	26	59,1	44	21,8	
Özel Hast.	27	57,4	20	42,6	47	23,3	
Tıp merkezleri	16	43,2	21	56,8	37	18,3	
Toplam	71	35,1	131	64,9	202	100	

*Satır yüzdesi

**Sütun yüzdesi

4.9. Sevk Sistemi ve Temel Sağlık Hizmetleri İle İlgili Özellikler

Acil servise dış merkezlerden yanlış sevk edilen ya da acil servise yanlış yönlendirilen hastalar ile hekimlerin karşılaşma sıklığı tabloda verilmiştir. Acil hekimlerinin % 85,6 'sı birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğunu beyan etmiştir.

Türkiye'de acil sağlık hizmetleri sorununa çözüm olarak düşünülen aile hekimlerine nöbet uygulamasının acil servise gelen hasta sayısı ve niteliğindeki etkisini çalışmamızdaki hiçbir hekim hissetmemiştir.

Acil hekimlerinin sevk sistemi ve temel sağlık hizmetleri ile ilgili görüşlerinden tablo gösterilmiştir (Tablo 50).

Tablo 50. Acil Hekimlerinin Sevk Sistemi ve Temel Sağlık Hizmetleri Görüşlerinin Dağılımı

Sevk sistemi ve temel sağlık hizmetleri durumu	n	% *
Dış merkezlerden yanlış sevkli olan ya da yanlış yönlendirilen hastaların sıklığı		
6 saatte bir ve daha sık	56	27,7
12 saatte bir	24	11,9
Günde bir	44	21,8
Haftada bir	15	7,4
Ayda bir	7	3,5
Ayda birden daha az	56	27,7
Birinci basamak sağlık hizmetlerini yeterli bulma		
Evet	18	8,9
Hayır	173	85,6
Kısmen	11	5,4

*Sütun yüzdesi

Çalışılan kurum tipine göre altı saatte bir ve daha sık yanlış sevk edilen ya da yanlış yönlendirilen hastalar ile karşılaşan hekimlerin oranı kamu hastanelerinde daha yüksektir ($\chi^2=66,43$, $p<0,001$, Tablo 51).

Tablo 51. Acil Hekimlerinin Yanlış Sevk Edilen Hasta Sıklığının Kurum Tipine Göre Dağılımı

Dış merkezlerden yanlış sevk edilen ya da yanlış yönlendirilen hasta sıklığı	Kurum tipi				p/ χ^2
	Kamu		Özel		
	n	% *	n	% *	
6 saatte bir ve daha sık	53	44,9	3	3,6	p<0,001 $\chi^2=66,43$
12 saatte bir	16	13,6	8	9,5	
Günde bir	29	24,6	15	17,9	
Günde birden daha az	20	16,9	58	69,0	

*Sütun yüzdesi

Hakkında Bimer-Sabim kanalından gelen şikayet sayısı ile çalışılan günde hekim başına düşen muayene sayısı arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,145$, $p=0,041$).

5. TARTIŞMA

Çalışmanın amacına uygun olarak, Adana'nın Seyhan, Yüreğir, Çukurova ve Sarıçam ilçelerinde 31 sağlık kuruluşunda tüm acil servislerde toplam 202 acil hekimi ile görüşme yapılmış hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili sorunları ve çözüm önerileri belirlenmiştir. Günümüze kadar acil servis hekimlerinin düşüncelerinin alındığı çok amaçlı ve çok merkezli bir çalışmanın olmaması araştırmanın önemini artıran bir özelliktir.

5.1. Acil Hekimlerinin Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışması

Araştırmamızdaki acil hekimlerinin ortalama yaş dağılımına bakıldığında kamu üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde daha genç hekimlerin çalıştığı saptanmıştır. Bu dağılımdaki farkın asistan olarak görev yapan hekimlerden dolayı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki hekimlerin büyük kısmını erkek hekimlerdir. Adana'da acil servislerde çalışan acil hekimlerinin çoğunlukla erkek olması, kadın hekimlerin acil servis güvensizliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, çalışma statüsü olarak en büyük grubu pratisyen hekimler oluşturmaktadır. Pratisyen hekimlerin fazla olmasının yetersiz acil uzmanı sayısı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Hekimlerin ortalama aylık çalışma süresi ise 233,7 saat olup önerilen aylık çalışma saatinin (192 saat) üzerinde çalışmaktadır. Çalışmamızda, birçok hekim vardiyalı çalışmakla beraber ileri yaştaki hekimler daha çok yalnız gündüz çalışma sistemi içerisinde. Asistan hekimlerin yaş ortalaması (29,2) diğer acil servis hekimlerinden oldukça düşüktür. Araştırmamızdaki acil servis hekimlerinin yaş dağılımı ve acil serviste çalışma süreleri, çalıştıkları bölgeye, çalışma grubuna göre ve çalışma statüsüne göre anlamlı farklılıklar göstermektedir ($p<0,05$).

Erol ve arkadaşlarının (2012) tükenmişlik ve iş doyumu ile ilgili yaptığı çalışmada, İzmir'de kamu hastanelerinde çalışan acil servis hekimlerinin ortalama yaşı 31,5, acil servis hekimlerinin % 54,8'i kadın % 45,2'si erkek olarak saptanmıştır. Yine

İzmir’de Serinken ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada, acil servis hekimlerinin ortalama yaşı 33,5’tir.^{67,64}

Türkçüer ve arkadaşlarının (2007) Denizli’de kamu hastaneleri acil servis ve 112 acil servis hekimlerinde yaptığı çalışmada; erkeklerin % 87, kadınların % 71 oranında evli olduğu, yaş ortalamasının 36, ortalama hekimlik süreleri 11,9 yıl, acil serviste görev süreleri ise ortalama 6,7 yıl olduğu saptanmıştır. Hekimlerin acilde çalışma periyotlarına bakıldığında ise % 78,1’inin 24 saatlik shift şeklinde, kalanlarında gece ve gündüz shiftleri, normal mesai, normal mesai ve 24 saatlik shift şeklinde çalıştığı saptanmıştır.⁶²

Gündüz’ün (2012) Antalya’da 164 acil servis hekimi ile yaptığı çalışmada, ortalama hekimlik süresi 8,25 yıl olarak hesaplanmıştır. Bunların % 32,9’u kadın, % 67,1’i erkek idi. Sosyodemografik verileri analiz edildiğinde hekimlerin % 40,9’unun bekar, % 59,1’inin evli olduğu, % 66,5’inin üniversite hastanesinde, % 16,5’inin devlet hastanesinde, % 17,1’inin de özel hastanelerde çalıştıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmada doktorların % 32,3’ü pratisyen hekim, % 11,6’sı uzman hekim, % 56,1’i araştırma görevlisi doktor olarak çalıştığı belirtilmiştir.⁹⁷

Denizli’de acil servis hekimlerinin iş stresi ile ilgili çalışmada, çalışmaya katılan hekimlerin 24-53 yaş arasında olduğu, yaş ortalaması 33,4, erkek hekimlerin oranı % 64,6, evli olan hekimlerin oranı ise % 75,2 olarak bulunmuştur.⁶⁴

Bodur ve arkadaşlarının (2011) Konya il merkezindeki tüm kamu hastaneleri ve rastgele seçilen 12 sağlık ocağının personeli ile yaptığı tıbbi hatalar ile ilgili çalışmada; katılımcı 489 sağlık personelinin 156’sı (% 31,9) hekim, 333’ü (% 68,1) hemşireden oluşmaktadır. Haftalık çalışma saati 40 saat olan 169 (% 34,6), 41-49 saat olan 242 (% 49,4), 50 saat ve üzeri olan ise 78 (% 16,0) çalışan olduğu bildirilmiştir.⁹⁸

Aylaz ve Aydın’ın (2013) Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi acil serviste çalışan ve yataklı birim hizmeti veren dahiliye klinikleri, cerrahi klinikleri ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan toplam 1475 hekim ve hemşireler ile yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan vardiyalı ya da sadece gündüz vardiyasında çalışanların % 49’unun erkek, % 51’inin kadın olduğu belirlendi. Aylık ortalama çalışma saati 221 saat ve üzeri, aylık nöbet sayısının 11 ve üzerinde olmasının ve vardiyalı çalışmanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.⁹⁹

Çalışmamıza acil servis hekimleri ağırlıklı olarak vardiya sisteminde çalışmakta ve ortalama haftalık çalışma saatleri 40 saat üzerindedir oysa ki kamu çalışanlarında 657 devlet memurları kanunun 99. Maddesinde haftalık çalışma süresi azami 40 saattir.¹⁰⁰ Avrupa Birliği Mahkemesi'nin 03.10.2000 tarihli SIMAP, 09.09.2003 tarihli JAGLER ve 11.01.2007 tarihli VOREL kararında, hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma sürelerinin en çok 48 saat olabileceği belirtilmiştir.¹⁰¹

Çalışmamız, diğer çalışmalar ile sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldığında bölgesel farklılıklar olsa da sonuçların benzer olduğu ve araştırmamızdaki acil hekimlerinin haftalık çalışma sürelerinin sınır değerlerin üzerinde olduğunu belirlenmiştir.

5.2. Acil Hekimlerinin Sağlığı İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Anketimizde hekimlerin peptik yakınmalar, bel ağrısı ve lumbal herni, tinea pedis, HBV, HCV uyku bozukluğu, varis, hemoroid, depresyon, diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diğer(migren, astım, huzursuz bacak sendromu) hastalık durumları sorulmuştur. Çalışmamızda hekimlerde yüksek oranlarda peptik şikayetler, bel ağrısı, uyku bozukluğu ve depresyon bildirilmiştir. K.Boşnak ve arkadaşlarının (2013) Gaziantep'te yaptığı sağlık çalışanlarında HBV, HCV ve HIV seroprevalans çalışmasında; Hbsag pozitifliği % 0,5 olarak bulunurken, antiHCV ve antiHIV antikorları ise çalışmada hiç kimsede pozitif bulunmamıştır.¹⁰² Uludağ ve arkadaşlarının (2012) Ankara'da yaptığı çalışmada ise Hbsag pozitifliği % 1,28 bulunurken, antiHCV ve antiHIV antikorları ise çalışmada hiç kimsede pozitif bulunmamıştır.¹⁰³ Öztürk ve arkadaşlarının (2012) Trabzon'da hastane sağlık personellerinde yaptığı çalışmada; çalışanların % 21'inde uyku bozukluğu olduğu açıklanmıştır.¹⁰⁴ Çevik'in (2011) Ankara'da stresin 131 sağlık çalışanı üzerindeki etkilerine yönelik çalışmasında; yorgunluk (% 87,8), gerginlik (% 83,2), baş ağrısı (% 67,9) ve uykusuzluk (% 68,7) şikayetlerinin ön plana çıktığı görülmüştür.¹⁰⁵ Buğdaycı ve arkadaşlarının (2007) Mersin'deki çalışmalarında tüm hekimlerin % 10,3'ünde depresyon olduğu saptanmıştı (pratisyen hekimlerde % 14,7, uzman hekimlerde % 4,6).¹⁰⁶ Baran ve arkadaşlarının (2005) Ankara'da hekim, hemşire ve sağlık teknisyenlerinden oluşan bir grupta yapılan çalışmada; araştırmaya katılanların % 73,8'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde

