



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

DİSİPLİNLERARASI SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**GÖKÇEADA ve BOZCAADA'DAN İL MERKEZİNE 112 AMBULANSLAR ile
YAPILAN NAKİLLERİN EKONOMİK ve SOSYAL BOYUTUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YEŞİM ÖZTÜRK

Tez Danışmanı

PROF. DR. MURAT AYDIN

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DİSİPLİNLERARASI SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**GÖKÇEADA ve BOZCAADA'DAN İL MERKEZİNE 112 AMBULANSLAR İLE
YAPILAN NAKİLLERİN EKONOMİK ve SOSYAL BOYUTUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YEŞİM ÖZTÜRK

Tez Danışmanı

PROF. DR. MURAT AYDIN

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Yeşim ÖZTÜRK tarafından Prof. Dr. Murat AYDIN yönetiminde hazırlanan ve 26/01/2022 tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “Gökçeada ve Bozcaada’dan İl Merkezine 112 Ambulanslar ile Yapılan Nakillerin Ekonomik ve Sosyal Boyutunun Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Disiplinlerarası Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı’nda YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Murat AYDIN

(Danışman)

Doç. Dr. Ufuk GENCEL

Dr. Öğr. Üyesi Volkan AKYÖN

İmza

.....

.....

.....

Tez No :

Tez Savunma Tarihi : 26/01/2022

.....
DOÇ. DR. YENER PAZARCIK

Enstitü Müdürü

.././2022

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

(İmza)

Yeşim ÖZTÜRK

.../.../20..

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Prof. Dr. Murat AYDIN'a, çalışma sũresince tũm zorlukları benimle gũęũsleyen, bu hayattaki en bũyũk Őansım olan aileme sonsuz teŐekkũrlerimi sunarım.

Yeşim ŐZTũRK
anakkale, Ocak 2022



ÖZET

GÖKÇEADA ve BOZCAADA'DAN İL MERKEZİNE 112 AMBULANSLAR ile YAPILAN NAKİLLERİN EKONOMİK ve SOSYAL BOYUTUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yeşim ÖZTÜRK

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Disiplinlerarası Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Murat AYDIN

26/01/2022, 127

Türkiye’de artan acil sağlık hizmetleri talepleri, ambulans gereksiniminde dengesizliklere, acil servislerde yığılmalara, hizmet sunumunda yetersizlikler ile organizasyonda aksaklıklara sebep olabilmektedir. Adalarda özellikle sağlık hizmetlerine ulaşım, zaman, fazladan personel ve para gerektirmektedir. Yerli nüfusun sürekli artması, yaz mevsiminde oluşan nüfus yoğunluğu adalarda sağlık gereksinimini daha fazla artırmaktadır. Bu çalışmasının amacı Gökçeada ve Bozcaada’dan il merkezine 112 ambulanslar ile yapılan hasta nakillerinin kişi, kurum ve devlet bazında ortaya çıkardığı ekonomik ve sosyal boyutu ortaya koymak olmuştur. Araştırmanın evrenini Gökçeada ve Bozcaada’da yaşayanlar oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme bu adalarda yaşayan ve acil yardım hizmeti kullananlar (18 yaş ve üzeri) olarak belirlenmiştir. Anket sonuçlarına göre önemli sağlık hizmetlerinin il merkezinde olmasının getirdiği ulaşımdaki zorluklar ve ekonomik nedenlerle acil durumdaki hastaların bile tedaviyi reddettiği vakalar tespit edilmiştir. Nakillerde refakatçiye izin verilmemesi de tedavinin reddedilmesinin sebeplerinden birisi olmuştur. Ayrıca acil sağlık hizmetleri bilgisi düzeyinin cinsiyet, yaş, gelir ve eğitim düzeyine göre farklılaşmadığı görülmüştür. Gökçeada ve Bozcaada’dan il merkezine 1 Ocak 2021-30 Eylül 2021 döneminde yapılan 400 sevk - %57,5’i (230) erkek, %42,5’i (170) kadın tespit edilerek incelenmiştir. Tüm sevklerin %33,3’ünü 65 yaş üstü oluşturmuştur. Sevk edilen hastaların %97,5’i Sosyal Güvenlik Kurumu güvencesindedir. Sevk nedenine göre ortopedi ve travmatoloji hastalıkları %28,5 ile birinci sıradadır.

Sevkinin en çok gerekleŖtiđi ay ağustos ayı (%18) ve haziran (13,8) aydır. Sevkinin en çok hava yolu (hava ambulansı) %37,5 (150) ile gerekleŖtiđi tespit edilmiŖtir. Bu guzergâhın toplam ambulans creti 2.224.617 TL'dir. Tüm sevkinin toplam ambulans creti ise 3.047.530 TL'dir.

