



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞANLARININ KRİTİK HASTA NAKİLLERİNE YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Birgül ÇAKIR

Afet Tıbbı Anabilim Dalı

İzmir
2024

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**HASTANE ÖNCESİ ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ
ÇALIŞANLARININ KRİTİK HASTA NAKİLLERİNE
YÖNELİK TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Birgül ÇAKIR

Danışman(lar)
Dr. Öğr. Üyesi Gül Özlem YILDIRIM

Afet Tıbbı Anabilim Dalı
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve Afet Yönetimi

İzmir
2024

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Dr. Öğretim Üyesi Gül Özlem YILDIRIM

(Danışman)

Üye : Prof.Dr. Gülseren KESKİN

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Emine Sevinç POSTACI

Üye : Prof.Dr.

Üye : Prof.Dr.

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 26/08/2024

Önsöz

Acil sağlık hizmetleri, ani ve beklenmedik durumlarda hastaların hayatını kurtarmak ve yaşam kalitesini korumak amacıyla kritik bir rol üstlenmektedir. Bu hizmetlerin en önemli aşamalarından biri, kritik hastaların güvenli bir şekilde nakledilmesidir. Kritik hasta nakilleri sırasında, sağlık hizmetleri çalışanlarının tutum ve davranışları, naklin başarısı ve hasta güvenliği açısından büyük bir önem taşımaktadır. Zamanın her saniyesinin değerli olduğu kritik hastalara doğru değerlendirme, doğru müdahale ve uygun transport sağlanması gerektiğinin bilincindeyiz, fakat uygulama sırasında bazı sorunlar yaşamaktayız. Bu çalışma ile, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını inceleyerek mevcut durumu saptamak istedik. Duruma özgü sorunların tartışılmasını ve sonuçta önerilerimizin düzenlemesiyle alana katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Acil sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak ve kritik hastaların transport güvenliğini en üst düzeyde sağlamak adına bu araştırmanın önemli bir adım olduğunu inanıyoruz.

Hastane öncesi acil sağlık çalışanlarını destekleyen Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri'nde Yüksek Lisans Programı'nı Ege Üniversitesi bünyesinde kuran saygı değer hocamız Prof.Dr. Ali EKŞİ'ye teşekkür ederim. Yapmış olduğum çalışmamda tecrübe ve bilgisinden yararlandığım, çalışmamın oluşum aşamasında desteğini hiç esirgemeyen Sayın Hocam Dr. Gül Özlem YILDIRIM'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, 14.09.2024

Birgül ÇAKIR

Özet

“Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi”

Amaç: İlgili çalışmanın asıl amacı; Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personellerinin kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, Aralık 2023- Mayıs 2024 tarihleri arasında Kocaeli ili içerisinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı bulunan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında ve komuta kontrol merkezinde görev alan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri (HÖASH) çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Kocaeli ili içerisinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı bulunan 112 acil sağlık hizmetleri istasyonlarında ve komuta kontrol merkezinde (KKM) görev alan doktor, acil tıp teknikerleri (Paramedik) ve acil tıp teknisyeni (A.T.T.) oluşturmaktadır(N: 618). Örneklem seçiminde basit rasgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. HÖASH Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını incelemek için araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak yarı yapılandırılmış veri toplama formu oluşturulmuştur. Form iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm yaş, cinsiyet, görev gibi sosyo-demografik özelliklerini içeren 11(on bir) sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde HÖASH çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını incelemek amacıyla yapılandırılmış 34 adet sorudan oluşmaktadır. Veriler yüz yüze görüşerek elde edilmiş ve SPSS for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmanın evreni 618 kişidir. Çalışmamıza %65,3 (n:404) kişi katılım sağlamıştır. Katılımcıların %52.2’ si (n:211) kadın ve %51’i (n: 206) lisans mezunudur. %94.8’i (n: 383) kritik hasta nakil konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alanların %73.6’sı (n: 282) çalışmakta olduğu birimden aldığını belirtmiştir. HÖASH çalışanlarına kritik hasta nakli konusunda bilgi ve beceri düzeyini hangi seviyede gördükleri sorulmuştur. Çalışanların “kritik nakil konusunda bilgi ve beceri düzeyi” ortalaması $6,370 \pm 1,868$ (Min=1 Maks=10) olarak saptanmıştır. Çalışanların verdikleri cevaplar doğrultusunda orta düzeyin üzerinde gördükleri görülmüştür.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının verdiği cevaplar doğrultusunda “kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam” ortalaması $114,218 \pm 25,833$ (Min=34;

Maks=170) olarak saptanmıştır. HÖASH çalışanlarının kritik hasta sevk ve yönetimine ilişkin tutumlarının toplam puanları tanımlayıcı özelliklerden; yaş, görev, cinsiyet, eğitim durumu, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ve çalışılan yerin konumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Fakat medeni durumuna ilişkin analizde evlilerin kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları, bekarların kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

HÖASH çalışanlarının kritik nakil konusunda eğitim alanların kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları, kritik nakil konusunda eğitim almayanların kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

HÖASH çalışanlarının meslekle ilgili gelişmeleri takip edenlerin kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları, meslekle ilgili gelişmeleri takip etmeyenlerin kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanlarından yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kritik hasta nakli konusundaki tutumlarını inceleyen sorulara verdikleri yanıtların ortalamaları yüksektir. Ancak, maddeler detaylı bir şekilde incelendiğinde, katılımcıların bireysel uygulamalarda olumlu tutum sergiledikleri, buna karşın kurumsal sorumluluklar konusunda olumsuz yanıtlar verdikleri belirlenmiştir. Bu durum, acil sağlık hizmetlerinin genel etkinliğini olumsuz yönde etkileyebilecek önemli bir bulgudur.

Bu bağlamda, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hasta nakline yönelik daha fazla bilimsel çalışmanın yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları doğrultusunda, mevcut yönetmeliklerin revize edilmesi ve yeni eğitim programlarının geliştirilmesinin faydalı olacağına inanıyoruz. Bu tür düzenlemeler ve eğitim programları, çalışanların hem bireysel hem de kurumsal sorumluluklarını daha etkin bir şekilde yerine getirmelerine katkıda bulunarak, acil sağlık hizmetlerinin genel etkinliğini artıracaktır.

Anahtar Kelimeler; Kritik hasta, 112 acil sağlık hizmetleri, hastane öncesi, ambulans, hasta nakli



Abstract

Investigation of Attitudes of Pre-Hospital Emergency Health Services Workers Towards Critical Patient Transfers

Aim: This study aims to investigate the attitudes of pre-hospital emergency health services workers towards critical patient transfers.

Materials and Methods: This research was conducted descriptively between December 2023 and May 2024 to examine the attitudes of pre-hospital emergency medical services (HÖASH) personnel towards critical patient transfers within the 112 emergency medical service stations and command control centers affiliated with the Ministry of Health in Kocaeli province. The study population consisted of doctors, emergency medical technicians (paramedics), and emergency medical technicians (EMTs) working in the 112 emergency medical service stations and the command control centers (KKM) affiliated with the Ministry of Health in Kocaeli province (N: 618). The sample was selected using a simple random sampling method. To examine the attitudes of HÖASH personnel towards critical patient transfers, a semi-structured data collection form was created by the researchers after a review of relevant literature. The form consists of two sections. The first section contains 11 questions regarding socio-demographic characteristics, such as age, gender, and duty. The second section consists of 34 structured questions to examine the attitudes of HÖASH personnel towards critical patient transfers. Data were collected through face-to-face interviews and analyzed using the SPSS for Windows 22.0 program.

Results: The population of the study consists of 618 individuals, with a participation rate of 65.3% (n=404). Among the participants, 52.2% (n=211) are female, and 51% (n=206) are university graduates. A total of 94.8% (n=383) indicated that they had received training on critical patient transfer, with 73.6% (n=282) of those having received this training from their current unit. HÖASH employees were asked to rate their level of knowledge and skills in critical patient transfers. The average score for "knowledge and skill level in critical transfer" was found to be 6.370 ± 1.868 (Min=1, Max=10), indicating that employees perceived their skills to be above average.

In our study, based on the responses of healthcare workers, the "total attitude score towards critical patient referral and management" was found to be 114.218 ± 25.833 (Min=34; Max=170). The total attitude scores of HÖASH employees regarding critical patient referral and management did not show a significant difference based on descriptive characteristics such as age, duty, gender, education level, duration of work in pre-hospital emergency medical services, and the location of the workplace ($p > 0.05$). However, in the analysis related to marital status, the total attitude scores towards critical patient referral and management were higher for married individuals compared to single individuals ($p < 0.05$).

The total attitude scores towards critical patient referral and management for HÖASH employees who had received training on critical transfer were found to be higher than those who had not received such training ($p < 0.05$).

Furthermore, the total attitude scores towards critical patient referral and management for HÖASH employees who followed developments related to their profession were higher than those who did not follow professional developments ($p < 0.05$).

Conclusion: In this study, the average responses to the questions examining the attitudes of pre-hospital emergency healthcare workers towards critical patient transfers were high. However, when the items were examined in detail, it was found that participants exhibited positive attitudes in individual practices, while they gave negative responses regarding institutional responsibilities. This is an important finding that could negatively impact the overall effectiveness of emergency healthcare services.

In this context, it becomes evident that more scientific studies on critical patient transfers in pre-hospital emergency healthcare services are necessary. Based on the results of these studies, we believe that it would be beneficial to revise existing regulations and develop new training programs. Such regulations and training programs would contribute to enhancing the overall effectiveness of emergency healthcare services by enabling employees to fulfill both individual and institutional responsibilities more effectively.

Keywords: Critical patient, 112 emergency health services, pre-hospital, ambulance, patient transfer



İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	VI
İçindekiler	IX
Tablolar Dizini.....	XI
Şekiller Dizini	XII
Kısaltma Listesi	XIII
1. Giriş	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Sorusu	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	2
1.4. Araştırmanın Varsayımları.....	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	3
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	4
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Tarihsel Gelişimi.....	5
2.1.2. Dünya'da Acil Sağlık Hizmetleri Sistemleri.....	6
2.1.3. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Gelişimi.....	7
2.1.4. Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Organizasyon Yapısı.....	9
2.1.5. Komuta Kontrol Merkezi(KKM), İstasyonları ve Çalışanları.....	11
2.1.6. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi.....	14
2.1.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Akışı.....	15
2.1.8. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Kurumlar Arası Sevk Yönetimi.....	16
2.2. Kritik Hasta Tanımı.....	20
2.2.1. Kritik Hastanın Değerlendirilmesi.....	22
2.2.1.1. Birincil Değerlendirme.....	23
2.2.1.2. İkincil Değerlendirme.....	25
2.2.2. Kritik Hastanın Nakil Organizasyonu.....	29
3. Gereç ve Yöntem.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32

3.3. Araştırmanın Evreni.....	32
3.4.Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	32
3.5.Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi.....	33
3.6. Örnek Seçimi.....	34
3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.8. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	34
3.9. Verilerin Toplanması.....	35
3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	35
3.11.Süre ve Olanaklar.....	36
3.12. Araştırma Etiği.....	37
4.Bulgular.....	38
4.1. Tanımlayıcı Özellikleri.....	38
4.2. HÖASH Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi.....	42
4.3 Kritik Hasta Nakillerine İlişkin Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	55
5. Tartışma.....	58
6. Sonuç ve Öneriler.....	85
7. Kaynaklar	87
8. Ekler	96
Teşekkür	108
9. Özgeçmiş	109

Tablolar Dizini

Tablo NoSayfa

Tablo 1: Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Gelişimi.....	8
Tablo 2: Yıllara Göre Acil Yardım İstasyon Sayısı.....	13
Tablo 3: Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus Oranları....	13
Tablo 4: Glaskow Koma Skalası.....	28
Tablo 5: Normal Dağılım.....	35
Tablo 6: Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	38
Tablo 7: Katılımcıların Kritik Hasta Nakli Konusunda Kendi Bilgi ve Beceri Düzeylerine İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı.....	41
Tablo 8: Çalışanların Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi Düzeyi ile İlgili İfadeler Verdiği Cevapların Dağılımı.....	42
Tablo 9: Çalışanların Kritik Hasta Nakil Konusunda Beceri Düzeyi ile İlgili İfadeler Verdiği Cevapların Dağılımı.....	45
Tablo 10: Çalışanların Hastaneler Arası Kritik Hasta Nakli Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi ile İlgili İfadeler Verdiği Cevapların Dağılım.....	51
Tablo 11: Kritik Hasta Sevk ve Yönetimine Yönelik Tutum Puan Ortalamaları.....	54
Tablo 12: Kritik Hasta Nakillerine İlişkin Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Farklılaşma Durumu.....	55

Şekiller Dizini

Şekil No Sayfa

Şekil 1: 112 ASH Teşkilat Şeması.....	10
Şekil 2: Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Taşra Teşkilat Şeması.....	11
Şekil 3: Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu.....	16
Şekil 4: Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Formu.....	18
Şekil 5: Bilinç Durum Değerlendirilmesi.....	25
Şekil 6: Araştırmanın Zamansal Çizelgesi.....	36

Kısaltma :Listesi

Simgeler/KısaltmalarAçıklamalar

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ACEP	: American College of Emergency Physicians
ASH	: Acil Sağlık Hizmetleri
ASHİ	: Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
AVPU	: Allert, Verbal, Pain, Unresponsive
CPR	: Kardiyopulmoner Resüsitasyon
EKG	: Elektrokardiyografi
GKS	: Glaskow Koma Skalası
HÖASH	: Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
SAMPLE	: Sings and Symptom, Allergies, Medications, Past Medical History, Last Meal, Events Leading to Incident
SML	: Sağlık Meslek Lisesi
SPSS	: Statistical Packages for the Social Sciences
UMKE	: Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi



1. Giriş

Acil sağlık hizmetleri, ani kaza ya da hastalık sonucunda ortaya çıkan acil durumlarda, hasta kişinin veya yaralının hayatını veya yaşam standartını muhafaza edebilmek amacıyla yapılan tıbbi müdahaleleri kapsayan hizmetlerdir (Ekşi, 2017). Bu hizmetler, acil yardım ile kurtarmayla başlayıp, ambulans hizmetleri, acil servis müdahaleleri ile iyileştirme süreçleriyle devam etmekte olan bir sistemden oluşur (Aksoy ve Ergün, 2002). Bu hizmetler arasında en kritik unsur ise ambulans hizmetleridir (Aslan ve Güzel, 2018). Ambulans hizmetlerinin temel gayeleri; yaşamı korumak, beklenmeyen tehlikeler karşısında tedbirler almak, tedavi sürecini hızlandırmak ve son olarak da zamanı planlı bir şekilde kullanmak olarak ifade edilir (Özyaral, 2005). Bu basamakların herhangi bir adımında ortaya çıkan aksaklık, bütün sistemin etkinliğini olumsuz etkileyebilir (Aksoy ve Ergün, 2002).

Kritik hasta, aniden gelişen ve acil müdahale gerektiren durumlarla karşı karşıya kalan, hayati belirtilerinde yaşamı tehdit eden değişiklikler görülen ve bir ya da daha çok organ veya sistemin yetersizliğinin bulunduğu hastalardır. Kritik hastalara yaklaşımda en önemli özellik, zamana karşı yapılması ve önceliklerin belirlenmesidir. Hızlı değerlendirme, hastanın klinik seyrine olumlu katkı sağlar (Menemencioğlu, 2020). Bu yüzden en fazla ambulans hizmetine ihtiyaç duyan hasta grubu ise kritik hastalardır (Bodur, 2005).

Kritik hasta ve yaralıların taşınması son derece karmaşık bir işlemdir ve bu süreç, hastane öncesi ve hastaneler arası taşıma profesyonel ekipler tarafından gerçekleştirilmelidir. Bu hastalar, sınırlı fizyolojik rezervlere sahip olduklarından, taşınmadan önce riskleri en aza indirmek amacıyla stabilize edilmelidir. Aksi takdirde, klinik durumları taşıma esnasında kötüleşebilir. En iyi sonuçları elde etmek ve optimum performansı sağlamak için, uygun bir taşıma planlaması ve zamanlaması yapılmalı ve deneyimli bir ekip görevlendirilmelidir. Taşıma ekibi, taşıma sürecinde ortaya çıkabilecek olası komplikasyonları çözmek için bilinçli ve hazırlıklı olmalıdır (Ekşi, 2020; Erdem 2011).

Kritik hastaların güvenli bir biçimde transfer edilebilmesi ve arzu edilmeyen olaylar ya da komplikasyonların önlenmesi adına çeşitli unsurlara dikkat edilmesi gerekmektedir. Öncelikle, hastaların transfere uygun bir şekilde hazırlanması

önemlidir. Bu hazırlık, transfer sürecinin sorunsuz geçmesi açısından hayati öneme sahiptir. Ayrıca, transfer süresince koordinasyon ve iletişim sağlanmalı, bu süreçte görev alacak sağlık personelinin yetkinliği ve donanımı da göz önünde bulundurulmalıdır. Gerekli ekipmanın eksiksiz ve çalışır durumda olması, transfer sırasında hastanın sürekli olarak izlenmesi ve tüm bu süreçlerin detaylı bir şekilde kayıt altına alınarak raporlanması da kritik öneme sahiptir. Bu unsurlara özen gösterilmesi, hasta güvenliğini ve transferin başarısını artırır (Yıldız Fındık, Soydaş Yeşilyurt ve Gökçe Işıklı, 2019). Literatür incelendiğinde bu araştırma HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarının araştırıldığı ilk çalışmalardan biridir. Bu çalışma HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakilleri konusunda standartların gelişmesine, bunun dışında hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ile alakalı yeni araştırmalara ilham olabilmek adına oldukça büyük öneme sahiptir.

1.1. Araştırmanın Amacı

İlgili araştırma, HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını incelemek ve tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Sorusu

HÖASH çalışanları kritik hasta nakillerine yönelik tutumları nelerdir?

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

1H1: HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumları, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının demografik özelliklerinden etkilenmiştir.

2H1: HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumları, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının aldıkları kritik hasta nakli konusundaki eğitimlerden etkilenmiştir.

3H1: HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumları, acil sağlık hizmetleri çalışanlarının meslekle ilgili gelişimleri takip etmeleri etkilemiştir.

1.4. Araştırmanın Varsayımları

- Araştırmaya katılması planlanan HÖASH çalışanları, araştırma da kullanılacak olan veri toplama aracının (HÖASH Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını Belirleme Anket) yanıtlanmasında, soruları içtenlikle ve doğru cevap verdikleri varsayılacaktır.
- Veri toplama aracı geliştirilirken ilgili literatür incelenmesinin ve uzman görüşlerinin sonuçlarında elde edilen verilerin ‘Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını Belirleme Anketi’ oluşturmada kullanılmasının yeterli olduğu kabul edilmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Çalışma Kocaeli il sınırları içerisinde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde aktif çalışanların görüşleriyle sınırlıdır.
- Araştırma araştırmacı tarafından hazırlanan geliştirilen ve uygulanması planlanan ölçme aracı (Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını Belirleme Anketi) ile elde edilecek verilerle sınırlıdır.
- Toplanan veriler katılımcıların kişisel beyanlarına dayanmaktadır ve verdikleri yanıtlar her zaman doğru veya kesin olmayabilir. Katılımcılar bireysel özellikleri nedeni ile soruları farklı yorumlayabilirler. Bu nedenle, yanıtların güvenilirliği ile ilgili sınırlamalar olabilir.

2. Genel Bilgiler

2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kısaca HÖASH, acil tıbbi yardıma gereksinimi olan kişilere, hastane dışında, yer ve zaman kısıtlaması olmaksızın tıbbi yardımın ulaştırılmasıdır. Bu hizmet, hastalık ya da yaralanma durumlarında, hızlı müdahale ve tedavi sağlayarak, sağlık durumunun kötüleşmesini engellemeyi ve hastaneye ulaşmadan önce gerekli önlemleri almayı amaçlar. Özetle, acil durumlarda hızlı ve etkili tıbbi yardımın sağlanması için hastane dışında sunulan sağlık hizmetleridir (Ekşi, 2017).

HÖASH, acil durumda olan hastaların veya yaralıların ihtiyaç duydukları acil yardımı en uygun şekilde alabilmeleri için gereken süre içerisinde özel olarak donatılmış ambulanslar ve bu alanda uzmanlaşmış personel tarafından sunulan bir sağlık hizmetidir. Bu hizmet, hastalığın veya yaralanmanın meydana geldiği yerden başlayarak, hastanın güvenli bir şekilde en uygun hastaneye transfer edilmesini sağlar. HÖASH, sadece hastanın taşınmasıyla sınırlı kalmaz; aynı zamanda acil tıbbi müdahalelerin yapılması ve gerekli tedbirlerin alınması da bu hizmetin bir parçasıdır. Bu şekilde, hastanın sağlık durumuyla ilgili önemli sorunlar yaşanmadan en uygun sağlık hizmetine erişimi sağlanmış olur (Temizkan, vd., 2019).

Ambulans hizmetleri, sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır ve genellikle hastane öncesi acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir. Ancak, bu hizmetler sadece hastane ulaşımıyla sınırlı değildir; aslında geniş bir misyonu vardır. Belli başlı hedef ile amaçları; yaşamı korumak, beklenmeyen tehlikeler karşısında koruyucu tedbirler almak, tedavi sürecini hızlandırmak, zamanı hem doğru hem de planlı bir şekilde kullanmak, ilk ve acil yardım hizmetleri şeklinde anlatılmaktadır (Özyaral, 2005).

HÖASH’nde, yaralanma ya da kaza durumlarında geçen süre kritik öneme sahiptir. Bu süre içinde, acil sağlık hizmetlerinin (ASH) sunacak olan ambulans personeli, hasta veya yaralının hayatını kurtarmak veya sağlık durumunu stabilize etmek için hızlı ve etkili müdahaleler gerçekleştirmelidir. Acil tıp teknisyeni (ATT), paramedikler ve diğer sağlık çalışanları, olay yerine ulaştıklarında hasta veya yaralının durumunu hızlı bir şekilde değerlendirmeli ve acil tıbbi müdahalelere başlamalıdır. Bu müdahaleler

arasında solunum desteği sağlama, kanamaları durdurma, temel yaşam desteği uygulama ve gerektiğinde ilaç verme gibi önemli görevler bulunur. Ayrıca, hasta veya yaralının güvenli bir şekilde ambulansa taşınması ve en uygun hastaneye nakli de bu sürecin önemli bir parçasıdır. Dolayısıyla, bu kritik süreçte acil sağlık hizmetlerini sunan personelin görev ve sorumlulukları, hastanın hayatını kurtarma ve sağlık durumunu iyileştirme açısından hayati öneme sahiptir (Sarı, 2021).

HASH önemli roller üstlenen sağlık profesyonelleri paramedik ve ATT'lerdir. Her ikisi de acil durum müdahaleleri, tıbbi bakım ve tedaviler konusunda uzmanlaşmış sağlık profesyonelleridir.

2.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Tarihin derinliklerine indiğimizde, ASH kökenlerini bulmak mümkündür. Antik ağlardan itibaren insanlar, hastalık, kaza ve yaralanmalarla başa çıkmak için çeşitli yöntemler geliştirmişlerdir. Eski Yunan, Roma ve Mısır medeniyetlerinde, tıp alanında önemli ilerlemeler kaydedilmiş ve bu dönemlere ait belgelerde tıbbi müdahalelere dair belgelere rastlanmaktadır.

Özellikle Roma İmparatorluğu döneminde, savaşlarda yaralanan askerler için sahra hastaneleri kurulmuş ve taşıma işlemleri için özel araçlar kullanılmıştır. Bu dönemde askeri doktorlar, savaş meydanlarında hızlı müdahale yaparak yaralıları tedavi etmişlerdir.

Orta ağ'da, Avrupa'da salgın hastalıkların yaygın olduğu bir dönem yaşanmıştır. Bu dönemde, bazı şehirlerde hastaneler ve sağlık kurumları kurulmuş, ancak acil sağlık hizmetleri alanında geniş kapsamlı bir organizasyon bulunmamaktadır. Fakat Kuzey Avrupa'nın soğuk iklim şartları altında, evsizlerin ve yaralıların taşınması için atlı arabaların kullanıldığı bilinmektedir. Bu uygulama, o dönemdeki acil durumlar için bir çözüm olarak kabul grmştir.

Modern anlamda ASH ortaya çıkması ise daha yakın tarihlerdedir. 19. yüzyılda, sanayi devrimiyle birlikte şehirlerdeki nüfus artmış, endüstrileşme ile birlikte iş kazaları ve hastalıkların sayısında da artış yaşanmıştır. Bu dönemde, ilk kez ambulanslar ve acil sağlık hizmetleri organizasyonları kurulmuş ve hastalara daha hızlı müdahale imkanı sağlanmıştır.

Günümüzde ise ASH sektörü, teknolojinin de katkısıyla oldukça gelişmiş durumdadır. Ambulanslar, donanımlı sağlık personeli ve hızlı iletişim sistemleri ile acil durumlara hızlı bir şekilde müdahale edilmekte ve hastaların hayatları kurtarılmaktadır. . Bu süreç, ASH tarih boyunca nasıl evrimleştiğini ve günümüzdeki modern yapıya nasıl ulaştığını göstermektedir (Tavioğlu, vd., 2006).

ASH, sağlıkla ilgili alanlarda yapılan çalışmaların etkisiyle tarihsel olarak iyileşmeye devam ediyor. ASH, gelişen tıp biliminin önemli bir parçasıdır ve hastane öncesi dönemi kapsar. Ancak ASH'nin tanımı sadece bu kadarla sınırlı değildir; aynı zamanda insan sağlığını ciddi şekilde etkileyen acil durumları ele alır ve bu durumları en etkin şekilde ele alıp normale döndürme amacıyla yapılan tüm girişimleri içerir. Bu, bir kaza sonrası ilk müdahalelerden acil tıbbi yardım çağrılarına, acil servislerin hızlı ve etkili hizmetlerine kadar geniş bir yelpazede hizmetleri içerir. ASH, insan hayatını kurtarmak ve sağlık durumunu iyileştirmek için hayati bir rol oynar. Bu hizmetler, toplumun sağlık ve refahı için kritik öneme sahiptir ve sürekli olarak yenilenen tıbbi bilgi ve teknoloji ile desteklenirler. Bu şekilde, ASH, insanların ihtiyaçlarını karşılamak ve yaşamlarını kurtarmak için sürekli olarak gelişen ve ilerleyen bir alandır (Düzova, 2015).

2.1.2. Dünya’da Acil Sağlık Hizmetleri Sistemleri

Acil tıbbi tedavi gereksinimleri, süreç içinde çeşitli sistemler şeklinde ortaya çıkmıştır. Dünya genelinde insan yaşamını korumak amacıyla çeşitli acil sağlık sistemleri bulunmaktadır. Bu sistemler, acil durumlarda hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak, hastaları en uygun sağlık kurumlarına ulaştırmak ve yaşam kurtarmak gibi ortak hedeflere odaklanır. Her ülkenin sağlık altyapısı, kültürel değerleri ve kaynakları farklı olduğu için acil sağlık sistemleri de farklılık gösterir. Ancak, temel amaçları insan hayatını korumak ve ASH erişilebilir kılmaktır. Bu sistemler, ambulans hizmetleri, acil servisler, tele-tıp hizmetleri ve toplumda acil durumlara müdahaleyi öğretme gibi çeşitli bileşenleri içerebilir (Ekşi, 2021; Ekrem Çebi 2022).

Dünyadaki ASH sistemleri genellikle 2 farklı uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır: Franko-German ile Anglo-Amerikan sistemleri.

Franko-German sistemi, hastanenin imkanlarını veya yaralıları sunmayı ve bunun yanında sağlamayı hedefler. İlgili model, genellikle çok daha geniş çerçeveli bir sağlık sisteminin parçası olarak açığa çıkar ve hastanenin imkanları, acil doktorları ile ileri teknolojiyi içeren oldukça kapsamlı bir uygulama sahasını oluşturur. Bu sistem, Avusturya, Fransa, Almanya, Yunanistan ile Malta gibi çeşitli ülkelerde yaygın olarak kullanılır.

Anglo-Amerikan sistemiye, hastalar veya yaralıları belirli bir hastane öncesi tedavi sağlamayı ve daha sonra hızlıca hastaneye acil servislere götürmeyi hedefler. Bu sistem, acil tıbbın ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul gördüğü ülkelerde yaygın olarak görülür. Bu sistemi benimseyen ülkeler arasında ABD, Yeni Zelanda, Kanada ve Avustralya bulunmaktadır.

Her iki sistem de insan sağlığını koruyabilmek ve acil tıbbi yardımı etkin bir biçimde sunmak adına farklı yaklaşımlar benimser (Al-Shagsi, 2010). Anglo-Amerikan sisteminde hastaların çok daha ileri, nitelikli bir hizmeti elde edebilmesi adına zaman kaybetmeksizin hastaneye taşınırken, diğer sistem olan Franko-German'daysa hastane olanaklarını hastaya ulaştırabilmek adına acil hekimleri ile ileri teknoloji alana taşınmaktadır (Paksoy, 2016). Ancak her iki sistem de, acil sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve etkinliğini artırmayı amaçlar.

2.1.3. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Gelişimi

Ülkemizde HÖASH'nin sunumu, Anglo-Amerikan sistemi çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bu sistemde, sahada tıbbi müdahale yapma yetkisine sahip hekim bulundurulmamakla birlikte, ATT ile ambulans ile acil bakım teknikerleri (AABT) gibi pek çok eğitimli sağlık personeli tarafından hizmet verilir. Bu personel, olay yerinde gerekli tıbbi müdahaleleri yapar ve hastayı uygun bir şekilde hastaneye taşır. Hasta veya yaralılar, daha ileri seviyede tedavi ve hizmet almak üzere uygun sağlık merkezlerine güvenli ve etkin bir şekilde nakledilir. Bu sistem, hızlı müdahale ve hastaların zamanında tedavi almasını sağlayarak acil durumların yönetiminde önemli bir rol oynar (Ekşi, 2021; Ekrem Çebi 2022).

Ülkemizde bahsi geçen hastane öncesi ASH'nin tarihi gelişimi oldukça önemlidir. Aşağıda yer alan Tablo 1 üzerinde verilmiş olan kronolojik sıralama ülkemizde

HÖASH tarihi gelişimini açık bir şekilde gözler önüne sermektedir. Bu süreç, 1985 yılında gezici ambulans hizmetlerinin başlatılmasıyla birlikte ivme kazanmıştır. Ardından, 1986 yılında 077 Hızır Acil Servis hizmetinin kuruluşuyla bu alandaki iyileşmeler daha da belirgin hale gelmiştir. 1993 senesinde Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde Paramedik (İlk ve Acil Yardım) programının açılmasıyla sağlık personeli yetiştirilmesine yönelik önemli adımlar atılmıştır. 1994 senesindeyse Sağlık Bakanlığı çatısı altında 112 Acil Yardım ve Kurtarma hizmetine geçilmiş ve aynı yıl bu ekipler İzmir, Ankara ve İstanbul gibi daha büyük şehirlerde faaliyete geçmiştir. Bu süreç, Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve erişimi açısından önemli bir dönüm noktası olmuştur (Şimşek, vd., 2019).

Tablo 1: Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri gelişimi (Şimşek, vd., 2019)

Tarih	Kronolojik Gelişim
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanunuyla belediyelere “Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının” kurulması görevi verildi
1985	Gezici ambulans hizmetleri başladı.
1986	077 Hızır Acil Servis uygulaması başladı.
1993	Dokuz Eylül Üniversitesi’nde İlk ve Acil Yardım (paramedik) programı açıldı.
1994	Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde “112 Acil Yardım ve Kurtarmaya” geçildi
1994-1995	İzmir, İstanbul ve Ankara’da 112 ekipleri kuruldu.
1996	Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan Sağlık Meslek Liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümü açıldı.
1996	Türkiye’nin ilk İlk ve Acil Yardım uzmanı mezun oldu.
2000	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği yayınlandı.

2001	Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği yayınlandı.
2007	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde yer alan değişikliklerle doktor olmadan, paramediklerin ambulanslarda görev yapmaya başladı
2009	Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ'i yayınlandı.
2014	Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun Ek-13'ncü maddesine Acil Tıp Teknikeri tanımı eklendi.
2018	Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ yayınlandı.