bel ağrısından yakındıkları bildirilmiştir.¹⁰⁷ Terzi ve Altın'ın (2013) Kocaeli ve İstanbul'da 365 hastane çalışanında yaptığı çalışmada; % 59.7 kişide son bir yılda geçirilmiş bel ağrısı olduğu belirtilmiştir.¹⁰⁸ Revicki ve arkadaşlarının (1997) acil servis çalışanları ile gerçekleştirdiği çalışmada; iş stresi ile depresyon düzeyleri arasında yüksek bir korelasyon tespit edilmiştir.¹⁰⁹ Ergin ve Demircan'ın (2007) Ankara'da yaptıkları çalışmada kronik hipertansiyon, kronik yorgunluk sendromu, gastrointestinal ve immün sistem bozuklukları ve artan morbiditeye değişen vardiya saatleri ile çalışma programlarının eşlik ettiği belirtilmiştir.¹¹⁰ Owens ve arkadaşlarının (2007) ABD'de çalışmada sağlık çalışanları arasında uykusuzluğun ve aşırı yorgunluğun yol açtığı rahatsızlıkların yaygın olduğunu, akut ve kronik uykusuzluğunun fiziksel, algısal ve emosyonel fonksiyonlara zarar verdiğini ve hekim ve diğer sağlık personelinin uyku bozukluğu yaşadığını belirtmiştir.¹¹¹ Araştırmamızdaki hastalık prevalansları, literatürdeki çalışmalar ile benzer oranlarda olmakla beraber acil servis hekimlerinde bu yönde ileri çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki hekimlerin % 62,9'u hiç ilaç kullanmadığını belirtirken anti ülser ilaç kullanım oranı % 14,9; anti depresan ilaç kullanım oranı % 7,4'tür. Kendisinde depresyon olduğunu söyleyen ya da peptik şikayetleri olan hekimlerin bir çoğu ilaç kullanmamaktadır. Bu durum hekimlerin hastaların sağlığı ile uğraşırken kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini göstermektedir. Hekimlerin % 46,5'i ihmal ettikleri hastalık ya da hastalıklarının olduğunu beyan etmişlerdir. Hekimlerin hastalıklarına göre ilaç kullanmaları ve hastalığını ihmal etme ile ilgili çalışma araştırdığımız kadarıyla bulunamamış olup ileri çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki hekimler, çok yüksek oranlarda iş kazası riski, sağlık riski ve meslek hastalığı riski taşıdıklarını belirtmiştir. Bu risklerin başında enfeksiyonlar, delici-kesici alet yaralanmaları ve şiddet olduğu belirtilmiştir. Altıok ve arkadaşlarının (2008) Mersin'de 226'sı hekim 2112 sağlık çalışanında yaptıkları çalışmada; hekimlerde sıklıkla veya her zaman eldiven giyenlerin oranı % 70,2, genel olarak sağlık çalışanlarında koruyucu malzeme kullanımı % 72, delici ve kesici aletle yaralanan hekim oranı % 66,2 olarak bulunmuştur.¹¹² Çalışkan ve Akdur'un Ankara'da yaptığı çalışmada (2001) hemşirelerin çalışma ortamlarında sağlıklarını olumsuz etkilediğini belirttikleri faktörlerin dağılımında en üst sıralarda enfeksiyon, bulaşıcı hastalıklar, stres ve yorgunluk olduğu saptanmıştır.¹¹³ Uçak'ın (2009) Afyon'da yaptığı çalışmada; sağlık

personelinin bir yıl içine maruz kaldığı en çok iş kazaları % 67,5 ile kan ve vücut sıvıları ile temas, % 61,5 ile kesici-delici alet yaralanması, % 42,6 ile şiddet olarak bulunmuştur.²¹ Kişioğlu ve arkadaşlarının (2002) Isparta'da Araştırma Uygulama Hastanesi'nde görev yapan araştırma görevlileri, hemşireler, tıp fakültesi son sınıf öğrencileri, sağlık personeli (laborantlar, teknisyenler, biyologlar, sağlık memurları) ve temizlik personelinin oluşan 450 kişi ile yaptıkları çalışmada; son bir yıl içinde kesici-delici bir yaralanma geçirenlerin oranı % 36.2 bulunmuştur.¹¹⁴

Araştırmamızda çalışma sonrası yorgunluk düzeyleri çalışma yerine, grubuna, statüye ve kurumlara göre önemli farklılıklar göstermektedir. Eğitim araştırma ve devlet hastanelerinde çalışan acil hekimleri, nöbet- çalışma sonrası kendilerini daha çok yorgun ve tükenmiş hissetmektedirler. Sayın ve arkadaşlarının (2013) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki araştırmalarında, 78 araştırma görevlisinin % 29,4'u, kronik yorgunluk sendromu olarak kabul edilmiştir.¹¹⁵ Acil servis hekimlerinde bu yönde çalışma bulunamamış olup yapılacak genişletilmiş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Araştırmamızdaki hekimlerde sigara kullanma % 38,1, nadiren ya da daha sık alkol kullanma ise % 27,8'dir. Türkiye'de genel popülasyonda 2014 yılında her gün tütün ve tütün ürünleri kullanma oranı % 27,3, alkol kullanma oranı % 14,9 dur. Araştırmamızdaki acil hekimlerindeki sigara ve alkol kullanma oranları genel popülasyona oranla daha yüksektir.¹ Tezcan ve Yardım'ın (2003) Ankara'da yaptıkları çalışmada; Türkiye'de doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılmış olan 22 çalışma derlenmiştir. Sigara içme prevalansı doktorlar arasında % 32,6-66,2 aralığında bulunmuştur.¹¹⁶ Güneş ve arkadaşlarının (1997) Malatya'da yaptıkları çalışmada; doktorlarda sigara içme prevalansı % 45,9 olarak bulunmuştur.¹¹⁷ Demircan ve arkadaşlarının (1999) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi çalışanlarına anket yöntemiyle yaptıkları çalışmada, hekim grubunda sigara içme sıklığı % 31,9, her gün sigara içme oranı erkeklerde % 44,6, kadınlarda % 35,4 olarak bulunmuştur.¹¹⁸ Acil servis hekimleri sigara içmeyi yoğun hasta trafiğinden kaçışta mola olarak görmektedir. Hekimlerde tütün ve alkol kullanımı ile olan çalışmaların sonuçları yıllara ve bölgelere göre değişkenlik göstermekle beraber çalışmamızla uyumlu bulunmuştur.

5.3. Hekim ve Memnuniyeti İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Çalışmamızda acil serviste çalışma memnuniyeti devlet hastanelerinde anlamlı derecede azdır ($F=5,663$, $p<0,001$). Hekimlerin yalnızca % 35,1'i acil serviste çalışarak emekli olmayı düşünmektedir. Acil serviste çalışan hekimler kendilerine acil servislerde gelecek görmemektedirler. Saygun ve arkadaşlarının (2001) Kırıkkale' de 3 farklı hastanede hekimlerde iş doyumu üzerinde yapmış olduğu çalışmada diğer basamaklara göre en yüksek iş doyumu puanını üniversite hastanesinde tespit etmiştir.¹¹⁹ Bizim çalışmamızda da hekimlerin memnuniyet derecesi puanları en yüksek oranda kamu üniversite hastanesinde çalışan hekimlerde saptanmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ihtisas yapan asistan hekimlerin uzmanlık tercihleriyle ilgili memnuniyetlerinin, yaşam ve eğitim koşullarının değerlendirilmesi amaçlanan (2012) çalışmada, isteyerek branşını seçenlerde, nöbet sayısı az olanlarda, bölümdeki eğitim hedefinin öncelikli olduğunu, hekimlik dışı işlerde kullanılmadığını düşünenlerde, çalışma ortamının fiziki şartlarını ve maaşını yeterli bulanlarda, eğitimi genel olarak yeterli görenlerde, anlamlı olarak iş doyumu puanları yüksek bulunmuştur.¹²⁰ Koç (2009) İstanbul'daki çalışmasında, gözlem, görüşme ve anket sonuçlarına göre acil birimlerindeki sağlık çalışanlarında, iş stresinin mevcut olduğu, mesleki risklerin stresi daha fazla artırdığı, mesleğin ekonomik yönden çalışanları tatmin etmediği ortaya çıkmıştır.⁶⁶ Hayran ve Aksayan (1991), Aslan ve arkadaşları (1996) hekimlerde yaptığı araştırmalarda erkek hekimlerin iş doyumunun kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{121,122} Bizim çalışmamızda cinsiyet ile çalışan memnuniyeti arasında herhangi bir istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır. Acil serviste çalışmayı kendi isteyen hekim oranı çalışmamızda % 83,2'dir. Kendi isteği dışında acil servislerde çalışan hekimlerin birçoğu devlet hizmet yükümlüsü olarak devlet hastanelerinde görev yapmaktadır.

Araştırmamızda hekimlerin aylık gelirleri hekim olmaktan hiç memnun olmayan grupta daha yüksek saptanmıştır. Bu durumun kariyer imkanlarından dolayı acil servislerde düşük ücretle çalışmayı tercih eden, hekim olmaktan memnun asistan doktorlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda Sarıçam ilçesinde ve kamu üniversite hastanesinde acil serviste çalışma memnuniyeti dereceleri yüksek bulunmuştur. Sarıçam ilçesinde görev yapan hekimlerin büyük kısmı kamu üniversite hastanesinde çalışmaktadır. Bu alanlardaki

daha yüksek memnuniyet derecelerinin az hasta sayısı ve hekimlerin kariyer planlamaları nedeniyle açıklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda kurum özellikleri, çalışma şekli ve sağlık kuruluşu ilçesine göre hekimlikten memnuniyet derecesi ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmazken acil serviste çalışmaktan memnuniyet dereceleri arasında istatistiksel anlamlı farklar bulunmuştur. Hekimlerin acil serviste çalışmaktan memnuniyet dereceleri ortalamaları da hekimlikten memnuniyet dereceleri ortalamalarından düşüktür. Ayrıca acil serviste çalışan hekimler çoğunlukla acil serviste çalışarak emekli olmayı düşünmemektedir. Bu durum hekimlerin acil serviste çalışma memnuniyetsizliğini açıkça ortaya koymaktadır.