Anahtar Kelimeler: Gökçeada, Bozcaada, Hasta Nakli, 112 Ambulanslar, Acil Sağlık Hizmetleri



ABSTRACT

EVALUATION OF THE ECONOMIC AND SOCIAL DIMENSIONS OF TRANSPORTATION FROM GÖKÇEADA AND BOZCAADA TO THE PROVINCIAL CENTER WITH 112 AMBULANCES

Yeşim ÖZTÜRK

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Interdisciplinary Health Management

Advisor: Prof. Dr. Murat AYDIN

26/01/2022, 127

The increase in the demand for emergency health services in Turkey may cause imbalances in the need for ambulances, delays in emergency services, inadequacies in service delivery and organizational disruptions. Access to health services, especially on the islands, requires time, extra staff and money. The continuous increase in the local population and the increase in population density in the summer months further increase the health needs of the islands. The aim of this study is to reveal the economic and social dimensions of patient transport from Gökçeada and Bozcaada to the city center by 112 ambulances on the basis of individuals, institutions and states. The population of the research consists of people living in Gökçeada and Bozcaada. The sample of the study was determined as those (18 years and over) living on these islands and using the emergency service. According to the results of the survey, there were cases where even emergency patients refused treatment due to the difficulties in transportation and economic reasons caused by the important health services being in the city centre. Not allowing a companion in transfers has also been one of the reasons for rejection of the treatment. In addition, it was observed that the level of knowledge of emergency health services did not differ according to gender, age, income and education level. 400 dispatches - 57,5% (230) men, 42,5% (170) women made between 1 January 2021 and 30 September 2021 from Gökçeada and Bozcaada to the city center were identified and investigated. Over 65 years old constituted 33,3% of all referrals. 97,5% of the referred patients are under the guarantee of the Social Security Institution. According to the reason for referral,

orthopedics and traumatology diseases are in the first place with 28,5%. The months with the highest number of referrals are august (18%) and june (13,8). It was determined that most of the referrals were made by air (air ambulance) 37,5% (150). The total ambulance fee of this route is 2.224.617 TL. The total ambulance fee for all referrals is 3.047.530 TL.

Keywords: Gökçeada, Bozcaada, Patient Transport, 112 Ambulances, Emergency Health Services



İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
JÜRİ ONAY SAYFASI	İ
ETİK BEYAN	İi
TEŞEKKÜR	İii
ÖZET	İv
ABSTRACT	Vi
İÇİNDEKİLER	Viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	Xi
TABLolar DİZİNİ	Xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	Xviii
BİRİNCİ BÖLÜM	
GİRİŞ	
	1
İKİNCİ BÖLÜM	
KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	
	4
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Kavramı	4
2.2.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihiçesi	4
2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Önemi	7
2.2. Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri	10
2.3. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri	15
2.3.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı	16
2.3.2. 112 Acil Çağrı Merkezi	20
2.3.3. 112 Acil Yardım İstasyonları Tipleri	24
2.3.4. Acil Yardım Ambulansların Sınıflandırılması	25
2.3.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Personellerinin Görev ve Sorumlulukları	29
2.3.6. Hastaneler Arası Hasta Nakillerinde Hizmet Akışı	31
2.3.7. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	38
2.3.8. Acil Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Sosyal Boyutu	44

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM		
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM		48
3.1.	Gökçeada ve Bozcaada'da Sağlık Hizmetleri	48
3.1.1.	Gökçeada Devlet Hastanesi	49
3.1.2.	Gökçeada 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	49
3.1.3.	Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi	51
3.1.4.	Bozcaada Acil Sağlık Merkezi İstasyonu	52
3.2.	Gökçeada ve Bozcaada'dan İl Merkezine 112 Ambulanslar ile Yapılan Nakillerin Ekonomik ve Sosyal Boyutunun Değerlendirilmesi	53
3.2.1.	Araştırmanın Amacı	53
3.2.2.	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	54
3.2.3.	Veri toplama Araçları	54
3.2.4.	Araştırma Hipotezleri	55
3.2.5.	Araştırmanın Sınırlılıkları	55
3.2.6.	Verilerin analiz yöntemi	56
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM		
ARAŞTIRMA BULGULARI		57
4.1.	Sosyo-Demografik Özellikler	57
4.2.	Adadaki Sağlık Hizmetleri	62
4.3.	Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi	72
4.3.1.	Pilot Çalışma Güvenilirlik Analizi	72
4.3.2.	Ölçek Güvenilirlik Analizi	75
4.4.	Bağımsız Örneklem T-Testi	78
4.5.	Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi	82
4.6.	Sevk Veri Analizi	86
BEŞİNCİ BÖLÜM		
SONUÇ ve ÖNERİLER		102
KAYNAKÇA		115
EKLER		I
EK 1. ANKET FORMU		I