2.1.4. Acil Sağlık Hizmetleri Sisteminin Organizasyon Yapısı

Ülkemizde, ASH organizasyon yapısı zaman içinde önemli değişikliklere uğramıştır. Bu değişiklikler, toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilmek adına sürekli bir gelişim içinde olan ASH yapılanmasını etkilemiştir. Önceleri, ASH hizmetleri Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Acil ile Afetlerde Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı çatısı altında yürütülüyordu. Ancak, 11 Ekim 2011 tarihinde çıkarılan 663 sayılı KHK ile ASH Genel Müdürlüğü, farklı birim olarak kurulmuştur.

ASH Genel Müdürlüğü'nün altında altı daire başkanlığı bulunmaktadır. 2022 yılında teşkilat yapılanması aşağıdaki gibi belirtilmiştir.

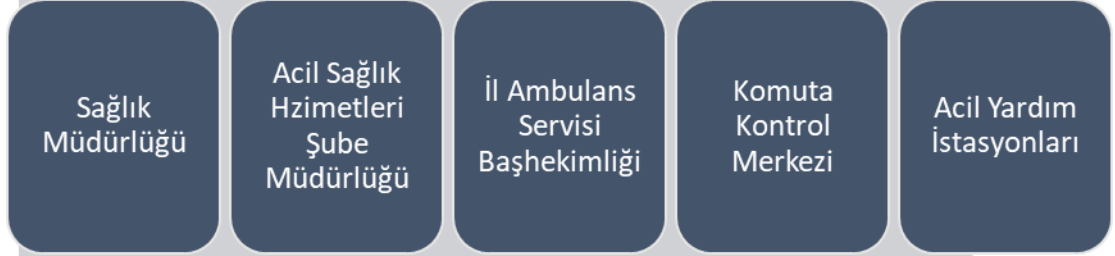


Şekil 1: 112 ASH Teşkilat Şeması (www.acilafet.gov.tr).

112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'ysa kendi içerisinde çeşitli kısımlara ayrılmıştır:

- Kara Ambulans Hizmetleri ile İl Ambulans Servisleri
- Deniz Ambulans Hizmetleri
- Hava Ambulans Hizmetleri
- Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyonu (ASKOM)

Ayrıca, her ilde 112 ASH Şube Müdürlüğü bulunmaktadır. Bu şube müdürlükleri, İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösterir. Bir 112 ASH Şube Müdürlüğü, ilgili İl Sağlık Müdürüne bağlı olan İl Sağlık Müdür Yardımcısı tarafından yönetilir. Ayrıca, her şube müdürlüğünde 112'den sorumlu başhekim ile başhekim yardımcıları bulunmaktadır. Bu yapı, acil sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde koordine edilmesini sağlar (Düzova, 2015).



Şekil 2: Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri taşra teşkilat şeması Kaynak: (Düzova, 2015)

2.1.5. Komuta Kontrol Merkezi (KKM), İstasyonları ve Çalışanları

Ambulans hizmetlerinin etkin bir şekilde işleyişi için KKM oldukça önemlidir. Normal zamanlarda ambulans hizmetlerini koordine etmenin yanı sıra, beklenmedik afet gibi durumlarda da sağlık hizmetlerini yönetme görevini üstlenirler. Bu merkezler, başbakanlık, jandarma, emniyet ve sivil savunma gibi kuruluşlarla iletişim kurarak acil sağlık hizmetlerini koordine ederler ve etkilenen bölgelere yardım ulaştırırlar. Gelen çağrıları değerlendirerek en uygun müdahaleyi belirler, ambulans ve acil servislerin faaliyetlerini denetler ve ihtiyaç halinde ek jekipleri görevlendirirler. Bu şekilde, KKM acil durumlarda etkili bir şekilde müdahale eder ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz bir şekilde sunulmasını sağlarlar (Eryılmaz, 2007). ASH sunulması esnasında organizasyonun tek bir elden yürütülebilmesi hizmetin çok daha hızlı bir şekilde sunulabilmesini de sağlayacaktır (Aslan ve Güzel, 2018).

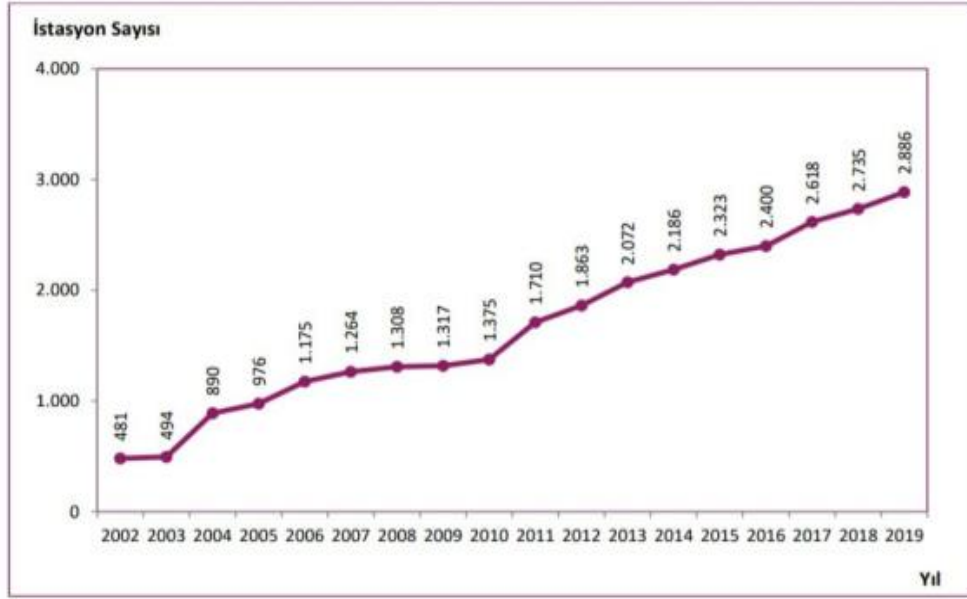
KKM, bulundukları şehirlerde ASH koordinasyonunu sağlarlar. Bu merkezler, şehirlerarası nakillerden olası afetlerin idaresine kadar geniş bir yelpazede görev yaparlar ve bu nedenle ASH sisteminin en önemli düzeyde gösterilebilecek birimleridir.

Komuta kontrol merkezlerinin görevleri şunlardır:

- Acil durum çağrılarını değerlendirme: Gelen acil çağrılar süzerek, talep üzerine gelmiş olan çağrılar incelerler ve tahmini hizmeti verebilmek adına en uygun olan ekibi görevlendirirler.
- Bilgi yönetimi: Verilen hizmetle ilişkili her türlü bilgiyi kayıt altına alır ve değerlendirirler. Bu, olayların takibi, hizmet kalitesinin değerlendirilmesi ve raporlamayı içerir.
- Araç ve istasyon denetimi: KKM, tüm ASH veren araçların ve istasyonların denetimini sağlarlar. Bu, ekipmanların ve araçların uygun şekilde bakımının yapılmasını ve gerektiğinde güncellenmesini içerir.
- Hastane ile iletişim: Hastaların kurumlar arası nakledilmesi gerektiğinde, ilgili hastanelerle iletişim kurarlar ve transfer sürecini koordine ederler.
- Afet yönetimi: Afet durumlarında, olayın gerçekleştiği bölgeye yeterli sayıda ekip görevlendirirler ve ambulanslar arasındaki koordinasyonu sağlarlar. Bu, acil müdahalenin hızlı ve etkin bir şekilde gerçekleşmesini sağlar.
- Görevlerin yerine getirilmesi: Komuta kontrol merkezleri, kendilerine verilen tüm görevleri başhekimliğin talimatları doğrultusunda yerine getirirler ve ASH sisteminin sorunsuz çalışmasını sağlarlar (Düzova, 2015).

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları (ASHİ), ASH sunabilmek ve bunun yanında tıbbi müdahalelerde bulunabilmek adına hizmet sunulmasına dair plan planlanmış olan hedef nüfus, acil sağlık hizmeti sunan yataklı tedavi kurumuna uzaklık, var olan sabit sağlık kuruluşlarının dağılımı ile kalitesi, ulaşım olanakları, acil yardıma gerek duyulan olayların sıklığı, iş ile trafik kazalarının sayısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak incelenir. Bu kriterlere uygun olarak istasyonlar, Sağlık Müdürlüğü'nün önerisi ve Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile oluşturulan birimlerdir. Bu istasyonlarda, acil sağlık hizmetleri sahasında eğitim almış sağlık personeli ve tıbbi donanımları bulunan ambulanslar hizmet verir (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000).

Tablo 2: Yıllara Göre Acil Yardım İstasyon Sayısı, Sağlık Bakanlığı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2021

Tablo 2'ye göre, istasyon sayılarının sürekli olarak arttığı görülmektedir. Bilhassa 2003, 2004, 2010 ve son olarak 2011 senelerinde istasyon sayılarında kaydedilen artışın daha belirgin olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, 112 acil yardım teşkilatının hızla büyüdüğünü göstermektedir.

112 acil yardım istasyonlarının sayılarının artmasıyla birlikte, ülke genelinde her bir istasyona düşen nüfus oranlarında azalma meydana gelmiştir. Bu durum, acil yardım hizmetlerinin kalitesinin ve erişilebilirliğinin olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. 112 acil yardım istasyonunun başına düşen nüfusun oranları senelere göre aşağıda yer alan Tablo 3 üzerinde sunulmaktadır.

Tablo 3: Yıllara Göre 112 Acil Yardım İstasyonu Başına Düşen Nüfus Oranları

Yıllar	2002	2007	2012	2017	2018	2019	2020	2021
Nüfus	138.050	55.844	40.594	30.867	29.983	28.813	27.415	26.713

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı, 2021

Tablo 3 incelendiğinde yıllar içerisinde 112 istasyon başına düşen nüfus oranları sistemli bir şekilde azalma göstermiştir.

ASHİ, hizmet verdikleri alana ve sunulan hizmet türüne göre üç kategoride sınıflandırılır. A tipi istasyonlar, 24 saat boyunca sürekli ambulans hizmeti veren, idari ile özlük hakları başhekimliğe bağlı olan ve kadro sahibi olan çalışanlardan oluşur. A1 ile A2 şeklinde iki tane alt kategorisi bulunur; A1'de ekip içinde hekim bulunurken, A2'de hekim bulunmaz. B tipi istasyonlarsa birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kurumları ile entegre şekilde 24 saat esasına göre hizmet sunar. Bu istasyonlar, özlük hakları ile kadrosu açısından yer aldığı kuruma bağlıdır, ambulans hizmeti sunumu ile ise merkeze bağlıdır. B1 ile B2 şeklinde iki tane alt kategorisi mevcuttur; B1 grubu hastane acil servisleriyle, B2 ise birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla entegre çalışır. C tipi istasyonlar ise belirlenmiş saatler içerisinde ambulans hizmetleri sunar ve idari ve özlük hakları yönündne başhekimliğe bağlıdır (ASHY, 2000).

2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan Ambulanslar ile Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği uyarınca, hastane öncesi acil yardım ambulansları bünyesinde minimum çalışan mevcuttur. Ambulans ekibi içerisinde yer alacak çalışan, minimum bir tane doktor veya ambulans ile acil bakım teknikeri yani Paramedik-AABT'yle Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen gerekli olan modül eğitimlerini bitirmiş ATT ile diğer sağlık çalışanı ile bir ambulans sürücüsünden oluşur. Bu düzenleme, hastaların ASH acil sağlık hizmetlerine etkin ve hızlı bir şekilde erişimini sağlamak için gerçekleştirilmiştir (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006).

2.1.6. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin İşleyişi

HÖASH, yaygın olarak ambulans hizmetleri olarak bilinir. Türkiye'deki tüm noktalara ulaşarak, her an ve her saatte acil sağlık hizmeti sunar. 112 telefon numarası üzerinden aranarak talep edilen acil yardım, hava, kara ve deniz ulaşımıyla kesintisiz bir şekilde sağlanır. Bu hizmeti yönlendiren ve ekibi olay yerine gönderen bir KKM bulunmaktadır.

Acil bir durumda, 112-numarası aranarak ambulans istenir. KKM, gelen çağrıları değerlendirir ve en uygun ambulans ekibini görevlendirir. Bu ekiplere olay yerine gitmeleri için gerekli bilgiler (adres, hasta ya da yaralı durumu, olay içeriği vs.) iletilir. Görevlendirilen ekipler, hızlı ve güvenli bir şekilde olay yerine varır. Acil olaylara müdahale eden ambulans ekipleri, güvenliklerini sağlar ve hasta için gerekli tıbbi

müdahaleleri yapar. Hastanın nakli gerekiyorsa, uygun bir acil servise götürülür. Bu süreçte hastanın ve ekibin güvenliği her zaman önceliklidir. Görev sonrasında ekipler, yeni görevlere hazır hale gelirler (Ekşi, 2021; Ekrem Çebi 2022).

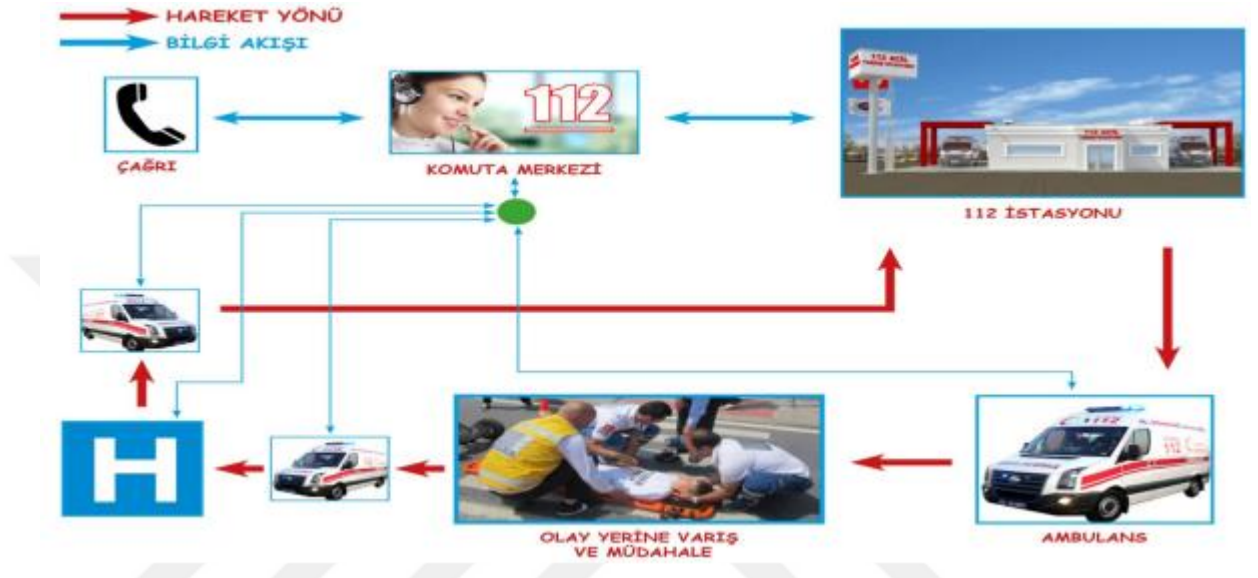
2.1.7. Acil Sağlık Hizmetlerinde Hizmetin Akışı

112 ASH süreci, acil yardım çağrısının alınmasıyla başlar ve şu aşamalardan oluşur:

- Acil yardım çağrısının alınması: Acil durum meydana geldiğinde, hasta veya hasta yakınları 112 numarasını arar ve yardım talebini ileterek acil yardım çağrısını merkeze ulaştırır.
- Çağrının değerlendirilmesi: Merkez, aldığı bilgiler doğrultusunda talebin ASH gerektirip gerektirmediğini değerlendirir. Eğer talep ASH gerektirmiyorsa, alternatif çözümler önerilerek çağrı sonlandırılır.
- İletişim ve yönlendirme: Merkez, talebin niteliğine uygun birimleri veya kuruluşları yönlendirir. Bu süreçte talebin aciliyetine göre en uygun ekip ve birimler hızlıca görevlendirilir.
- Çağrının yönlendirilen birimlerce karşılanması ve vakaya ulaşım: Görevlendirilen ekip, vakaya hızlı ve etkili bir şekilde ulaşır. Müdahale ve gerekli tıbbi destek sağlanır, ardından hastanın nakli için gerekli önlemler alınır.
- Olay yeri değerlendirme, muayene ve müdahale: Ekip, olay yerinde güvenliği sağlar ve hastaya müdahale eder. Hastanın durumuna uygun müdahaleler yapılır ve gerekli tıbbi değerlendirme yapılır.
- Ambulans nakli: Hastanın durumuna göre, ambulansla nakil süreci başlatılır ve hastanın en uygun hastaneye taşınması sağlanır.
- Hastaneye nakli: Hastanın uygun acil servise ulaşması sağlanır ve gerekli tedaviler için hasta hastaneye teslim edilir. Hasta, hastane personeli tarafından gerekli tedavi ve takip sürecine alınır.
- İstasyona dönüş ve araç temizliği: Ekip, görevin tamamlanmasının ardından istasyona döner ve araç temizliği, bakımı ve yeniden hazırlığı yapılır.
- Kayıt ve bildirimlerin yapılması: Tüm süreç boyunca, vakayla ilgili detaylar ve işlemler kaydedilir ve ilgili birimlere bildirilir. Bu sayede,

vakaya ilişkin bilgilerin kaybolmadan muhafaza edilmesi sağlanır ve gereken takip işlemleri yapılır.

112 ASH süreci, hızlı ve etkili müdahale ile hastaların en kısa sürede tıbbi yardım almasını amaçlar (Yılmaz, 2014).



Şekil 3: Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu Kaynak: (Tanrıverdi ve Köksal 2012).

2.1.8. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Kurumlar Arası Sevk Yönetimi

Ülkeler, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması için çeşitli politikalar geliştirmekte ve uygulamaktadırlar. Bu politikalar, koruyucu sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesinden sağlığın geliştirilmesine yönelik uygulamalara, araştırma ve geliştirme faaliyetlerine, finansal yapıya ve sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve organizasyonuna kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır.

Bu çerçevede, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri sunumu önemli bir rol oynamaktadır. Basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin farklı seviyelerde ve aşamalarda sunulmasıdır. Bu sistemde her bir adım, hizmet sunumu konusunda verimliliği yükseltmek, maliyetleri en aza indirmek ve çok daha iyi bir sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla organize edilmiştir.

Sevk sistemi, basamaklandırılmış sağlık hizmetlerinin temel bir unsuru olarak öne çıkmaktadır. Bu sistem, hastaların sağlık hizmetlerinin bir basamaktan diğerine aktarılmasını sağlar. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak, daha spesifik veya karmaşık hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların st basamaklara yönlendirilmesi ve koordinasyonun sağlanması amacıyla kullanılır.

Sevk sistemi, sağlık sistemlerinde birincil başvuru, süreklilik, koordinasyon ile kapsamlılık gibi önemli özellikleri içerir. Bu sayede hastaların doğru tedaviyi doğru zamanda alması ve sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yönetilmesi sağlanır. Bu sistem, genel olarak ülkelerin sağlık sistemlerinin kalitesini ve etkinliğini artırmak için önemli bir araç olarak görülmektedir (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirmesinden sonra, hastanın ihtiyaç duyduğu tıbbi tetkiklerden tedavilere kadar her şeyi sağlayabilecek yetkinlikte olan ilgili sağlık tesisine sevk edilmesi önemlidir. Eğer hastanın durumu stabil değilse ve hemodinamik durumu uygun değilse, sevk edilmeden önce durumun stabil edilmesi beklenir. Ancak, hastanın acil tedavi gereksinimleri karşılanamıyorsa ve sevki gerekiyorsa, uygun koşullar sağlanarak ilgili sağlık tesise sevk gerçekleştirilir. Nakil ile sevk kararı, uzman doktor ya da acil servis sorumlu hekimince verilen bir karardır.

Yeterli koşulların sağlanamadığu, hastanın ileri boyutta tetkik ile tedavi adına bir başka sağlık kuruluşuna sevk edilmesi gerektiğu durumlarda, bu işlemlerin koordinasyonu ve yürütülmesi 112 Acil ağrı Merkezi tarafından yapılır. Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu, hasta nakil ile sevk işlemlerinde kullanılır. Bu noktada Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi (ASKOM) devreye girer. ASKOM, Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen ve bunun yanında acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlayan bir sistemdir. Dolayısıyla, hastaların stabilizasyonunun sağlanması veya sevk işlemlerinin yapılması için ASKOM'un bilgi ve altyapısı kullanılır. Bu sayede hasta transferi ve koordinasyonu hızlı bir şekilde gerçekleştirilir, hastaların gereksinim duyduğu tedaviye zamanında ulaşmaları sağlanır.

Sevk edilen hastanın, kabul edileceğu sağlık tesise kadar olan süreçte sorumluluğu sevki gerçekleştiren sağlık tesisi üzerindedir. Kabul eden sağlık tesisi, hastanın gereken önlemleri alarak hemen tedavisine başlar ve herhangi bir gecikmeye izin vermez. Bu süreçte, hastanın en hızlı ve etkili şekilde tedavi alabilmesi için sağlık

tesisleri arasında etkin bir iletişim ve işbirliği sağlanır. Bu şekilde hastanın sağlık durumu en iyi şekilde yönetilir ve tedavi süreci başarılı bir şekilde ilerler (ASHY, 2000).

Şekil 4: Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Formu

EK-9
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK TESİSLERİ ARASI VAKA NAKİL TALEP FORMU

HASTANESİ NAKİL TALEP FORMU
FİŞ NO: XX 000000

İSTASYON		SAATLER		HASTA BİLGİLERİ		SOSYAL GÜVENÇE	
Amb. Prot. No	Talep Saati	Adı Soyadı :			☐ Memur (Kurumu)	☐ Bağ-Kur Çalışan	
1. Hast. Prot. No	Vaka Ver. St				☐ Emekli Sandığı	☐ Bağ-Kur Emekli	
	Amb. Hareket St				☐ SSK Çalışan (İşyeri)	☐ Bağ-Kur Tarım	
	1. Hast. Varış St				☐ SSK Çal. Aile Yak.	☐ Yeşil Kart	
Tarih	1. Hast. Ayrılış St	Adres :			☐ SSK Emekli	☐ Özel Sigorta	
	2. Hast. Varış St				☐ SSK Em Aile Yak.	☐ Zor. Trafik Sig	
2. Hast. Prot. No	2. Hast. Ayrılış St				Çıkış km	☐ Kasko Sigortası	
	İstasyona Dönüş				Varış km	☐ Güvencesiz	
Plaka	Diğer				Dönüş km	☐ Diğer	
HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ				T.C. Kimlik No			
Sigortalının Adı	Baba Adı	Karne No	Vize Tarihi				
Soyadı	Doğum Tar.	Sos.Göv.No	Karnenin Alındığı İl				
Yakınlığı	Doğum Yeri	Tahsis No					
TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ				TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ			
☐ Evet	☐ Uzman Yok	☐ Monitör Yok	☐ Ventilator Yok	☐ Personel yok	☐ Yoğun Bakım	☐ Ameliyathane	☐ Diğer
☐ Hayır	☐ Diğer Belirtiniz			☐ Diğer Belirtiniz			
TALEP EDEN KURUM YETKİLİSİ				KABUL EDEN KURUM YETKİLİSİ			
AD, SOYAD				AD, SOYAD			
UNVAN				UNVAN			
TELEFON				TELEFON			
VAKAYI KABUL ETMEYEN KURUMLAR, KİŞİLER, TELEFONLARI							
TALEP EDEN SAĞLIK TESİSİ MUAYENE BULGULARI							
Pupiller	Deri	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Motor	Verbal
☐ Normal	☐ Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Oriente
☐ Miyotik	☐ Soluk	Vaka stabil mi?	E ☐ H ☐	☐ Düzenli	☐ Düzenli	(5) Ağrıyı Lokaliz (4) Konfüze	(4) Spontan
☐ Midriatik	☐ Siyanotik	Stabilleştirildiği Saat:		☐ Aritmik	☐ Düzensiz	(4) Ağrıdan Kaçı (3) Uygunsuz Sözler	(3) Sesle
☐ Anizokorik	☐ Hiperemik	Şehir içi ☐		☐ Filiform	☐ Dispne	(3) Fleksör Yanıt (2) Anlamsız Bağırma	(2) Ağrıyla
☐ Reak. Yok	☐ İktirik	Karayolu ☐		☐ Alınmıyor	☐ Yok	(2) Extensör Yar (1) Yanıt Yok	(1) Yanıt Yok
☐ Fiks Dilate	☐ Terli	Yoğun Bakım Amb.		Nakil ambu.	☐ Kuvvetli	(1) Yanıt Yok	G.K.S. Puanı :
VAKANIN ÇIKIŞ TANISI :							
KODU							
AÇIKLAMALAR :							
NAKİL SÜRESİNCE GEREKENLER							
VENTİLASYON		☐ Spontan ☐ Mekanik ☐ Ambu		ET Tüp Boyutu		☐ Ventilasyon tipi	
☐ PEEP ☐ F102		☐ RR		Diğer, Belirtiniz		☐ Peak İnflasyon Basıncı	
MONİTÖRİZASYON		☐ EKG ☐ F102		☐ IABP ☐ SaO2		☐ A ETCO2	
☐ Santral Venöz Basıncı		☐ Diğer, Belirtiniz		☐ PA Kateter			
Zaman		5.dk	10.dk	15.dk	20.dk	25.dk	30.dk
Süre (Belirtiniz)							
İlaçlar		1					
		2					
		3					
SaO2							
ETCO2							
Ateş							
Nabız							
Kan Basıncı							
Sıvı Miktar ve Türü							
Sıvı Miktar ve Türü							
Vaka bedenindeki travmaları, alınan ve önerilen önlemleri belirtiniz. (Talep Eden Sağlık Tesisi Dolduracak)							
Nakil Sırasında Karşılaşılan Sorunlar (Nakil Eden Ekip Dolduracak)							
TESLİM ALAN KURUM MUAYENE BULGULARI							
Pupiller	Deri	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Motor	Verbal
☐ Normal	☐ Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Oriente
☐ Miyotik	☐ Soluk	HASTAYI TESLİM ALANIN		☐ Düzenli	☐ Düzenli	(5) Ağrıyı Lokaliz (4) Konfüze	(4) Spontan
☐ Midriatik	☐ Siyanotik	Adı Soyadı		☐ Aritmik	☐ Düzensiz	(4) Ağrıdan Kaçı (3) Uygunsuz Sözler	(3) Sesle
☐ Anizokorik	☐ Hiperemik	Ünvanı		☐ Filiform	☐ Dispne	(3) Fleksör Yanıt (2) Anlamsız Bağırma	(2) Ağrıyla
☐ Reak. Yok	☐ İktirik	Kaşe		☐ Alınmıyor	☐ Yok	(2) Extensör Yar (1) Yanıt Yok	(1) Yanıt Yok
☐ Fiks Dilate	☐ Terli	İmza		☐ Kurum		(1) Yanıt Yok	G.K.S. Puanı :
VAKANIN TESLİM TANISI :							
KODU							
AÇIKLAMALAR :							
HASTANENİN HASTA REDDİ				HASTANIN HİZMET REDDİ			
☐ Hastane Yetkilileri HASTADAN imtina etmiştir				Ambulansla gelen görevli hekim bana hastanın hemen tedavisi / hastaneye nakli gerektiğini, aksi halde kötü sonuçlar doğurabileceğini anlayacağım şekilde ayrıntılı olarak anlattı. Hastanın / Hasta yakınının			
Kurumun / Hastanenin Adı :				Adı Soyadı :			
Hekimin Adı Soyadı :				Adı Soyadı :			
AMBULANS PERSONELİNİN ADI SOYADI				İMZA			
HEKİM				Yukarıda belirtilen			
İMZA				Yukarıda açık kimliği yazılı kişiye ekimizce yapılan tetkik ve tedaviler kayıtlarımıza uygundur.			
İmza				Kalem hizmet verimdir.			
İmza				Dr. Kaşe			
İmza				İmza-Onay			

Her nüsha aynı ayrı imzalanacaktır. Ayrıca 112 Vaka Formu ekip tarafından doldurulacaktır.

3 Nüsha ekibe verilecek, 4. Nüsha sevk eden birimde kalacaktır. ARAÇ GÖREV KAĞIDI OLARAK GEÇERLİDİR.

Kaynak: (Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Formu, 2018)

Hastaların kurumlar arası sevk süreci, genellikle üç temel durumda başlar:

1. Acil durumlar: Trafik kazaları, düşmeler, yaralanmalar, zehirlenmeler gibi acil müdahalenin gerekli görüldüğü anlarda, 112 acil servis ekipleri olay yerine ulaşp ilk müdahaleleri yapar. İlk müdahalenin ardından, hastanın en yakın hastaneye sevk gerçekleştirilir ve tedavi süreci başlar. Ancak, hastanın götürüldüğü hastanede gerekli imkânlar bulunmaması veya ileri tetkik gerektiren durumlar söz konusu olduğunda, hasta başka bir hastaneye sevk edilir. Bu sevk işlemi, hastaneler arasında en sık bu nedenle gerçekleşir.
2. Hastanede yatan hastaların durumunun kötüleşmesi: Trafik kazaları, düşmeler, yaralanmalar, zehirlenmeler gibi acil müdahalenin gerekli görüldüğü anlarda, 112 acil servis ekipleri olay yerine ulaşp ilk müdahaleleri yapar. İlk müdahalenin ardından, hastanın en yakın hastaneye sevk gerçekleştirilir ve tedavi süreci başlar. Ancak, hastanın götürüldüğü hastanede gerekli imkânlar bulunmaması veya ileri tetkik gerektiren durumlar söz konusu olduğunda, hasta başka bir hastaneye sevk edilir. Bu sevk işlemi, hastaneler arasında en sık bu nedenle gerçekleşir.
3. Tedavi tamamlandıktan sonra takip ve izleme: Hastanın hastane ortamında gerekli olan tedavi sürecinin tamamlanmasının ardından, takibi ile izlenmesi adına hasta, alt grup hastane ya da hastanın yaşadığı il ya da ilçede bulunan hastaneye sevk gerçekleştirilir. Bahsi geçen sevk genel manada, daha donanımlı ve büyük üniversite ya da araştırma hastaneleri ya da dal hastanelerinden gerçekleşir.

Bu durumlar, hastanın ihtiyaçlarına göre ve en uygun tedavi ve bakımın sağlanabilmesi için hastaneler arasında sevk sürecinin başlatılmasını gerektiren durumları kapsar (Gönçer Demiral ve Üstün, 2020).

Hastanelerin arasında uygun hasta transferleri için ACEP yani Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği tarafından bir protokol belirlenmiştir. Bahsi geçen protokol uyarınca:

1. Hastanın sevkindeki temel gaye hastanın içinde bulunduğu şartlardan çok daha iyi şartlara kavuşturulmasıdır.
2. Acilde görevli hekim hastayı sevk öncesinde detaylı biçimde değerlendirmek durumundadır.

3. Hastanın nakli medikal bir değerlendirme ile gerekli olan stabilizasyonun ardından gerçekleştirilmelidir.
4. Sevkin medikal faydaları ile görülebilecek riskleri yeniden değerlendirilmeli ve sevk nedeniyle hastaya herhangi bir zarar asla gelmemelidir.
5. Hekim hastadan sorumlu kimseye ya da hastaya sevk hem gerekçelerini, hem de muhtemel fayda ile risklerini ayrıntılı olarak anlatmalıdır.
6. Hasta sevkinin öncesinde hasta kişiyi kabul edecek olan hekimin de oluru mutlaka alınmalıdır.
7. Uygun tıbbi özet ile varsa yapılan tüm tetkikler sevk yapılan hasta ile beraber sevk edilen kuruma iletilmelidir.
8. Hastanın sevk uygun tıbbi personeli olan ve gerekli ekipmana sahip bir araç ile gerçekleştirilmelidir.
9. Hastalara en uygun bakımı sağlayabilmek adına hastaneler arası sevk protokolleri hayata geçirilmelidir (Appropriate Interfacility Patient Transfer, 2022).

Hastane arası acil hasta nakli sürecinde, verici ile alıcı hastaneler, KKM ile nakilden sorumlu ambulans ekibi gibi önemli aktörlerin çift yönlü iletişim içinde olması hayati önem taşır. Bu iletişim, hastaya yapılmış olan ve yapılması planlanmış uygulamaların eksiksiz biçimde kaydedilmesini sağlar. Ayrıca, uzun sevklerde olası olumsuzlukların önceden tahmin edilerek tedavi planının nakil işlemlerine dâhil edilmesi gereklidir.