5.4. Acil Servis Kalabalığı İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Devlet hastanelerinde her hekime çalışılan günde düşen muayene sayısı çok yüksektir. Günlük hekime düşen muayene sayısı çalışma gruplarına göre ve sağlık kuruluşunun bulunduğu ilçelere göre analiz edildiğinde anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir.

Sağlık istatistik yıllığı 2014 verilerinde Türkiye’de kamu hastanelerine toplam başvuru sayısı 292.100.331, üniversite hastanelerine toplam başvuru sayısı 32.143.930 iken özel hastanelere toplam başvuru sayısı 72.333.383’dir. Sağlık bakanlığı verileri ve bizim çalışmamız kamu hastanelerine yüksek oranda hasta müracaat ettiğini göstermektedir.¹²³ Adana’da yatak doluluk oranı hastanelerde % 80,4’tür. Türkiye’de 2014 yılında acil muayene sayısı 104.069.477 olarak gerçekleşmiştir.² Ergin (2008) acil servis kalabalığı ile ilgili olan çalışmasında acil servis sedyelerinin doluluk oranlarının ve hastane yatağı açılmasını bekleyen hastaların fazla olması, mekanik ventilatör kullanan hastaların olması, 238 saat gibi olan uzun yatış zamanları olmasının acil servis kalabalığında önemli etkenler olduğu belirtilmiştir.¹²⁴ Tsai, Liang and Pearson’un (2010) Tayvan’da yaptıkları araştırmada, hekim muayenesi için en az 60-120 dakika bekletilebilecek olan hastalar acil olmayan hastalar olarak kabul edilmiş ve bir haftalık çalışma periyodunda yapılan başvuruların % 52’si uygunsuz başvuru olarak değerlendirilmiştir.¹²⁵ Araştırmamızda hekimlere anket soruları dışında önerileri de sorulmuştur. Hekimler birinci basamak merkezlerde mesai saati içerisinde muayene

olması gereken hastaların acil servislere yüksek sayıda başvuruda bulunduklarını ve bu durumun önlenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda Yüreğir ve Seyhan ilçelerindeki sağlık kuruluşlarında hekim başına düşen acil muayene sayısında fazlalık söz konusudur. Bu durumun devlet hastanelerinin bu bölgelerde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.5. Şiddet İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Araştırmamızda hekimlerin çalışma hayatı boyunca uğramış oldukları şiddet sorgulanmış, şiddetin hastane fiziki yapısı ve güvenliği ilişkisi analiz edilmiştir. Şiddet, hekim olmaktan ve acil serviste çalışmaktan memnuniyeti anlamlı oranda etkilemektedir. Hekimlerin büyük bir kısmı acil serviste çalışırken kendini güvende hissetmemektedir. Kendini acil serviste güvende hissetmeme oranı özel hastanelere (% 71,4) oranla kamu hastanelerinde (% 89,8) daha yüksektir ($\chi^2=11,860$, $p=0,003$). Çalışmamızda kamu ve özel kurumlarda şiddet açısından istatistiksel anlamlı farklılık izlenmemiştir.

Literatürde şiddet ve sağlık kuruluşlarında şiddet ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmış TBMM tarafından bu konuda araştırma komisyonu kurulmuştur. Türkmenoğlu (2014) Sivas'ta yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının % 49,8'i son bir yıl içinde, % 96,2'si ise sağlık sektöründe çalıştıkları süre boyunca herhangi bir zamanda en az bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir. En sık maruz kalınan şiddet türü % 73,7 ile sözel şiddettir.⁵⁵ Gökçe ve Dünder'in (2008) çalışmalarında Samsun'daki hekim ve hemşirelerin % 59,4'ü sözel, % 26,5'i fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmiştir.⁶⁰ İlhan ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, Ankara'da hekimlerin % 60,9'u çalışma yaşamı boyunca iş yerinde şiddetle karşılaşmıştır.¹²⁶ Sucu ve arkadaşlarının (2007) Antalya'da 289 sağlık çalışanında yapılan araştırmada, araştırma kapsamına alınan hastane acil servisleri ve 112 acil yardım ambulansları çalışanlarının % 94,5'inin sözel, % 62,3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiş, şiddete maruz kalanların yalnızca % 23,4'ünün şiddeti rapor ettiği gösterilmiştir.⁵⁴ Aydın ve arkadaşlarının (2007) Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan 226 araştırma görevlisinde yaptığı çalışmada, son bir yılda sözel şiddet % 53,5; fiziksel şiddet % 1,8 olarak bulunmuştur. Acık ve arkadaşlarının (2008) 1712 asistan doktor yedi coğrafi bölge hastanelerinde yaptığı çalışmada, asistanlık boyunca uğranan sözel şiddet % 67, fiziksel

şiddet % 16, cinsel şiddetin % 3 olduğu saptanmıştır. Çelik ve arkadaşlarının (2007) Ankara’da çalışan 622 hemşire ile yaptığı çalışmada, sözel şiddet % 91,1, fiziksel şiddet % 33 olduğu bulunmuştur. Aydın ve arkadaşlarının (2009) Türkiye’de pratisyen hekimlerin karşılaştıkları şiddetin ve çözüm için önerilerin belirlenmesi amacıyla 522 pratisyen doktor (48 ilde genel hastaneler devlet, sağlık ocakları ve 112 acil) ile yaptıkları çalışmada, son üç yılda uğranan sözel şiddet % 89,3, fiziksel şiddet % 7,9, cinsel şiddet % 1,1 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda Türkiye’de şiddet olaylarının % 79’unun acil servislerde olduğu ve % 91’inin hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ifade edilmiştir.²⁵

WHO, ILO ve ICN ’nin 2002 yılı ortak raporunda farklı ülkelerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet oranları incelendiğinde, genel olarak çalışanların % 3-17’sinin fiziksel, % 27-67’sinin sözel, % 10-23’ünün psikolojik, % 0,7-8’inin cinsel şiddete uğradıkları bildirilmiştir.¹²⁷

Kanada’da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının % 60, sözel istismarın % 76 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların % 73’nün şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktukları, % 49’nun hastalar tarafından tanındığı ve % 74’nün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalanların % 67’si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmının da iş değişikliği yapılmıştır.¹²⁸ İngiltere’de yapılan bir çalışmada, genel hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu, saldırıya maruz kaldığı, % 23’nün hastalar tarafından, % 15,5’inin de hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı gösterilmiştir. Fiziksel saldırı oranının % 20 olduğu belirtilmiştir.¹²⁹ Literatürdeki ve araştırmamızdaki şiddet oranları benzer bulunmakla beraber bu oranların da yüksek oldukları düşünülmektedir.

Gülalp ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, erkek cinsiyet, ≥ 31 yaş, acil hekimi olmak, acil serviste beş yıl ve üstünde çalışmış olmak, fiziksel saldırı için risk faktörleridir.¹³⁰ Şiddet uygulayanlar daha çok 30 yaş altı, eğitimsiz, gelir düzeyi düşük, işsiz kişilerdir.²⁵ Türk Tabipleri Birliği raporlarında yıllarca sıradan bir risk faktörü olan şiddet, sağlık ortamında yaşananlar sonucu birinci derecede mesleki risk faktörü haline gelmiştir. Son yıllarda şiddet nedeniyle ölen birçok hekim vakaları göze çarpmaktadır.⁵⁸

Araştırmamızda sözel şiddet ile vardiyalı çalışma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu durumun genç ve uzman tabip olmayan daha çok hasta ile karşılaşan grubun vardiyalı çalışan hekimlerden oluşması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir. Kamu üniversite hastanesinde çalışan hekimler daha az oranda şiddete uğramıştır. Bu durumun ise az hasta sayısı ve sadece acil serviste değerlendirilmesi gereken hastaların oransal çokluğundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Sıkça meydana gelen şiddet olayları hekimlerde güvensizliğe neden olmuştur. Ayrıca hekimler yüksek oranda sağlıkta şiddet ile ilgili olan yaptırımları yeterli görmemekte kendilerini bu konuda savunmasız ve yalnız hissetmektedir.

5.6. Adli Boyut İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Araştırmamızda acil hekimlerinin adli kaygıları, adli sorumlulukları ve mahkemede bulunma durumları incelenmiştir. Hekimlerin adli vakalar ile ilgili bilgi ve eğitim eksiklikleri göze çarpmaktadır. Hekimler yüksek oranda adli vakalar ile ilgili kaygı yaşamakta ayrıca malpraktis kaygısı yaşamaktadır. Çalışmamızda malpraktis kaygısı ve adli vakalar ile ilgili kaygılar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu durum adli kaygıların malpraktis oluşmasında önemli bir etken olduğunu düşündürmektedir. Bimer-Sabim kanalından gelen şikayetler de hekimler üzerinde baskı oluşturmaktadır. Çalışmamızda hekimlerin % 53,9'u çalışma hayatında en az bir kez kendisine ulaşan Bimer-Sabim şikayeti olduğunu belirtmiştir. Literatürde adli rapor incelemeleri ve hekimlerin adli boyut ile ilgili bilgi ve davranışlarını inceleyen çalışmalar çok sayıda olmakla beraber hekimlerin Bimer-Sabim kanalından şikayet edilmeleriyle ilgili çalışma araştırdığımız kadarıyla bulunamamıştır.

Gürbüz ve arkadaşlarının (2004) Ankara'da yaptığı acil servise gelen adli vakaların analizinde, adli vaka oranının % 4 olduğu en çok adli vakaların ise sırasıyla trafik kazaları, zehirlenmeler ve darp olduğu bulunmuştur.¹³¹ Acil servis hekimlerinin % 63,4'ü bir olgunun adli olmasından dolayı fazladan tedirginlik hissettiğini belirtirken, hekimlerin sadece % 19,7'si tıp fakültesinde aldığı adli tıp eğitimini yeterli olarak nitelemektedir.¹³² Yıldırım ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, araştırmaya katılan hekimlerin % 60'ı tıbbi uygulama hataları ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Tıbbi uygulama hatalarının en sık nedeni, % 26,9 ile "Tıp Eğitiminde Yetersizlik" olarak ifade edilmiştir. Acil hekimleri,

tıp eğitimi sürecince hekim hak ve sorumlulukları ile ilgili verilen eğitime % 1,7'si yeterli, % 56,7'si yetersiz, % 28,3'ü çok yetersiz olarak belirtilmiştir. Ayrıca araştırmadaki hekimlerin % 16'sı tıbbi uygulama hataları nedeniyle soruşturma geçirmiştir.¹³³ Tüzün ve arkadaşlarının (1998) 107 hekimle yapılan çalışmada, hekimlerin % 63,5'i kesin adli raporu adli tabiplere ait bir görev olduğu için düzenlemediklerini ve % 60,7'si ise adli tıp eğitiminin mezun olduğu fakültede yeterli düzeyde verilmediğini belirtmiştir.¹³⁴ Ülkemizde adli tıp uzman sayısının yetersiz olması nedeniyle tüm hekimlere adli konularda bilirkişilik görevi verilmiştir. Yasal zorunluluk olmasına rağmen bu görev nitelikli olarak yerine getirilememektedir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin yeterli olmadığı, bu nedenle hekimlerimizin adli hekimlik görevini en korkulan görev olarak bildirdikleri gerçektir.¹³⁵ Karakuş ve arkadaşlarının İstanbul'da tıp ve sağlık hukuku eğitimi hakkında yaptıkları çalışmada, 124 hekimin % 19,4'ü evet bildirimi yapmıştır.¹³⁶ Yavuz ve arkadaşlarının (2004) tarihinde Erciyes, Selçuk, Fırat ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültelerinin acil tıp anabilim dallarında çalışan toplam 44 acil tıp asistanı ve uzmanı ile yapılan çalışmada, hekimlerin hepsi öğrenciliğinde adli tıp dersi almış ancak % 93,2'si uzmanlık eğitimi sırasında adli tıp eğitimi almamıştır.¹³⁷