Hastane arası nakillerde, görev alan çalışanlarına sorumluluklarını düzgün bir şekilde yerine getirmemesi durumunda, hastanın hayatı negatif biçimde etkilenebilir ve acil sağlık sisteminin çalışması azalabilir. İlgili nedenle, bu süreçte aktörlerin görev ve sorumluluklarını eksiksiz yerine getirmesi önemlidir (Atalay, 2017).

2.2. Kritik Hasta Tanımı

Kritik hasta terimi, bir ya da birden çok organ veya sistemde yetersizlik ya da işlev bozukluğundan dolayı yakından takip edilmesi gereken ve tedavi için özel cihazların kullanılması gereken hastaları ifade eder. Bu hastalar, hastalık ya da travma neticesinde hayati fonksiyonları ileri düzeyde bozulmuş ya da bozulması an meselesi olan durumlarla karşı karşıyadırlar. Kritik hastanın tanımı, hastanın durumunun ciddiyetini ve sürekli izleme gerekliliğini vurgular (Coşkun, 2011; Uysal, 2010).

Kritik hastalar, acil girişim gerektiren ve yaşamı tehdit eden durumlarla başvuran hastalardır. Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmeleri gereken bu hastaların bakımı oldukça özen gerektirir ve zaman önemlidir. Bu nedenle, kritik hastalara hızlı bir şekilde yaklaşmak ve öncelikleri belirlemek büyük önem taşır.

Kritik hastaların bakımı için en uygun yer yoğun bakım üniteleridir. Bu üniteler, tüm infüzyonların doğru şekilde sağlandığı, solunum cihazlarıyla ventilasyonun kesintisiz devam ettiği ve izlem monitörleriyle donatılmıştır. Bu özellikler, hastanın sürekli izlenebilmesini, tedavinin hızlı ve etkin bir şekilde uygulanmasını sağlar.

Kritik hastaya yaklaşımın temel özelliği, zamanla yarışmaktır. Değerlendirme ve tedavi sürecinin hızlı bir şekilde gerçekleştirilmesi, hastanın klinik seyrini olumlu yönde etkiler ve hayati tehlikelerin minimize edilmesine yardımcı olur.

Kritik hasta grupları arasında şu durumlar öne çıkar:

- Taşikardi, bradikardi ve ritim bozuklukları: Kalp ritim bozuklukları, acil müdahale gerektirebilir ve kritik hastalarda sıkça görülebilir.
- Ciddi solunum yetmezlikleri: Solunum yetmezliği olan hastalar, hızlı ve etkili ventilasyon desteği gerektirebilir.
- Organ yetmezlikleri: Özellikle böbrek, karaciğer veya kalp yetmezliği gibi organların fonksiyonlarında ciddi bozukluklar olan hastalar kritik olarak kabul edilir.
- Kafa travmaları ve beyin kanamaları: Bu durumlar hayati tehlike oluşturabilir ve acil cerrahi müdahale gerektirebilir.
- Ani bilinç değişikliği veya konvülsiyon geçiren hastalar: Bu belirtiler ciddi bir altta yatan nedenin işareti olabilir ve hızlı değerlendirme ve tedavi gerektirebilir.
- İntoksikasyon: Zehirlenme durumları, hızlı müdahale gerektirebilir ve yaşamı tehdit edebilir.
- Ağır travmalar: Kaza sonrası ciddi yaralanmalar, kritik hastalar olarak kabul edilir ve acil tıbbi müdahale gerektirir.
- Büyük cerrahi girişim sonrası yakın gözlem gereken hastalar: Özellikle riskli veya komplike cerrahi operasyonlar sonrası hastaların yakın izlem ve gerekirse destekleyici tedavi alması gerekebilir.

Bu durumlar, kritik hastaların genelinde görülen öncelikli durumları temsil etmektedir. Her hastanın özelliklerine ve durumuna göre yaklaşım değişebilir, ancak temel prensipler hızlı değerlendirme ve uygun tedaviyi sağlamak üzerine kuruludur (Menemencioğlu, 2020).

Kritik bakım, acil servis, hastane öncesi ile yoğun bakım ünitesinin arasında kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon gerektirir. Bahsi geçen üç birim, hastaların yaşamlarını tehdit eden acil durumlarla başa çıkmak için birbirlerine destek olmalı ve bilgi paylaşımını sağlamalıdır.

Kritik bakımın başarısı, acil servis, hastane öncesi ile yoğun bakım ünitelerinin arasında güçlü bir işbirliği ve entegrasyona dayanır. Bu üç birim, hastaların akut durumlarının tanımlanmasından başlayarak, tedavi edilmesi ve takibi sürecinde birlikte çalışmalıdır. Bu sayede, hastaların hayatlarını kurtarmak ve sağlıklarını iyileştirmek için en etkili ve hızlı bakım sağlanabilir (Aslaner, 2014).

2.2.1. Kritik Hastanın Değerlendirilmesi

Kritik hastaların erken tanınması ve uygun şekilde yönlendirilmesi, hayati öneme sahiptir. Özellikle, kritik hastalarda başlayan akut inflamatuvar süreçlerin erken teşhisi ve tedavisi kritik derecede önemlidir. Bu süreçler, hızlı bir şekilde ilerleyebilir ve hastanın durumunu ciddileştirebilir.

Erken dönemde kritik hastaları tanımak, sağlık ekibine önemli bir avantaj sağlar. Bu, hastanın durumunu hızla değerlendirmelerine ve gerektiğinde uygun tedavi ve bakımı başlatmalarına olanak tanır. Özellikle akut inflamatuvar süreçlerde, bu erken müdahale, inflamasyonun kontrol edilebilmesine ve çok daha önemli komplikasyonların engellenmesine yardım edebilir. Ancak, bu sürecin başarıyla gerçekleştirilmesi için sağlık personelinin dikkatli olması ve belirtileri doğru şekilde tanınması gerekmektedir. Hasta üzerinde yapılan fiziksel muayene, vital bulguların takibi ve uygun laboratuvar testlerin yapılması gibi yöntemler, akut inflamatuvar süreçlerin erken tanınmasında önemli rol oynar.

Hastanın durumunun erken evrede tanınması ve gerekli görüldüğü takdirde yoğun bakıma yönlendirilmesi, inflamatuvar sürecin kontrol altına alınmasını sağlar. Aksi takdirde, inflamasyon hızlı ilerleyebilir ve hastanın durumu kötüleşebilir. Bu nedenle,

kritik hastalarda erken teşhis ve tedavi, yaşamı tehdit eden sonuçları önlemek için kritik öneme sahiptir (Sungur, 2002).

Kritik hastaların hastane öncesi, hastane içi ve hastaneler arası transferi, acil servis uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır ve bu süreçlerde dikkatlice yönetilmesi gerekmektedir. Bu transferler sırasında, hastanın durumunda kötüleşme riski yüksektir ve bu da yüksek morbidite ve mortalite riskiyle ilişkilidir. Özellikle transfer öncesi stabilizasyon, kritik hastaların nakli sırasında yaşanabilecek komplikasyonların önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Transfer öncesi stabilizasyon, hastanın durumunu optimize etmek, yaşamı tehdit eden durumları tanımlamak ve gerekli tedbirleri almak için gereklidir. Bu, hastanın transfer sırasında daha güvenli bir şekilde taşınmasını sağlar (Dunn, Gwinnutt, ve Gray, 2007).

Hastane öncesi acil bakımda hastanın değerlendirilmesi, birinci ve ikinci değerlendirme şeklinde iki kola ayrılmaktadır.

2.1.1.1. Birincil Değerlendirme

Birincil değerlendirme, hastane öncesi acil bakımda hasta ile ilk temas kurulduğu anda yapılması gereken ve öncelikli olarak hastanın yaşamını tehdit eden durumların belirlenmesine odaklanan bir süreçtir. Bu değerlendirme, hızlı bir şekilde ve sistematik olarak gerçekleştirilir ve öncelikle hastanın bilinç ve oryantasyon durumunun değerlendirilmesini içerir.

Hastanın bilinç ve oryantasyon durumunun değerlendirilmesi, hastanın uyanıklık düzeyini, çevresine ve kim olduğunu anlama yeteneğini değerlendirir. Bu değerlendirme, hastanın genel durumu hakkında hızlı bir fikir edinilmesini sağlar ve acil tıbbi müdahale gerekip gerekmediğini belirlemeye yardımcı olur.

Bilinç Durumu: Hastanın bilinç düzeyini hızlı ve basit bir şekilde değerlendirmek için kullanılan bir kısaltma AVPU' dur. Bu kısaltma, hastanın dört farklı durumda değerlendirilmesine dayanır.

- A (Alert- Uyanık): Hasta uyanık ve çevresinde olanlara tepki veriyor ise, bilinci açıktır ve ilk derece değerlendirme için olumlu bir işarettir.
- V (Vociferous- Sözel Uyarana Yanıt): Hasta uyanık değil ancak sesli bir uyarıya tepki veriyor ise, bilinci hafif bir düzeyde bulanıktır veya uyuşuktur.

- P (Pain- Ağrılı Uyarana Yanıt): Hastanın sesli ve hafif uyarılara tepkisi yok fakat ağrılı uyarana yanıt veriyor ise, bilinci etkilenmiş olabilir.
- U (Unresponsive- Hiçbir Uyarana Yanıt Vermeyen): Bilinci kapalıdır ve acil tıbbi müdahale gerektirir.

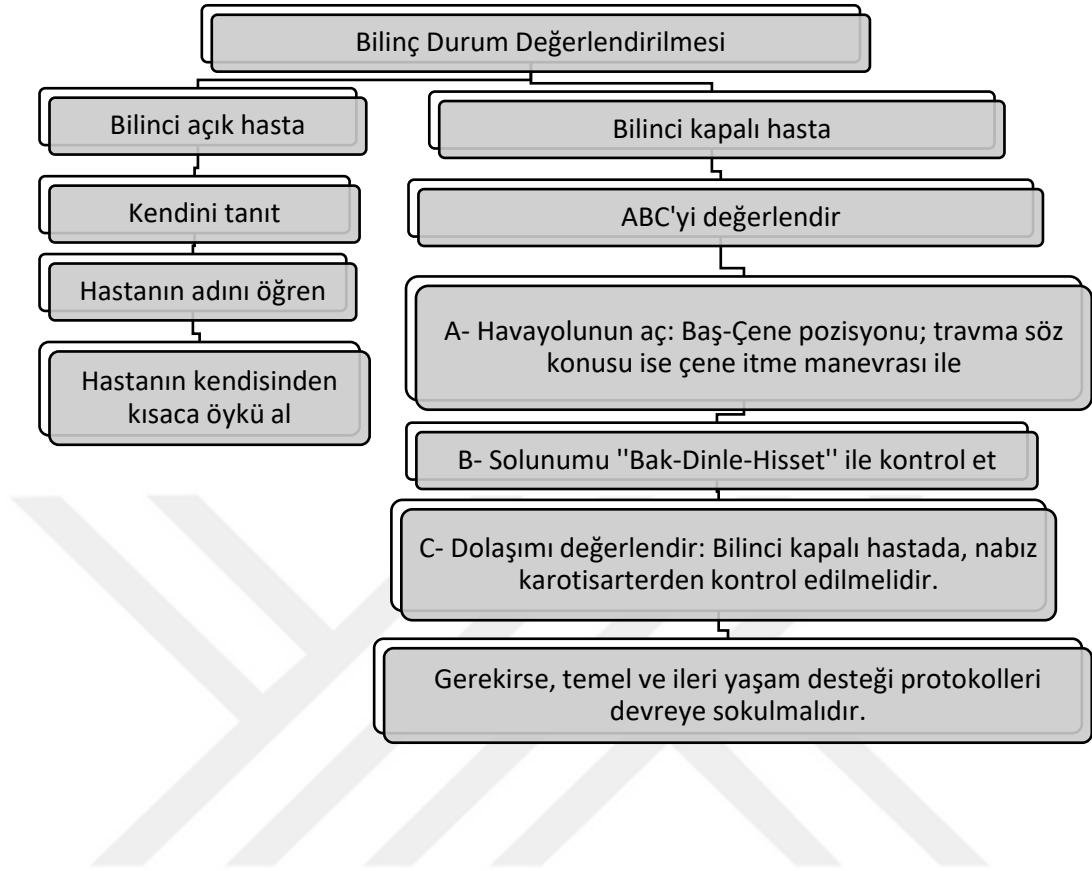
AVPU, hızlı bir şekilde yapılan birinci derece değerlendirmede yaygın olarak kullanılır. Bu değerlendirme, hastanın bilinç durumunu belirlemek ve acil müdahale gerekip gerekmediğini değerlendirmek için önemlidir. Özellikle acil durumlarda, hastanın bilincinin hızlı bir şekilde değerlendirilmesi, uygun tedavinin zamanında başlaması için kritik bir adımdır.

Bilinç durumunun değerlendirilmesinden sonra, solunum ve dolaşım başta olmak üzere yaşamsal bulguların değerlendirilmesi büyük önem taşır. Solunum ve nabız, hastanın yaşamsal fonksiyonlarını değerlendirmede temel göstergelerdir. Solunum hızı ve ritmi ile nabız hızı ve ritmi, hastanın genel durumu hakkında önemli bilgiler sağlar. Solunumun düzensiz veya yetersiz olması, ciddi bir solunum problemi olabileceğini gösterebilir. Benzer şekilde, nabız hızının normalden yüksek veya düşük olması, dolaşım sorunları veya kalp yetmezliği gibi durumları işaret edebilir.

Perfüzyon değerlendirmesi için kan basıncı ve kapiller geri dolumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Kan basıncı, dolaşımın stabilitesini ve perfüzyonun etkinliğini değerlendirmeye yardımcı olur. Kapiller geri dolumu ise periferik dolaşımın değerlendirilmesinde önemlidir. Parmak ucu basıldığında veya tırnak yatağı kontrol edildiğinde, kanın geri dönüş hızı ve rengi, dolaşımın etkinliği hakkında bilgi sağlar.

Bunların yanı sıra, cilt değerlendirmesi de önemlidir. Hastanın cildinin durumu, rengi ve ısısı, dolaşım ve perfüzyonun değerlendirilmesinde önemli ipuçları sunar. Soluk, soğuk veya nemli bir cilt, dolaşım veya şok gibi durumları işaret edebilir. Tüm bu değerlendirmeler bir araya geldiğinde, hastanın genel durumu hakkında kapsamlı bir görüş elde edilebilir ve acil tıbbi müdahalenin hangi alanlara odaklanması gerektiği belirlenebilir. Bu değerlendirmeler, birincil değerlendirmenin tamamlanmasında önemli bir rol oynar ve hastanın acil tıbbi ihtiyaçlarının hızlı bir şekilde belirlenmesini sağlar (Ekşi, 2020; Erdem 2011).

Şekil 5: Bilinç Durum Değerlendirilmesi Kaynak: (Ekşi, 2020).



2.1.1.2. İkincil Değerlendirme

İkinci değerlendirme, hastanın durumunu daha detaylı bir şekilde değerlendirmek için yapılır ve medikal ve travma olguları için farklı yaklaşımlar içerebilir.

Medikal olgularda, hastanın öyküsü ve belirtileri, tanı ve tedavi planlamasında kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, ikinci değerlendirmede öncelikle hastanın tıbbi öyküsü alınır ve semptomları detaylı bir şekilde incelenir. Hasta yakınmaları, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar ve önceki tıbbi geçmişi gibi bilgiler, hastanın tam olarak ne olduğunun anlaşılmasına yardımcı olur. Ek olarak, fiziksel muayene yapılırken, ek tanıya götürücü bulgular aranır ve laboratuvar testleri veya görüntüleme çalışmaları gibi ek incelemeler istenebilir.

Travmalı hastalarda ise, detaylı bir fiziksel muayene ön plandadır. Travma mekanizması, yaralanma belirtileri ve fiziksel muayene bulguları, hastanın yaralanma şiddetini ve etkilenen sistemleri belirlemeye yardımcı olur. Hızlı bir şekilde yaşamı

tehdit eden yaralanmalar tanımlanır ve acil tıbbi müdahaleler başlatılır. Gerektiğinde travma değerlendirme protokolüne uygun olarak ek incelemeler yapılır ve tedavi planı oluşturulur.

Sonuç olarak, ikinci değerlendirme süreci, medikal ve travma olgularında farklılaşabilir. Medikal olgularda tıbbi öykü ve semptomların detaylı değerlendirilmesi öne çıkarken, travmalı hastalarda detaylı bir fiziksel muayene yapılması ve yaşamı tehdit eden yaralanmaların hızlı bir şekilde tanımlanması önceliklidir. SAMPLE, tıbbi geçmişi değerlendirmek için kullanılan bir anamnez alma yaklaşımının kısaltmasıdır.

Her bir harf, belirli bir alana odaklanır:

- S (Symptoms- Belirtiler): Hastanın yaşadığı semptomlar veya şikâyetler hakkında bilgi alınır.
- A (Allergies- Alerjiler): Hastanın bilinen alerjileri veya alerjik reaksiyon geçmişi hakkında bilgi alınır.
- M (Medications- İlaçlar): Hastanın düzenli olarak kullandığı ilaçlar, dozları ve sıklığı hakkında bilgi verir.
- P (Past Medical History- Geçmiş Tıbbi Hikâye): Hastanın tıbbi geçmişi, kronik hastalıkları ve cerrahi öyküsü hakkında bilgi alınır.
- L (Last Oral Intake-Son Alınan Gıda): Hastanın son ne zaman yemek yediği hakkında bilgi alınır.
- E (Events Leading Up to Present Illness/Injury- Mevcut Hastalık/ Yaralanmaya Neden Olan Olaylar): Hastanın semptomları veya yaralanmanın başlangıcından önceki olaylar hakkında bilgi alınır.

Bu bilgiler, hastanın tıbbi geçmişi hakkında kısa ve net bir değerlendirme sağlar ve tedavi planının oluşturulmasına yardımcı olur.

Fiziksel Değerlendirme: Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde fiziksel muayene, hastanın fiziksel durumunu değerlendirmek ve acil tıbbi ihtiyaçlarını belirlemek için yapılan kritik bir adımdır. Fiziksel muayene, genellikle hasta ile ilk temas kurulduğunda veya acil durum ekibi olay yerine ulaştığında gerçekleştirilir. Temel amacı, hastanın durumu hakkında bilgi edinmek ve uygun tedavi planını belirlemektir.

Fiziksel muayene, şu adımları içerebilir:

- Baş-Boyun Bölgesi İncelemesi: Baş ve boyun bölgesi incelenir. Gözler, kulaklar, burun, ağız ve boğaz gibi önemli yapılar değerlendirilir. Kafa travması veya solunum zorluğu gibi durumlar için özel dikkat edilir.
- Göğüs ve Karın İncelemesi: Göğüs duvarı, solunum sesleri, kalp atışları ve karın palpasyonu ile belirtiler değerlendirilir.
- Ekstremitelerin İncelenmesi: Eller, kollar, bacaklar ve ayaklar incelenir. Doku hasarı, kırıklar, şişlikler veya kanama gibi belirtiler değerlendirilir.

Fiziksel muayene, hasta ile ilgili önemli bulguların tespit edilmesine ve acil tıbbi müdahalenin planlanmasına yardımcı olur. Hızlı ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi, hastanın sağlık durumunun doğru bir şekilde değerlendirilmesini ve uygun tedavinin zamanında başlamasını sağlar (Ekşi, 2020; Erdem 2011).

Nörolojik Muayene: Nörolojik muayene, hastanın bilinç seviyesi, pupil boyutları ve pupillerin ışığa yanıtı ile motor işlevler gibi kritik nörolojik belirtileri hızlı bir şekilde değerlendirmeyi içerir. Bu muayene, hastanın nörolojik durumunu hızlıca değerlendirmek ve acil tedaviye yönlendirmek için önemlidir.

Hastanın bilinç düzeyini değerlendirmek için yaygın olarak kullanılan ölçek GKS yani Glaskow Koma Skalası'dır. Sözel yanıt, göz açıklığı ile motor yanıt şeklinde üç temel parametreyi içerir. Bu ölçek, hastanın bilinç durumunu objektif bir şekilde değerlendirmek ve değişiklikleri izlemek için kullanılır (Avşaroğlu, 2013).

Glaskow Koma Skalası (GKS)

	Puan
Göz Açıklığı	☐
Sözel Yanıt	☐
Motor Yanıt	☐

GKS Skoru

Tablo 4: Glaskow Koma Skalası

A- GÖZ AÇIKLIĞI	PUAN
Gözler spontan açık ve normal olarak hareketli	4
Sözlü uyaran ile gözlerini açar	3
Ağrılı uyaran ile gözlerini açar (ağrılı uyaran kesinlikle yüz bölgesine uygulanmamalı)	2
Yanıtsız, gözleri açmaz	1

B- SÖZEL (VERBAL) YANIT	PUAN
Oryante(hasta yaşını ve ismini doğru söylüyor)	5
Konfüze, dezoryante	4
3Uygun olmayan kelimler kullanıyor fakat kelimeler tek tek seçilebiliyor	3
Tanımlanamayan kelime ve sesler çıkartıyor	2
Ses yok	1

C- MOTOR YANIT	PUAN
Komutlara uyanık ekstremitelerini hareket ettirir	6
Ağrılı lokalize ediyor	5
Ağrılı uyarana fleksör cevap var	4
Dekortike postür, anormal fleksiyon	3
Deserebre postür, ekstensör yanıt	2
Hareket yok	1

DEĞERLENDİRME

3-8 Puan : Anlamlı nörolojik hasar

9-12 Puan : Orta dereceli nörolojik hasar

13-14 Puan : Hafif nörolojik hasar

2.2.2. Kritik Hastanın Nakil Organizasyonu ve İşleyişi

Hasta nakil süreci, genellikle karmaşık ve zorlu bir süreçtir ve her hasta için farklı ihtiyaçları ve koşulları içerebilir. Bu süreç, hasta nakil altyapısının geliştirilmesiyle daha hızlı ve etkili hale getirilebilir (Bosk, Veinot ve Iwashyna, 2011).

Nakil süreci, hastanın güvenli ve etkili bir şekilde taşınması için bir dizi aşamayı içerir. Genel olarak bakıldığında, nakil süreci şu aşamalardan oluşmaktadır:

- Hastanın nakil ihtiyacının belirlenmesi: İlk aşama, hastanın nakil gereksiniminin belirlenmesidir. Bu, hastanın mevcut durumunun ve tedavi gereksinimlerinin değerlendirilmesiyle yapılır.
- Hastayı kabul eden ile gönderen kıdemli hekimlerin arasında anlaşmaya varılması: Nakil süreci, hastanın gönderen ve kabul eden sağlık kuruluşları arasında koordinasyon gerektirir. Bu aşamada, hastanın nakil edileceği yerle ilgili anlaşmalar yapılır ve tıbbi geçmiş ve tedavi planları paylaşılır.
- Hastanın bakım takımından kritik nakil takımına tesliminin yapılması: Hastanın nakil edileceği sağlık kuruluşunda, kritik nakil ekibine hastanın bilgileri aktarılır ve hastanın hazırlanması sağlanır. Bu aşamada, gerekli tıbbi cihazlar ve ekipmanlar da temin edilir.
- Bakım üniteleri arasında naklin gerçekleşmesi: Hastanın nakli, gönderen sağlık kuruluşundan kabul eden sağlık kuruluşuna gerçekleştirilir. Bu süreçte hastanın güvenliği ve rahatlığı ön planda tutulur.
- Hastanın nakil ekibinden hastayı kabul eden ekibe tesliminin yapılması: Hastanın nakil süreci tamamlandıktan sonra, kabul eden sağlık kuruluşunda hastanın bakımını üstlenecek olan sağlık personeline teslim edilir. Bu aşamada, hastanın tıbbi durumu ve gereksinimleri ile ilgili bilgiler aktarılır.
- Nakil ekibinin ve ekipmanların geri iadesi: Nakil sürecinin tamamlanmasının ardından, kullanılan ekipmanlar nakil ekibi tarafından geri alınır ve nakil operasyonunun başarılı bir şekilde tamamlandığı doğrulanır.

Bu aşamalar, hastanın güvenli bir şekilde nakledilmesini sağlamak için titizlikle planlanır ve uygulanır. Nakil sürecinin her aşamasında, hastanın tıbbi ihtiyaçlarına ve güvenliğine öncelik verilir (Bourn, Wijesinghe ve Nordmann, 2018).

Hasta nakil sürecinin güvenli bir şekilde yürütülmesine ilişkin Bodur (2005) tarafından sunulan öneriler şu şekildedir:

- Hasta nakil süreci, öncelikle hastanın servisteki hekimi tarafından değerlendirilmeli ve riskler ve getiriler iyice gözden geçirildikten sonra kritik hasta naklinin gerekli olduğuna karar verilmelidir.
- Kritik hastanın naklini üstlenecek ekip, konusunda deneyimli olmalıdır. Bu ekip, hava yolunu açık tutma ile açma, kardiyopulmoner resüsitasyon ile monitörizasyon konularında deneyim sahibi olmalı ve ihtiyaç duyulan ekipman ile materyali etkin bir şekilde kullanabilmelidir.
- Monitörizasyon süreci, invaziv kan basıncı, EKG, SpO2 ile son olarak gerektiğinde EtCO2 gibi parametreleri içermelidir.
- Nakil sürecinde, gerekli olan perfüzyonların haricinde kalabalık oluşturacak damar yolları çekilmeli, ekipmanların şarjları titiz bir şekilde denetlenmelidir.
- Acil hallerde kullanılacak olan damar yolu açık bir şekilde işaretlenmeli, transporttan önce tıkanıklığın olmadığı da kontrol edilmelidir.
- Transport sırasında hasta devamlı gözlenmeli ve bir değişiklik olursa zaman kabetmeksizin kayıt altına alınmalıdır.
- Transporttan önce, servisler arasında iletişim tam manasıyla sağlanmalı ve nakil işlemi kısa süre zarfında ve en güvenli biçimde tamamlanmalıdır.
- Her nakil sonrasında, transport çantasındaki ilaçlar ve sarf malzemeleri tamamlanmalı, şarj edilmesi gereken bataryalı aletler şarja bağlanmalıdır.

Bu öneriler, hasta nakil sürecinin güvenli ve etkili bir şekilde yürütülmesine katkıda bulunmak için önemlidir. Bu adımların dikkatle takip edilmesi, hasta güvenliğini ve sağlığını korumak için hayati önem taşır (Bodur, 2005).

Uysal (2010) tarafından belirtildiği üzere, güvenli bir nakil süreci için şu unsurlar etkilidir: deneyimli bir ekip, uygun olan malzeme ile ekipmanların kullanımı, tam araştırma ile değerlendirmenin gerçekleştirilmesi, sürekli bakım ile izlemin sağlanması, devir teslimin en uygun biçimde gerçekleştirilmesi ve kayıtların yanlış olmayacak şekilde tutulması. İlgili sebepten dolayı, güvenli nakil süreci adına iyi bir hazırlık ile devamlı gözleme ihtiyaç vardır. Sağlık personeli, bütün nakil sürecinde var olan hazırlık ile gözlem aşamalarında en önemli role sahip ekip üyeleridir (Uysal, 2010).

Brokalaki ile Alamanou (2014), kritik hasta nakillerinde nakilden önce, nakil esnasında ve naklin ardından gerçekleştirilmesi gereken adımları şu şekilde belirtmişlerdir:

Nakil öncesinde:

- Nakil sürecindeki ekibin tamamının tek işi ilgili durum olmalıdır.
- Hastanın durumu stabilize edilmelidir.
- Nakilde tercih edilecek ekipmanlar sağlanmalıdır.
- Hastanın tıbbi bilgileri eksiksiz olarak alınmalıdır.
- Hasta izleme monitörüne bağlanmalı, bunun yanında parametreler de not alınmalıdır.
- Hastanın hayati göstergeleri, stabil olup olmadığı, diğer drenaj ile kataterler tekrar değerlendirilmelidir.
- Takibi yapılacak olan plan tespit edilmelidir.
- Hasta naklinin hangi yollara başvurulması sağlanacağı tespit edilir.
- Hastanın naklinin yapılacağı birim ile iletişime geçilmelidir.

Nakil esnasında:

- Planlandığı üzere kolay ve kısa olan yol izlenir.
- Hastanın naklinin yapılacağı birim ile iletişimin sürdürülmesi gerekmektedir.
- Belli aralıklar ile hastanın durumuna bakılır.
- Gerekli olduğunda müdahalede bulunulur.

Nakil sonrasında:

- Hastayı kabul eden birim hastanın kabulünü yapar.
- Hastanın sağlığı yeniden ele alınır ve tüm ekipmanların doğru bir şekilde çalışıp çalışmadığına bakılır.
- Hastanın nakli sedyeye yapılmışsa yeni donanımlara bağlanır.
- Gözlem yapan takıma en güncel bilgiler verilir. Hastayı teslimi alacak olan takım hazır değil ise nakil ekibi alanı asla terk etmemelidir.
- Oluşan durumların tamamı kayıt altına alınır.

Bu adımlar, kritik hasta nakillerinin güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesini sağlar ve hastanın nakil süreci boyunca ihtiyaç duyduğu tıbbi bakımın sağlanmasına yardımcı olur (Alamanou ve Brokalaki, 2014).

3. Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştıma, tanımlayıcı tasarımda planlanmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Kocaeli 112 Başhekimliği çatısı altında yer alan KKM ve ASHİ görev yapan HÖASH personeliyle yürütülmüştür. Araştırma kapsamında Kocaeli'nin çeşitli ilçelerinde bulunan toplam 54 ASHİ çalışan HÖASH personeliyle görüşülmüştür. İlgili ilçeler ve bu ilçelerdeki istasyon sayıları şu şekildedir: İzmit'te 14, Gebze'de 10, Darıca'da 4, Derince'de 4, Körfez'de 3, Kandıra'da 3, Başiskele'de 3, Gölcük'te 4, Karamürsel'de 2, Çayırova'da 3, Dilovası'nda 2 ve Kartepe'de 5 istasyon bulunmaktadır.

Araştırma verileri, HÖASH çalışanlarıyla görev aldıkları ASHİ ve KKM yüz yüze görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Görüşmeler sırasında araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu kullanılmış ve katılımcılardan bu formu doldurmaları istenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Mart 2024 – Mayıs 2024 tarihleri arası dönemde Kocaeli 112 Başhekimliği çatısı altındaki Komuta Kontrol Merkezi ile acil sağlık hizmetleri istasyonları bünyesinde görev alan doktor(26), acil tıp teknikerleri (Paramedik)(263) ve acil tıp teknisyenlerinden (A.T.T.)(329) oluşturmuştur(N=618).

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme: Bu çalışmaya, Kocaeli ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı ASHİ ve KKM'de görev yapan çalışanları değerlendirmeye alacaktır. Araştırmaya, katılmayı kabul eden gönüllü çalışanlar dahil edilecektir.

Araştırmada dışlanma kriterleri: Araştırmaya katılmak istemeyenler, süt izninde veya ücretsiz yıllık izinde olan çalışanlar değerlendirmeye alınmamıştır.

3.5.Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi

Örneklem seçiminde; 618 kişiden oluşan evrenden %50 oranında prevalans, %5 oranında hata payı ile %95 oranında güven aralığı değerinde 238 kişi openepi programı yardımı ile örnek büyüklüğü şeklinde tespit edilmiştir. Bunun dışında araştırma hipotezi uyarınca güç (power) analizi gerçekleştirilmiştir. Testin gücü, G*Power 3.1 programıyla bulunmuştur. Etki büyüklüğü ise Cohen(1988) tarafından tespit edilmiş olan çoklu regresyon analizi uyarınca orta seviyede olarak 0.15 alınmıştır. Araştırmanın gücünün tespit edilmesinde %95 değerini geçmesi adına; %5 anlamlılık düzeyi ile 0.15 etki büyüklüğünde 107 bireye ulaşılması lazımdır (df=2; F=3,086). Çalışmada testin gücünün yüksek ve evrenin temsiline yönelik 238 ve üzeri çalışana ulaşılması hedeflenmiştir. 404 kişinin veri toplama formu çalışmaya dahil edilmiştir.