Araştırmamızdaki hekimlerin % 66,8'i eksiksiz adli rapor düzenlediğini belirtmiştir buna karşın adli rapor incelemeleri ile ilgili yapılan çalışmalarda adli raporlarda birçok bilgi eksikliği göze çarpmaktadır. Serinken ve arkadaşlarının (2011) 3499 adli rapor incelemesinde; olay saatine % 52,1, muayene saatine % 49,9 olarak yer verilmiştir.⁷³ Turla ve arkadaşlarının Samsun'da (2005) yaptıkları çalışmada adli raporların % 6'sında yaş, % 71,8'inde muayene saati, % 30,5'inde travmatik lezyon bulunup-bulunmadığı, % 58,7'sinde bilinç durumu, % 2,6'sında yaşamsal tehlike varlığı bilgisinin kayıtlı olmadığı saptanmıştır. Raporu düzenleyen hekimin adı ve soyadı raporların % 8'inde bulunmadığı, düzenlenen rapor teslim alan kişinin adı soyadı ve imzasının hiç birinde olmadığı saptanmıştır.¹³⁸ Korkmaz ve arkadaşlarının (2009) Bolu'daki 1317 adli rapor incelemelerinde, olguların % 69,8'ine geçici adli rapor düzenlendiği ve taburcu edilen olgulara düzenlenen geçici raporların, kesin raporlara göre anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır.¹³⁹ Hekimlerin bildirdikleri ve adli rapor incelemelerindeki sonuçlar birbirinden oldukça farklıdır. Bu sonuca göre hem rapor

incelemeleri hem de hekim görüşlerini kapsayan detaylı araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızdaki her iki hekimden biri çalışma hayatları boyunca hekimlik ve uygulamaları nedeniyle mahkemede bulunmuştur. Çalışmamızda kamu ve özel kurumlarında mahkemede bulunma açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ayrıca mahkemede bulunma ve Bimer-sabim kanalından şikayet edilmenin hekimlerde adli kaygı oluşturma üzerine etkisi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamıştır. Acil servis hekimlerinin mahkemede bulunmaları ile ilgili herhangi bir çalışma bulunamamış olup bu konu ile ilgili detaylı çalışma ve analizlere ihtiyaç vardır.

5.7. Eğitim İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Acil hekimlerinin, eğitimi ile ilgili olan kursları tıp fakültelerinden mezun olduktan sonra daha yüksek oranda aldıkları belirlenmiştir. Kardiyopulmoner arrest vakalarında hekimlerin % 80,2'si kendini yeterli görmektedir. Erkek hekimler ve temel yaşam desteği almış hekimler kardiyopulmoner arrest vakalarında kendilerini daha yeterli hissetseler de acil serviste çalışan hekimlerinin tamamının kendilerini yeterli bulması gerektiği düşünülmektedir. Yarış ve arkadaşlarının (2001) Trabzon'da 959 öğrencide yaptığı çalışmada, tıp öğrencilerinin % 34,1'i aldıkları eğitimi yetersiz, % 38,8'i fena değil, % 27,1'si iyi olarak değerlendirmiştir.¹⁴⁰ Sanders, ABD'de mezuniyet öncesi eğitim durumunu belirlemek üzere acil tıp eğitiminin nasıl verilmesi gerektiği sorusuna okulların % 96'sı CPR eğitimini önermiştir.¹⁴¹ Demirtaş ve arkadaşlarının (2014) İzmir'de asistan hekimlerin güncel kardiyopulmoner resüsitasyon kılavuzlarını uygulama pratiklerini inceleyen anket çalışmasında, acil tıp asistanlarının dahili ve cerrahi branş gruplarına göre daha başarılı oldukları görülmüş olmakla beraber her üç gruptaki başarı oranının istenilenden oldukça uzakta olduğunu göstermiştir.¹⁴²

5.8. Sağlık Kuruluşu İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Araştırmamızda, acil servislere günlük başvuru sayılarına devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerine, özel diğer kuruluşlara oranla çok daha fazla olduğu belirlenmiştir. Acil servisin fiziki imkanlarını, ekipman ve yardımcı sağlık personellerini özel kurumlarda çalışan hekimler daha iyi bulmaktadır.

Araştırmamıza kamu ve özel kurumlar tekrar gruplandığında acil hekimlerinin nöbet-çalışma sonrası iyilik hali, özel kurumlarda çalışan hekimlerde daha yüksektir ($t=3,355$, $p=0,001$). Kamu hastanelerinde çalışan hekimler, kendilerini daha çok tükenmiş hissetmektedirler. Aylık çalışma saati özel kurumlarda çalışan hekimlerde daha fazla olup özel kurumlarda çalışan hekimler tam ve yarı zamanlı çalışabilmekte, bir grup hekim gündüz işyeri hekimliği yapıp gece nöbet tutmakta, bazı hekimler ise birden fazla kuruluştaki görev yapması nedeniyle özel kurumlarda çalışan hekimlerin aylık kazançları anlamlı derecede kamuda çalışan hekimlerden yüksek olmaktadır.

Taşlıyan ve Gök, Kahramanmaraş'ta kamu ve özel hastanelerde 306 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, kamu ve özel hastanelerin karşılaştırmasında tedavi için gerekli teçhizat, muayene olduğunuz birimlerin rahatlığı (ısı, ışık vs.) önermelerinde % 1 düzeyinde fark, hastanenin fiziki görünümü, temizlik ve ferahlığı önermelerinde % 5 düzeyinde istatistiksel anlamlı farklılıklar gözlenmiştir.¹⁴³ Araştırma sonuçları, acil servisin çalışma ortamında hasta ve hemşire güvenliğini tehdit eden durumlarla karşılaşıldığını, hemşirelerin bu durumları çok düşük oranda raporlandığını ve özel hastanelerin kalite yönetim sürecini diğer hastanelere göre daha iyi uyguladığını göstermektedir.¹⁴⁴ Ergin (2008) acil servis kalabalığı ile ilgili olan çalışmasında, bölümlere göre konsültasyonların gerçekleşme süresi ortalamalarının sırasıyla en fazla beyin ve sinir cerrahisi 113 dakika, nöroloji 77 dakika, enfeksiyon hastalıkları 65 dakika olarak belirlenmiştir.¹²⁴ Aygencel (2012) üniversite hastanesindeki çalışmasında iki aylık süreçte hastane acil servisine toplam 7100 hasta başvurduğu ve 546 (% 7,7) hastadan iç hastalıkları konsültasyonu istendiği belirtilmiştir.⁹¹

Araştırmamızda çalışan memnuniyeti açısından özel ve kamu kurumlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($t=-0,082$, $p=0,934$). Tutar'ın (2007) Erzurum'da yaptığı çalışmada, kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık personellerin çalıştıkları kurumlarda iş doyumu bakımından kamu ve özel hastaneler grubuna göre fark bulunamamıştır.¹⁴⁵

5.9. Sevk Sistemi ve Temel Sağlık Hizmetleri İle İlgili Özelliklerin Tartışması

Araştırmamızda, acil servislerde yoğunluğu azaltmak adına aile hekimlerine nöbet uygulamasının etkisi anketimize katılan hiçbir hekim tarafından hissedilmemiştir. Acil servis hekimleri gün içerisinde çok kez yanlış sevkli ve yanlış yönlendirilmiş hastalar

ile karşı karşıyadır. Özellikle kamu hastanelerinde yanlış yönlendirilmiş hasta sayısı özel kurumlara oranla çok yüksektir ($\chi^2=89,780$, $p<0,001$).

Türkiye’de aile hekimliği birimi sayısı 2015 yılında 21.696, aile sağlığı merkezi sayısı 6902, toplum sağlığı merkezi sayısı 970’tir. Aile hekimi başına düşen nüfus 3629’dur. Adana’da 2015 yılındaki yatak sayısı 6.486’dır. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2015 yılında ortalama birinci basamakta 2,7 ikinci ve üçüncü basamakta 5,7 toplamda ise 8,4’tür. OECD ülkelerinde ortalama bu değer 6,8’dir. Çalışma bölgemiz olan Adana’daki ise ortalama kişi başı hekime başvuru sayısı 9,8 olarak bulunmuştur. Birinci basamak başvuru sayısı 9.018.136, ikinci ve üçüncü basamak başvuru sayısı 12.472.535’tir. Birinci basamaktan sevk hızı 2015 yılında % 0,3 olarak belirlenmiştir ve bu sevk oranı her geçen yıl azalmaktadır.¹

Akküçük (2010) Ankara’daki çalışmasında, acil servis kalabalığının hastane doluluğu ile doğru orantılı olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle ilk basamak tedavi merkezlerinin işlerliğinin artırılması, sevk zincirinin uygulanması gerektiği düşünülmüştür.¹⁴⁶ Almacıoğlu (2011) Bursa’da yaptığı çalışmada, hastaların nakli ile ilgili acil servise sıklıkla haber verilmediği belirtilmiştir (% 75,1).⁹⁹ Atilla ve arkadaşlarının (2010) İzmir’de sevk edilen hastaların % 72’sinin hastaneden onam alınmadan hastaneye getirildiği belirtilmiştir.¹⁴⁷

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma bulgularına göre;

- Acil servislerde çalışan hekimlerin % 75,7'sini erkek hekimler oluşturmaktadır. Kadın hekimler acil serviste çalışmaktan çekinmekte, daha çok diğer bölümlerde çalışmayı tercih etmektedirler. Kadınların acil sağlık hizmetlerine daha çok katılmasını sağlamak adına acil servis düzeni, kadın hekimlerin çalışmalarına uygun hale getirilmelidir.
- Acil hekimlerinin birçoğu haftalık 40 saat üzerinde ve çok yoğun tempoda çalışmakta, bu durum hekimlerde yorgunluğa ve memnuniyetsizliğe neden olmaktadır. Çalışma saatlerinin düzenlenmesinin acil hekimleri başta olmak üzere tüm hekimler için yapılması gerekmektedir.
- Acil servis hekimleri, özellikle kamu kurumlarında kazancını yeterli görmemektedir. Her ne kadar nöbet ücretleri ile düzenlemeler yapılsa da bu düzenlemeler acil hekimlerini memnun edecek boyutta değildir. Etkinlik-maliyet hesabı tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi acil hekimlerinde farklı yöntemlerle çağdaş düzeye getirilmelidir.
- Acil serviste çalışma memnuniyeti, hekim olmaktan memnun olma durumu ile karşılaştırıldığında hekimlerin acil serviste çalışma memnuniyetsizliği belirginleşmektedir. Çalışan memnuniyetinin her açıdan çalışma ve verim üzerinde etkili olduğu düşünülürse, hekimlik ve uzmanlık dalları içerisinde acil servis çalışanlarına ayrı bir önem verilmesi gerektiği açıktır.
- Hekimlerin adli konularda eğitimsizliği ve çekinceleri belirlenmiştir. Hastaları tedavi etmek kadar, adli rapor yazma sorumluluğu bulunan hekimlere, mezuniyet öncesi ve sonrası adli eğitimlerin devam etmesi, adli olgulardaki sorumlulukların da eğitim sürecine aktarılması gerekmektedir.
- Araştırmamızda, acil servislerde birçok kişi eğitim almadığını, eğitim alanların ise eğitimin kalitesini sorguladığı tespit edilmiştir. Tekrarlayan hizmet içi eğitimlerle hekimlerin bilgi ve becerilerinin artması gerçekleştirilmelidir.
- Acil servislerde yoğunluğu azaltmak için uygulanan “aile hekimlerine nöbet uygulaması” oldukça yetersiz kalmıştır. Acil servislerde hasta yoğunluğunu

azaltmak ya da daha etkin acil sağlık hizmeti için farklı çözüm nerileri bulunmalıdır.

- Türkiye’de acil servis hasta başvurularının büyük kısmı kamu hastanelerine olmaktadır. Kamu hastanelerindeki fiziki yapı yetersiz kalmaktadır. Kamu hastanelerinde nitelikli sağlık hizmeti için personel ve hekim sayısının artırılması ekipman ve fiziki yapı iyileştirmeleri önerilmektedir.
- Acil servislerdeki çalışma ortamı faktörlerinin (ekipman, personel, araç gereç vs.) düzenlenmesi gereklidir.
- Acil konsültasyon düzeneğinin ve sirkülasyonunun standardize edilmesi gereklidir.
- Acil servis hekimlerinden her iki kişiden biri hekimlik ve uygulamaları nedeniyle mahkemede bulunmuştur. Adli açıdan hekimlerin eğitim alması ve kaygılarının azaltılması gerekmektedir.
- Araştırmamızdaki acil hekimlerinin % 30,7’si fiziksel, % 88,1’i sözel şiddet maruz kalmıştır. şiddet, sağlık kuruluşlarında çalışan güvenliğini bozmaktadır. Acil hekimleri; sağlıkta şiddet ile ilgili olan yaptırımları, yüksek oranda yetersiz bulmaktadır. şiddet uygulayan kişiler ile ilgili daha fazla cezai yaptırım uygulanması gerekmektedir. Avustralya sağlık kuruluşları çalışanları için uygulanan şiddete karşı yüksek cezalı yasal düzenlemeleri Türkiye’de de uygulanmalıdır. (şekil 1)¹⁴⁸



şekil 1: Avustralya’dan sağlıkta şiddet ile ilgili bir afiş

- Sağlık sistemindeki en önemli stratejiyi sevk zinciri olarak belirlemek mümkündür. Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda dünyada genel kabul gören yöntem, hizmetin uygun basamakta verilmesidir. Araştırmamızda, acil hekimlerinin % 85,6'sı (173 hekim) birinci basamak sağlık hizmetlerini yeterli bulmamıştır. Optimal acil servis hekimliği ve hizmetleri için en çok hekim önerilerinin; sevk sistemi kurulması gerektiği ve uygunsuz acil servis kullanımının önüne geçilmesi ilgili olduğu belirlenmiştir. DSÖ'nün belirlediği birinci basamak sevk oranının (% 5-10) olmasından hareketle¹⁴⁹, ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki biriken kaynakların sadece bina yaparak değil, birinci basamaktan itibaren zorunlu sevk zincirini kullanmayla mümkün olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sağlık istatistikleri yılı 2015.
2. Kamu hastaneleri istatistik yılı 2014.
3. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2013 Emergency Department Summary Tables.
4. Tanır F. İş Sağlığı ve Güvenliği Kavramı-Tarihçesi-İlkeleri. Tanır F. *Temel İş Sağlığı Ve Güvenliği Eğitimi*, Ankara: Akademisyen kitabevi, 2016: 1-13.
5. Bilir N, Yıldız AN. İş Sağlığı ve Güvenliği. Güler Ç, Akın L. *halk sağlığı*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi yayınları, 2012:1070-1103.
6. Deveci N. Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2007.
7. Bilir N, Yıldız AN. *İş Sağlığı ve Güvenliği*. 3. Baskı, Ankara: Hacettepe yayınları, 2014.
8. Şişli Z. İş Sağlığı Örgütlenmesi ve İşyeri Hekimliği. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2007.
9. Pekşen Y. Sağlık çalışanları, meslek hastalıkları ve iş kazaları kavramlarına genel yaklaşım. *Sağlık Çalışanlarının Meslek Hastalıkları Özel Sayısı Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*. 2017; 3(2):49-58.
10. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum. *Taf Prev Med Bull*. 2008; 7(6):547-554.
11. Tanır F. Ders notları Çukurova Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ders notları
12. Tanır F. Ders notları Çukurova Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
13. Çalışma Yaşamında Sağlık Gözetimi Rehberi, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, 2015
14. Camkurt MZ. İşyeri çalışma sistemi ve işyeri fiziksel faktörlerinin iş kazaları üzerindeki etkisi. *Tühis İş Hukuku ve İktisat Dergisi*. 2007; 20(6):80-105.
15. Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik. *R. Gazete*: Tarih:22/05/2014, Sayı: 29007.
16. Kartal ED. Sağlık personelinde profilaksi. *Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar Sempozyum Dizisi*. 2008; 61:215-222.
17. Dabak Ş. Sağlık çalışanlarında iş kazaları. *Sağlık Çalışanlarının Meslek Hastalıkları Özel Sayısı Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*. 2017; 3(2): 75-84.
18. Karaca Y. Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, 2013.
19. Özturan DŞ. Çalışma Ortamı Algısı-İş Doyumu ve Sağlık Çalışanları, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, 2014.
20. Hatman E. Sağlık çalışanlarında tüberküloz kontrolü nasıl olmalı. *Sağlık Çalışanlarının Meslek Hastalıkları Özel Sayısı Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*. 2017; 3(2):96-104.
21. Uçak A. Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi, Afyonkarahisar, 2009.

22. **Rasmussen K, Pedersen AHM, Pape L, Mikkelsen K, Madsen MD, Nielsen KJ.** Work environment influences adverse events in an emergency department. *Dan Med J.* **2014**;61(5):1-5.
23. **Yalçın M.** Acil Servis Hizmetlerinin Simülasyonu: Karşıyaka Devlet Hastanesi Uygulaması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, **2009**.
24. **Tanır F,** Acil ve temel sağlık hizmetleri. Kekeç Z, *Tüm yönleriyle acil tıp*, Ankara: Akademisyen tıp kitabevi, **2013**
25. **Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olaylarının araştırılarak alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan meclis araştırması komisyonu raporu.** Ocak **2013**. sıra sayısı: 454.
26. **Eryılmaz M.** Ülkemizde acil sağlık hizmetleri: ihtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri, *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* **2007**;13(1):1-12.
27. **Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği.** *Resmi Gazete.* Tarih: 11/05/2000, Sayı: 24046.
28. **Eryılmaz M, Yılmaz S.** Acil sağlık çalışanlarının hakları, *Türkiye acil tıp dergisi*, **2005**;5(3):145-155.
29. **Compton MT, Frank E.** Mental health concerns among Canadian physicians: results from the 2007-2008 Canadian physician health study. *Comprehensive psychiatry.* **2011**; 52(5):542-547.
30. **Steffen MW, Hagen PT, Benkhadra K, Molella RG, Newcomb RD, Murad MH.** ‘A survey of physicians’ perceptions of their health care needs. *Occupational Medicine.***2015**; 65(1): 49-53.
31. **Levitt MA, Derrick GA.** An evaluation of physiologic parameters of stress in the emergency department. *Am J Emerg Med.* **1991**; 9(3):217-219.
32. **Somville FJ, De Gucht V, Maes S.** The impact of occupational hazards and traumatic events among Belgian emergency physicians. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine.* **2016**; 24(1): 59.
33. **Kılıç M.** Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Seçilmiş Olumsuz Sağlık Davranışlarının Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, **2011**.
34. **Suárez M, Asenjo M, Sánchez M.** Job satisfaction among emergency department staff. *Australasian Emergency Nursing Journal.* **2017**; 20(1):31-36.
35. **Lu H, While AE, Barriball KL.** Job satisfaction among nurses: a literature review. *International journal of nursing studies.* **2005**; 42(2):211-227.
36. **Koustelios AD.** “Personal Characteristics And Job Satisfaction Of Grek Teachers”, *The International Journal Of Educational Management.* **2001**; 15(7):354-358.
37. **Tan MN, Özçakar N, Kartal M.** Asistan hekimlerin tıpta uzmanlık eğitimi kapsamında mesleki memnuniyetleri ve yaşam koşulları ile ilişkisi. *Marmara Medical Journal* **2012**; 25(1):20-5
38. **Çam O, Akgün E, Gümüş AB, Bilge A, Keskin GÜ.** Bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin klinik ortamlarını değerlendirmeleri ile iş doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,**2005**; 6(2):213-220.
39. **Kavlu İ.** Acil Servislerde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik ve İş Doyumlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, **2008**.
40. **Li L, Hu H, Zhou H, He C, Fan L, Liu X, Sun T.** Work stress, work motivation and their effects on job satisfaction in community health workers: a cross-sectional survey in China. *BMJ open.* **2014**; 4(6):1-9
41. **Batıgün AD, Şahin NH.** İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumunu. *Türk Psikiyatri Dergisi.***2006**; 17(1): 32-45.