Sample Size for Frequency in a Population

Population size(for finite population correction factor or fpc)(N): 618

Hypothesized % frequency of outcome factor in the population (p):50%+/-5

Confidence limits as % of 100(absolute +/- %)(d): 5%

Design effect (for cluster surveys-DEFF): 1

Sample Size(n) for Various Confidence Levels

Confidence	Level(%)	Sample Size
95%		238
80%		130
90%		189
97%		268
99%		321
99.9%		394
99.99%		440

Equation

$$\text{Sample size } n = [\text{DEFF} * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$$

Results from OpenEpi, Version 3, open source calculator—SSPropor

3.6.Örnek Seçimi

Evrendeki 618 kişiden örnekleme dahil edilecek kişiler basit rasgele örnekleme yapılarak belirlenmiştir. Katılımcılar gönüllük esasıyla çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyenler, süt izninde veya ücretsiz yıllık izninde olan çalışanlar örnekleme dahil edilmemiştir. Çalışmaya 404 hastane öncesi acil sağlık profesyoneli dahil edilmiştir.

3.7.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişken: HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarının değerlendirildiği veri toplama formuna verdiği yanıtlar.

Bağımsız değişken: HÖASH çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek grubu, çalışma yılı vb.) ve kritik hasta nakli konusunda eğitim alma durumu.

3.8.Veri Toplama Tekniği ve Araçları

İlgili çalışmadaki verilerin elde edilmesinde; kişisel bilgi formu (Bkz. Ek-1) ile hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hasta nakil uygulamaları göz önünde bulundurularak araştırmacı tarafından oluşturulmuş, üç tane uzmanın görüşüne sunulmuş, ihtiyaç duyulan düzenlemeler gerçekleştirilmiş ve son olarak onayı alınmış kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını belirleme anketi (Bkz. Ek -2) kullanılmıştır.

Yukarıda da bahsi geçen kişisel bilgi formu; görev, yaş, evli olup olmama durumu, cinsiyet, eğitim seviyesi, HÖASH’nde çalışma senesi, çalıştığı yerin konumu, kritik hasta nakil konusunda eğitim alma durumu, meslekle ilgili gelişmeleri takip etme durumu ve kritik hasta nakli ile ilgili bilgi ve beceri düzeyini içeren 11 tanımlayıcı sorudan oluşmaktadır.

Kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını belirleme veri toplama formu; hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hastaya yaklaşım konusunda bilgi, beceri düzeyleri ve hastaneler arası kritik hasta nakli konusunda bilgi ve beceri düzeyine yönelik 34 maddeden oluşmaktadır.

3.9.Verilerin Toplanması

Örnekleme giren HÖASH çalışanları, Aralık 2023 – Mayıs 2024 tarihleri arası dönemde görev aldıkları birimlerde araştırma ile alakalı bilgi verilip gönüllü onam formu onayları alınmış ve yüz yüze anket yöntemine başvurularak 11 tane sorudan oluşan kişisel bilgi formu ve 34 soruluk 5’li likert özellikli kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını belirleme anket formunu 15 dk sürede doldurmaları sağlanmıştır.

Toplam 404 hastane öncesi acil sağlık hizmetleri personeli değerlendirmeye alınmıştır.

3.10. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada toplanan veriler bilgisayarda IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programına başvurularak çözümlenmiştir. Araştırmaya katılım gösteren personellerin tanımlayıcı niteliklerinin tespit edilmesi noktasında yüzde ile frekans analizlerinden, anketin incelenmesi noktasında standart sapma ile ortalama istatistiklerinden yararlanılmıştır. Araştırma parametrelerinin normal dağılım sergileyip sergileyemediğini saptamak adına Skewness (Çarpıklık) ile Kurtosis (Basıklık) değerleri ele alınmıştır.

Tablo 5. Normal Dağılım

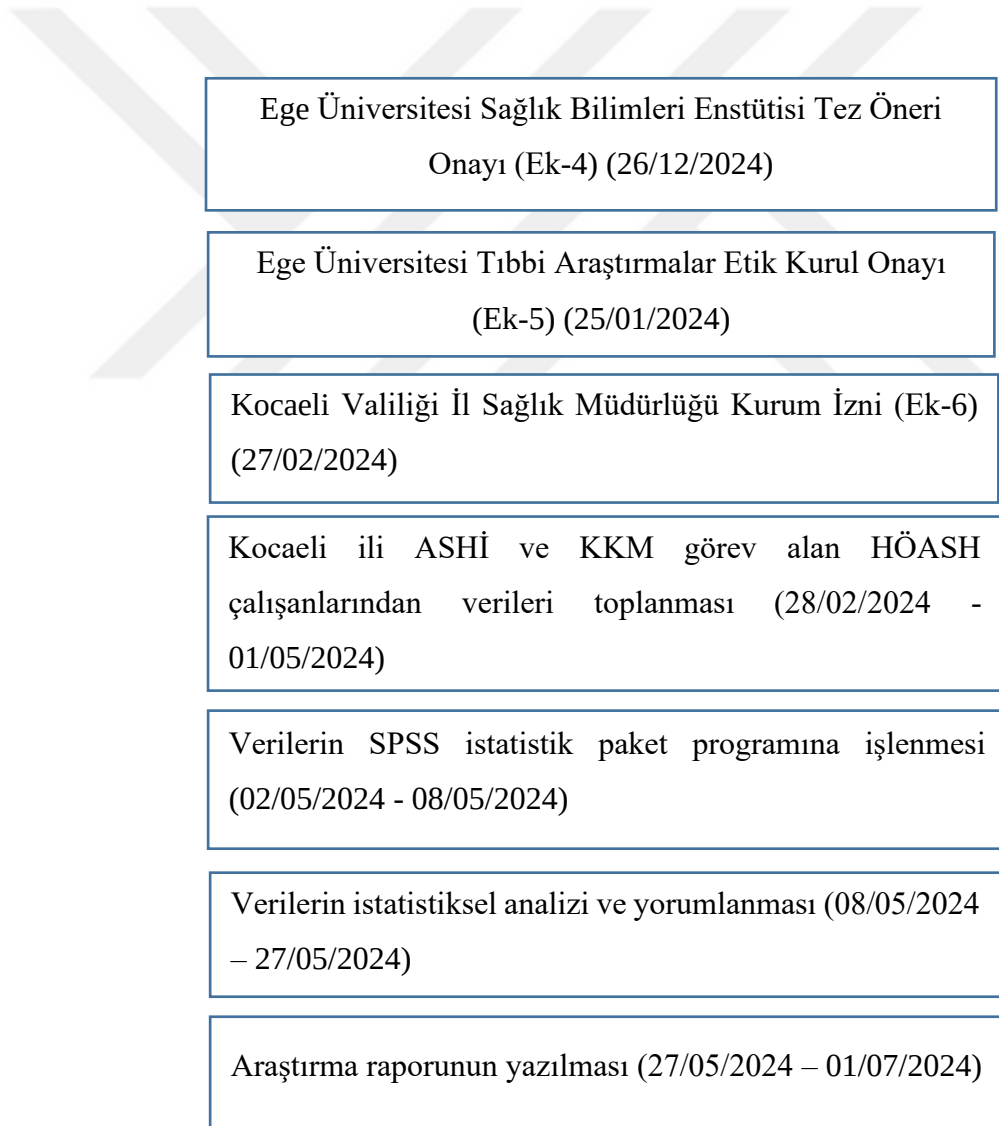
	Basıklık	Çarpıklık
Kritik Hasta Sevk ve Yönetimine Yönelik Tutum Toplam	0,506	-0,011

İlgili alanyazında, parametrelerin basıklık ile çarpıklık değerleri ile alakalı neticelerin +1.5 ve -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ve -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında değişiklik göstermesi normal dağılıma karşılık gelmektedir. Parametrelerin normal dağılım sergilediği tespit edilmiştir. Verilerin çözümlenmesinde parametrik metotlara başvurulmuştur. Personellerin kritik hasta sevk ile yönetimine ilişkin tutum puan seviyelerini tespit eden boyutlar arasında bulunan ilişkiler ise pearson korelasyon analizlerine başvurularak incelenmiştir. Personellerin tanımlayıcı nitelikleri uyarınca kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum puan seviyelerinde görülen farklılaşmaların incelenmesi noktasında bağımsız gruplar t-testi, Anova (tek yönlü varyans analizi) ile post hoc (Tukey, LSD) analizlerine başvurulmuştur.

Etki büyüklüğünü bulmak adına Cohen(d) ile Eta kare(η^2) katsayılarına başvurulmuştur. Etki büyüklüğü grupların arasında bulunan farkın önemli olarak kabul edilecek ciddi fark olup olmadığını gözler önüne sermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük şeklinde değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve diğerleri, 2018).

3.11. Süre ve Olanaklar

Araştırma, Kocaeli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli kurum izni (Ek-6) ve etik kurul onayı (Ek-5) alındıktan sonra başlatılmıştır. Literatür taraması, araştırmanın tüm aşamalarında kesintisiz bir şekilde sürdürülmüştür. Araştırmanın planlanan süreçlerini ve aşamalarını gösteren detaylı zaman çizelgesi ise Şekil-6'da sunulmuştur.



Şekil 6: Araştırmanın zamansal çizelgesi

3.12. Araştırma Etiği

1. Ege Üniğersitesi Rektörlüğü Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulunda 25.01.2024 tarihli 24-1.1.T/5 sayılı onay yazısıyla etik kurul izni alınmıştır (EK-4).
2. Araştırmaya başlamadan önce, Kocaeli Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 22.02.2024 tarihli E-65530689-799-240173523 sayılı kararıyla yazılı izin alınmıştır (EK-5)
3. Araştırmaya katılım gösteren HÖASH çalışanlarından bilgilendirilmiş olur formu alınmış ve gönüllü katılımları sağlanmıştır (EK-3)



4. Bulgular

4.1.Tanımlayıcı Özellikler

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada çalışanların yaş, görev, cinsiyet, eğitim durumu, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi, çalıştığı yerin konumu, kritik hasta nakil konusunda eğitim alma durumu, meslekle ilgili gelişmeleri takip etme ve kritik hasta nakil konusunda bilgi ve beceri düzeyine ait tanımlayıcı bulgular aşağıda açık bir şekilde görülmektedir.

Tablo 6. Çalışanların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Yaş		
20-24	23	5,7
25-29	117	29,0
30-34	129	31,9
35-39	98	24,3
40 ve üzeri	37	9,2
Cinsiyet		
Erkek	193	47,8
Kadın	211	52,2
Görev		
AABT	208	51,5
ATT	196	48,5
Medeni Durumu		
Evli	242	59,9
Bekar	162	40,1

Eğitim Durumu		
SML	51	12,6
Önlisans	124	30,7
Lisans	206	51,0
Lisansüstü	23	5,7
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışma Süresi		
1-5 Yıl	107	26,5
6-10 Yıl	171	42,3
10 Yıl ve üzeri	126	31,2
Çalışılan Yerin Konumu		
İlçe	232	57,4
Merkez	172	42,6
Kritik Hasta Nakil Konusunda Eğitim Alma Durumu		
Evet	383	94,8
Hayır	21	5,2
Kritik Hasta Nakil Konusunda Nerden Eğitim Alındığı (n=383)*		
Mezun olduğum okuldan	62	16,2
Çalışmakta olduğum birimde	282	73,6
Kurumun hizmet içi eğitim toplantılarından	246	64,2
Katıldığım konferans, sempozyum vb.	37	9,7
Diğer- UMKE	3	0,8
Meslekle İlgili Gelişmeleri Takip Etme Durumu		
Evet	361	89,4
Hayır	43	10,6

Meslekle İlgili Gelişmelerin Nereden Takip**Edildiği (n=361)***

Bilimsel dergi, yayınlardan	108	29,9
Bilimsel içerikli web sitesinden	253	70,1
Katıldığım kongre, sempozyum ve seminerlerden	148	41,0
Meslektaşlarımdan	158	43,8
Diğer	18	5,0

*Birden fazla seçilen madde

Tablo 6 incelendiğinde çalışmaya katılan hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının %5,7'si 20-24 yaş, %29'u 25-29 yaş, %31,9'u 30-34 yaş, %24,3'ü 35-39 yaş ve %9,2'si 40 ve üzeri yaş grubunda yer aldığı görülmektedir. Çalışanların %51,5'i AABT, %48,5'i ATT olarak görev yapmaktadır. Çalışmaya katılanların %47,8'i erkeklerden, %52,2'si kadınlardan oluşmaktadır ve %59,9'u evlidir. Çalışanların eğitim durumları incelendiğinde %12,6'sı SML, %30,7'si önlisans, %51'i lisans ve %5,7'sinin lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Çalışanların hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışma süreleri incelendiğinde %26,5'i 1 ila 5 sene, %42,3'lük kısmı 6 ila 10 sene, %31,2'lik kısmı 10 sene üzeri görev aldıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılım gösteren HÖASH personellerinin %42,6'sının merkez, %57,4'ünün ilçe 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında göre yaptığı saptanmıştır. Çalışanların kritik hasta nakli konusunda eğitim alma durumu incelendiğinde %94,8'i eğitim aldığını belirtirken, %5,2'si herhangi bir eğitim almamış olduklarını ifade etmiştir. Kritik hasta nakliyle alakalı bir eğitim almış olan çalışanların %16,2'si mezun olduğu okuldan, %73,6'sı çalışmakta olduğu birimden, %64,2'si kurumun hizmet içi eğitimlerinden, %9,7'si katıldığı sempozyum ve konferanslardan aldığını belirtirken %0,8'si UMKE'den aldıklarını belirtmiştir.

Çalışanların meslekle ilgili gelişmeleri takip etme durumları incelendiğinde %89,4'ünün mesleki gelişmeleri takip ettikleri belirtilmiştir. Takip eden çalışanların; %29,9'u bilimsel dergi ve yayınlardan, %70,1'i bilimsel içerikli web sitelerinden, %41'i katıldığı kongre, sempozyum ve seminerlerden, %43,8'i meslektaşlarından ve %5'i sosyal medyadan(diğer grup) takip ettiğini saptanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların Kritik Hasta Nakli Konusunda Kendi Bilgi ve Beceri Düzeylerine İlişkin Verdikleri Yanıtların Dağılımı

	Ortalama(Ort)	Standart Sapma(Ss)
Kritik Hasta Nakli Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi	6,370	1,868

Toplam Katılımcı = 404

Tablo 7’i incelendiğinde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarına kritik hasta nakli konusunda bilgi ve beceri düzeyini hangi seviyede gördükleri sorulmuştur. Çalışanların verdikleri cevaplar doğrultusunda “kritik nakil konusunda bilgi ve beceri düzeyi” ortalaması $6,370 \pm 1,868$ (Min=1 Maks=10) olarak saptanmıştır.

4.2. HÖASH Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi

Araştırmaya katılan HÖASH çalışanlarının ‘Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumları’yla alakalı ifadelerle vermiş olduğu yanıtların dağılımları tablolarda belirtilmiştir.

Tablo 8. Çalışanların Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi Düzeyi ile İlgili İfadelerle Verdiği Cevapların Dağılımları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Kesinlikle Katlıyorum			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Ort	Ss
HÖASH Kritik Hasta Nakli İçin Özel Bir Protokol Bulunmaktadır	247	61,1	87	21,5	32	7,9	15	3,7	23	5,7	1,710	1,128
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanları Kritik Hastaların, Olay Yerinden İleri Sağlık Hizmeti Verecek Kuruma Hastanın Güvenli Transportunu Üstlenmektedir	27	6,7	45	11,1	29	7,2	79	19,6	224	55,4	4,060	1,294
Kritik Hasta Nakillerinde Eşlik Edecek Sağlık Personeli Akut Yaşam Kurtarıcı Girişimleri (temel ve İleri Kardiyak Yaşam Desteği, Solunum Desteği Vb) Gerçekleştirecek Bilgi Beceri Deneyim ve Yetkiye Sahiptir	22	5,4	84	20,8	56	13,9	63	15,6	179	44,3	3,730	1,354
HÖASH İnde Kritik Hastaya Yaklaşım Hızlı ve Etkin Yapılmaktadır	45	11,1	92	22,8	43	10,6	94	23,3	130	32,2	3,430	1,420
HÖASH inde Kritik Hasta Nakilleri Hakkında Bilgi ve Beceri Eğitimi Düzenli Aralıklarla Güncellenmektedir	184	45,5	59	14,6	56	13,9	40	9,9	65	16,1	2,360	1,520
Kritik Hasta Nakil Ekibi Üyeleri İletişim Yeteneği, Acil Durumlarda Sakin Kalma ve Hızlı Karar Verme Yeteneği Olan Bireylerdir	38	9,4	98	24,3	49	12,1	92	22,8	127	31,4	3,430	1,388
HÖASH inde Kritik Hasta Nakillerinde Kullanılabilecek Araç-gereç ve Malzemelerin Kontrolleri Her Gün Yapılmaktadır	42	10,4	46	11,4	37	9,2	55	13,6	224	55,4	3,920	1,427

HÖASH inde Kritik Hasta Naklinde Kullanılan Araç-gereçlerin Uyarı Verebilen Tipte, Şarjlı Olması Bataryalarının Dolu Olmasından Ekip Personelleri Sorumludur	31	7,7	35	8,7	42	10,4	68	16,8	228	56,4	4,060	1,306
--	----	-----	----	-----	----	------	----	------	-----	------	-------	-------

Araştırmaya katılan çalışanların Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi Düzeyi'ne dair ifadelerine vermiş olduğu yanıtlar incelendiği zaman;

“HÖASH kritik hasta nakli için özel bir protokol bulunmaktadır” ifadesine çalışanların, %61,1'i (n=247) kesinlikle katılmıyorum, %21,5'i (n=87) katılmıyorum, %7,9'u (n=32) kararsızım, %3,7'si (n=15) katılıyorum, %5,7'si (n=23) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “HÖASH kritik hasta nakli için özel bir protokol bulunmaktadır” tabirine çok zayıf ($\bar{x}=1,710$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları kritik hastaların, olay yerinden ileri sağlık hizmeti verecek kuruma hastanın güvenli transportunu üstlenmektedir” ifadesine çalışanların, %6,7'si (n=27) kesinlikle katılmıyorum, %11,1'i (n=45) katılmıyorum, %7,2'si (n=29) kararsızım, %19,6'sı (n=79) katılıyorum, %55,4'ü (n=224) kesinlikle katılıyorum şeklinde cevabını vermiştir. Çalışanların “hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları kritik hastaların, olay yerinden ileri sağlık hizmeti verecek kuruma hastanın güvenli transportunu üstlenmektedir” ifadesine yüksek ($\bar{x}=4,060$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Kritik hasta nakillerinde eşlik edecek sağlık personeli akut yaşam kurtarıcı girişimleri (temel ile ileri kardiyak yaşam desteği ile solunum desteği vb) gerçekleştirecek bilgi beceri deneyim ve yetkiye sahiptir” ifadesine çalışanların, %5,4'ü (n=22) kesinlikle katılmıyorum, %20,8'i (n=84) katılmıyorum, %13,9'u (n=56) kararsızım, %15,6'sı (n=63) katılıyorum, %44,3'ü (n=179) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “kritik hasta nakillerinde eşlik edecek sağlık personeli akut yaşam kurtarıcı girişimleri (temel ve ileri kardiyak yaşam desteği, solunum desteği vb) gerçekleştirecek bilgi beceri deneyim ve yetkiye sahiptir” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,730$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hastaya yaklaşım hızlı ve etkin yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %11,1'i (n=45) kesinlikle katılmıyorum, %22,8'i (n=92) katılmıyorum, %10,6'sı (n=43) kararsızım, %23,3'ü (n=94) katılıyorum, %32,2'si (n=130) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların *“HÖASH inde kritik hastaya yaklaşım hızlı ve etkin yapılmaktadır”* tabirine yüksek ($\bar{x}=3,430$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta nakilleri hakkında bilgi ve beceri eğitimi düzenli aralıklarla güncellenmektedir” ifadesine çalışanların, %45,5'i (n=184) kesinlikle katılmıyorum, %14,6'sı (n=59) katılmıyorum, %13,9'u (n=56) kararsızım, %9,9'u (n=40) katılıyorum, %16,1'i (n=65) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların *“HÖASH inde kritik hasta nakilleri hakkında bilgi ve beceri eğitimi düzenli aralıklarla güncellenmektedir”* tabirine zayıf ($\bar{x}=2,360$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Kritik hasta nakil ekibindekiler iletişim becerisi, acil durumlarda hızlı karar alma ile sakin kalma becerisi olan bireylerdir” ifadesine çalışanların, %9,4'ü (n=38) kesinlikle katılmı yorum, %24,3'ü (n=98) katılmıyorum, %12,1'i (n=49) kararsızım, %22,8'i (n=92) katılıyorum, %31,4'ü (n=127) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların *“kritik hasta nakil ekibi üyeleri iletişim yeteneği, acil durumlarda sakin kalma ile hızlı karar alma becerisi bulunan kimselerdir”* tabirine yüksek ($\bar{x}=3,430$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta nakillerinde kullanılabilecek araç-gereç ve malzemelerin kontrolleri her gün yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %10,4'ü (n=42) kesinlikle katılmıyorum, %11,4'ü (n=46) katılmıyorum, %9,2'si (n=37) kararsızım, %13,6'sı (n=55) katılıyorum, %55,4'ü (n=224) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların *“HÖASH inde kritik hasta nakilleri esnasında başvurulacak olan araç-gereç ile malzemelerin denetimleri günlük olarak yapılmaktadır”* tabirine yüksek ($\bar{x}=3,920$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta naklinde kullanılan araç-gereçlerin uyarı verebilen tipte, sarılı olması bataryalarının dolu olmasından ekip personelleri sorumludur” ifadesine çalışanların, %7,7'si (n=31) kesinlikle katılmıyorum, %8,7'si (n=35) katılmıyorum, %10,4'ü (n=42) kararsızım, %16,8'i (n=68) katılıyorum, %56,4'ü (n=228) kesinlikle

katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “HÖASH inde kritik hasta naklinde kullanılan araç-gereçlerin uyarı verebilen tipte, şarjlı olması bataryalarının dolu olmasından ekip personelleri sorumludur” tabirine yüksek ($\bar{x}=4,060$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 9. Çalışanların Kritik Hasta Nakil Konusunda Beceri Düzeyi ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort	Ss
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
HÖASH inde Kritik Hasta Nakli Sırasında Hasta Güvenliğini Tehdit Edecek Durumlar (sedye Kenarlıkları, Kısıtlama İhtiyacı Vb) Belirlenerek Ekip Tarafından Önlem Alınmakta ve Kayıt Edilmektedir	33	8,2	56	13,9	53	13,1	77	19,1	185	45,8	3,800	1,358
HÖASH inde Kritik Hastanın Nakil Edileceği Hastane ile İletişim Kurulmaktadır	100	24,8	106	26,2	70	17,3	52	12,9	76	18,8	2,750	1,441
HÖASH inde Kritik Hasta ve Yakınları Transfer Hakkında Bilgilendirilmektedir	114	28,2	94	23,3	95	23,5	43	10,6	58	14,4	2,600	1,373
HÖASH inde Kritik Hastanın Transport Edileceği Hastaneye Hasta Hakkında Ön Bilgilendirme Yapılmaktadır	167	41,3	62	15,3	66	16,3	45	11,1	64	15,8	2,450	1,501
HÖASH inde Kritik Hasta Değerlendirmesi Kısa Sürede ve Etkin Yapılmaktadır	41	10,1	83	20,5	50	12,4	104	25,7	126	31,2	3,470	1,378
HÖASH inde Kritik Hastanın Birincil ve İkincil Değerlendirmesi Yapılmaktadır	35	8,7	53	13,1	43	10,6	103	25,5	170	42,1	3,790	1,339
HÖASH inde Kritik Hasta Stabilizasyonu Sağlandıktan Sonra Transportuna Başlanmaktadır	55	13,6	75	18,6	40	9,9	78	19,3	156	38,6	3,510	1,489
Kritik Hasta ile Karşılaştığım İlk Anda Hastanın Bilincini ve Oryantasyonu Değerlendirilmektedir	34	8,4	40	9,9	34	8,4	101	25,0	195	48,3	3,950	1,312
HÖASH inde Kritik Hasta En Kısa Sürede Kardiyak Monitörizasyon Sağlanmakta ve Takip Edilmektedir	80	19,8	39	9,7	36	8,9	77	19,1	172	42,6	3,550	1,577

Hastane Öncesi Acil Bakımda Bilinç Değerlendirmesinde Avpu (allert: Uyanık, Verbal:sözlü Uyarana Yanıt, Pain:ağrılı Uyarana Yanıt, Unresponsive:yanıt Yok) ve Glaskow Koma Skalası Kullanılmaktadır	45	11,1	68	16,8	23	5,7	64	15,8	204	50,5	3,780	1,481
HÖASH inde Kritik Hastanın Bilinci Kapalı İse ABC (havayolu, Solunum, Dolaşım) Değerlendirilir ve Gerekirse Resüsitasyon Başlanılmaktadır	32	7,9	37	9,2	52	12,9	84	20,8	199	49,3	3,940	1,304
HÖASH inde Kritik Hasta Travmalı İse Detaylı Fizik Muayene Yapılmamaktadır	43	10,6	60	14,9	156	38,6	54	13,4	91	22,5	3,220	1,250
HÖASH inde Kritik Hasta Değerlendirilir ve Hasta İçin En Uygun Hastaneye Transportu Sağlanmaktadır	162	40,1	71	17,6	45	11,1	50	12,4	76	18,8	2,520	1,560
HÖASH inde Kritik Hasta Transportu Sırasında Hastanın Mevcut Durumu Sürekli Değerlendirilmekte (sürekli Defibrilatör İzlem, Pulsoksimetri Ölçümü, Yaşam Bulgular, Bilinç Durumu Vb) ve Kaydedilmektedir	53	13,1	55	13,6	25	6,2	91	22,5	180	44,6	3,720	1,469
HÖASH inde Ekipman Kaynaklı Yaşanan Sorunlara (endotrakeal Tüp Çıkması, Oksijen Desteği Kaybı Nazogastrik Veya Göğüs Tüplerinin Çıkması Vb) Yönelik Dikkat Edilmektedir	38	9,4	57	14,1	54	13,4	72	17,8	183	45,3	3,750	1,394
HÖASH inde Resüsitasyon Uygulanan Kritik Hastada Ambulans Sedyesi Kompresyon İçin Uygun Değil İse, Hastanın Altına Travma Tahtası Yerleştirilmektedir	45	11,1	72	17,8	59	14,6	75	18,6	153	37,9	3,540	1,427
HÖASH inde Resüsitasyon Uygulanan Kritik Hastanın Transportu Sırasında Plan ve İş Bölümü Yapılmaktadır	41	10,1	58	14,4	86	21,3	78	19,3	141	34,9	3,540	1,359
HÖASH inde Servikal Travması Olan Kritik Hastada Pozisyon Korunarak Sabitlenmektedir	50	12,4	66	16,3	38	9,4	75	18,6	175	43,3	3,640	1,473

Araştırmaya katılan çalışanların Kritik Hasta Nakil Konusunda Beceri Düzeyi ile ilgili ifadelerine verdiği cevaplar incelendiğinde;

“HÖASH inde kritik hasta nakli sırasında hasta güvenliğini tehdit edecek durumlar (sedye kenarlıkları, kısıtlama ihtiyacı vb) belirlenerek ekip tarafından önlem alınmakta ve kayıt edilmektedir” ifadesine personellerin, %8,2'si (n=33) kesinlikle katılmıyorum, %13,9'u (n=56) katılmıyorum, %13,1'i (n=53) kararsızım, %19,1'i (n=77) katılıyorum, %45,8'i (n=185) ise kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin *“HÖASH inde kritik hasta nakli sırasında hasta güvenliğini tehdit edecek durumlar (sedye kenarlıkları, kısıtlama ihtiyacı vb) belirlenerek ekip tarafından önlem alınmakta ve kayıt edilmektedir”* tabirine yüksek ($\bar{x}=3,800$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hastanın nakil edileceği hastane ile iletişim kurulmaktadır” ifadesine çalışanların, %24,8'i (n=100) kesinlikle katılmıyorum, %26,2'si (n=106) katılmıyorum, %17,3'ü (n=70) kararsızım, %12,9'u (n=52) katılıyorum, %18,8'i (n=76) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların *“HÖASH inde kritik hastanın nakil edileceği hastane ile iletişim kurulmaktadır”* ifadesine orta ($\bar{x}=2,750$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“HÖASH inde kritik hasta ve yakınları transfer hakkında bilgilendirilmektedir” ifadesine çalışanların, %28,2'lik kısmı (n=114) kesinlikle katılmıyorum, %23,3'lük kısmı (n=94) katılmıyorum, %23,5'lik kısmı (n=95) kararsızım, %10,6'luk kısmı (n=43) katılıyorum, %14,4'lük kısmı (n=58) ise kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların *“HÖASH inde kritik hasta ve yakınları transfer hakkında bilgilendirilmektedir”* tabirine orta ($\bar{x}=2,600$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hastanın transport edileceği hastaneye hasta hakkında ön bilgilendirme yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %41,3'ü (n=167) kesinlikle katılmıyorum, %15,3'ü (n=62) katılmıyorum, %16,3'ü (n=66) kararsızım, %11,1'i (n=45) katılıyorum, %15,8'i (n=64) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların *“HÖASH inde kritik hastanın transport edileceği hastaneye hasta hakkında ön bilgilendirme yapılmaktadır”* tabirine zayıf ($\bar{x}=2,450$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta değerlendirmesi kısa sürede ve etkin yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %10,1'i (n=41) kesinlikle katılmıyorum, %20,5'i (n=83)

katılmıyorum, %12,4'ü (n=50) kararsızım, %25,7'si (n=104) katılıyorum, %31,2'si (n=126) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “HÖASH inde kritik hasta değerlendirilmesi kısa sürede ve etkin yapılmaktadır” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,470$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hastanın birincil ve ikincil değerlendirmesi yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %8,7'si (n=35) kesinlikle katılmıyorum, %13,1'i (n=53) katılmıyorum, %10,6'sı (n=43) kararsızım, %25,5'i (n=103) katılıyorum, %42,1'i (n=170) ise kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “HÖASH inde kritik hastanın birincil ve ikincil değerlendirilmesi yapılmaktadır” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,790$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta stabilizasyonu sağlandıktan sonra transportuna başlanmaktadır” tabirine personellerin, %13,6'luk kısmı (n=55) kesinlikle katılmıyorum, %18,6'luk kısmı (n=75) katılmıyorum, %9,9'luk kısmı (n=40) kararsızım, %19,3'lük kısmı (n=78) katılıyorum, %38,6'luk kısmı (n=156) kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Çalışanların “HÖASH inde kritik hasta stabilizasyonu sağlandıktan sonra transportuna başlanmaktadır” ifadesine yüksek ($\bar{x}=3,510$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Kritik hasta ile karşılaştığım ilk anda hastanın bilincini ve oryantasyonu değerlendirilmektedir” tabirine personellerin, %8,4'lük kısmı (n=34) kesinlikle katılmıyorum, %9,9'luk kısmı (n=40) katılmıyorum, %8,4'lük kısmı (n=34) kararsızım, %25,0'luk kısmı (n=101) katılıyorum, %48,3'lük kısmı (n=195) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “kritik hasta ile karşılaştığım ilk anda hastanın bilincini ve oryantasyonu değerlendirilmektedir” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,950$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta en kısa sürede kardiyak monitörizasyon sağlanmakta ve takip edilmektedir” ifadesine çalışanların, %19,8'i (n=80) kesinlikle katılmıyorum, %9,7'si (n=39) katılmıyorum, %8,9'u (n=36) kararsızım, %19,1'i (n=77) katılıyorum, %42,6'sı (n=172) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “HÖASH inde kritik hasta en kısa sürede kardiyak monitörizasyon sağlanmakta ve takip edilmektedir” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,550$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastane öncesi acil bakımda bilinç değerlendirmesinde AVPU (allert: Uyanık, Verbal:sözlü Uyarana Yanıt, Pain:ağrılı Uyarana Yanıt, Unresponsive:yanıt Yok) ve GKS (Glaskow Koma Skalası) Kullanılmaktadır” ifadesine çalışanların, %11,1'i (n=45) kesinlikle katılmıyorum, %16,8'i (n=68) katılmıyorum, %5,7'si (n=23) kararsızım, %15,8'i (n=64) katılıyorum, %50,5'i (n=204) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin *“hastane öncesi acil bakımda bilinç değerlendirmesinde avpu (allert: uyanık, pain: ağrılı uyarana cevap, verbal: sözlü uyarana cevapi le unresponsive: cevap yok) ve glaskow koma skalası kullanılmaktadır”* tabirine yüksek ($\bar{x}=3,780$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hastanın bilinci kapalı ise ABC (havayolu, Solunum, Dolaşım) değerlendirilir ve gerekirse resüsitasyon başlanılmaktadır” tabirine personellerin, %7,9'luk kısmı (n=32) kesinlikle katılmıyorum, %9,2'lik kısmı (n=37) katılmıyorum, %12,9'luk kısmı (n=52) kararsızım, %20,8'lik kısmı (n=84) katılıyorum, %49,3'lük kısmı (n=199) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin *“HÖASH inde kritik hastanın bilinci kapalı ise ABC (havayolu, solunum, dolaşım) değerlendirilir ve gerekirse resüsitasyon başlanılmaktadır”* tabirine yüksek ($\bar{x}=3,940$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta travmalı ise detaylı fizik muayene yapılmamaktadır” ifadesine çalışanların, %10,6'sı (n=43) kesinlikle katılmıyorum, %14,9'luk kısmı (n=60) katılmıyorum, %38,6'lık kısmı (n=156) kararsızım, %13,4'lük kısmı (n=54) katılıyorum, %22,5'lik kısmı ise (n=91) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin *“HÖASH inde kritik hasta travmalı ise detaylı fizik muayene yapılmamaktadır”* tabirine orta ($\bar{x}=3,220$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta değerlendirilir ve hasta için en uygun hastaneye transportu sağlanmaktadır” tabirine personellerin, %40,1'lik kısmı (n=162) kesinlikle katılmıyorum, %17,6'lık kısmı (n=71) katılmıyorum, %11,1'lik kısmı (n=45) kararsızım, %12,4'lük kısmı (n=50) katılıyorum, %18,8'lik kısmı ise (n=76) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin *“HÖASH inde kritik hasta değerlendirilir*