42. **Akpınar AT, Taş Y.** Acil servis çalışanlarının tükenmişlik ile iş doyum düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma. *Tr J Emerg Med.* **2011**;11(4):161-165.
43. **Ersel M, Karcioğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA.** Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med.* **2006**; 6(1):25-35.
44. **Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, Lalle I, Magrini L, Magnanti M.** Overcrowding in emergency department: an international issue. *Internal and emergency medicine.* **2015**; 10(2), 171-175.
45. **Çevik C, Tekir Ö.** Acil servis başvurularının tanı kodları, triyaj ve sosyo-demografik açıdan değerlendirilmesi. *Balikesir Saglik Bil Derg* **2014**; 3(2): 102-107
46. **Ergin M, Demircan A, Keleş A, Bildik F, Aras E, Maral I, Pamukcu G, Ozel B, Karamercan M.** Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisinde “Ulusal acil servisler kalabalık çalışması (nedocs)” skalasını kullanarak kalabalık ölçüm çalışması. *Akademik Acil Tıp Dergisi, JAEM* **2011**; 10(2):60.
47. **Yeşil O, Cimilli ÖT, Eren ÇŞ, Güneysel Ö, İdari Amaçlı Muayeneler: Acil Olmayan Aciller.** *Sakarya Medical Journal*, **2011**;1(4):130-134.
48. **Aksel G, Bildik F, Demircan A, Keles A, Kılıçaslan I, Güler S, Dogan NO.** Effects of fast-track in a university emergency department through the national emergency department overcrowding study. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, **2014**; 64(7): 791-797.
49. **Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L.** Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.* **2010**; 23(4):238-43.
50. **Çevik AA.** Acil servis hekimleri ve “burn out” sendromu, *Acil Tıp Dergisi* III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı. **2000**;281-288.
51. **Violence and Health: Task Force on Violence and Health.** Cenevre, WHO, **2002**.
52. **Saines JC.** Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs* **1999**; 7:8-12.
53. **Annagür B.** Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, **2010**; 2(2):161-173.
54. **Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E.** Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. *Turk J Emerg Med* **2007**;7(4):156-162.
55. **Türkmenoğlu B.** Sivas İl Merkezi Sağlık Çalışanlarında Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, **2014**.
56. **Kowalenko T, Gates D, Gillespie GL, Succop P, Mentzel TK.** Prospective study of violence against ED workers. *The American journal of emergency medicine*, **2013**; 31(1): 197-205.
57. **Özcan NK, Bilgin AH.** Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik derleme *Türkiye Klinikleri J Med Sci* **2011**; 31(6):1442-56.
58. **Hekimlik sorunları, Türk Tabipleri Birliği,** **2012**; s.18.
59. **Cam E.** Çalışma yaşamında stres ve kamu kesiminde kadın çalışanlar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2006**;1(1):1-11.
60. **Çevik A, Holliman J, Yanturalı S.** Acil servis hekimleri ve burn out sendromu. *Ulusal Travma Dergisi*, **2003**; 2: 85-9.

61. **Whitehead DC, Pines A.** Surviving The 10-Year Ache: Emergency Practice Burnout. *Emergency Medicine Reports (Supplement)*. **1991**;23:1-7.
62. **Türkçüer İ, Erdur B, Ergin A, Serinken M, Bukıran A, Aydın B, Bozkır M.** Acil tıp sisteminde çalışan hekimlerin iş yeri stres faktörleri: Denizli ili araştırma sonuçları, *Türk J Emerg Med* **2007**;7(2):68-72.
63. **Weigl M, Schneider A, Hoffmann F, Angerer P.** Work stress, burnout, and perceived quality of care: a cross-sectional study among hospital pediatricians. *European journal of pediatrics*, **2015**; 174(9):1237-1246.
64. **Serinken M, Tomruk Ö, Erdur B, Soysal S, Çımrın AH.** Acil servis hekimlerinin iş stres faktörleri. *Akademik acil tıp dergisi*. **2003**;1(2):48-51.
65. **Gökçe T, Dünder C.** Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **2008**; 15 (1): 25-28.
66. **Koç ŞR.** Sağlık Çalışanlarında İş Stresi (Acil Servis Örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, İstanbul, **2009**.
67. **Erol A, Akarca F, Değerli V, Sert E, Delibaş H, Gülpek D, Mete L.** Acil servis çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Klinik Psikiyatri*. **2012**;15:103-10.
68. **Maslach C, Leiter MP.** New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout, *Medical Teacher*, **2017**; 39(2):160-163.
69. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.** Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd ed. California: CPP, Inc; **1996**.
70. **Siu CFY, Yuen SK, Cheung A.** Burnout among public doctors in Hong Kong: cross-sectional survey. *Hong Kong Med J*, **2012**; 18(3):186-92.
71. **Blais R, Safianyk C, Magnan A, Lapierre A.** Physician, heal thyself Survey of users of the Quebec Physicians Health Program. *Canadian Family Physician*, **2010**;56(10), 383-389.
72. **Güven FMK, Bütün C, Beyaztaş FY, Eren ŞH, Korkmaz İ.** Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* **2009**; 10(3) :23-28.
73. **Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M.** Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. **2011**;17(1):23-28.
74. **Günaydın İG, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y.** Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması, *Adli Tıp Dergisi* **2005**; 19(2):26-32.
75. **Kalemoglu M.** Acil serviste hekim sorumluluğu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* **2005**; 25:824-828.
76. **Tuğcu H.** Acil olgularda hekim sorumluluğu. *Klinik Gelişim Dergisi Adli tıp özel sayısı*, **2009**; 22:85-8.
77. **Zehirlenmeler**, <http://www.adlitip.org/zehirlenmeler/> erişim tarihi:15/05/2017
78. **Türkan H, Tuğcu H.** 2000-2004 yılları arasında yüksek sağlık şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları. *Gülhane Tıp Dergisi* **2004**;46(3):226-231.
79. **Coşkun F, Meltem Akkaş M, Sivri B.** Acil tıbbın, tıp eğitimi müfredatındaki yeri *Hacettepe Tıp Dergisi*. **2004**; 35:234-238.
80. **Janssen MA, Achterberg T, Adriaansen MJ, Kampshoff CS, Mintjes-de Groot J.** Adherence to the guideline 'Triage in emergency departments': a survey of Dutch emergency departments. *Journal of clinical nursing*, **2011**; 20(17-18): 2458-2468.

81. **Atilla R.** Triaj, Kekeç Z, *Tüm Yönleriyle Acil Tıp*. Ankara: Akademisyen tıp kitabevi, **2013**.
82. **Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama ve usul esasları hakkında tebliğ.** *R.Gazete*. Tarih:16/10/2009, Sayı:27378.
83. **Monitoring Health For The Sdgs Sustainable Development Goals.** World Health Statistics. **2016**.
84. **Topaçoğlu H.** Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Analizi, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, **2002**.
85. **Al B, Yıldırım C, Togun İ, Zengin S, Bozkurt S, Köse A, Sohbet R.** Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Akademik Acil Tıp Dergisi*. **2009**;8(1):39-44.
86. **Kabaroğlu KA.** Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2011**.
87. **Gültekin AE.** Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi, Bursa, **2008**.
88. **Duran A, Yorgun S, Okumuş M, Kaya H, Çıkrıklar H.** Acil Servis Çalışanları Memnuniyet Düzeyleri. *Duzce Medical Journal*, **2013**;15(1):37-40.
89. **Türkan H, Şener S, Tuğcu H.** Acil serviste uygunsuz konsultasyon hizmeti ve mediko-legal yönü. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **2005**; 5(3):138-41.
90. **Karakaya Z, Gökel Y, Açıkalın A, Karakaya O.** Acil Tıp Anabilim Dalında konsultasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. **2009**; 15:210-216.
91. **Aygenel G, Nas A, Sarıtaş H, Deryal K, Demircan A.** Bir üniversite hastanesi acil servisindeki iç hastalıkları konsultasyonlarının genel özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*. **2012**; 17(4): 219-222.
92. **Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ.** *Resmi Gazete*. Tarih: 30/05/2003, Sayı: 25123.
93. **Ertan C, Akgün FS, Yücel N.** Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan sevklerin incelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **2010**; 10:65-70.
94. **Almacioğlu ML.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Ambulansla Getirilen Hastaların Nakil Uygunluğunun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Bursa, **2011**.
95. **Okyay RA.** Adana İli Tarım Çalışanlarının Sağlık Sorunlarının ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumlarının Saptanması ile Sağlık Sunum Model(ler)inin Önerilmesi Araştırması. Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2014**.
96. **Adana idari yapı**, <http://www.adana.gov.tr/idari-yapi>, Erişim tarihi:25/09/2017.
97. **Gündüz İ.** Acil Tıp Anabilim Dalı Antalya Bölgesindeki Acil Servis Hekimlerinin Kanuni ve Hukuki Yükümlülüklerinin Farkındalıkları, Uzmanlık Tezi, Antalya, **2012**.
98. **Bodur S, Filiz E, Durduran Y.** Sağlık personeli ve toplumun tıbbi hatalar ile ilgili görüşlerinin karşılaştırılması. *Genel Tıp Derg* **2011**;21(4):123-30.
99. **Aylaz R, Aydın S.** Acil ve diğer servislerde görev yapan sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışmasının yaşam kalitesi üzerine etkisi, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik e-Dergisi*. **2014**; 2(3):1-11.
100. **657 No'lu Devlet Memurları Kanunu.** *R.Gazete* Tarih:23/7/1965, Sayı:12056.
101. **Ekici T, Özçelik Z.** Hekimlerin Çalışma Süresi, Nöbet, Fazla Çalışma Ücreti, Dinlenme ve İzin Hakları, 3. Baskı: Ankara. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*, **2011**.