ve hasta için en uygun hastaneye transportu sağlanmaktadır” tabirine zayıf ($\bar{x}=2,520$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde kritik hasta transportu sırasında hastanın mevcut durumu sürekli değerlendirilmekte (sürekli defibrilatör izlem, pulsoksimetri ölçümü, yaşam bulgular, bilinç durumu vb) ve kaydedilmektedir” tabirine personellerin, %13,1'lik kısmı (n=53) kesinlikle katılmıyorum, %13,6'lık kısmı (n=55) katılmıyorum, %6,2'lik kısmı (n=25) kararsızım, %22,5'lik kısmı (n=91) katılıyorum ve son olarak %44,6'lık kısmı (n=180) ise kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “HÖASH inde kritik hasta transportu sırasında hastanın mevcut durumu sürekli değerlendirilmekte (sürekli defibrilatör izlem, pulsoksimetri ölçümü, yaşam bulgular, bilinç durumu vb) ve kaydedilmektedir” ifadesine yüksek ($\bar{x}=3,720$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“HÖASH inde ekipman kaynaklı yaşanan sorunlara (endotrakeal tüp çıkması, oksijen desteği kaybı nazogastrik veya göğüs tüplerinin çıkması vb) yönelik dikkat edilmektedir” ifadesine çalışanların, %9,4'lük kısmı (n=38) kesinlikle katılmıyorum, %14,1'lik kısmı (n=57) katılmıyorum, %13,4'lük kısmı (n=54) kararsızım, %17,8'lik kısmı (n=72) katılıyorum ve son olarak %45,3'lük kısmı ise (n=183) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “HÖASH inde ekipman kaynaklı yaşanan sorunlara (endotrakeal tüp çıkması, oksijen desteği kaybı nazogastrik veya göğüs tüplerinin çıkması vb) yönelik dikkat edilmektedir” ifadesine yüksek ($\bar{x}=3,750$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“HÖASH inde resüsitasyon uygulanan kritik hastada ambulans sedyesi kompresyon için uygun değil ise, hastanın altınatravma tahtası yerleştirilmektedir” tabirine personellerin, %11,1'lik kısmı (n=45) kesinlikle katılmıyorum, %17,8'lik kısmı (n=72) katılmıyorum, %14,6'lık kısmı (n=59) kararsızım, %18,6'lık kısmı (n=75) katılıyorum ve son olarak %37,9'luk kısmı ise (n=153) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “HÖASH inde resüsitasyon uygulanan kritik hastada ambulans sedyesi kompresyon için uygun değil ise, hastanın altına travma tahtası yerleştirilmektedir” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,540$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde resüsitasyon uygulanan kritik hastanın transportu sırasında plan ve iş bölümü yapılmaktadır” tabirine personellerin, %10,1'lik kısmı (n=41) kesinlikle katılmıyorum, %14,4'lük kısmı (n=58) katılmıyorum, %21,3'lük kısmı (n=86)

kararsızım, %19,3'lük kısmı (n=78) katılıyorum ve son olarak %34,9'luk kısmı ise (n=141) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “HÖASH inde resüsitasyon uygulanan kritik hastanın transportu sırasında plan ve iş bölümü yapılmaktadır” tabirine yüksek ($\bar{x}$ =3,540) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“HÖASH inde servikal travması olan kritik hastada pozisyon korunarak sabitlenmektedir” tabirine personellerin, %12,4'lük kısmı (n=50) kesinlikle katılmıyorum, %16,3'lük kısmı (n=66) katılmıyorum, %9,4'lük kısmı (n=38) kararsızım, %18,6'luk kısmı (n=75) katılıyorum ve son olarak %43,3'lük kısmı ise (n=175) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “HÖASH inde servikal travması olan kritik hastada pozisyon korunarak sabitlenmektedir” tabirine yüksek ($\bar{x}$ =3,640) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 10. Çalışanların Hastaneler Arası Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi ile İlgili İfadelere Verdiği Cevapların Dağılımları

	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	Ort	Ss
Hastaneler Arası Kritik Hasta Nakil Öncesi Hasta Veya Hastadan Sorumlu Kişiye Sevkin Gereçleri, Muhtemel Yarar ve Riskler Anlatılmaktadır	72	17,8	78	19,3	73	18,1	83	20,5	98	24,3	3,140	1,438
Hastaneler Arası Kritik Hasta Naklinde Hasta ve Ailesine Nakledileceği Hastane ve Birim Bildirilmektedir	78	19,3	96	23,8	108	26,7	53	13,1	69	17,1	2,850	1,344
Hastaneler Arası Kritik Hasta Naklinde Kabul Edecek Hekimin Oluru Alınır ve Kabul Ettiği Birim Yazılı Olarak Belirlenmektedir	53	13,1	59	14,6	34	8,4	163	40,3	95	23,5	3,470	1,343
Hastaneler Arası Kritik Hasta Naklinde Hasta Teslim Alınırken Medikal Değerlendirme (gks, Damar Yolu, İleri Havayolu Vb) Yapılmaktadır	114	28,2	118	29,2	38	9,4	57	14,1	77	19,1	2,670	1,489

Hastaneler Arası Kritik Hasta Transportunda Güvenli Bir Venöz Girişim Bulunmaktadır	58	14,4	65	16,1	54	13,4	122	30,2	105	26,0	3,370	1,393
Hastaneler Arası Kritik Hasta Naklinde Hasta Dosyası (epikriz Raporu, Yapılan Tetkik ve Tedaviler Vb) Kontrol Edilmektedir	104	25,7	116	28,7	50	12,4	47	11,6	87	21,5	2,750	1,495
Hastaneler Arası Kritik Hasta Naklinde Hasta Teslim Alınırken Kimlik ve Dosya Doğrulaması Yapılmaktadır	44	10,9	47	11,6	42	10,4	100	24,8	171	42,3	3,760	1,386
Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Kritik Hasta Nakli Sürecinde Yapılan Tüm İşlemler ve Müdahaleler Sözlü ve Yazılı Bilgi Verilerek Nakil Süreci Tamamlanmaktadır	43	10,6	36	8,9	32	7,9	63	15,6	230	56,9	3,990	1,403

Araştırmaya katılan çalışanların Hastaneler Arası Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi ile ilgili ifadelerle verdiği cevaplar incelendiğinde;

“Hastaneler arası kritik hasta nakil öncesi hasta veya hastadan sorumlu kişiye sevk gereçleri, muhtemel yarar ve riskler anlatılmaktadır” tabirine personellerin, %17,8'lik kısmı (n=72) kesinlikle katılmıyorum, %19,3'lük kısmı (n=78) katılmıyorum, %18,1'lik kısmı (n=73) kararsızım, %20,5'lik kısmı (n=83) katılıyorum ve son olarak %24,3'lük kısmı ise (n=98) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “hastaneler arası kritik hasta nakil öncesi hasta ya da hastadan sorumlu olan bireye sevk gereçleri, olası fayda ile riskler anlatılmaktadır” tabirine orta ($\bar{x}=3,140$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta ve ailesine nakledileceği hastane ve birim bildirilmektedir” ifadesine çalışanların, %19,3'lük kısmı (n=78) kesinlikle katılmıyorum, %23,8'lik kısmı (n=96) katılmıyorum, %26,7'lik kısmı (n=108) kararsızım, %13,1'lik kısmı (n=53) katılıyorum ve son olarak %17,1'lik kısmı (n=69) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta ve ailesine nakledileceği hastane ve birim bildirilmektedir” ifadesine orta ($\bar{x}=2,850$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastaneler arası kritik hasta naklinde kabul edecek hekimin oluru alınır ve kabul ettiği birim yazılı olarak belirtilmektedir” ifadesine çalışanların, %13,1'lik kısmı

(n=53) kesinlikle katılmıyorum, %14,6'lık kısmı (n=59) katılmıyorum, %8,4'lük kısmı (n=34) kararsızım, %40,3'lük kısmı (n=163) katılıyorum ve son olarak %23,5'lik kısmı ise (n=95) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “hastaneler arası kritik hasta naklinde kabul edecek hekimin oluru alınır ve kabul ettiği birim yazılı olarak belirtilmektedir” tabirine yüksek ($\bar{x}=3,470$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken medikal değerlendirme (GKS, damar yolu, ileri havayolu vb) yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %28,2'lik kısmı (n=114) kesinlikle katılmıyorum, %29,2'lik kısmı (n=118) katılmıyorum, %9,4'lük kısmı (n=38) kararsızım, %14,1'lik kısmı (n=57) katılıyorum ve son olarak %19,1'lik kısmı ise (n=77) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken medikal değerlendirme (gks, damar yolu, ileri havayolu vb) yapılmaktadır” ifadesine orta ($\bar{x}=2,670$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastaneler arası kritik hasta transportunda güvenli bir venöz girişim bulunmaktadır” ifadesine çalışanların, %14,4'lük kısmı (n=58) kesinlikle katılmıyorum, %16,1'lik kısmı (n=65) katılmıyorum, %30,2'lik kısmı (n=122) katılıyorum, %13,4'lük kısmı (n=54) kararsızım ve son olarak %26,0'lık kısmı (n=105) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “hastaneler arası kritik hasta transportunda güvenli bir venöz girişim bulunmaktadır” tabirine orta ($\bar{x}=3,370$) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta dosyası (epikriz raporu, yapılan tetkik ve tedaviler vb) kontrol edilmektedir” ifadesine çalışanların, %25,7'lik kısmı (n=104) kesinlikle katılmıyorum, %12,4'lük kısmı (n=50) kararsızım, %28,7'lik kısmı (n=116) katılmıyorum, %11,6'lık kısmı (n=47) katılıyorum ve son olarak %21,5'lik kısmı (n=87) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta dosyası (epikriz raporu, yapılan tetkik ve tedaviler vb) kontrol edilmektedir” ifadesine orta ($\bar{x}=2,750$) düzeyde katıldıkları saptanmıştır.

“Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken kimlik ve dosya doğrulaması yapılmaktadır” ifadesine çalışanların, %10,9'luk kısmı (n=44) kesinlikle katılmıyorum, %11,6'lık kısmı (n=47) katılmıyorum, %10,4'lük kısmı (n=42)

kararsızım, %24,8'lik kısmı (n=100) katılıyorum ve son olarak %42,3'lük kısmı (n=171) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışanların “hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken kimlik ve dosya doğrulaması yapılmaktadır” tabirine yüksek ($\bar{x}$ =3,760) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

“Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hasta nakli sürecinde yapılan tüm işlemler ve müdahaleler sözlü ve yazılı bilgi verilerek nakil süreci tamamlanmaktadır” tabirine personellerin, %10,6'lık kısmı (n=43) kesinlikle katılmıyorum, %8,9'luk kısmı (n=36) katılmıyorum, %7,9'luk kısmı (n=32) kararsızım, %15,6'lık kısmı (n=63) katılıyorum ve son olarak %56,9'luk kısmı (n=230) kesinlikle katılıyorum cevabını vermiştir. Personellerin “hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hasta nakli sürecinde yapılan bütün işlemler ile müdahaleler yazılı ve sözlü bilgiler verilerek nakil süreci tamamlanmaktadır” tabirine yüksek ($\bar{x}$ =3,990) seviyede katılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

Tablo 11 incelendiğinde HÖASH çalışanlarının ‘Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumları Belirleme Anket’ formunda kullanılan beş puanlık likert tipi derecelendirme sistemiyle (1: Kesinlikle katılmıyorum ile 5: Kesinlikle katılıyorum) elde edilmiş olan bilgilerin; standart sapması, aritmetik ortalaması ile maksimum-minimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır. Puan arttıkça hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kritik hasta nakline yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir.

Tablo 11. Kritik Hasta Sevk ve Yönetimine Yönelik Tutum Puan Ortalamaları

						Ölçek	
		N	Ort	Ss	Min. Maks.	Min-Maks.	Alpha
Kritik Hasta Sevk ve							
Yönetimine Yönelik		404	114,218	25,833	34 170	34-170	0,927
Tutum Toplam							

Çalışanların “kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam” ortalaması 114,218±25,833 (Min=34; Maks=170) olarak saptanmıştır.

4.3. Kritik Hasta Nakillerine İlişkin Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum puanlarının tanımlayıcı nitelikler uyarınca farklılaşma durumunu inceleyebilmek adına yapılmış olan analiz sonuçları aşağıdaki gibidir.

Tablo 12. Kritik Hasta Nakillerine İlişkin Tutum Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Kritik Hasta Sevk ve Yönetimine Yönelik Tutum Toplam
Yaş		Ort±SS
20-24	23	112,696±25,340
25-29	117	117,487±25,268
30-34	129	115,659±25,469
35-39	98	111,143±27,124
40 ve Üzeri	37	107,946±24,950
F=		1,488
p=		0,205
Görev		Ort±SS
AABT	208	116,106±26,568
ATT	196	112,214±24,942
t=		1,516
p=		0,130
Cinsiyet		Ort±SS
Erkek	193	113,554±23,952
Kadın	211	114,825±27,484
t=		-0,493
p=		0,622
Medeni Durum		Ort±SS
Evli	242	116,219±27,831
Bekar	162	111,228±22,271
t=		1,909
p=		0,047

Eğitim Durumu		Ort±SS
Sml	51	107,804±23,404
Önlisans	124	113,911±24,987
Lisans	206	115,685±26,941
Lisansüstü	23	116,957±24,542
F=		1,365
p=		0,253
Hastane Öncesi Acil Serviste Çalışma Süresi		Ort±SS
1-5 Yıl	107	113,486±24,633
6-10 Yıl	171	112,626±21,651
10 Yıl Üzeri	126	117,000±31,429
F=		1,099
p=		0,334
Çalışılan Yerin Konumu		Ort±SS
İlçe	232	115,806±25,418
Merkez	172	112,076±26,305
t=		1,437
p=		0,151
Kritik Nakil Konusunda Eğitim Alma Durumu		Ort±SS
Evet	383	115,068±25,101
Hayır	21	98,714±33,865
t=		2,849
p=		0,005
Meslekle İlgili Gelişmeleri Takip Etme Durumu		Ort±SS
Hayır	43	98,163±30,452
Evet	361	116,130±24,585
t=		-4,409
p=		0,000

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yukarıda yer alan Tablo 12 incelendiği zaman; HÖASH çalışanlarının kritik hasta sevk ve yönetimine ilişkin tutumlarının toplam puanları tanımlayıcı özelliklerden; yaş, görev, cinsiyet, eğitim durumu, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ve çalışılan yerin konumuna göre anlamlı düzeyde farklılık sergilememektedir ($p>0.05$). Fakat evli olup olmama durumuna ilişkin analizde evlilerin kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları ($x=116,219$), bekarların kritik hasta sevk

ve yönetimine yönelik tutum toplam puanlarından ($x=111,228$) daha yüksek olarak saptanmıştır ($t=1,909$; $p=0.047<0.05$; $d=0,194$; $\eta^2=0,009$).

HÖASH çalışanlarının kritik nakil konusunda eğitim alanların kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları ($x=115,068$), kritik nakil konusunda eğitim almayanların kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanlarından ($x=98,714$) daha üst seviyede olarak kaydedilmiştir ($t=2,849$; $p=0.005<0.05$; $d=0,639$; $\eta^2=0,020$).

HÖASH çalışanlarının meslekle ilgili gelişmeleri takip edenlerin kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları ($x=116,130$), meslekle ilgili gelişmeleri takip etmeyenlerin kritik hasta sevk ve yönetimine ilişkin tutum toplamı puanlarından ($x=98,163$) daha üst seviyede olarak bulunmuştur ($t=-4,409$; $p=0<0.05$; $d=0,711$; $\eta^2=0,046$).

5. Tartışma

Kritik hasta, akut olarak gelişen ve acil müdahale gerektiren, yaşam bulgularında ciddi ve hayat üzerinde tehdit oluşturan bazı değişiklikler ile birlikte bir ya da daha çok organ ya da sistemin yetersizliği bulunan, bu nedenle acil tedaviye gerek duyulan hastalara verilen isimdir (Menemencioğlu, 2020). Bu tür hastaların HÖASH kapsamında ele alınması, son derece önemlidir. HÖASH, hastalık veya yaralanma nedeniyle acil tıbbi bir yardıma ihtiyaç duyan kimselere, zaman ile yer kısıtlaması olmadan, hastane dışı ortamlarda acil sağlık hizmeti sunulmasını ifade eder. Bu hizmetler, kritik hastaların stabilizasyonu ve uygun sağlık kuruluşuna güvenli nakli açısından hayati rol oynar. Dolayısıyla, HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumları ve bu süreçte karşılaştıkları zorlukların anlaşılması, hizmet kalitesinin ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesi için büyük önem taşımaktadır (Ekşi, 2017). Bu araştırmada, HÖASH personelinin kritik hasta nakillerine yönelik tutumları incelenmiş ve elde edilen bulgular mevcut literatürle karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Yapılan literatür taramasında; hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hastaların nakilleri sırasında yaşanan sorunlar, sosyo-demografik özellikleri, tanı dağılımları, sevk nedenleri ve sevk kurallarına uygunluğu gibi konular üzerinde çeşitli çalışmalar yapıldığı görülmüştür. Ancak, hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan personelin kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını değerlendiren bir çalışmaya ülkemiz içinde rastlanılmamıştır. Bu araştırmanın, bu alana katkı sağlayabileceği umulmuştur.

HÖASH çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile kritik hastalara yaklaşım özellikleri incelendiğinde, 404 katılımcının %52.2'si kadın ve %47.8'si erkek olarak belirlenmiştir. Benzer bir çalışmadaysa katılımcıların %44.3'lük kısmı erkek, %55.7'lik kısmı ise kadın oldukları belirtilmiştir (Temizkan, ve diğerleri, 2019). HÖASH mesleklerinde kadın cinsiyetinin daha fazla temsil edildiğini söylenebilir. Paramedik ve acil tıp teknisyenliği (ATT) gibi genellikle fiziksel güç ve sahada aktif çalışmayı gerektiren mesleklerin çoğunluklu olarak kadınlar tarafından seçilmesi, kadınların ilgili mesleklere erkeklerden daha çok ilgi duyduğunu düşündürmektedir (Erin, 2020).

Çalışmamıza katılım gösteren HÖASH personellerinin yaş dağılımı sırası ile: %5,7'si

20-24 yaş, %29'u 25 ila 29 yaş, %31,9'luk kısmı 30 ila 34 yaş, %24,3'lük kısmı 35 ila 39 yaş ve %9,2'si 40 yaş ve üzerindedir. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışma sürelerine bakıldığında ise, %26,5'lik kısmının 1 ila 5 sene, %42,3'lük kısmının 6 ila 10 sene ve %31,2'sinin 10 yıldan fazla görev yaptığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise görev süreleri 10 yıl altı ve 10 yıl üstü olarak gruplandırılmış ve çalışmada katılımcıların %55,7'sinin 10 yıldan az, %44,3'ünün ise 10 yıldan fazla görev yaptığı belirtilmiştir (Erin,2020). Bu veriler, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin nispeten yeni bir alan olduğunu ve çoğunlukla genç bir nüfusa sahip olduğunu gözler önüne sermektedir. Bunun dışında, araştırmaya katılanların %51,5'lik kısmı paramedik (AABT), %48,5'i ise acil tıp teknisyeni (ATT) olarak görev yapmaktadır.

Bizim çalışmamızda, çalışanların eğitim durumu incelendiğinde %12,6'sının SML, %30,7'sinin önlisans, %51,0'ının lisans ve %5,7'sinin lisansüstü eğitim aldığı görülmektedir. Başka bir çalışmada ise, çalışanların %15,6'sının SML, %47,5'inin önlisans, %34,4'ünün lisans ve %2,5'inin yüksek lisans eğitimi aldığı belirtilmiştir (Erin, 2020). Bizim çalışmamızda lisans ve lisansüstü eğitim almış çalışanların oranı daha yüksekken, diğer çalışmada önlisans mezunlarının oranı daha fazladır. Bu durum, bölgesel veya kurumsal farklılıklardan kaynaklanabileceği gibi, eğitim politikaları ve sağlık hizmetleri alanındaki eğitim eğilimleri ile de ilişkilendirilebilir.

Araştırmaya katılım gösteren HÖASH personellerinin %42,6'sının merkezde, %57,4'ünün ise ilçe 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında görev yaptığı belirlenmiştir. Kritik hasta nakli konusunda eğitim almış çalışanların oranı %94,8 iken, %5,2'lik kısmı ilgili hususta bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Eğitim almış olanların %16,2'si bu eğitimi mezun oldukları okuldan, %73,6'sı çalıştıkları birimden, %64,2'si kurumun hizmet içi eğitimlerinden, %9,7'si katıldıkları sempozyum ve konferanslardan, %0,8'i ise UMKE'den aldıklarını belirtmiştir. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği madde 29, acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin, alanlarına uygun eğitim veren kurumlardan mezun olmasını ve bilgi ve becerilerini güncellemek için Bakanlığın tespit edecek olduğu bölge merkezleriyle yetkilendirilmiş olan eğitim kuruluşları bünyesinde hizmet içi eğitimlere tabi tutulmasını şart koşar (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2000). Bu eğitimler, acil sağlık hizmetleri, hasta kişinin değerlendirilmesi, ana yaşam desteği ile otomatik

eksternal defibrilatör kullanımı, göğüs ağrılı hastaya tutum, solunum sıkıntısı bulunan kişiye yaklaşım, obstetrik acillere yaklaşım, nörolojik acillere tutum, yanık vakalarında acil yaklaşım, diyabetik acillere yaklaşım, zehirlenme vakalarında acil yaklaşım, soğuk ile sıcak acillerine yaklaşım, hastane öncesinde kullanılmakta olan acil ilaç ile sıvı uygulamaları, travmalı kişiye yaklaşım, ambulans donanımlarının kullanımı ile bakımı, yaralı ve hasta taşıma metotları, ileri düzey hava yolu uygulamaları ve son olarak kardiyak aritmi ile EKG'lerde acil yaklaşım gibi geniş bir yelpazeyi kapsar. Ancak, bu eğitimlerde kritik hasta grubunun çoğunlukta olmasına rağmen, "kritik hasta transportu" özel bir başlık olarak belirtilmemiştir(ASHY, 2000).

Meslekle ilgili gelişmeleri takip etme durumuna bakıldığında, çalışanların %89,4'ü mesleki gelişmeleri yakından takip ettiklerini belirtmiştir. Bu çalışanların %29,9'u bilimsel dergi ile yayınlardan, %70,1'lik kısmı bilimsel nitelikli web sitelerinden, %41'lik kısmı katılmış oldukları sempozyum, kongre ile seminerlerden, %43,8'i meslektaşlarından ve %5'i sosyal medyadan (diğer grup) mesleki gelişmeleri takip etmektedir. Bu veriler, bilimsel içerikli web sitelerinin en çok tercih edilen bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından kurulacak bir web sitesi, bilimsel makaleler ve yayınlar, online eğitimler ve webinarlar, forumlar, sosyal medya entegrasyonu ve güncel haberlerle donatılarak sağlık çalışanlarının güncel bilgilere erişimini kolaylaştıracak ve mesleki gelişimlerini destekleyecektir.

HÖASH personellerinin kendi kritik hasta nakli konusundaki bilgi ve beceri düzeylerini puanlandırmaları istenmiştir. Çalışanların verdikleri cevaplara göre, "kritik nakil konusunda bilgi ve beceri düzeyi" ortalaması $6,370 \pm 1,868$ (Min=1; Maks=10) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, çalışanların kendilerini bu konuda yeterli gördüğünü göstermektedir. Bu yeterlilik düzeyinin, çalışanların büyük çoğunluğunun kritik hasta nakli konusunda eğitim almış olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri (HÖASH) çalışanlarının 'kritik hasta nakillerine yönelik tutumları', belirli ifadeler üzerinden gruplandırılarak analiz edilmiştir. Bu gruplandırma, üç ana kategoriye ayrılmıştır:

Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi Düzeyi: Çalışanların kritik hasta nakilleriyle ilgili sahip oldukları teorik bilgi seviyesi değerlendirilmiştir. Bu kategorideki sorular,

kritik hasta naklinin temel prensipleri, protokoller ve olası komplikasyonlarla ilgili bilgi birikimini ölçmeye yöneliktir.

Acil tıbbi hizmetler sunan HÖASH çalışanlarının, HÖASH protokolleri ile ters düşmeyecek şekilde acil tıbbi bakım sağlamamaları durumunda, sahada karşılaşmış oldukları hastalar yeterli acil tıbbi bakım hizmeti alamamaktadır. Bahsi geçen eksiklik, hastaların yaşamını da tehdit edebilmektedir (Durmuş ve Ekşi, 2023). Tarihler 2020 senesini gösterdiğinde ülkemizde yapılmış olan bir araştırmada, HÖASH personellerinin müdahaleler noktasında uygulama protokollerine uyumunun ele alındığı ve bahsi geçen uyum oranının fazlaca düşük seviyede olduğu belirlenmiştir (Batı ve Kara, 2020). Bizim çalışmamızda HÖASH çalışanlarının "HÖASH kritik hasta nakli için özel bir protokol bulunmaktadır" ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde, büyük bir çoğunluğun bu ifadeye katılmadığı görülmüştür. Bu sonuçlar, çalışanların "HÖASH kritik hasta nakli için özel bir protokol bulunmaktadır" ifadesine genel olarak çok zayıf düzeyde katıldıklarını göstermektedir. Bu bulgular, HÖASH'de kritik hasta nakilleri için belirgin ve yaygın olarak bilinen bir protokol eksikliğine işaret etmektedir. Çalışanların büyük çoğunluğunun bu protokolün varlığından haberdar olmaması veya böyle bir protokolün yetersiz olduğunu düşünmesi, eğitim ve bilgilendirme eksikliklerine veya mevcut protokollerin etkin bir şekilde uygulanmadığına işaret edebilir. Bu durumu düzeltmek için kurumların, çalışanlara yönelik daha kapsamlı eğitimler düzenlemesi, mevcut protokollerin etkinliğini artırması ve bu protokollerin kullanımını teşvik etmesi gerekmektedir. Ayrıca, protokollerin geliştirilmesi ve güncellenmesi sürecinde çalışanların geri bildirimlerinin alınması, uygulamaların sahada daha etkili bir şekilde benimsenmesine katkıda bulunabilir.

HÖASH protokol uygun olmasıyla çalışanların ekip oluşturması da büyük önem taşır. Bu hizmet birimi, farklı unvanlara sahip personelin birlikte çalışarak hizmetin kalitesini artırdığı bir alandır. İletişimle başlayan bu süreç, hasta veya yaralıya sahada etkin sağlık hizmeti sunmayı ve profesyonel bir yaklaşım sergileyerek hastayı uygun sağlık kuruluşuna nakletmeyi hedefler. Bu bağlamda, ekip çalışması özellikle önemlidir çünkü acil durumlar hızlı ve koordineli bir müdahale gerektirir. Sağlık personeli, çeşitli yeteneklerini ve bilgilerini bir araya getirerek en iyi hizmeti sunmayı amaçlar. Etkili iletişim, hızlı karar verme ve iş birliği, bu hizmetlerin başarısında kritik

rol oynar. Uygun bir ekip çalışması, hasta bakımının kalitesini artırır ve acil durumlarda daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlar (Ulaş, 2023). Çalışanların "Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları, kritik hastaların olay yerinden ileri sağlık hizmeti verecek kuruma güvenli bir şekilde taşınmasını üstlenmektedir" ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde çalışanların büyük çoğunluğunun hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kritik hastaların güvenli transportunu sağlama görevini yerine getirdiği konusunda hemfikir olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca, ortalama katılım düzeyi bu ifadenin çalışanlar tarafından yüksek oranda onaylandığını göstermektedir.

HÖASH çalışanlarının, kritik hastaların güvenli bir şekilde taşınmasını sağlarken, aynı zamanda gerektiğinde akut yaşam kurtarıcı müdahaleleri de gerçekleştirebilmelidir. Bu tür kritik hasta nakillerinde, HAÖSH ekiplerinin akut yaşam kurtarıcı girişimlerde uzmanlaşmış olması hayati öneme sahiptir. Önge ve diğerleri, 2013 yılında yaptığı çalışmada, 112 ambulansıyla hastaneye getirilen 65 hastanın exduhul olarak kaydedildiği belirtilmiştir. Bu, yapılan müdahalelerin yeterli olmayabileceğini düşündürmektedir. Exduhul kaydedilen vakalardan 9'u (%13,8) travma, 56'lık kısmı (%86,2) ise sebebi bilinmeyen kardiyopulmoner arrest nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Ambulans ekibi, bu hastalardan 39'unu entübe etmiş olmasına rağmen, 15'lik kısmı (%38) acil serviste tekrar entübe edilmek zorunda kalmıştır. Ayrıca, exduhul olarak getirilen 26 vakadan (%40) hiçbiri entübe edilmemiştir (Önge ve diğerleri, 2013). Çalışmaya katılanlarda "Kritik hasta nakillerinde eşlik edecek sağlık personeli, akut yaşam kurtarıcı girişimleri (temel ile ileri kardiyak yaşam desteği ile solunum desteği gibi) gerçekleştirecek olan beceri, bilgi, tecrübe ile yetkiye sahiptir" ifadesine verdikleri yanıtlar incelendiğinde çalışanlar ortalama katılım düzeyi göstermiştir. Ortalama katılım düzeyi, sağlık personelinin büyük çoğunluğunun kritik hasta nakillerinde gerekli bilgi, beceri ve yetkiye sahip olduklarını düşündüğünü ortaya koymaktadır. Bu veriler, HAÖSH personelinin akut yaşam kurtarıcı müdahalelerde yeterli donanıma sahip olmasının ve bu yetkinlikleri sürekli geliştirmesinin ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Böylece, hasta hayatta kalma oranını artırılabilir ve acil sağlık hizmetlerinin etkinliği iyileştirilebilir.

HAÖSH uygun protokol ve müdahalelerin yanı sıra, zamanın hızlı ve etkili kullanılması da büyük önem taşır. Ambulansla hastaneye getirilen hastalar açısından,

ambulansın hastaya erişebilme süresi ile hastayı olayın yerinden alıp hastaneye götürme süresi, önemli hastaların sağ kalımı yönünden kritik bir rol oynar (Yılmaz Karakuş, Çevik, Doğan, Sam ve Kutur, 2014). Yaptığımız çalışmada, "HAÖSH" inde kritik hastaya yaklaşım hızlı ve etkin yapılmaktadır" ifadesine çalışanlar yüksek düzeyde katılım göstermiştir. Bu bulgu, HAÖSH personelinin kritik hastalara yönelik müdahalelerin etkinliğine duyduğu güveni yansıtmaktadır. Bu güven, personelin hızlı ve etkili bir şekilde hareket etmelerini sağlamakta, böylece hastaların hayatta kalma şansını artırmaktadır.

Acil sağlık hizmet ünitelerinde görev alan çalışan, tedavi ile müdahale metotlarına ait bilgi ile becerilerini güncel tutmak amacıyla hizmet içi eğitime tabi tutulur. Bu eğitimler, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen bölge merkezlerinde ve yetkilendirilen eğitim kuruluşlarında belirli aralıklarla düzenlenir. Bu sayede, personelin en güncel ve etkili tedavi yöntemlerini öğrenmeleri ve uygulamaları hedeflenir. Eğitimlerin amacı, personelin bilgi ve becerilerini artırarak acil durumlarda daha etkili ve doğru müdahaleler yapmalarını sağlamaktır (ASHY, 2000). Ancak, HÖASH personeli ile yaptığımız çalışmada, "HÖASH'inde kritik hasta nakilleri hakkında bilgi ve beceri eğitimi düzenli aralıklarla güncellenmektedir" ifadesine çalışanlar zayıf katılım göstermektedir. Bu da, personelin bu eğitimlerin düzenli ve güncel olduğuna oldukça zayıf düzeyde inandıklarını göstermektedir. Ayrıca eğitimlerin yeterliliği konusunda şüphe taşıdıklarını işaret etmektedir.

Acil sağlık hizmetlerinin temel gayesi, hastane öncesinde hasta ile yaralılara ilk müdahaleyi yapmak ve onları uygun olan sağlık kurumlarına nakletmek, hastane öncesi sunulan hizmetlerin var olan mesleki bilgi ile uyumlu ve beklenen sağlık sonuçlarına erişebilecek biçimde olmasını sağlamak, ayrıca hasta ile hasta yakını kimselerin memnuniyetini artıracak nitelikli bir hizmet sunabilmektir. Bu hizmetin etkili bir şekilde sağlanabilmesi için, HÖASH personelinin acil durumlarda sakinliğini koruyarak hızlı ve doğru kararlar verebilmesi, aynı zamanda endişeli hasta yakınları ile etkili iletişim kurarak gerekli bilgilendirmeleri yapması gereklidir. Bu, hizmetin kalitesine olumlu katkı sağlar (Altındış, 2017). Bizim çalışmamızda, "Kritik hasta nakil takımında yer alan kişiler iletişim yeteneği, acil hallerde sakin kalma ile hızlı karar alma yeteneği bulunan bireylerdir" ifadesine, çalışanların yüksek düzeyde katıldıkları

saptanmıştır. Bu, kritik hasta nakil ekibi üyelerinin bu yeteneklere sahip olduklarını düşündürmektedir.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde, nöbet değişiminde teslim alan personelin ambulansta bulunan araç-gereç ve malzemeleri kontrol etmesi gerekmektedir. Bu kontroller, araç ile gereçlerin tam ve de kullanılabilir halde olup olmadığını, gereksinim duyulan malzeme ile cihazların uygun biçimde steril edilip edilmediğini ve korunmasını kapsamaktadır (Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 2006). Yürütülen bir çalışmada, incelenen 207 vakada olay yerinde yapılan müdahaleler değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre, vakaların %79.2'sinde (169 vaka) malzeme eksikliği nedeniyle müdahalelerin yapılamadığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde (HÖASH) malzeme kontrolünün kritik bir öneme sahip olduğunu göstermektedir. Malzeme eksiklikleri, acil müdahalelerin etkinliğini azaltarak hastaların sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir (Batı, 2012). Ancak, bizim çalışmamızda HÖASH çalışanlarının, malzeme kontrollerini düzenli olarak yaptıkları söylenebilir. Çalışanların yarısından fazlası, "HÖASH'inde kritik hasta nakillerinde tercih edilebilecek olan araç-gereç ile malzemelerin kontrolleri her gün yapılmaktadır" ifadesine kesinlikle katıldıklarını belirtmiştir. Genel olarak, bu ifadeye yüksek düzeyde katılım sağlanmıştır. Aynı çalışmada HÖASH çalışanlarına, "HÖASH'inde kritik hasta naklinde kullanılan araç-gereçlerin uyarı verebilen tipte, şarjlı olması ve bataryalarının dolu olmasından ekip personelleri sorumludur" ifadesi de sorulmuştur. Bu ifadeye, çalışanlar genel olarak yüksek düzeyde katılım sağlamıştır. Bu bulgular, nöbet devir tesliminde ve genel olarak ambulans hizmetlerinde malzeme kontrolünün ve yönetiminin ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Malzemelerin düzenli olarak kontrol edilmesi, eksiklerin giderilmesi ve cihazların düzgün çalışır durumda tutulması, acil sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve hasta güvenliğini artırmak için elzemdir. Çalışanların büyük bir kısmının malzeme kontrollerinin düzenli olarak yapıldığını belirtmesi ve ekip sorumluluklarını yerine getirmesi, bu sürecin önemini desteklemektedir. Ancak, vaka analizlerinde görülen malzeme eksiklikleri, uygulamada bazı aksaklıkların olabileceğine işaret etmektedir. Bu nedenle, malzeme kontrol süreçlerinin daha da iyileştirilmesi ve düzenli olarak denetlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kritik Hasta Nakil Konusunda Beceri Düzeyi: Çalışanların kritik hasta nakillerini gerçekleştirirken sahip oldukları uygulamalara ait pratik becerileri tartışılmıştır. Bu bölüm, uygulamalı eğitimler ve saha deneyimleri sonucu kazanılan yetenekleri değerlendirmektedir. Çalışanların, acil durumlarda kritik hastaların stabilizasyonu ve güvenli transferi konusundaki yeterlilikleri bu kategoride ele alınmıştır.

Hasta güvenliğinin amacı, sağlık hizmetleri sırasında hata oluşmasını önlemek, hatalardan kaynaklanan zararları engellemek ve hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistem kurmaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında bu güvenliği sağlamak, sağlık sisteminin en önemli önceliklerinden biridir. Hasta güvenliği ihlalleri sakatlık, komplikasyonlar, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına yol açar. Ayrıca, bu ihlaller gereksiz ilaç kullanımına, tedavi sürelerinin uzamasına, sağlık harcamalarının artmasına ve sağlık çalışanlarının moral kaybına neden olur. Bu durum, hasta ve yakınlarının sağlık sistemine olan güvenini de azaltmaktadır (Altındış M. , 2017). Bu nedenle, hasta güvenliği uygulamaları, ambulans hizmetleri dahil tüm sağlık hizmetlerinde kritik bir gerekliliktir. Hasta taşınırken güvenliği tehdit eden durumlara karşı önlemler almak, acil sağlık sistemini olumlu etkileyecektir. HÖASH personeliyle yapılan ankette, "Kritik hasta nakli sırasında hasta güvenliğini tehdit edecek durumlar (sedye kenarlıkları, kısıtlama ihtiyacı vb.) belirlenerek ekip tarafından önlem alınmakta ve kayıt edilmektedir" ifadesine çalışanların katılım düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görevli ambulans ekipleri, kendi aralarında, KKM ile ve hastane acil sağlık profesyonelleriyle sürekli iletişim halindedirler. Bu iletişim, hasta ve çalışan güvenliği açısından büyük önem taşır. Acil bir çağrı geldiğinde, KKM uygun bir acil yardım ambulansını harekete geçirir. Ambulans ekibi, nakil kararı aldığı anda KKM ile iletişime geçerek hastanın durumu hakkında bilgi verir. KKM, hastanın tıbbi durumunu değerlendirerek ve acil servislerin imkan, kabiliyet ve mevcut koşullarını göz önünde bulundurarak ambulans ekibini yönlendirir. Gerektiğinde KKM, ilgili acil servisi bilgilendirir (Yıldırım, Polat Öner ve Alpakan, 2024). Hastanın durumu, sorunun ilgili sağlık kuruluşunda çözülme olasılığı ve en önemlisi de o sağlık kuruluşunun acil servis, yoğun bakım ve ameliyathane gibi birimlerinin uygunluk durumuna göre hastanın kabul edilmesi ya da reddedilmesi beklenir. Ancak, bazı durumlarda hastanın aciliyeti, bölgedeki diğer sağlık

kuruluşlarının mevcut yoğunluk durumu ve hastadaki sorunun sadece belirli bir sağlık kuruluşunda çözülebilecek olması nedeniyle, acil çağrı merkezi, sağlık kuruluşunun onay vermemesine rağmen hastayı ilgili sağlık kuruluşuna yönlendirebilir(Ekşi, 2021).

Acil sağlık hizmetleri organizasyonunun teorik olarak belirlenen şekilde ilerlemesi gerektiği belirtilse de, sahada yapılan çalışmalar bu yönde olmadığını göstermektedir. Yıldız ve Durukan, 2004 yaptıkları çalışmalarında, bölgede gerçekleştirilen hasta naklinin uygunluğunu belirlemek amacıyla 524 hasta incelenmiştir. Bu çalışmada, hastaların transport edilmeden önce acil servise herhangi bir telsiz veya telefonla iletişim kurulmadığı tespit edilmiştir (Yıldız ve Durukan, 2004). Benzer şekilde, başka bir çalışmada 541 hasta incelenmiş ve sevk öncesinde ilgili klinik veya acil servis ile görüşülme oranları incelendiğinde, hastaların %98,5'i (533) için hiçbir görüşme yapılmadığı görülmüştür (Ertan, Aygün, ve Yücel, 2010). Bizim yaptığımız çalışmada, HÖASH personelinin "HÖASH'inde kritik hastanın nakil edileceği hastane ile iletişim kurulmaktadır" ifadesine çalışanların genel olarak orta düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Ayrıca, "HÖASH'inde kritik hastanın transport edileceği hastaneye hasta hakkında ön bilgilendirme yapılmaktadır" ifadesine çalışanların zayıf düzeyde destek gördüğü belirlenmiştir. Bu bulgular, HÖASH personelinin kritik hastaların nakil edileceği hastanelerle iletişim kurma ve ön bilgilendirme yapma konusundaki uygulamaların yeterli düzeyde olmadığını düşündüğünü ortaya koymaktadır. Özellikle ön bilgilendirme yapılması konusundaki düşük katılım oranı, bu alanda ciddi eksikliklerin olduğunu ve iletişimin iyileştirilmesi gerektiğini işaret etmektedir.

Teorik olarak belirtilen prosedürlerin sahada tam anlamıyla uygulanmaması, acil sağlık hizmetlerinin etkinliğini düşürmekte ve hastaların uygun şekilde yönlendirilmesini engellemektedir. Bu durum, sadece hastaların sağlık sonuçlarını olumsuz etkilemekle kalmaz, aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini de düşürür. İletişim eksiklikleri, kritik hastaların uygun tedaviye hızlı bir şekilde erişimini geciktirebilir ve bu da hayat kurtarıcı müdahalelerin zamanında yapılmasını engelleyebilir. Acil sağlık hizmetlerinin organizasyonunda iletişim protokollerinin gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Sağlık personelinin eğitimlerinin bu doğrultuda artırılması, iletişim teknolojilerinin daha etkin kullanılması ve belirlenen prosedürlerin titizlikle uygulanması, hizmetin kalitesini artıracak ve hastaların en uygun şekilde yönlendirilmesini sağlayacaktır. Ayrıca, bu

tür eksikliklerin giderilmesi, acil sağlık hizmetlerinin daha bütüncül ve etkili bir şekilde sunulmasını sağlayarak, hasta memnuniyetini ve sağlık sonuçlarını iyileştirecektir. Bu nedenle, acil sağlık hizmetlerinde iletişim ve koordinasyonun artırılması, hem sağlık personeli hem de hastalar için daha olumlu bir deneyim yaratacaktır.

HÖASH personelinin hasta ve hasta yakınlarıyla en yakın iletişime geçen meslek grubu olması, onların sağlık hizmetinin verimliliğini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. İyi iletişim kurulması ve gereksinimlerine yönelik bakım verilmesi, özellikle panik ve telaşlı olan hasta yakınlarının sakinleştirilmesinde önemli bir rol oynar. Bu durum, sağlık hizmetinin genel verimliliğini artırır (Gezgin, 2015). Kritik hasta yakınlarının gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, 640 hasta yakınına sorulmuş ve en önemli iki gereksinim olarak, yakınlarına verilebilecek en iyi bakımın sağlandığından emin olunması ve nakil planları yapılırken bilgi verilmesi belirtilmiştir (Akkuş, Çığsar, ve Günal, 2018). Bu bulgular, hasta yakınlarının bilgi ve güvence ihtiyacının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Başka bir çalışmada ise, 202 hasta yakınıyla yapılan anket sonuçlarına göre, değişiklikler hakkında sık sık bilgi verilmesi ve nakil planı yapılırken bilgi verilmesi gibi konular hasta yakınlarının büyük çoğunluğu tarafından önemli bulunmuştur (Yıldırım, 2015). Verhaeghe ve diğerlerinin 2005'te yaptığı literatür incelemesinde, yoğun bakım ünitesindeki hastaların aile üyeleri doğru ve anlaşılır bilgiye ihtiyaç duyduklarını, her gün hastanın durumu ve prognozu hakkında doktorla konuşmak istediklerini belirtmiştir. Ayrıca, hemşirelerin bakım, ünite, ekipman ve ziyaret saatleri sırasında hasta için yapabilecekleri hakkında bilgi vermelerini beklemektedirler. Hastanın durumu değişirse evden aranmak da aile üyeleri için büyük önem taşıdığı belirtilmiştir (Verhaegde, Defloor, Van Zuuren, Duijnste ve Grypdonck, 2005). Hastaya ailenin daha fazla erişim sağlaması ve hekim ile sağlık ekibi arasındaki iletişimin iyileştirilmesi, hizmet kalitesini artırmaktadır (Maxwell, Stuenkel ve Saylor, 2007). Bu durum, hasta yakınlarıyla sürekli ve açık iletişimin ne kadar kritik olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır.

Ancak, bizim yaptığımız çalışmada, HÖASH personelinin "Kritik hasta ve yakınları transfer hakkında bilgilendirilmektedir" ifadesine çalışanların dörtte birinden fazlası "kesinlikle katılmıyorum" yanıtını vermiştir. Bu oran oldukça yüksek olup, bilgi verme

sürecinde eksiklikler olduğunu göstermektedir. Çalışanların bu ifadeye orta düzeyde katılım göstermesi, bilgi aktarımında daha etkin ve sistematik bir yaklaşıma ihtiyaç olduğunu işaret etmektedir. Bu sonuçlar, HÖASH'de kritik hasta ve yakınlarıyla iletişim ve bilgi paylaşımı süreçlerinde iyileştirmelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmak için, çalışanların eğitim ve farkındalık düzeylerinin yükseltilmesi ve iletişim stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Acil tıbbi müdahale, hastalık, kaza, yaralanma gibi beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, hastanın sakatlık veya ölümden korunması amacıyla en hızlı şekilde sağlık kuruluşuna ulaştırılması ve gereken müdahalenin zamanında yapılmasını kapsar. Bu tür acil durumlarda sağlık hizmetlerinin verimli ve koordineli bir şekilde verilmesi önemlidir (Aydınlık, 2017). Son yıllarda tıptaki gelişmelere rağmen, sağlık sistemlerinin etkinliği ve maliyetleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. ABD, sağlık hizmetlerinde yüksek maliyetler ve memnuniyetsizlik yaşarken; Almanya, evrensel sağlık sigortası ve düşük maliyetlerle etkin bir sistem sunar ancak kaynak tahsisi sorunları vardır. Suudi Arabistan ise sağlık hizmetlerini geliştirmekte ilerleme kaydetmiş, ancak profesyonel eksiklikler ve altyapı sorunları yaşamaktadır (Hoffer, 2019; Blümel, Spranger, Achstetter, Maresso ve Busse, 2020; Almalki, Fitzgerald ve Clark, 2011). Her ülkenin sağlık sistemindeki etkinlik, güvenlik, zamanında hizmet sunumu ve verimlilik, sağlık politikaları ve kaynak tahsisi stratejilerinin bir yansımasıdır. Bu faktörler, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Sağlık bakım sistemi, etkili olmalı, sunulan hizmet tüm hastalar için güvenli olmalı, zamanında sunulmalı ve verimli olmalıdır (Aydınlık, 2017). Çalışmamızda, HÖASH'de kritik hasta değerlendirmesinin kısa sürede ve etkin bir şekilde yapıldığına dair çalışanların genel olarak yüksek bir katılım düzeyi gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca, kritik hastaların birincil ve ikincil değerlendirmelerinin yapıldığı ifadesine de çoğunlukla güçlü bir destek verilmiştir. Stabilizasyon sağlandıktan sonra kritik hastaların taşınmasına başlandığı konusunda da çalışanların katılım düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların, kritik bir hasta ile ilk karşılaştıklarında bilincin ve oryantasyonun değerlendirilmesi gerektiği ifadesine en yüksek katılım düzeyini gösterdiği görülmüştür. Kritik hastalara hızlı bir şekilde kardiyak monitörizasyon sağlandığı ve

takip edildiği ifadesine de yüksek destek verilmiştir. Bilinç değerlendirmesinde AVPU ve GKS yöntemlerinin kullanıldığı, bilinci kapalı hastalarda ise ABC değerlendirmesi yapılarak gerekirse resüsitasyon başlatıldığı ifadelerine çalışanların büyük çoğunluğu katılım göstermiştir. Bu sonuçlar, HÖASH'nin etkin, güvenli, zamanında ve verimli sağlık hizmetleri sunduğunu ve çalışanların bu hizmetlerin kalitesine yüksek düzeyde katıldığını göstermektedir. Çalışanların bu süreçlere güveni, sistemin verimliliğini ve kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır.

Travma, dünya genelinde ölümlerin önde gelen sebeplerinden biridir ve travmaya bağlı ölümlerin büyük kısmı hastane öncesi dönemde meydana gelir. Bu nedenle travma hastaları için hızlı ve etkin müdahale kritiktir ve "Altın Saat" terimi bu aciliyeti vurgular. Hastane öncesi travma organizasyonunda iki ana model vardır: "Scoop and Run" (Kap-Götür) modeli ABD, Kanada, İngiltere, İsrail ve Avustralya gibi ülkelerde uygulanır ve hasta veya yaralıya en kısa sürede ulaşarak temel yaşam desteği sağlanıp en yakın hastaneye hızla taşınır; bu modelde acil tıbbi teknikerler, paramedikler veya hekimler görev yapar. "Stay and Play" (Kal-Çalış) modeli ise Fransa kökenli olup Avrupa'da yaygındır, olay yerine hızlıca ulaşp ileri yaşam desteği başlatılarak hasta stabil hale getirilir ve ardından acele etmeden uygun hastaneye taşınır; bu modelde ambulanslarda genellikle uzman doktorlar (anesteziyoloji, travma cerrahları gibi) bulunur Her iki model de travma hastalarının hızlı ve etkili tedavisini sağlamak için farklı yaklaşımlar sunar (Turan, 2008). Ancak evrensel düzeyde, genellikle "kaptığın gibi götür" modeli benimsenmiştir. Hastane öncesi travma bakımının iyileştirilmesine yönelik çok merkezli yapılan bir çalışmada, teknisyen ve hekim tarafından işletilen acil tıbbi hizmet sistemlerini karşılaştırılmıştır. Beş teknisyen tarafından yönetilen ve dört hekim tarafından yönetilen acil tıbbi hizmet sistemine sahip ülkelerden elde edilen ulusal veya yerel travma kayıt verileri analiz edilmiştir. Analizler, hekim tarafından işletilen acil tıbbi hizmet sistemlerinin, teknisyen tarafından işletilen sistemlere kıyasla erken travma ölüm oranlarını belirgin şekilde azalttığını göstermiştir. Ancak, benzer acil tıbbi hizmet sistemlerine sahip ülkeler arasında hasta sonuçlarında önemli farklılıklar gözlenlenmiştir. Bu bulgular, doktorların olay yerine müdahale ettiği sistemlerin erken travma ölüm oranlarını azaltmada etkili olabileceğini, ancak diğer klinik sonuçlar üzerinde aynı olumlu etkiyi göstermeyebileceğini işaret etmektedir. Bu nedenle, bulguların nedenleri üzerine daha fazla araştırma yapılması gerektiğine işaret etmektedir (Roudari ve diğerleri, 2007).

Travma, sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır. Hastane  ncesi bakım, hastanın tedavi sürecinin erken aşamalarında uygulanmakta olup, kesin bakıma kadar geçen süreyi etkilememelidir. Nakil şekli, sağlık sisteminin organizasyonuna ve hastanenin bakım seviyesine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu süreç, basit "kap ve koş" yönteminden, ileri düzey helikopter acil tıbbi hizmet nakillerine ve 4. seviye travma merkezlerine kadar çeşitlilik arz eder. İkincil nakillerden kaçınılmalıdır, çünkü bu, kesin bakımda gecikmelere yol açarak hasta sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Nakil sırasında sağlanan bakımın kalitesi, hastane standardını yansıtmalı ve hastanın güvenliğini, konforunu ve tedavi etkinliğini en üst düzeyde sağlamalıdır. Bu bağlamda, hastane öncesi bakımın organizasyonu ve uygulanması, travma hastalarının hayatta kalma şansını ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmek için kritik öneme sahiptir (Spoelder, Slagt, Scheffer ve Geffen, 2022).

Travmalı hastalarda hızlı birincil değerlendirmenin gerçekleştirilmesi, yaşamı fazlaca tehdit eden durumların hemen belirlenmesi ve acil bakımın uygulanması açısından kritiktir. Birinci değerlendirme sırasında bilinç durumu, havayolu, solunum ve dolaşım gibi hayati fonksiyonların değerlendirilmesi ve görülen sorunların acil bakımı sağlanmalıdır. Ayrıca, servikal immobilizasyonun da bu aşamada sağlanması gerekmektedir. Kritik hasta saptandığı zaman, solunum, havayolu ile dolaşımda kaydedilen sorunlar kısa süre zarfında düzeltilmeli, hasta kişinin immobilizasyonları sağlanmalı ve transportu olabildiğince hızlı bir biçimde yapılmalıdır. Acil müdahale adımları seyir halindeyken de sürdürülmelidir. Kritik olarak kabul edilen hastaların sahada kalma süreleri on dakikanın üzerine çıkmamalıdır. Bu yaklaşım, travma hastalarının hızlı ve etkin bir şekilde stabilize edilmesini ve uygun sağlık kuruluşuna en kısa sürede ulaştırılmasını sağlar, böylece hayatta kalma şanslarını artırır (Ekşi ve Gümüşsoy, 2020; Dalyan Koçkaya, Gürcüoğlu ve Bağla, 2021). Yaptığımız  alışmada, "H ASH'inde kritik hasta travmalı ise detaylı fizik muayene yapılmamaktadır" ifadesine çalışanların dörtte birinden fazlası kararsızım yanıtını vermiştir. Bu,  alışanların önemli bir kısmının bu konuda net bir görüşe sahip olmadığını göstermektedir. Ayrıca, bu ifadeye katılım düzeyinin orta seviyede olması, çalışanların genel olarak bu durumu kısmen kabul ettiklerini, ancak tam olarak hemfikir olmadıklarını işaret etmektedir. Bu sonuçlar, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde travma hastalarına yönelik detaylı fizik muayenenin uygulanması konusunda belirgin bir standart veya tutarlılık olmadığını ortaya koymaktadır.

Çalışanların kararsızlığı, bu alanda daha fazla eğitim yapılmasının ve tartışmalı konular hakkında kanıta dayalı uygulamaların protokollere alınmasının faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğinin 22. maddesine göre, vakaya yönlendirilen ekip nakil kararı alırsa, naklin başlamasından önce Merkez'le iletişime geçilip hastaya ait duruma en uygun olan acil servise yönlendirme ister. İletişime geçilen merkez, acil servislerin ilgili anda sahip oldukları kapasitelerine göre ekibi yönlendirir(ASHY, 2000). Fakat bazı durumlarda hastanın bulunduğu merkezde gerekli olan tedavinin sağlanması mümkün değilse, hayatı tehdit eden durumlar stabilize edildikten sonra en uygun merkeze erken sevk edilmesi önemlidir. Bu süreçte, sevk sırasında hastanın takip ve tedavisinin kesintisiz bir şekilde devam etmesi gerektiği de vurgulanmaktadır. Bu, hastanın en iyi bakımı almasını ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesini sağlamak için kritik bir unsurdur(Erin, 2020). Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde faaliyet gösteren acil servise 112'yle başvuru yapan kişilerin %71.9'unun taburcu edildiği aynı şekilde başka bir çalışmada, 112 ile acil servise getirilen 385 hastanın %87.2'si şifa ile taburcu edildiği görülmüştür(Sarı,2020; Kurtoğlu Çelik, ve diğerleri, 2012). İncelenen başka bir çalışmada 'il içi sevk' ile gelen 88 hastadan 29'u, 'il dışı sevk' ile gelen 116 hastadan 30'u taburcu edildiği ve ambulansla gelen hastaların üçte ikisinin taburcu edildiği belirtilmiştir. Bir başka çalışmada ise yine 112 tarafından konsültasyon amacıyla sevk edilen 2874 olgunun %72'si acil serviste tedavi edilip taburcu edildiği görülmüştür(Duman Atilla, Oray, Akın, Acar ve Bilge, 2010; Önge, ve diğerleri, 2013). Bizim HÖASH personelleri ile yaptığımız çalışmada ise, "HÖASH'inde kritik hasta değerlendirilir ve hasta için en uygun hastaneye transportu sağlanmaktadır" ifadesine çalışanların katılım düzeyi zayıf olarak saptanmıştır. Bu bulgular, HÖASH sisteminde kritik hastaların değerlendirilmesi ve en uygun hastaneye transfer edilmesi süreçlerinde eksiklikler olduğunu göstermektedir. Çalışanların büyük bir kısmının bu sürecin yeterli olmadığına dair olumsuz görüş bildirmesi, sistemde iyileştirmeler yapılması gerektiğini işaret etmektedir. Uygun hastaneye transfer edilmeyen hastaların HÖASH personeline ekstra iş yükü oluşturması, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve hasta bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, kritik hasta değerlendirme ve transfer süreçlerinde daha sistematik ve etkin yaklaşımlar benimsenmesi gerekmektedir.

Hastane öncesi sağlık hizmetleri, her yerde, her zaman çok farklı sağlık durumlarındaki hasta ile yaralılarla karşılaşarak zaman kaybetmeksizin en iyi düzeyde hizmeti sunmak zorunda olan zorlu bir alandır. Bu nedenle, karşılaşılan hastaların transferi için müdahale, tıbbi değerlendirme ile gerekli olduğunda stabilizasyonun sağlanmasının ardından gerekli olan bilgilendirme ile birlikte nakil gerçekleştirilmelidir. Bu sürecin verimliliği, acil servis, hastane öncesi ile yoğun bakım ekiplerinin arasında bir devamlılık gerektirir. Hastane öncesi acil tıbbi bakım akış şemalarına uygunluğun değerlendirildiği bir çalışmada, 207 vakada yapılan müdahalelerin analizinde; %42,9'unda (n=89) gerekli solunum kontrolünün, %72,9'luk kısmında (n=151) dolaşım kontrolünün, %54,5'lik kısmında (n=113) oksijen uygulamasının, %37,1'lik kısmında (n=77) dolaşım monitörizasyonunun, %38,6'luk kısmında (n=80) solunum monitörizasyonunun yapılmamış olduğu, %41,1'lik kısmında (n=85) damar yolunun açılmadığı ya da uygunsuz şekilde açıldığı, %66,1'lik kısmında (n=137) vital bulgu takibinin tam yapılmadığı ve son olarak da %29,4'lük kısmında (n=61) gerekli olan ilaç uygulamalarının yapılmamış olduğu kaydedilmiştir (Batı ve Kara, 2020). Başka bir çalışmada, hastaların ambulans içindeki tıbbi yönetiminin nitelik ve nicelik bakımından değerlendirilmesi amaçlanmış ve bu kapsamda nakledilen hastaların %92,4'ünde (n=73) yaşamsal belirtilerin eksik olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kardiyak arrest geçiren beş hastanın yalnızca ikisine (%33,3) kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) uygulanmış ve bir hastanın (%20) entübe edildiği belirlenmiştir. Bu bulgular, ambulans içi tıbbi yönetimde ciddi eksiklikler bulunduğunu ve yaşamsal belirtilerin takibinin yanı sıra CPR ve entübasyon gibi kritik müdahalelerin yeterli düzeyde gerçekleştirilmediğini göstermektedir. Sağlık personelinin bu konularda daha iyi eğitilmesi ve protokollerin sıkı bir şekilde uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır (Akın Parker, Dagar, Günay, Temizyürek Cebeci ve Aksay, 2005).

Kritik hasta transportu sırasında hastanın durumunun sürekli olarak değerlendirilmesi ve kaydedilmesi gerektiği ifadesine, çalışanlar genel olarak yüksek düzeyde katılım göstermiştir. Ekipman kaynaklı sorunlara dikkat edilmesi gerektiği konusunda da çalışanlar güçlü bir destek vermiştir. Ayrıca, resüsitasyon uygulanan bir hastada ambulans sedyesi kompresyon için uygun değilse travma tahtasının kullanılması gerektiği fikri de çalışanlar tarafından geniş ölçüde kabul edilmiştir. Resüsitasyon sırasında plan ve iş bölümünün yapılması gerektiği görüşüne de çalışanlar yüksek bir

katılım göstermiştir. Bu bulgular, HÖASH personelinin kritik hasta transportu sırasında gerekli değerlendirme ve kayıt işlemlerine, ekipman sorunlarına dikkat edilmesine, resüsitasyon sırasında uygun ekipmanın kullanılmasına ve transport sırasında plan ve iş bölümüne önem verdiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, yukarıdaki paragrafta Akın ve diğerlerinin çalışma sonuçlarına göre nakledilen hastaların %92,4'ünde (n=73) yaşamsal belirtilerin eksik olduğu tespit edilmiş, kardiyak arrest geçiren beş hastanın yalnızca ikisine (%33,3) CPR uygulanmış ve bir hastanın (%20) entübe edildiği belirlenmiş tıbbi yönetimde ciddi eksiklikler bulunduğunu kritik müdahalelerin yeterli düzeyde gerçekleştirilmediğini söylemişler. Bizim çalışmamızda HÖASH personelinin kritik hasta transport sırasında gerekli değerlendirme ve kayıt işlemlerine, ekipman sorunlarına dikkat edilmesine, resüsitasyon sırasında uygun ekipmanın kullanılmasına ve transport sırasında plan ve iş bölümüne önem verdiklerini ifade etmelerine karşın Akın'ın çalışma sonuçları ile bizim sonuçlarımız bu açıdan çelişmektedir.