102. Boşnak VK, Karaoğlu İ, Namıduru M, Şahin A. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi sağlık çalışanlarında Hepatit B, Hepatit C ve HIV seroprevalansı. *Viral Hepatit Dergisi*. 2013; 19(1):11-4.
103. Altun HU, Eraslan A, Özdemir G. İkinci basamak bir hastanede sağlık çalışanlarının HBV, HCV ve HIV seroprevalansları. *Viral Hepatit Dergisi*. 2012; 18(3):120-2.
104. Öztürk H , Babacan E , Anahar EÖ. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(4):252-68.
105. Çevik M. İş Yerinde Oluşan Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri; Acil Servis Hizmetleri Kapsamında Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.
106. Buğdaycı R, Kurt AÖ, Şaşmaz T, Öner S. Mersin ilinde pratisyen ve uzman hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007; 26(1):32-36.
107. Baran E, Gönül ED, Aslan D. Bir devlet hastanesi çalışanlarında bel ağrısı sıklığının Saptanması. 9. Halk Sağlığı Günleri Özet Kitabı. Ankara, 2005.
108. Terzi R, Altın F. Hastane çalışanlarında bel ağrısı sıklığı, bel ağrısının kronik yorgunluk sendromu ve mesleki faktörler ile ilişkisi 2015; 27(3):149-154.
109. Revicki DA, Whitley TW, Gallery ME. "Organizational Characteristics, Perceived Work Stress, and Depression in Emergency Medicine Residents", *Hospital Topics*. 1997; 75(1):30-36.
110. Ergin M, Demircan A. Acil tıp alanında kariyer yaklaşımı: Hekim sağlığına bakış açısı *Türk J Emerg Med* 2007; 7(4):191-194.
111. Owens JA. Sleep Loss And Fatigue In Healthcare Professional. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2007; 21: 92-100.
112. Altıok M, Kuyurtar F, Karaçorlu S, Ersöz G, Erdoğan S. Sağlık çalışanlarının delici kesici aletlerle yaralanma deneyimleri ve yaralanmaya yönelik alınan önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009; 2(3): 70-9.
113. Çalışkan D, Akdur R. Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2001; 54(02):135-142.
114. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E, Kırbıyık S. Bir üniversite hastanesi sağlık personelinde delici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2002; 22(4):390-396.
115. Sayın S. Tıp fakültesinde görev yapan araştırma görevlilerinde kronik yorgunluk ve depresyon sıklığının incelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2013;5(1):11-17.
116. Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2003; 51(4):390-397.
117. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi Hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. *Journal of Turgut Özal Medical* 1997; 4(4):407-11.
118. Demircan C ve ark. Tıp Fakültesi Çalışanlarında Sigara İçme Prevalansı. IV. Halk Sağlığı Kongresi. Didim, 1994.
119. Saygun M, Çakmak A, Köse K. Kırıkkale İlinde Üç Farklı Hastanede Çalışan Hekimlerin Mesleki İş Doyumu. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 2004;24:219-229.
120. Makbule TAN, Özçakar N, & Kartal M. Asistan Hekimlerin Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kapsamında Mesleki Memnuniyetleri ve Yaşam Koşulları ile İlişkisi. *Marmara Medical Journal*. 2012;25:20-5.
121. Hayran O, Aksayan S. Pratisyen hekimlerde iş doyumunu. *Toplum ve Hekim* 1991; 6:16-17.

122. Aslan H, Ünal M, Aslan O. Pratisyen hekimlerde tükenme düzeyleri. *Düşünen Adam* **1996**; 9:48.
123. Sağlık istatistikleri yılı 2014.
124. Ergin M. Acil Servis Kalabalığının Bilimsel Yöntemler İle Ölçümü. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, **2008**.
125. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc* **2010**;109(7):533-42.
126. İlhan MN, Özkan S, Kurtcebe ZÖ, Aksakal FN. Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan araştırma görevlileri ve intörn doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **2009**; 28(3):15-23.
127. Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva. ILO, ICN, WHO, PSI **2002**.
128. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* **1999**; 16:161-170.
129. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs*, **2004**; 13:3-10.
130. Gulalp B, Karcioğlu O, Koseoğlu Z, Sari A. Tehlikelerle karşılaşan sağlık personeli: Türkiye'nin güney kent merkezlerinden deneyimler. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* **2009**;15(3):239-242.
131. Gürbüz N, Saygı Ş, Erdal CİLA, Demircan A, Keleş A. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı erişkin acil servise başvuran adli vakaların analizi. *Gazi Medical Journal*, **2004**; 15(4):139-144.
132. Günaydın İG, Demirci Ş, Doğan KH, Aynacı Y. Konya ilinde çalışan acil servis hekimlerinin adli raporlara yaklaşımı: bir anket çalışması. *Adli Tıp Dergisi*, **2005**; 19(2):26-32.
133. Yıldırım A, Aksu M, Çetin İ, Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Medical Journal*. **2009**; 31(4):356-366.
134. Tüzün B, Elmas İ, Akkay E. Adli rapor düzenleme zorunluluğuna hekimlerin yaklaşımı anket çalışması. *The Bulletin of Legal Medicine*, **1998**; 3(1):27-31.
135. Turla A, Dünder C. Samsun il merkezinde adli rapor düzenleyen pratisyen hekimlerin adli tıp eğitimi ve adli raporlara yansımaları. *O.M.Ü. tıp dergisi*. **2010**;20(3):119-124.
136. Yılmaz BK, Topcu H, Acar YA. Acil Hekimlik Perspektifinden Hekimlerin Hukuki Yükümlülüklerinin Değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2017**; 51(2):142.
137. Yavuz Y, Yürümez Y, Küçük H, Demirel R, İkizceli İ, Akdur O. Acil tıp hekimlerinin adli rapor düzenlenmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi* **2004**; 4(2):64-67.
138. Turla A, Aydın B, Sataloğlu N. Acil serviste düzenlenen adli raporlardaki hata ve eksiklikler. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* **2009**;15(2):180-184.
139. Korkmaz T, Kahramansoy N, Erkol Z, Sarıçıl F, Kılıç A. Acil servise başvuran adli olguların ve düzenlenen adli raporların değerlendirilmesi. *Haseki Tıp Bülteni*. **2012**;50(1):14-20.
140. Yarış F, Topbaş M, Çan G, Özoran Y. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. *O.M.Ü tıp dergisi*. **2001**;18(4):233-241.
141. Sanders AB, Cridd E, Witzke D, Levitt MA. Survey of undergraduate emergency medical education in United States. *Annals of EM* **1986**; 15:19-23.

142. **Demirtaş Y, Yolcu S, Eryiğit V, Mahsanlar Y, Değerli V, Parlak İ.** Asistan hekimlerin güncel kardiyopulmoner resüsitasyon kılavuzlarını uygulama pratiklerinin incelenmesi. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*. **2014**;18(3):43-50.
143. **Taşlıyan M, Gök S.** Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta bir alan çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2012**; 2(1): 69-94.
144. **Tanrıkulu G.** Hemşirelerin Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Acil Servislerin Çalışma Ortamına İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, **2010**.
145. **Tutar H.** Erzurum'da devlet ve özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin işlem adaleti, iş tatmini ve duygusal bağlılık durumlarının incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. **2007**;12(3):97-120.
146. **Akküçük MH.** Kalabalık Acil Servisler İçin Hasta ve Sağlık Personeli Triyajı. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, **2010**.
147. **Atilla ÖD, Oray D, Akın Ş, Acar K, Bilge A.** Acil servisten bakış: Ambulansla getirilen hastalar ve sevk onamları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. **2010**;10(4):175-180.
148. **Afiş.** https://twitter.com/_MrThar_/status/678139024159203328 erişim tarihi:24/09/2017.
149. **Oğuz D.** Aile hekimliği. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*. **2009**; 13(1):8-14.

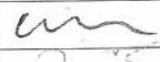
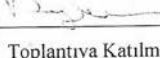
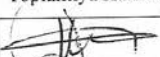
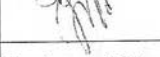
EKLER

Ek 1: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu izini

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı	Tarih
48	4 Aralık 2015

KARAR NO 1- Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, Prof. Dr. Ferdi Tanır yönetiminde, Araş. Gör. Dr. Erhan Kaya tarafından yürütülmesi öngörülen, "Adana İl Merkezi Acil Servis Hekimlerinin Çalışma Koşullarının Araştırılması" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

Ek 2: Adana İli Kamu Hastaneleri Kurumu'ndan alınan izin

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
06/06/2016 13:47 - 69937107 - 771 - E 9382
00024837048


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 69937107/771
Konu : Dr.Erhan KAYA Bilimsel Çalışma
Onayı

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 10/05/2016 tarihli ve 67971284-11579 sayılı yazı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında araştırma görevlisi Dr.Erhan KAYA'nın "Adana İl Merkezi Acil Servis Hekimlerinin Çalışma Koşullarının Araştırılması" konulu çalışma başvurunuz kurumunuz "Sağlık Tesislerinde Klinik Araştırma, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma İle Bilimsel Araştırma Ve Proje Çalışmaları Ön İzin Değerlendirme Komisyonunun" 24.05.2016 tarihli toplantısında incelenmiş olup, sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması ve Genel Sekreterliğimizin bilgisi dahilinde yayınlanması koşuluyla oy birliği ile uygun görülmüştür.

Doç.Dr.Orhan GÖRGÜLÜ
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EKLER:
BİLİMSEL ÇALIŞMA İZNİ


Güvenli Elektronik İmza
Aşlı İle Aynıdır
6 2016
AH ÖSTÜNKAYA
Genel Sekreter

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje Birimi Hacı Ömer Sabancı Caddesi - Seyhan / Adana Tlf: 0(322) 321 57 52 Faks: 0 322 221 00 20 mail:Resan.Arlier@saglik.gov.tr
Faks No:0322 221 00 20
e-Posta:resan.arlier@saglik.gov.tr İnt.Adresi: R.ARLIER
Bilgi için:Reşan ARLIER
Unvan:Uzman
Telefon No:0(322) 321 57 52
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0553054e-b469-4706-84f3-84f805cb324a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3:Aydınlatılmış Onam Formu

AYDINLATILMIŞ ONAM

Merhaba, Benim adım Erhan KAYA Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden geliyorum. Adana ili merkezindeki acil servis hekimlerine çalışma koşulları ile ilgili araştırma yapıyorum. Sizinle konuşmak ve size bazı sorular sormak istiyorum. Adana il merkezindeki tüm acil servis hekimlerine ulaşmaya çalışıyorum. Vereceğiniz yanıtlar kesinlikle gizli kalacaktır.

Katılımınız tamamıyla gönüllü olmanıza bağlıdır, ancak sizin bu çalışmaya katılmanız öncelikle acil hekimlerine ve sağlık hizmetlerine katkıda bulunacaktır.

Görüşme yaklaşık olarak 15 dakika sürecektir.

Görüşme yapmayı kabul ediyor musunuz?

Kabul etti.....

Kabul etmedi.....

Görüşmeci Adı-Soyadı imzası.....

Katılımcı Adı-Soyadı imzası.....

Ek 4: Anket formu

Adana İl Merkezi Acil Servis Hekimlerinin Çalışma Koşullarının Araştırılması

Sıra No:

.../.../20....

1.Yaşınız?:.....

2.Cinsiyetiniz?: 1.E 2.K

3.Medeni durumunuz?(Evli değilse 7.soruya geçiniz)

- 1.Evli 3.Nişanlı
2.Bekar 4.Diğer.....

4.Çocuk sayınız?(.....)

5.Kadın hekim gebelik durumu?

- 1.Gebe değil 3.Gebe
2.Lohusa 4.Diğer..... 5.Son doğum tarihi...../...../.....

6.Eşiniz çalışıyor mu, mesleği nedir?

1. Evet.....
2. Hayır

7.Çalıştığınız kurumun tipini belirtiniz?

- 1.Kamu üniversite hastanesi 4.Özel hastane 7.Diğer.....
2.Özel üniversite hastanesi 5.Eğitim araştırma hastanesi
3.Devlet hastanesi 6.Özel tıp merkezi

8.Hekimlikte çalışma süreniz?.....yıl.....ay

9.Acil serviste çalışma süreniz?.....yıl.....ay

10.Çalışma saatleri tipiniz?