Travmalar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sıkça görülen ve ölümlerle sakatlıklara yol açan en önemli acil durumlar arasında yer almaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilen immobilizasyon uygulamaları, sadece hayat kurtarıcı olmakla kalmayıp, travmanın klinik tedavisinde de kritik bir rol oynamaktadır. Acil tıbbi bakım öncelikleri belirlendikten sonra, hastanın detaylı bir şekilde değerlendirilmesi ve uygun ekipman ile yöntemlerin kullanılmasıyla immobilizasyon işlemine vakit kaybetmeden başlanmalıdır. Sabitlenmeyen travmaların neden olabileceği komplikasyonların, dikkatsiz ve özensiz yapılan immobilizasyon işlemleri sırasında da ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır (Ekşi ve Gümüşsoy, 2020). 112 ambulansı ile getirilen 46 çoklu travmalı hastanın transport sırasında ambulans personelinin yaptığı girişimleri değerlendiren bir çalışmada, 22 hastaya boyunluk uygulandığı, 23 hastanın sırt tahtası ile immobilize edildiği ve 22 hastanın immobilize edildiği görülmüştür. Bu bulgular, acil tıbbi müdahalelerde doğru immobilizasyonun önemini ve bu süreçte dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktadır (Uçaroğlu , Kavalcı, Ceyhan, ve Hakbilir, 2018). HÖASH personelleri ile yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların omurga immobilizasyonu konusundaki tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yöneltilen "Tüm travma hastalarına boyunluk uygulam" ve "Tüm travma hastalarına sırt tahtası uygulam" şeklindeki önermelere yüzde 90'nın üzerinde evet yanıtı alınması,

katılımcıların omurga immobilizasyonunun önemine olan güçlü inançlarını ve bu uygulamaları standart bir prosedür olarak benimsediklerini göstermektedir(Erin, Sayhan ve Salt, 2023). Ancak yapılan sistematik inceleme, hastane öncesi ve acil servis ortamında şüpheli servikal omurga yaralanması olan hastalarda tam sabitleme, hareketin en aza indirilmesi veya sabitleme yapılmaması stratejilerinin nörolojik ve diğer sonuçlar üzerindeki etkisini değerlendirdi. Altı gözlemsel çalışma incelendi ve metodolojik kalite değişkenliği ile çoğunda ciddi veya kritik önyargı riski olduğu saptandı. Bulgular, tam sabitleme veya hareketin en aza indirilmesinin nörolojik bozulma, omurga yaralanmaları ve ölümün önlenmesinde belirgin bir fayda sağlamadığını gösterdi. Bu nedenle, hastane öncesi servikal omurga immobilizasyonunun belirgin bir faydası olmadığı ve potansiyel olumsuz sonuçlara yol açabileceği belirtildi. Bu konuyu daha iyi anlamak için yüksek kaliteli randomize karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Pandor, ve diğerleri, 2024). Bizim yaptığımız çalışmada ise, "HÖASH'nde servikal travması olan kritik hastada pozisyon korunarak sabitlenmektedir" ifadesine çalışanlar yüksek düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Bu yüksek orandaki kabul, sağlık personelinin travma hastalarının tedavisinde omurilik yaralanmalarını önlemek amacıyla boyunluk ve sırt tahtası kullanımını ne kadar kritik gördüğünü ve bu konuda bilinçli olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı zamanda, bu sonuçlar, sağlık personelinin eğitiminde omurga immobilizasyonunun öneminin vurgulandığını ve bu eğitimin etkili olduğunu düşündürmektedir. Ancak, her travma hastasına bu uygulamaların her zaman gerekli olup olmadığını değerlendirmek için klinik durumun dikkatlice analiz edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. HÖASH çalışanları, travmalı hastalara ilk ulaşan ve acil bakım sağlayan profesyoneller olarak, hastaların hayatta kalmalarında kritik bir rol oynamaktadır. Travmalı hastaların mortalitesini etkileyen önemli faktörlerden biri, müdahale ve nakil süresidir. Güler'in 2023 yılında yaptığı çalışmada, rutin spinal immobilizasyonun müdahale ve nakil süresini uzattığını ve bunun da travma hastalarının mortalitesini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, spinal immobilizasyonun rutin olarak uygulanmasının, medulla spinalis travması dışında ek yaralanmaları olan hastaların prognozunu da kötüleştirebileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, spinal immobilizasyonun gerekliliği dikkatle değerlendirilmelidir(Güler, 2023). Tüm travmalı hastalara rutin sırt tahtası uygulaması hakkında yapılan güncel klinik ve retrospektif çalışmaların sonuçlarının göz önünde bulundurulması,

gelecekteki çalışmalara rehberlik edecektir. Bu yaklaşımla, gereksiz spinal immobilizasyon uygulamalarının azaltılması ve medulla spinalis yaralanması olan hastaların uygun şekilde yönetilmesi sağlanabilir. Bu bağlamda, personelin pozisyon korunarak sabitleme uygulamalarına verdiği yüksek onay, doğru ve dikkatli müdahale konusundaki bilinç düzeyinin yüksek olduğunu ve bu yaklaşımın klinik karar verme süreçlerinde dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Hastaneler Arası Kritik Hasta Nakil Konusunda Bilgi ve Beceri Düzeyi:

Çalışanların, hastaneler arası kritik hasta nakillerinde gösterdikleri bilgi ve beceri düzeyi incelenmiştir. Bu bölüm, özellikle bir sağlık kuruluşundan diğerine yapılan nakillerde gereksinim duyulan özel bilgi ve becerilere odaklanmaktadır. İlgili sorular, koordinasyon, iletişim, nakil esnasında kullanılan ekipmanlar ve hasta güvenliği protokollerine dair çalışanların yeterliliklerini ölçmüştür.

Hastanelerin arasındaki sevkler, ambulansla gerçekleştirilen nakillerin büyük kısmını oluşturmasına rağmen, bu sevklerle yönelik düzenleyici tebliğin olmasına rağmen uygulanmaması, HASH çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. İlk olarak, düzenleyici çerçevenin eksikliği, sevk işlemlerinin standartlaştırılmasını engelleyerek, hastaların güvenli ve etkin bir şekilde transfer edilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum, sevk işlemlerinde belirsizlikler ve tutarsızlıklar yaratmakta, dolayısıyla hem sağlık personeli hem de hastalar için riskler oluşturmaktadır. Ayrıca, düzenlemenin uygulanmaması, hastaların doğru zamanda ve uygun tıbbi donanım ile sevk edilmesini zorlaştırabilir, bu da hasta sonuçlarını olumsuz etkileyebilir. Sevk sürecinde yaşanan aksaklıklar ve belirsizlikler, sağlık hizmetlerinin etkinliğini azaltmakta ve potansiyel olarak hasta memnuniyetsizliğine yol açmaktadır. Sonuç olarak, hastaneler arası sevklerin daha güvenli, verimli ve hasta odaklı bir şekilde gerçekleştirilmesi için mevcut düzenleyici tebliğlerin etkin bir şekilde uygulanması ve gerektiğinde bu düzenlemelerin gözden geçirilerek iyileştirilmesi büyük önem taşıtmaktadır.

Hasta sevklerinde, hastaneler arası sevk süreci üç temel durum dahilinde başlamaktadır. İlk olarak, düşme, trafik kazası, zehirlenme ile yaralanm benzeri acil müdahalenin gerekli olduğu hallerde 112 acil servisi olay yerine gelerek ilk müdahaleyi yapar ve hastayı en yakın hastaneye sevk eder. Eğer hastanın götürülmüş olduğu hastane bünyesinde yeterli imkanlar mevcut değilse ya da ileri tetkike gerekli

olan bir durum söz konusuysa, diğ er bir hastaneye sevk işlemi gerçekleştirilir ki hastaneler arası sevklerin büyük bir kısmı bu nedenle yapılmaktadır. İkinci olarak, hastanede yatmakta olan ve tedavisi süren bir kişinin durumunun kötüye gitmesi halinde, mevcut kaynakların yetersiz olduğu ya da ileri düzeyde tetkik gereksinimi nedeniyle hastanın başka bir hastaneye sevkı yapılır.    nc  olarak, hastanede gerekli tedavi süreci tamamlanan hastaların takibi ile izlenmesi için, bir alt grupta yer alan hastaneye ya da hastanın yaşamakta olduğu il ya da ilçede bulunan hastaneye sevkı yapılır. Bahsi geçen sevk durumu genel manada donanımlı ve büyük  niversite hastanelerinden, eğitim ile araştırma hastaneleri ya da dal hastanelerinden yapılmaktadır. Bu sevk süreçleri, hasta bakımının sürekliliği ve kalitesinin sağlanması açısından kritik öneme sahiptir (G n er Demiral ve  st n, 2020).

Hastaneler arasında uygun hasta transferleri adına ACEP tarafından belirlenen protokole göre, öncelikli amaç hastanın mevcut koşullarından daha iyi bir duruma kavuşturulmasıdır. Acil hekimi, sevkin öncesinde hastayı detaylı biçimde ele almalıdır. Hastanın medikal değerlendirme ile gerekli olan, stabilizasyon işlemleri tamamlandıktan sonra nakledilmesi gerekmektedir. Sevk işleminin medikal faydaları ile olası riskleri yeniden ele alınmalı ve bunun yanında sevk işlemi sırasında hastaya zarar gelmemesi sağlanmalıdır. Hekim, hasta ya da hastadan sorumlu kimseye sevkin nedenlerini, muhtemel fayda ile riskleri açıklamalıdır. Ayrıca, hasta sevk edilmeden önce kişiyi kabul edecek olan hekimin onayı olmalıdır. Sevk esnasında, uygun olan tıbbi  zet ile varsa gerçekleştirilen tetkikler hasta ile beraber iletilmelidir. Hastanın, uygun olan tıbbi personel ile gerekli ekipman olan bir araç ile sevkı yapılmalıdır. Ayrıca, hastalara en uygun bakımı sunabilmek adına hastaneler arasında sevk protokolleri yapılmalıdır. Bu protokol, hasta güvenliğini ve bakım kalitesini artırmayı hedeflemektedir (ACEP, 2020).

Yaptığımız  alışmada, "Hastaneler arası kritik hasta nakil öncesi hasta ya da hastadan sorumlu olan kimseye sevkin gereçleri, olası fayda ile riskler anlatılmaktadır" ifadesine çalışanlar orta düzeyde katıldığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise, hasta yakınlarının aile bireyleriyle iletişim alt boyutunda "nakil planları esnasında bilgilerin verilmesi" gereksiniminin ikinci sırada olduğu görülmüştür. Acil servislerde hem hastane içi hem de dışında nakil, bilhassa kritik hastalarda fazlaca büyük öneme sahiptir. Acil servise başvuru yapan kritik hastalarda nakil esnasında mortalite ile

morbidite yüzdelerinin oldukça yüksek olması, transfer sürecinin dikkatle yönetilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle, nakil esnasında hastaların stabilizasyonunun sağlanması, personel, araç ve gereçlerin yeterliliği kadar, bilinçli hastalar ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi de büyük önem taşımaktadır (Akkuş, Çığışar, ve Günal, 2018). Ayrıca HÖASH personellerine yönelttiğimiz hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta ve ailesine nakledileceği hastane ve birim bildirilmektedir” ifadesine çalışanların dörtte birinden fazlası kararsızım yanıtını vermiştir. Bu, çalışanların yaklaşık dörtte birinin bu konuda net bir görüşe sahip olmadığını veya bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığını gösterir. Ortalama değer ise, çalışanların bu ifadeye orta düzeyde katıldığını göstermektedir. Bu ortalama, çalışanların bu konuda genel olarak ne tamamen katıldıklarını ne de tamamen katılmadıklarını, fakat orta bir düzeyde katılım sergilediklerini işaret eder.

Kritik hastaların yakınları olan kişiler, acil servis veya yoğun bakım ünitelerinde belirsizlik ile hastada ortaya çıkan durumsal değişimleri izlememe gibi sebepler ile stres ile anksiyete yaşayabilmektedir. İlgili bağlamda, hasta yakınlarının nakil planları hakkında bilgilendirilmesi ve nakil edileceği kurum ve servisin bildirilmesi, onların endişelerini azaltmakta ve sağlık hizmetleri sürecine olan güvenlerini artırmaktadır. Bilgilendirmenin yetersiz olduğu durumlarda, hasta yakınlarının yaşadığı stres ve anksiyete artabilir, bu da hem hasta bakımını hem de hasta yakınlarının psikososyal durumunu olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, hasta transferleri sırasında etkili iletişim ve bilgilendirme, hem hasta hem de hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamada kritik bir rol oynamaktadır. Çalışmamızın bulguları, sağlık personelinin hasta ve yakınlarını nakil süreci hakkında bilgilendirme konusundaki tutumlarında iyileştirilmesi gereken alanlar olduğunu göstermektedir. Eğitim ve farkındalık artırıcı programlarla, hasta ve yakınlarının daha iyi bilgilendirilmesi sağlanarak, bu süreçlerin daha güvenli ve hasta odaklı bir şekilde yönetilmesi mümkün olacaktır.

2000 senesinde yayınlanmış olan “Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği”, acil servislerdeki hastaların başka hastanelere sevk edilmesi sürecinde uyulması gereken kuralları belirlemektedir. Bu yönetmeliğe göre, ilk tıbbi müdahalenin ardından ileri tıbbi bakım ve tedavi için yetersizlik olması durumunda, sevkinin uygun olduğu görülen hastaneyle koordinasyon sağlanıp nakil gerçekleştirilmelidir (ASHY, 2000). Ancak çeşitli çalışmalar, bu kurallara tam olarak uyulmadığını ve sevk süreçlerinde

önemli sorunlar yaşandığını göstermektedir. İncelenen bir çalışma, sevklerin %4.5'inde koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan sorunlar yaşandığını ve %0.5'inde hastaların sevk sırasında hayatını kaybettiğini saptamıştır (Kılıç, Dokur, ve Ulutaşdemir, 2016). Başka bir çalışmada ise hastaların %83.2'sinin, sevk edilmeden önce ilgili hastane ile görüşülmeksizin sevk edildiği belirtilmiştir (Önge ve diğerleri, 2013). Benzer şekilde, hastaneler arası sevk ile gönderilen 180 hastadan 158'inin sevk edilmeden önce ilgili hastaneye haber verilmediği bulunmuştur (Armağan, Akköse, Çebişi, Engindeniz ve Tokyay, 2001). İncelenen başka bir çalışmada ise, sevklerin tümünün %78.7'lik kısmının acil servis onayı olmadan, yalnızca 112 KKM onayı ile ya da vakaların bazılarında 112 KKM bilgisi haricinde gerçekleştiği görülmüştür (Silitbolatlaz, Gülen, Avcı, ve Satar, 2018). Bu durum, KKM'nin sevk öncesinde hastane acil servisleriyle koordinasyon ile işbirliği vazifesini yeterince yerine getirmediğini, kurumu bilgilendirmediğini ve uygun olan yatak, yeterli miktarda ekipman ile son olarak ameliyathanelerin doluluk oranını sorgulamadan sevkleri gerçekleştirdiğini göstermektedir. Ancak, çalışanların “Hastaneler arası kritik hasta naklinde kabul edecek hekimin oluru alınır ve kabul ettiği birim yazılı olarak belirtilmektedir” ifadesine çalışanlar genel olarak yüksek düzeyde katılım gösterdikleri saptanmıştır. Bu bulgu, çalışanların önemli bir kısmının kritik hasta nakillerinde kabul edecek hekimin onayının alındığı ve kabul eden birimin yazılı olarak belirtildiği yönünde bir fikir birliğine sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sonuç, yönetmelik kurallarına belirli bir düzeyde uyum sağlandığını göstermektedir. Çalışanların büyük bir kısmının bu sürecin önemini kavradığı ve uygulamada buna dikkat ettiği anlaşılmaktadır.

Hastaneler arası hasta sevkinde tıbbi değerlendirme, müdahale ve stabilizasyonun sağlanması gerekmektedir. Ancak Batı ve Kara'nın yaptığı çalışmada, bu sürece özgü önemli yetersizliklerin bulunduğunu ifade etmişlerdir. Batı ve Kara'nın incelediği 207 vaka üzerinden yapılan değerlendirmede, tıbbi izlenimlerin ve acil girişimlerin sevk sürecinde yeterince uygulanmadığını bildirmişlerdir. Batı ve Kara, solunum kontrolünün %72,9'luk kısmında (n=151), dolaşım kontrolünün %54,5'lik kısmında (n=113), dolaşım monitörizasyonunun %38,6'lık kısmında (n=80), oksijen uygulamasının %37,1'lik kısmında (n=77), solunum monitörizasyonunun %41,1'lik kısmında (n=85), damar yolunun açılmadığı ya da uygun olmayacak şekilde açıldığı, %66,1'lik kısmında (n=137) vital bulgu takiplerinin tam yapılmadığı ve son olarak

%29,4'lük kısmında (n=61) ise ilaç uygulamalarının yapılmadığını rapor etmişlerdir (Batı ve Kara, 2020). Bu bulgular, sevklerde temel tıbbi müdahalelerin dahi yeterince yapılmadığını göstermektedir. Benzer diğer çalışmada, şehirlerarası nakil işlemlerinde ambulansın içerisinde uygulanmakta olan tedaviler ele alındığı zaman, 9 tane hastaya yalnızca gözlem (monitörizasyon, oksijen inhalasyonu, kan şekeri ölçümü ile EKG çekimi) uygulandığı, hastaların bir tanesineyse medikal tedavi (IV enjeksiyon ile oral ilaç verilmesi) uygulanmış olduğu kaydedilmiştir. 18 tane hastaya uygulanmış olan medikal işlemlerin belirtilmemiş olmasından dolayı değerlendirilmeye bu kişiler alınmamıştır (Balaban, 2013). Yapılan başka bir çalışmada; alınmış olan vakaların %89.1'lik kısmının (n=1069) yaşamsal bulguları alınmış, %10.9'luk kısmınınsa (n=131) yaşamsal bulguları ölçülmemiştir. Bu eksiklikler, hasta sevklerinin kalitesini ve güvenliğini ciddi şekilde tehlikeye atmaktadır. Özellikle, taşınmış olan vakaların %82.4'lük kısmında (n=989) GKS (Glasgow Koma Skalası) değerlendirilmesinin yapılmadığı saptanmıştır. Taşınan vakaların %5'i (n=60) monitörize edilmiş, %95'i (n=1140) monitörize edilmemiştir (Zengin, 2010). Paker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise; 316 (%69,3) hastanın gerekli tıbbi müdahale veya tedavilerden en az birini almadığı tespit edilmiştir (Akın Paker, Dagar, Günay, Temizyürek Cebeci, ve Aksay, 2005). Bu bulgular, hastaların sevk sürecinde yeterli tıbbi bakım almadığını ve bu durumun hasta güvenliği açısından ciddi riskler oluşturduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda ise, “Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken medikal değerlendirme (GKS, damar yolu, ileri havayolu vb) yapılmaktadır” ifadesine çalışanlar orta düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Bu durum, çalışanlarının bir kısmının hasta sevk sürecinde medikal değerlendirmelerin daha kapsamlı yapılması gerektiğini düşündüklerini belirtmektedir. Bu bulgular, hastaneler arası hasta sevk süreçlerinde ciddi iyileştirmelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Sevk öncesi ve sevk sırasında yapılması gereken tıbbi müdahalelerin eksiksiz ve standartlara uygun bir şekilde uygulanması, hasta güvenliğinin sağlanması açısından hayati öneme sahiptir. Sağlık personelinin eğitim ve farkındalık seviyesinin artırılması, protokollerin etkin bir şekilde uygulanması ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, bu süreçlerin iyileştirilmesine katkı sağlayabilir.

HÖASH yapılan müdahale ve tedavi kadar önemli olan bir diğer unsur, aktif damar yolunun bulunmasıdır. Aktif damar yolu, hastaların acil müdahale sırasında gereken ilaç ve sıvı tedavilerini alabilmesi için hayati öneme sahiptir. Ancak, yapılan

alışmalar bu konuda ciddi eksikliklerin olduğunu göstermektedir. Zengin (2010), İstanbul 112 Komuta Kontrol Merkezi'ne bağlı ambulansların bir yıl içinde taşıdıkları acil ve elektif vakaların değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, 1200 vakadan 576'sında herhangi bir damar yolu aılmadığını tespit etmiştir (Zengin,2010). Uçaroğlu ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan ve ambulans personelinin transport esnasında gerçekleştirmesi gereken girişimlerin değerlendirildiği çalışmada, 46 çoklu travmalı hastanın sadece 30'unda aktif damar yolu bulunduğu belirlenmiştir (Uçaroğlu, Kavalcı, Ceyhan ve Hakbilir, 2018). Yorulmaz ve arkadaşlarının (2014) İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesine 112 acil ambulans ile gelen hastaların değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada ise, 186 hastadan 15'ine damar yolu açılmadığı görülmüştür (Yorulmaz vd., 2014). Batı ve Kara'nın (2020) AABT hastalara müdahalelerinin akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların %41.1'lik kısmında damar yolunun açılmadığı ya da uygun olmayan şekilde açıldığı saptanmıştır (Batı ve Kara, 2020). Bu çalışmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda sevk süreçlerinde damar yolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi konusunda yetersiz gerçekleştirildiği söylenebilir. Bizim alışmamızda, HASH personeline “Hastaneler arası kritik hasta transportunda güvenli bir venöz girişim bulunmaktadır” ifadesine çalışanlar orta seviyede katılım gösterdikleri saptanmıştır. Bu bulguların değerlendirilmesi sonucunda, hasta sevk süreçlerinde venöz girişimlerin aktif ve doğru yapılmasının hayati önem taşıdığını göstermektedir. Hastane ncesi ve hastaneler arası kritik hasta transportunda aktif ve güvenli damar yolu bulunması, acil tıbbi müdahalelerin etkinliğini artırmakta ve hasta sonuçlarını iyileştirmektedir.

Hastaneler arası hasta nakil ile sevk işlemleri, Sağlık Bakanlığı'nın 29/05/2013 tarih ile 28661 sayılı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları” tebliğiyle düzenlenmektedir. Bahsi geçen tebliğ madde 22'nin (1) fıkrasının (c) bendi uyarınca, hastanın nakil ile sevk kararı, sorumlu bir uzman hekimce, gerekli olduğunda bahsi geçen dal uzmanlarıyla da konsültasyon yapılıp verilir, ayrıca sevk prosedürüne uygun şekilde gerçekleştirilir. Hastanın stabilize edilmesinin ardından, gerekli olduğunda ilgili sağlık çalışanı refakati ile, tıbbi durumunun gerektirmiş olduğu en uygun koşullar sağlanıp 112 ambulans birimlerine teslim edilir. Hasta kişinin sevk nedeni, sağlık tesisince 112 KKM'ne ayrıntılı şekilde bildirilir. Yine aynı madde () bendindeyse, hastanın gerekli bilgi ile belgeleri, adli

vakalar adına düzenlenmiş olan raporlar ile epikriz raporuyla beraber sevk evrakına ilave edilir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2013). Ancak yapılan çalışmalar, bu tebliğin uygulanmasında ciddi eksiklikler olduğunu göstermektedir. Yoldaş, 2020 çalışmasında belirtildiğine göre hasta nakli için danışılan 157 hastanın 49'u yer yokluğundan, 5'i yetersiz bilgi verilmesinden ve 21'i yoğun bakım ihtiyacı olmadığı için reddedilmiştir (Yoldaş, 2020). Benzer bir çalışmada, hastaneler arası sevk edilen 438 hastadan 410'una epikriz yazılmamış, başka bir çalışmada ise 180 hastanın sadece 53'ünde epikriz raporu olduğu görülmüştür (Yıldız ve Durukan, 2004; Armağan, Akköse, Çebişi, Engindeniz, ve Tokyay, 2001).

Bizim çalışmamızda, “Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta dosyası (epikriz raporu, yapılan tetkikler ve tedaviler vb.) kontrol edilmektedir” ifadesine, çalışanlar orta düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Bu, hasta sevklerinde epikriz ve diğer önemli belgelerin yeterince kontrol edilmediğini ve bu durumun hasta güvenliği açısından riskler taşıdığını göstermektedir. Bir diğer ifadede, “Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken kimlik ve dosya doğrulaması yapılmaktadır” sorulmuş ve çalışanlar yüksek düzeyde katıldıkları saptanmıştır. Bu, çalışanların büyük bir kısmının hasta teslim alırken kimlik ve dosya doğrulamasının yapıldığını düşündüğünü göstermektedir. Bu bulguların değerlendirildiğinde, hastaneler arası hasta sevklerinde evrak ve kimlik doğrulamasının titizlikle yapılmasının, hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından hayati öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Sevk sırasında gerekli belgelerin tam ve doğru bir şekilde hazırlanması ve doğrulanması, hasta bakımının sürekliliği ve doğruluğunu sağlar. Adli ve yasal kayıtlar açısından da doküman oluşturur. Bu nedenle, sağlık personelinin bu konudaki farkındalığını artırmak ve süreçlerin etkin bir şekilde uygulanmasını sağlamak için eğitim ve denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Hastaneler arasında acil hasta nakillerinde, verici ile alıcı hastaneler, KKM ile son olarak ambulans ekibi oldukça büyük aktörlerdir. Bu süreçte çift yönlü iletişim hayati öneme sahiptir. Aktörler arasındaki etkin iletişim, hasta durumunun doğru ve eksiksiz aktarılmasını ve gerekli tıbbi müdahalelerin zamanında yapılmasını sağlar. Hasta nakil sürecinde yapılan ve yapılması planlanan tüm uygulamaların eksiksiz kayıt edilmesi gerekir. Bu kayıtlar, hasta bakımının sürekliliği ve doğruluğu açısından kritik olup,

hasta güvenliğini artırır. Uzun sevkler sırasında yaşanabilecek olumsuzluklar öngörülerek, tedavi planının nakil işlemlerine dahil edilmesi de önemlidir. Bu, hastanın stabilizasyonunu korumak ve komplikasyonları önlemek için gereklidir. Tedavi planının nakil sırasında uygulanabilmesi için, hasta stabilize edilmeli, gerekli tıbbi ekipman ve ilaçlar hazırlanmalı ve ambulans ekibi bilgilendirilmelidir. Bu unsurların etkin bir şekilde yönetilmesi, hastaların en uygun sağlık hizmetini almasını ve olası komplikasyonların en aza indirilmesini sağlar. 2017 yılında gerçekleştirilen bir olgu çalışmasında, 52 yaşında, post-resüsitatif akut miyokard infarktüsü tanılı bir hastanın hastaneler arası nakil süreci incelenmiştir. Çalışmada, olayın gerçekleştiği yerde 112 ekibinin etkili müdahalesi ile yaşama döndürülen ve hastaneye yapılan müdahalelerin eksiksiz bir şekilde yazılmış olduğu ambulans çağrı formuyla acil servise teslim edilen hastanın nakil sürecinde yaşanan iletişim problemleri ele alınmıştır (Atalay, 2017). Hasta, koroner anjiyografi yapılabilecek bir merkeze taşınmak üzere acil yardım ambulansı ekibi tarafından teslim alınmış, ancak nakle karar vermiş olan hastanenin acil servisinde görev alan doktor tarafından hastayla alakalı bilgilerin tamamı nakilde görevli ekibe tam olarak iletilmemiştir. Bahsi geçen ekip, hastanın önceki süreçte aldığı müdahaleler hakkında eksik bilgiye sahip olmuştur. Ayrıca, naklin gerçekleştirildiği sağlık kuruluşundaki acil servis doktorunun nakilde görevli ekibe bir tavsiyede bulunmaması, ilgili ekibin hastanın prognozu bakımından yeterli öngöründe bulunamamasına yol açmıştır. İlgili husus, hastaya verilecek olan acil bakım etkinliğini negatif yönlü etkilemiştir (Atalay, 2017). Bu bağlamda HÖASH personelleri ile yaptığımız çalışmada, “Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hasta nakli sürecinde yapılan işlemlerin tümü ile müdahaleler yazılı ve sözlü bilgi verilerek nakil süreci tamamlanmaktadır” ifadesine katılım düzeyi incelenmiştir. Çalışanların bu ifadeye genel olarak yüksek düzeyde katılmaları çalışanların genel olarak bu sürecin etkin bir şekilde yürüttüğünü göstermektedir.

Çalışanların bu üç kategoriye verdikleri yanıtlar, kritik hasta nakillerine yönelik genel bilgi ve beceri düzeylerini ortaya koymakta, ayrıca eğitim ihtiyaçlarını belirlemekte ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik stratejik planlamalara zemin hazırlamaktadır. Verilen cevapların analizinden elde edilen bulgular, çalışanların kritik hasta nakilleri konusunda kendilerini yeterli gördüklerini göstermektedir. Bu yeterliliğin, çalışanların büyük çoğunluğunun kritik hasta nakli konusunda aldıkları eğitimler sayesinde sağlandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla kullanılan anket formu, 5 puanlık Likert tipi derecelendirme sistemi ile değerlendirilmiştir. Bu sistemde, puan arttıkça çalışanların kritik hasta nakline yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu kabul edilmektedir. Çalışanların "kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam" puanlarının ortalaması $114,218 \pm 25,833$ (Min=34; Maks=170) olarak belirlenmiştir.

Elde edilen bu ortalama puan, HÖASH çalışanlarının genel olarak kritik hasta nakline yönelik olumlu bir tutuma sahip olduklarını göstermektedir. Standart sapma değeri olan 25,833, puanların ortalama etrafında geniş bir dağılım sergilediğini ve çalışanların tutumlarının homojen olmadığını ifade etmektedir. Minimum puan olan 34, bazı çalışanların kritik hasta nakli konusunda olumsuz bir tutum sergilediğini, maksimum puan olan 170 ise bazı çalışanların oldukça olumlu bir tutuma sahip olduğunu göstermektedir. Bu geniş yelpaze, çalışanlar arasında kritik hasta nakline yönelik bilgi, deneyim ve algı farklılıklarının bulunduğunu ortaya koymaktadır.

HÖASH çalışanlarının kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum puanlarının çeşitli tanımlayıcı özelliklere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Analiz sonuçları aşağıdaki şekilde özetlenmiştir:

HÖASH çalışanlarının kritik hasta sevk ve yönetimine ilişkin tutum toplam puanları; yaş, görev, cinsiyet, eğitim durumu, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışma süresi ve çalışılan yerin konumuna göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu bulgu, söz konusu demografik ve mesleki özelliklerin, çalışanların tutumlarını etkilemediğini göstermektedir. Bununla birlikte, medeni durumun tutum puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Evli çalışanların kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutum toplam puanları, bekar çalışanların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, evli çalışanların bu konuda daha olumlu tutumlar sergilediğini ortaya koymaktadır. Evli çalışanların daha olumlu tutumlar sergilemesinin olası nedenleri arasında sosyal destek ve sorumluluk bilinci, daha fazla yaş ve deneyim, istikrar ve güvenlik hissi, empati ve duygusal zekanın gelişmiş olması sayılabilir. Evlilik, bireylerin işlerinde daha olumlu bir bakış açısıyla çalışmalarını sağlayabilir. Ayrıca, evli çalışanların genellikle daha kıdemli ve yaşça daha büyük olmaları, kriz durumlarını daha iyi yönetmelerine ve stratejik kararlar almalarına

katkıda bulunarak tutumlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Kritik hasta nakil konusunda eğitim alan HÖASH çalışanlarının tutum toplam puanları, eğitim almayan çalışanların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Eğitim alanların bu konuda daha olumlu tutum geliştirdikleri anlaşılmaktadır. Son olarak, meslekle ilgili gelişmeleri takip eden HÖASH çalışanlarının tutum toplam puanları, meslekle ilgili gelişmeleri takip etmeyenlerin puanlarından anlamlı derecede yüksektir. Bu, mesleki gelişmeleri takip edenlerin kritik hasta sevk ve yönetimi konusunda daha olumlu tutumlara sahip olduğunu göstermektedir.

Bu bulgular, HÖASH çalışanlarının kritik hasta sevk ve yönetimine yönelik tutumlarının medeni durum, kritik nakil eğitimi ve meslekle ilgili gelişmeleri takip etme gibi faktörlerden etkilendiğini, ancak yaş, görev, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma süresi ve çalışılan yer gibi diğer demografik ve mesleki özelliklerden etkilenmediğini ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, eğitim ve mesleki gelişim faaliyetlerinin, çalışanların kritik hasta yönetimine yönelik tutumlarını olumlu yönde etkileyebileceğini vurgulamaktadır.

6. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak HÖASH'de kritik hasta nakilleri ile ilgili belirlenen bulgular aşağıdaki gibidir:

- HÖASH çalışanların tutumları bireysel uygulamalarda pozitif, kurumsal sorumluluklarda negatif yanıtlar verildiği saptanmıştır.
- Kritik hasta nakilleri için güncel, standart bir protokolün bulunmadığı düşünülmüştür.
- Kritik hasta nakillerinde bilgi ve beceri eğitimlerinin düzenli olarak güncellenmediği gözlemlenmiştir.
- Kritik hasta nakli sırasında hastane, 112 personeli ve KKM arasında iletişimin zaman zaman aksadığı ve bu nedenle HÖASH personellerine uygulanan ankette yer alan iletişimle ilgili maddelere orta düzeyde katılım sağladıkları görülmüştür.
- HÖASH personellerinin kritik hastaların nakil edileceği hastanelerle iletişim kurma ve ön bilgilendirme yapma konusundaki uygulamaların yeterli düzeyde olmadığını düşündürmektedirler.
- Travma hastalarına yönelik detaylı fizik muayenenin uygulanması konusunda orta düzey katılımın olması belirgin bir standart veya tutarlılığın yetersiz olduğunu göstermektedir.
- HÖASH sisteminde kritik hastaların değerlendirilmesi ve uygun hastaneye transfer edilmesi konusunda katılım düzeyi zayıf olarak saptanmıştır. Bu durum transfer sürecinde yetersizlikler olduğuna işaret etmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza dayanarak, aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakil sürecine yönelik bilgi ve beceri düzeyleri yüksek olmasına rağmen, bu tutumların sürdürülebilirliğini sağlamak ve bilgi güncellemelerini düzenli hale getirmek için hizmet içi eğitimler, seminerler ve konferanslara katılımlarının teşvik edilmesi gerekmektedir. Bu tür etkinlikler, personelin bilgi ve becerilerini güncel tutmalarına yardımcı olacak, aynı zamanda mesleki gelişimlerine katkıda bulunarak hasta nakil sürecinde daha etkili ve verimli olmalarını sağlayacaktır.

- HÖASH'de kritik hasta nakil sürecinin aşamaları, bu sürece katılacak personelin görevleri ve sürecin işleyişi ile ilgili kayıtların tutulması için kapsamlı bir protokol oluşturulmalı ve hayata geçirilmelidir. Bu protokol, her aşamada kimlerin hangi görevleri üstleneceğini net bir şekilde belirleyecek ve sürecin her adımının titizlikle kaydedilmesini sağlayacaktır. Böylece, hasta nakil işlemleri daha sistematik, koordineli ve izlenebilir hale gelecek, olası aksaklıklar ve iletişim sorunları minimize edilecektir.
- Kritik hasta nakil sürecinde uygulamada çeşitli sorunlar olduğu tespit edilmiştir. Bu süreçte ortaya çıkan problemleri anlamak ve çözüm bulmak amacıyla, karşılaşılan sorunların kökenlerine yönelik detaylı araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmalar, sorunların nedenlerini belirleyerek, süreçteki aksaklıkları gidermeye ve hasta nakil işlemlerinin daha etkili ve sorunsuz bir şekilde yürütülmesine yardımcı olacaktır.
- HÖASH çalışanlarının kritik hasta nakil sürecine yönelik yürütülen çalışmamıza ek olarak, acil servis çalışanlarının da sürece dahil edilmesinin, sevklerin tüm yönleriyle incelenmesi açısından yararlı olacağını önermekteyiz. Bu yaklaşım, hasta nakil süreçlerinin daha kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesine olanak tanıyarak, potansiyel eksikliklerin ve iyileştirme alanlarının daha net bir biçimde belirlenmesini sağlayacaktır.
- Hastaneler arası kritik hasta nakillerinde güvenli venöz girişim ve hasta dosyalarının titizlikle kontrol edilmesi konularında iyileştirmeler yapılması gerektiğini göstermektedir. Bu alanlarda yapılacak iyileştirmeler, acil tıbbi müdahalelerin etkinliğini artırarak hasta güvenliğini önemli ölçüde yükseltecektir.

Kaynaklar

- 112 Acil Sağlık Hizmetleri Şeması. (2024). Sağlık Bakanlığı. <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4185/teskilat-semasi.html> adresinden alındı
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2000, Kasım 5). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4798veMevzuatTur=7veMevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Akın Parker, Ş., Dagar, Ş., Günay, E., Temizyürek Cebeci, Z., ve Aksay, E. (2005). Assesment of prehospital medecal care for the patients transported to emergency department by ambulance. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 122-125.
- Akkuş, Y., Çığşar, G., ve Günel, E. (2018). Acil servise başvuran kritik hasta yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi. *Türk Bilim Araştırma Vakfı*, 39-51.
- Aksoy, F., ve Ergün, A. (2002). Acil sağlık hizmetlerinde ambulansın yeri. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 8, 160-163.
- Alamanu, D., ve Brokalaki, H. (2014). Intrahospital transport policies: The contribution of the nurse. *Health Science Journal*, 166-178.
- Almalki, M., Fitzgerald, G., ve Clark, M. (2011). Health care system in Saudi Arabia: an overview. *Esat Mediterr Health J*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22256414/> adresinden alındı
- Al-Shangi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 320-323.
- Altındış, M. (2017). Ambulans hijyeni. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 34-37.
- Altındış, S. (2017). Acil sağlık hizmetlerinde kalite ölçütleri. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 18-19.

Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, Aralık 7).

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834veMevzuatTur=7veMevzuatTertip=5> adresinden alındı

Appropriate Interfacility Patient Transfer. (2022). acep.org. <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/appropriate-interfacility-patient-transfer> adresinden alındı

Armağan, E., Akköse, Ş., Çebişi, H., Engindeniz, Z., ve Tokyay, R. (2001). Hastaneler arası sevklerde kurallara uyuluyor mu? *Ulusal Tıp Dergisi*, 13-16.

Aslan, Ş., ve Güzel, Ş. (2018). Türkiye'deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. *Journal of Social and Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 4995-5002.

Aslaner, M. A. (2014). Acil servise kritik hasta başvurusu ve yoğun bakım yatışlarının değerlendirilmesi. (Uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara.

Atalay, G. (2017). Hastaneler arası acil hasta naklinde aktörler arası iletişim sorunu. *Hastane Öncesi Dergisi*, 119-125.

Avşaroğlu, L. (2013). Çoklu yaralanmalı hastaya yaklaşım. İçinde Z. Kekeç (Ed.), *Tüm yönleriyle acil tıp tanı, tedavi ve uygulama kitabı* (s. 793-804). Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Aydınlık, H. (2017). Türkiye'de acil tıbbi müdahale. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*, 24-25.

Balaban, B. (2013). Bolu ilinde 112 komuta kontrol merkezi aracılığıyla yapılan il içi ve il dışı hasta sevklerinin incelenmesi. (Uzmanlık tezi). Tıp Fakültesi. Bolu İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi. Bolu.

Batı, S. (2012). Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin hastalara müdahalelerinin hastane öncesi acil tıbbi bakım yetişkin ve çocuk uygulama kılavuzu akış şemalarına uygunluğunun

değerlendirilmesi. (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya.

Batı, S., ve Kara, F. (2020). 112 acil sağlık hizmetleri personelinin müdahalelerde uygulama kılavuzlarına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Journal of General Health Sciences*, 1-13.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., ve Busse, R. (2020). Germany: Health system review. *Health Syst Transit*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34232120/> adresinden alındı

Bodur, H. A. (2005). Kritik hasta transportu. *Yoğun Bakım Dergisi*, 36-41.

Bosk, E., Veinot, T., ve Iwashyna, T. (2011). Which patients, and where: A qualitative study of patient transfers from community hospitals. *Medical Care*, 592-598.

Bourn, S., Wijesinghe, S., ve Nordmann, G. (2018). Transfer of the critically ill adult patient. *Bja Education*, 63-68.

Bulut, S., ve Uğurluoğlu, Ö. (2020). Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 166-182.

Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö., ve Köklü, N. (2018). *Sosyal bilimler için istatistik*. Ankara: Pegem Akademi.

Coşkun, R. (2011). Kritik hastanın değerlendirilmesi ve yönetimi. *13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, Antalya.

Dalyan Koçkaya, P., Gürcüoğlu, İ., ve Bağla, S. (2021). *Travma ileri yaşam desteği eğitim kitabı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Duman Atilla, Ö., Oray, D., Akın, Ş., Acar, K., ve Bilge, A. (2010). Acil servisten bakış: Ambulansla getirilen hastalar ve sevk onamları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 175-180.

Dunn, M., Gwinnutt, C., ve Gray, A. (2007). Critical care in the emergency department: patient transfer. *Emergency Medicine Journal*, 40-44.

- Durmuş, S., ve Ekşi, A. (2023). Güncel literatür ile hastane öncesi acil sağlık hizmetleri protokolleri arasındaki uyumsuzluklara paramediklerin tepkisi. *Journal of Pre-Hospital*, 87-101.
- Düzova, S. (2015). 112 acil sağlık hizmetleri'nde çalışan personelin iş doyumu: Ankara ili örneği. (Yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Ekşi, A. (2017). *Kitlesel olaylarda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yönetimi*. İzmir: kitapAna.
- Ekşi, A. (2020). *Hastane öncesi acil bakım*. İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Ekşi, A. (2021). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri*. İstanbul: EMA Tıp Kitabevi.
- Ekşi, A., ve Gümüşsoy, S. (2020). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde travma*. İstanbul: Ema Tıp Kitabevi.
- Erdem, N. (2011). Acil servise başvuran dahili grup hastaların değerlendirilmesinde ve kritik hasta seçiminde skorum sistemlerinin rolü. (Uzmanlık tezi). İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi. İstanbul.
- Erin, S. (2020). Edirne ve ilçelerinde çalışan 112 acil sağlık hizmetleri personelinin travma hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. (Uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne.
- Erin, S., Sayhan, M. B., ve Salt, Ö. (2023). Paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin travma hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Balkan Sağlık Bilimleri Dergisi*, 87-98.
- Ertan, C., Aygün, F. S., ve Yücel, N. (2010). Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan sevklerin incelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 65-70.
- Eryılmaz, M. (2007). Ülkemizde acil sağlık hizmetleri, ihtiyaca yönelik güncel çözüm önerileri. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 1-5.

George, D., ve Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update* (10. baskı). Boston: Pearson.

Gezgin, M. F. (2015). Türkiye'de 112 acil yardım ambulanslarında görev yapan sağlık personellerinin hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

Gönçer Demiral, D., ve Üstün, Ö. (2020). Hastaneler arası hasta sevkleri: Doğu Karadeniz hastaneleri üzerine bir uygulama. *Yönetim ve Ekonomi Araştırma Dergisi*, 18, 190-208.

Güler, L. M. (2023). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde spinal immobilizasyon sağlanan hastalarda prognoz retrospektif incelenmesi (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Hoffer, E. P. (2019). America's health care system is broken: What went wrong and how we can fix it. *American Journal of Medicine*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30822396/>

Kalaycı, Ş. (2006). *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri* (s. 116). Ankara: Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti.

Kılıç, M., Dokur, M., ve Ulutaşdemir, N. (2016). Acil hasta sevklerinde yaşanan sorunlar: Küçük bir il düzeyinde yapılan değerlendirme. *Zirve Tıp Dergisi*, 17(1), 17-21.

Kurtoğlu Çelik, G., Karakayalı, O., Atmaca Temrel, T., Arık, Y. E., İçme, F., ve Şener, A. (2012). 112 ile acil servise getirilen vakaların değerlendirilmesi. *Turkish Medical Journal*, 73-76.

Maxwell, K., Stuenkel, D., ve Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17845883/>

- Menemencioğlu, A. (2020). Kritik hasta bakımında yeni teknoloji kullanımı. *Çukurova Medical Journal*, 45(2), 44-47.
- Önge, T., Satar, S., Kozacı, N., Açıkalın, A., Köseoğlu, Z., Gülen, M., ve Karakurt, Ü. (2013). 112 ile acil tıp servisine getirilen erişkin hastaların analizi. *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 12(3), 150-154.
- Özyaral, O. (2005). Ambulans ve ilk müdahalede sterilizasyon dezenfeksiyon. 4. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*, 344-374.
- Paksoy, V. M. (2016). Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırması: Anglo-Amerikan ve Franko-German modeli. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 4(1), 6-24.
- Pandor, A., Essat, M., Sutton, A., Fuller, G., Reid, S., Smith, J. E., ... ve Lecky, F. (2024). Cervical spine immobilisation following blunt trauma in pre-hospital and emergency care: A systematic review. *PLoS ONE*, 19(1). Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38662734/>
- Roudari, B., Nathens, A., Cameron, P., Civil, L., Gruen, R., Koepsell, T., ... ve Rivara, F. (2007). International comparison of prehospital trauma care systems. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17640641/>
- Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Formu. (2018, Mayıs 4). Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü. Retrieved from <https://kocaeliasb.saglik.gov.tr/TR-71899/saglik-tesisleri-arasi-vaka-nakil-talep-formu-ek-9.html>
- Sarı, A. (2020). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine 112 ambulansı ile başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve klinik sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesi (Uzmanlık tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi. Denizli.
- Sarı, B. (2021). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının görev karşılaştırması: Türkiye, Amerika ve Kanada örnekleri. *Emergency Aid and Disaster Science*, 2(1), 3-10.

- Silitbolatlaz, A., Gülen, M., Avcı, A., ve Satar, S. (2018). Üçüncü basamak acil servise 112 ambulansı ile getirilen erişkin hastaların analizi. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 12(3), 51-57.
- Spoelder, E. J., Slagt, C., Scheffer, G. J., ve Geffen, G. J. (2022). Transport of the patient with trauma: A narrative review. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36089885/>
- Sungur, M. (2002). Kritik hastanın değerlendirilmesi. Retrieved from <https://www.tihud.org.tr/uploads/content/kongre/11/11.12.pdf>
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (6. baskı). Boston: Pearson.
- Tavioğlu, K., Ertekin, C., ve Güloğlu, R. (2006). *Travma ve resüsitasyon kursu*. İstanbul: Lodos Yayıncılık.
- Temizkan, R. C., Engin, M. M., Büyük, N., Kılıçaslan, Ö., Cangür, Ş., Yıldız, M., ve Kocabay, K. (2019). 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarının çalışma koşulları, karşılaştıkları sorunlar ve çocuk acil servisi ile ilgili beklenti ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 114-118.
- Turan, M. (2008). Major travmalı hastalara hastane öncesi yaklaşımda acil hekimliği sertifika programı temel eğitim modülünün etkisi (Uzmanlık tezi). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi. Bursa.
- Uçaroğlu, B., Kavalcı, C., Ceyhan, M. A., ve Hakbilir, O. (2018). 112 ambulans ile acil servise getirilen çoklu travma hastalarına yapılan girişimlerin değerlendirilmesi. *Journal of Surgical Arts*, 19(1), 25-28.
- Ulaş, S. (2023). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ekip çalışmasını etkileyen faktörler. *Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD)*, 1(2), 11-23.

- Uysal, H. (2010). Kritik durumdaki hastanın transferi. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(1), 36-41.
- Verhaegde, S., Defloor, T., Van Zuuren, F., Duijnste, M., ve Grypdonck, M. (2005). The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15807758/>
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2013, Mayıs 29). Sağlık Bakanlığı. Retrieved from <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15146veMevzuatTur=9veMevzuatTertip=5>
- Yıldırım, G. Ö., Polat Öner, Y., ve Alpakan, A. (2024). Hastaneye teslim ve hastane personeli ile olabilecek muhtemel iletişim hataları. In C. Yıldırım ve A. Neşe (Eds.), *Hastane öncesi acil sağlık* (pp. 54-58). Türkiye Klinikleri.
- Yıldırım, T. (2015). Acil servise gelen kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumları (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Yıldız Fındık, Ü., Soydaş Yeşilyurt, D., ve Gökçe Işıklı, A. (2019). Kurum içi ve kurumlar arası kritik hasta transferinde hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(2), 123-130.
- Yıldız, M., ve Durukan, P. (2004). Acil servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 4(3), 144-148.
- Yılmaz Karakuş, B., Çevik, E., Doğan, H., Sam, M., ve Kutur, A. (2014). Metropolde 112 acil sağlık hizmeti. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(2), 31-40.
- Yılmaz, A. İ. (2014). 112 acil sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen faktörler (Konya örneği) (Yüksek lisans tezi). Beykent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul.

Yoldaş, H. (2020). 112 komuta kontrol merkezi aracılığıyla 3. basamak yoğun bakım ünitesine sevki danışılan hastaların retrospektif incelenmesi. *Fırat Medical Journal*, 25(1), 34-38.

Yorulmaz, R., Cimilli Öztürk, T., Akaoğlu, E., İşat, G., Aygün, K., Demir, H., ... ve Onur Özberk, Ö. (2014). Acil servise ambulans ile başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 12(3), 108-113.

Zengin, S. (2010). İstanbul 112 komuta kontrol merkezine bağlı ambulansların bir yıl içerisinde taşıdıkları acil ve elektif cerrahi vakaların değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.



Ekler

EK -1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız?

- ☐ 20-24
- ☐ 25-29
- ☐ 30-34
- ☐ 35-39
- ☐ 40-44
- ☐ 45 yaş ve üzeri

2- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde göreviniz?

- ☐ Doktor
- ☐ İlk ve Acil Bakım Teknikeri (AABT)
- ☐ Acil Tıp Teknisyeni(ATT)
- ☐ Diğer.....

3- Cinsiyetiniz?

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

4- Medeni durumunuz?

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

5- Eğitim durumunuz?

- ☐ Sağlık Meslek Lisesi
- ☐ Önlisans
- ☐ Lisans
- ☐ Lisansüstü
- ☐ Diğer(belirtiniz).....

6- Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl arası
- ☐ 6-10 yıl arası
- ☐ 10 yıl ve üzeri

7- Çalıştığınız yerin konumu?

- ☐ Merkez
- ☐ İlçe
- ☐ Belde

8- Kritik hasta nakil konusunda eğitim/güncelleme vb gibi herhangi bir eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

9- Cevabınız evet ise; en son eğitiminizi nereden aldınız? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Mezun olduğum okuldan
☐ Çalışmakta olduğum birimde
☐ Kurumun hizmet içi eğitim toplantılarından
☐ Katıldığım konferans, sempozyum vb.
☐ Diğer(belirtiniz).....

10- Mesleğiniz ile ilgili gelişmeleri nasıl takip edersiniz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Bilimsel dergi, yayınlardan
☐ Bilimsel içerikli web sitesinden
☐ Katıldığım kongre, sempozyum ve seminerlerden
☐ Meslektaşlarımdan
☐ Takip edemiyorum
☐ Diğer

11- Kritik hasta nakli ile ilgili bilgi ve becerinizi hangi seviyede değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EK- 2**Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını Belirleme Anket Formu**

Lütfen aşağıdaki cümleleri dikkatlice okuyup, cevaplarınızı en iyi belirten seçeneğin üzerine (X) işaret koyunuz. Lütfen hiçbir cümleyi boş bırakmayınız.

(Kesinlikle Katılıyorum:5, Katılıyorum:4, Kararsızım:3, Katılmıyorum:2, Kesinlikle Katılmıyorum:1)

(HÖASH: Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri)

NO	İFADELER	KESİNLİKLE KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1	HÖASH kritik hasta nakli için özel bir protokol bulunmaktadır.	1	2	3	4	5
2	Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları kritik hastaların, olay yerinden ileri sağlık hizmeti verecek kuruma hastanın güvenli transportunu üstlenmektedir.	1	2	3	4	5
3	Kritik hasta nakillerinde eşlik edecek sağlık personeli akut yaşam kurtarıcı girişimleri (temel ve ileri kardiyak yaşam desteği, solunum desteği vb.) gerçekleştirecek bilgi beceri deneyim ve yetkiye sahiptir.	1	2	3	4	5
4	HÖASH’ inde kritik hastaya yaklaşım hızlı ve etkin yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
5	HÖASH’ inde kritik hasta nakilleri hakkında bilgi ve beceri eğitimi düzenli aralıklarla güncellenmektedir.	1	2	3	4	5
6	Kritik hasta nakil ekibi üyeleri iletişim yeteneği, acil durumlarda sakin kalma ve hızlı karar verme yeteneği olan bireylerdir.	1	2	3	4	5
7	HÖASH’ inde kritik hasta nakillerinde kullanılabilecek araç-gereç ve malzemelerin kontrolleri her gün yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
8	HÖASH’ inde kritik hasta naklinde kullanılan araç-gereçlerin uyarı verebilen tipte, şarjlı olması bataryalarının dolu olmasından ekip personelleri sorumludur.	1	2	3	4	5
9	HÖASH’ inde kritik hasta nakli sırasında hasta güvenliğini tehdit edecek durumlar (sedye kenarlıkları, kısıtlama ihtiyacı vb.) belirlenerek ekip tarafından önlem alınmakta ve kayıt edilmektedir.	1	2	3	4	5
10	HÖASH’ inde kritik hastanın nakil edileceği hastane ile iletişim kurulmaktadır.	1	2	3	4	5

11	HÖASH' inde kritik hasta ve yakınları transfer hakkında bilgilendirilmektedir.	1	2	3	4	5
12	HÖASH' inde kritik hastanın transport edileceği hastaneye hasta hakkında ön bilgilendirme yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
13	HÖASH' inde kritik hasta değerlendirmesi kısa sürede ve etkin yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
14	HÖASH' inde kritik hastanın birincil ve ikincil değerlendirmesi yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
15	HÖASH' inde kritik hasta stabilizasyonu sağlandıktan sonra transportuna başlanmaktadır.	1	2	3	4	5
16	Kritik hasta ile karşılaştığım ilk anda hastanın bilincini ve oryantasyonu değerlendirilmektedir.	1	2	3	4	5
17	HÖASH' inde kritik hasta en kısa sürede kardiyak monitörizasyon sağlanmakta ve takip edilmektedir.	1	2	3	4	5
18	Hastane öncesi acil bakımda bilinç değerlendirmesinde AVPU (Alert: Uyanık, Verbal:Sözlü uyarana yanıt, Pain:Ağrılı uyarana yanıt, Unresponsive:Yanıt yok) ve Glaskow Koma Skalası kullanılmaktadır.	1	2	3	4	5
19	HÖASH' inde kritik hastanın bilinci kapalı ise ABC (havayolu, solunum, dolaşım) değerlendirilir ve gerekirse resüsitasyon başlanılmaktadır.	1	2	3	4	5
20	HÖASH' inde kritik hasta travmalı ise detaylı fizik muayene yapılmamaktadır.	1	2	3	4	5
21	HÖASH' inde kritik hasta değerlendirilir ve hasta için en uygun hastaneye transportu sağlanmaktadır.	1	2	3	4	5
22	HÖASH' inde kritik hasta transportu sırasında hastanın mevcut durumu sürekli değerlendirilmekte (sürekli defibrilatör izlem, pulsoksimetri ölçümü, yaşam bulgular, bilinç durumu vb.) ve kaydedilmektedir.	1	2	3	4	5
23	HÖASH' inde ekipman kaynaklı yaşanan sorunlara (endotrakeal tüp çıkması, oksijen desteği kaybı. nazogastrik veya göğüs tüplerinin çıkması vb.) yönelik dikkat edilmektedir.	1	2	3	4	5
24	HÖASH' inde resüsitasyon uygulanan kritik hastada ambulans sedyesi kompresyon için uygun değil ise, hastanın altına travma tahtası yerleştirilmektedir.	1	2	3	4	5
25	HÖASH' inde resüsitasyon uygulanan kritik hastanın transportu sırasında plan ve iş bölümü yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
26	HÖASH' inde servikal travması olan kritik hastada pozisyon korunarak sabitlenmektedir.	1	2	3	4	5
27	Hastaneler arası kritik hasta nakil öncesi hasta veya hastadan sorumlu kişiye sevk gereçleri, muhtemel yarar ve riskler anlatılmaktadır.	1	2	3	4	5

28	Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta ve ailesine nakledileceği hastane ve birim bildirilmektedir.	1	2	3	4	5
29	Hastaneler arası kritik hasta naklinde kabul edecek hekimin oluru alınır ve kabul ettiği birim yazılı olarak belirtilmektedir.	1	2	3	4	5
30	Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken medikal değerlendirme (GKS, damar yolu, ileri havayolu vb.) yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
31	Hastaneler arası kritik hasta transportunda güvenli bir venöz girişim bulunmaktadır.	1	2	3	4	5
32	Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta dosyası (epikriz raporu, yapılan tetkik ve tedaviler vb.) kontrol edilmektedir.	1	2	3	4	5
33	Hastaneler arası kritik hasta naklinde hasta teslim alınırken kimlik ve dosya doğrulaması yapılmaktadır.	1	2	3	4	5
34	Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hasta nakli sürecinde yapılan tüm işlemler ve müdahaleler sözlü ve yazılı bilgi verilerek nakil süreci tamamlanmaktadır.	1	2	3	4	5

EK 3 :

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!! Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.
Bu çalışmanın adı ne? Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi
Bu çalışmanın amacı ne? Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının kritik hasta nakillerine yönelik tutumların incelenmesi amaçlanmıştır.
Size nasıl bir uygulama yapılacak? Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda araştırmacı tarafından hazırlanmış yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyo-demografik özellikleri içeren 11(on bir) sorudan oluşan ‘Kişisel Bilgi Formu’ ve hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde kritik hastanın değerlendirilmesi, müdahale ve transportunun sağlanması ile ilgili 34 maddeden oluşan ‘Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarını Belirleme Anketi’ nu yanıtlamanız istenecektir.
Farklı tedaviler için araştırma gruplarına rastgele atanma olasılığı nedir? Yoktur.
Ne kadar zamanınızı alacak? Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakikadır.
Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı kaçtır? Araştırmanın evreni 618 kişidir. Araştırmada testin gücünün yüksek ve evrenin temsiline yönelik 238 ve üzeri çalışana ulaşılması beklenmektedir.
Sizden alınacak biyolojik materyallere ne olacak ve analizler nerede yapılacak? (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması), Sizden herhangi bir biyolojik materyal alınmayacaktır.
Sizden beklenen nedir? Sizin sorumluluklarınız nelerdir? Size bu çalışmada konu ile ilgili soruların yer aldığı anket formları uygulanacaktır. Sizden bu sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve eksiksiz doldurmanız beklenecektir.
Çalışmaya katılmak size ne yarar sağlayacak? Bu çalışmaya katılmanız durumunda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları kritik hasta nakillerine yönelik tutumları belirlenecektir. Bu çalışmanın sonuçlarının konu hakkındaki farkındalığı arttırmak ve yeni protokoller oluşturularak sahaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar nelerdir? Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ya da araştırma sırasında araştırmadan çekilen hastane öncesi acil sağlık çalışanları araştırma dışında tutulacaktır. Size verilmiş olan formları eksik doldurduğunuz takdirde katılımınız sona erdirilebilir.
Çalışmaya katılmak size herhangi bir zarar verebilir mi? Hayır.
Eğer katılmak istemezseniz ne olur? Çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanır istemezseniz katılmayabilirsiniz.
Size uygulanabilecek olan alternatif yöntemler nelerdir? Yoktur.
Bu çalışmaya katıldığım için bana herhangi bir ücret ödenecek mi? Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.
Bu çalışmaya katıldığım için ben herhangi bir ücret ödeyecek miyim? Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.
Bilgilerin gizliliği: Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalacak, sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.
Bu çalışmanın sorumlusunun iletişim bilgileri 1- Adı, soyadı: BİRGÜL ÇAKIR 2- Ulaşılabilir telefon numarası: 0 3- Görev yeri: Gebze Fatih Devlet Hastanesi / KOCAELİ

EK 4: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Öneri Onayı

İnv. Evrak Tarih ve Sayısı: 28.12.2023-E.1635453



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurul İşleri Bürosu



Sayı : E-86991637-020-1635453
Konu : Birgül ÇAKIR'ın tez konusu

AFET TIBBİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Yönetim Kurulumuzun 26.12.2023 tarih ve 52/29 sayılı kararı ile Afet Tıbbi Anabilim Dalı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve Afet Yönetimi yüksek lisans programı öğrencisi Birgül ÇAKIR'ın tez konusunun "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi" olarak belirlenmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönergenin İkinci Bölümü Madde 4(1) de yer alan "Tez önerisi kabul edilen öğrenci, Tez Otomasyon Sistemi'ne üye girişi yaparak Tez Veri Giriş Formunu doldurur hükmü uyarınca ilgili öğrencinin "Tez Veri Giriş Formu"nun doldurulması hususunun tebliğ edilmesi konusunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Funda YILMAZ BARBET
Müdür

EK 5: Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu Onay Kararı

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız Gül Özlem Yıldırım sorumlu araştırmacı , Birgül Çakır yardımcı araştırmacı olduğu 'Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi' konulu araştırmanız Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Varsa Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Gül Özlem Yıldırım
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Öğrenci Birgül Çakır
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ameliyathane Hizmetleri
DESTEKLEYİCİ	
ARAŞTIRMA TİPİ	Niceliksel Tanımlayıcı Anket Çalışması (Survey)

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 24-1.1T/5	Tarih: 25.01.2024
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğu toplantıya katılan etik kurul üyelerince Oy birliği ile karar verilmiştir.	

EGE ÜNİVERSİTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu					
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Guzide Aksu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu Başkan	Tıbbi Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Yasemin Yıldırım Başkan Yardımcısı	İç Hastalıkları Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Aysun Ekşioğlu Raportör	Ebelik A.D.	Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Üye	Halk Sağlığı A.D.	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Zeliha Kerry Üye	Farmakoloji	Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	----------------------------------	------------------	---------------------------------------



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel : 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

Prof. Dr. Cengiz Çavuşoğlu Üye	Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Mehmet Çağdaş Eker Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Oya Türkoğlu Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Şafak Dağhan Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Meltem Seziş Demirci Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Prof. Dr. Gülbin Rudarlı Üye	Hareket ve Antrenman Bilimleri	Ege Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Hareket ve Antrenman Bilimleri AD.	K	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)
Doc. Dr. Tahir Atik Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Serhad Nalçacı Üye	Göz Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Prof. Dr. Ahmet Özgür Yeniel Üye	kadın hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	E	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. Fatma Sert Üye	Radyasyon Onkolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı	K	Hayır	Evet	Online Katıldı
Doc. Dr. ALİ TEKİN Üye	Çocuk Cerrahisi/Çocuk Ürolojisi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.	E	Hayır	Hayır	İzinli (Görevli)

Etik Kurul Başkanı Prof. Dr. Ceyda Kabaroğlu	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu 22	Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05
---	----------------------------------	------------------	---------------------------------------

EK 6: Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Kurum İzni



T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-65530689-799-240173523
Konu : Araştırma İzni-Birgül ÇAKIR

26.03.2024

KOCAELİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI (Kocaeli İl Ambulans Servisi Başhekimliği)

İlgi : 27.02.2024 tarihli yazı.

Ege Üniversitesi Afet Tıbbi Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan Birgül ÇAKIR 'ın " Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Kritik Hasta Nakillerine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi " konulu yüksek lisans tez çalışması Müdürlüğümüz Klinik Araştırmalar Komisyonunda değerlendirilerek Kocaeli 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları ve Komuta Kontrol Merkezlerinde yapması uygun görülmüştür.
Gereğini rica ederim.

Dr. Şeref KASIMOĞLU
İl Sağlık Müdürü a.
Personel Hizmetleri Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: E850F2F0-FBA9-46CE-B7CA-A94A2640B5E1

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Körfez Mahallesi Ankara Karayolu Caddesi No:129 İzmit-KOCAELİ 41000
Telefon No:
e-Posta: [Internet Adresi: https://www.saglik.gov.tr/](https://www.saglik.gov.tr/)
Kep Adresi:

Bilgi için: Şehnaz TUFAN KALYONCU
Hemşire
Telefon No: 02623192014 - 1855



Teşekkür

Bu çalışmanın hazırlanmasında değerli bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, her biri kendi alanında uzman olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ali EKŞİ, Prof. Dr. Hür HASSOY, Prof. Dr. Gülseren KESKİN, Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR ve Doç. Dr. Süreyya GÜMÜŞSOY'a en derin teşekkürlerimi sunarım. Bu süreçte bana danışmanlık yapan ve her zaman desteğini hissettiren Dr. Öğretim Üyesi Gül Özlem YILDIRIM'a ayrıca minnettarım.

Tezimin yazım sürecinde her daim yanımda olan, bana güç veren ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Aynı zamanda, bu zorlu süreçte yanımda olan ve bana moral veren canım arkadaşlarıma da içtenlikle teşekkür ederim.

İzmir, 14.09.2024

Birgül ÇAKIR

Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

İsim-Soyisim	Birgül ÇAKIR
Meslek	Hemşire
Görev Yeri	Gebze Fatih Devlet Hastanesi

Eğitim Bilgileri

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2021-	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri ve Afet Yönetimi	Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Yüksek Lisans
2015-2020	Hemşirelik	Sakarya Üniversitesi	Lisans
2017-2018	İlk ve Acil Yardım (Paramedik)	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	Önlisans
2011-2015	Acil Tıp Teknisliği	Akyazı Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	Lise