- 1.Yalnız gündüz 2.Yalnız gece 3.Vardiyalı
4.Diğer.....

11.Aylık ortalama çalışma süreniz? saat

12.Çalışma statünüz?

- 1.Pratisyen 2.Acil uzmanı 3.Asistan 4. Sorumlu
5.Diğer.....

13.Hangi grup hastalarla ilgileniyorsunuz?

- 1.Tüm aciller 5.Erişkin acil
2.Çocuk acil 6.Kadın hastalıkları ve doğum acil
3.Kardiyak aciller 7.Psikiatrik aciller
4.Ortopedik aciller 8.Diğer.....

14.Acil serviste çalışmayı kendiniz mi istediniz?

- 1.Evet 2.Hayır.....
3.Diğer.....

15.Acil serviste çalışmaktan memnuniyetinizi belirtiniz?

1.Hiç memnun değil 2.Çok az memnun 3.Memnun sayılır 4.Memnun 5.Çok memnun

16.Hekim olmaktan memnuniyetinizi belirtiniz?

1.Hiç memnun değil 2.Çok az memnun 3.Memnun sayılır 4.Memnun 5.Çok memnun

17.Acil servis çalışmalarınız sırasında çalışma hayatınız boyunca şiddete uğradınız mı?

1.Evet kez
2.Hayır(20. Soruya geçiniz.)
3.Diğer.....

18.Ne tür şiddete uğradınız/kaç kez?(Birden fazla işaretlenebilir)

1.Fiziksel.....kez 3.Psikolojik.....kez
5.Diğer...../.....kez
2.Sözlü.....kez 4.Cinsel.....kez

19.Kim (ler) tarafından şiddete uğradınız/kaç kez?(Birden fazla işaretlenebilir)

1.Hasta.....kez
2.Hasta yakını.....kez
3.Hekim.....kez
4.Yardımcı sağlık personeli kez
5.Diğer hastane personeli kez
6.Diğer...../..... kez

20.Acil serviste kendinizi güvende hissediyor musunuz?

1.Evet
3.Diğer.....
2.Hayır

21.Sağlıkta şiddet ile ilgili hukuki yaptırımları yeterli buluyor musunuz?

1.Evet
3.Diğer.....
2.Hayır

22.Hakkınızda Bimer/Sabim' e şikayet başvurusu oldu mu?

1.Evet kez
3.Diğer.....
2.Hayır

23.Saldırgan kişilerle ilgili sorunları adli makama taşımakta sorun yaşıyor musunuz?

1.Evet
3.Diğer.....
2.Hayır

24.Hastane güvenliğini yeterli buluyor musunuz?

1.Evet
3.Diğer.....
2.Hayır

25.Hekimlik uygulamaları nedeniyle mahkemede bulundunuz mu?

- 1.Evet kez
3.Diğer.....
2.Hayır(27. Soruya geçiniz.)

26.Mahkemede bulunma durumunuz?

- 1.Davacı
2.Davalı
3.Bilirkişi
4.Tanık
5.Diğer.....

27.Hakkınızda adli soruşturma yapıldı mı?

- 1.Evet
3.Diğer.....
2.Hayır

28.Adli vakalarla ilgili kaygı yaşıyor musunuz?

- 1.Evet.....
3.Diğer.....
2.Hayır

29.Aşağıdaki uygulamalardan hangilerini dikkate alıyorsunuz?

- 1.Adli olguların tamamının bildirimini yapıyorum.
2.İntoks. ve şüphesi olgularının kan ve idrar örneklerini buzdolabında saklıyorum.
3.Adli olgularda ilgililerin giysilerini ve eşyalarını tutanakla bildiriyorum.
4.ÖBS' de doldurduğum belgeler için düzeltme geri bildirimi alıyorum.

30.Adli rapor düzenlerken raporda hangi verilere yer veriyorsunuz?

- | | | |
|--------------------------------|------------------------|--------------------|
| 1.Hastanın şikayeti | 5.Muayene bulguları | 9.Tetkik sonuçları |
| 2.Radyoloji raporları | 6.Konsültasyonlar | 10.İzlem |
| 3.Lezyon boyutu ve özellikleri | 7.Lezyon anatomik yeri | 11.Diğer..... |
| 4.Olay ve muayene saati | 8.Tedavi | |

31.Hekimlerin hukuki sorumlulukları ve tıbbi mevzuat hakkında eğitim aldınız mı?

Aldıysanız hangilerini aldınız?

- 1.Evet.....
2.Hayır
3.Diğer.....

32.Malpraktis kaygısı yaşıyor musunuz?

- 1.Evet.....Bu kaygıyı gidermek için.....yapıyorum
2.Hayır
3.Diğer.....

33.Acil servisinizin fiziki yapısı yeterli mi?

- 1.Evet
3.Diğer.....
2.Hayır.....

34.Konsültasyonlara zamanında ve yeterli cevap alabiliyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır.....

35.Aylık elinize geçen net gelir nedir?

- 1.2000-4000 TL
- 2.4001-6000 TL
- 3.6001-8000 TL
- 4.>8000 TL

36.Acil servis ekipmanlarını yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır.....

37.Yardımcı sağlık personelinin yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır.....

38.Yatışı gereken hastaların ne kadarına hastanede yer bulabiliyorsunuz?

- 1.Hiç
- 2.Yarıdan azı
- 3.Yarısı
- 4.Yarıdan fazlası
- 5.Tamamı

39.Hastaların acil servis hizmetinden memnun olduğunu düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır.....

40.Çalışma saatlerinde yanlış sevk edilen hasta ile karşılaşılıyor musunuz/kaç kez?

- 1.Evet, günde.....kez/ ayda.....kez
- 2.Hayır
- 3.Diğer.....

41.Nöbet sonrası kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

- 1.İyi
- 2.Hafif yorgun
- 3.Yorgun
- 4.Çok yorgun
- 5.Tükenmiş
- 6.Diğer.....

42.Aşağıdakilerden hangileri sizde mevcut?(Birden fazla işaretlenebilir)

- 1.Peptik ülser, gastrit
- 2.Lumbal herni, Bel ağrısı
- 3.Tinea pedis
- 4.Hepatit B
- 5.Uyku bozukluğu
- 6.Varis
- 7.Hemoroid
- 8.Depresyon
- 9.Hepatit C
- 10.Diğer.....

43.İlaç kullanma durumunuz?

- 1.ilaç kullanmıyorum
- 2.Ağrı kesiciler
- 3.Antidepresan ilaçlar
- 4.Anti ülser ilaçlar
- 5.Diğer.....

44.Sigara kullanıyor musunuz/ kullanıyorsanız ne zamandır/ ne sıklıkta ?

- 1.Evet.....
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

45. Alkol kullanıyor musunuz/ kullanıyorsanız ne zamandır/ ne sıklıkta ?

- 1.Evet.....
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

46. İhmal ettiğiniz hastalığınız var mı?

- 1.Evet.....
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

47. Acil serviste hekimlere eğitim veriliyor mu?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır(49. Soruya geçiniz)

48. Kurumunuzda hekimlere iyi eğitim verildiğini düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

49. Kardiyopulmoner arrest vakalarda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

50. Acil serviste çalışmadan önce hangi eğitimleri aldınız?

- 1.Temel yaşam desteği 3.Travma kursu
- 2.Çocuk ileri yaşam desteği 4.Erişkin ileri yaşam desteği
- 5.Diğer.....

51. Acil serviste çalışırken hangi eğitimleri aldınız?

- 1.Temel yaşam desteği 3.Travma kursu
- 2.Çocuk ileri yaşam desteği 4.Erişkin ileri yaşam desteği
- 5.Diğer.....

52. Acil servis çalışmalarınızda kişisel koruyucu kullanıyor musunuz? (Birden çok olabilir)

- 1. Hayır 3.Maske 5. Kep-bone
- 2.Önlük-iş elbisesi 4.Eldiven 6.Terlik-ayakkabı
- 7.Diğer.....

53. Acil servis hekimlerinin işyerlerinde sağlık riskleri var mıdır, evet ise hangileridir?

- 1.Evet.....
- 2.Hayır

54. Acil servis hekimleri meslek hastalığı riski taşırlar mı, evet ise hangileridir?

- 1.Evet.....
- 2.Hayır

55. Acil servis hekimleri iş kazası riski taşırlar mı, evet ise hangileridir?

- 1.Evet.....
- 2.Hayır

56.Aile hekimlerine nöbet uygulaması size gelen hasta sayısı-grubunda değişiklik yaptı mı?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

57.Birinci basamak sağlık hizmetlerini yeterli buluyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

58.Acil serviste çalışarak emekli olmayı düşünüyor musunuz?

- 1.Evet
- 3.Diğer.....
- 2.Hayır

59.Optimal acil servis hizmetleri için en önemli üç önerinizi belirtiniz?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

60.Optimal acil servis hekimliği için en önemli üç önerinizi belirtiniz?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

TEŞEKKÜRLER

Hastane Sistemi ve Acil Sorumlusu Bilgileri

1. Sağlık kuruluşu hangi ilçede bulunmaktadır.

1. Seyhan 2.Çukurova 3.Yüreğir 4.Sarıçam

2.Acil servise 24 saatte gelen ortalama hasta sayısı?.....

3.Acil serviste her vardiyada kaç hekim çalışıyor?

1. Gündüz..... 2.Gece.....
3.Diğer.....

4.Resmi sevk ile gelen-giden hastaların oranı kaçtır(yılda)?.....

5.Acil serviste triaj uygulamasına dikkat ediliyor mu?

- 1.Evet
2.Hayır
3.Diğer.....

6.Kırmızı alanda değerlendirilen hastaların oranı? %

7. Acil biriminiz-servisiniz yanında veya içeriğinde NBC dekontaminasyon alanı var mı?

1. Yok 2. Var.....

8. Acil biriminiz-servisiniz çalışanları NBC dekontaminasyonu eğitimi aldı mı?

1. Hayır 2. Evet.....

9.ASM' ye (1. Basamak sağlık merkezlerinden)uğrayarak gelen hastaların en sık başvuru nedenleri nelerdir?(Birden fazla işaretlenebilir)

- 1.ÜSYE
2.Basit küçük cerrahi girişimsel işlemler
3.Rapor ve/veya reçete amaçlı
4.Acil tıbbi müdahale gerektiren hastalar
5.Diğer.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Erhan KAYA
Doğum Tarihi ve Yeri : 1987, Osmaniye
Medeni Durumu : Evli
Adres : Tufanpaşa mah. No:21 Kozan
Telefon : 03222257856
E-Mail : erhan_ky@mynet.com
Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Görev Yerleri : Şanlıurfa Hilvan 1 No'lu ASM
Şanlıurfa Bozova TSM
Kahramanmaraş 112 KKM
Yabancı Dil : İngilizce