EK 2. ETİK KURUL ONAYI	VI
EK 3. ETİK KURUL ONAYI	VII
EK 4. KURUM İZİNİ	VIII
EK 5. KURUM İZİNİ	IX
ÖZGEÇMİŞ	X



SİMGELER VE KISALTMALAR

AAHD	Acil Ambulans Hekimleri Derneği
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği
AÇM	Acil Çağrı Merkezi
ANOVA	Varyans Analizi (Analysis of Variance)
ASH	Acil Sağlık Hizmetleri
ASOS	Acil Sağlık Otomasyon Sistemi
ASYH	Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
EKG	Elektrokardiyografi
ELSTA	Emergency Life-Saving Technique Academy
ET	Endotrakeal Entübasyon
GESTAŞ	Geleneksel El Sanatları Ticaret Anonim Şirketi
GSYH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HIV	Human Immunodeficiency Virus/İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
IO	İntraosseöz
IV	İntravenöz
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKM	Komuta Kontrol Merkezi
Km	Kilometre
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Testi
MATRA	Maatschappelijke Transformatie (Sosyal Dönüşüm) Projeleri
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
NHS	İngiltere Ulusal Sağlık Servisi
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SARS	Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TL	Türk lirası

TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USD	Amerikan Doları
vd.	Ve diğerleri
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
YİKOB	Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlığı



TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Türkiye’de cumhuriyet dönemi ASH’nin tarihsel gelişimi	7
Tablo 2	Sağlık sistemleri modelleri ve aralarındaki farklar	11
Tablo 3	Ülkelerin GSYH’de sağlığa yapılan harcama yüzdeleri 2017-2019	12
Tablo 4	Franko-German ve Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması	13
Tablo 5	Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre dağılımı (Milyon TL)	39
Tablo 6	Türkiye’de 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar 2002-2013, (Milyon TL/USD)	41
Tablo 7	Tesis türlerine göre 2009 yılı müracaat sayıları ve fatura tutarları (TL)	43
Tablo 8	Faaliyet tabanlı ve hacim tabanlı maliyetlemeye göre toplam ve birim maliyetler	46
Tablo 9	Katılımcıların cinsiyet dağılımı	57
Tablo 10	Katılımcıların yaş dağılımı	57
Tablo 11	Katılımcıların medeni durumu	58
Tablo 12	Katılımcıların eğitim düzeyleri	58
Tablo 13	Katılımcıların meslekleri	58
Tablo 14	Katılımcıların sosyal güvencesi	59
Tablo 15	Katılımcıların gelir düzeyi	59
Tablo 16	Katılımcıların araç mülkiyeti	59
Tablo 17	Katılımcıların adalara göre dağılımı	60
Tablo 18	Kiminle yaşandığına dair frekans tablosu	60
Tablo 19	Evdeki çocuk sayısı	60
Tablo 20	Evdeki 65+ kişi sayısı	61
Tablo 21	Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?	61

Tablo 22	Ailede herhangi bir kronik hastalığı olan var mı?	61
Tablo 23	Sürekli kullanılan ilaç	62
Tablo 24	Son bir yılda doktora başvuru sayısı	62
Tablo 25	Adada hastalık durumunuzda sağlık hizmetlerine anında başvurur musunuz?	63
Tablo 26	Sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanmak için adadan il merkezine taşınır mıydınız?	63
Tablo 27	Özellikli bir sağlık hizmetine ihtiyacından dolayı adadan il merkezine taşınan bildiğiniz bir yakınınız var mı?	63
Tablo 28	Adada hava koşulları sebebiyle hekimlerce sizin için uygun görülen sağlık hizmetine ulaşımında sorun yaşadığınız oldu mu?	64
Tablo 29	Daha önce adada 112 ambulans ihtiyacınız oldu mu? evet ise kaç kez?	64
Tablo 30	Ada içinde 112 ambulansa başvuru nedeni (bir önceki soruya evet yanıtı veren 218 kişiden)	65
Tablo 31	Daha önce adadan il merkezine 112 ambulanslar ile sevk edildiniz mi? evet ise kaç kez?	65
Tablo 32	Adadan il merkezine 112 ambulanslar ile sevk edilme nedeni (bir önceki soruya evet yanıtı veren 123 kişiden)	66
Tablo 33	İl merkezine nakilde kullanılan ulaşım yolu (tablo 31'deki evet yanıtı veren 123 kişiden)	66
Tablo 34	Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli herhangi bir sebepten reddettiğiniz ya da reddeden bir yakınınız oldu mu?	67
Tablo 35	Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli reddetme sebebi (bir önceki soruya evet cevabı veren 40 kişiden)	67
Tablo 36	Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakil reddedildiği için yaşanan durumlar	68
Tablo 37	Kendi isteğiniz ile daha büyük bir sağlık merkezinden hizmet almak için il merkezine gittiğinizde hangi masrafları kendiniz yapmak zorunda kalıyorsunuz? (katılımcılar arasındaki yüzde)	68
Tablo 38	Kendi imkânlarınız ile il merkez hastanesine gidiş gelişlerde hangi yolu seçtiniz?	69
Tablo 39	İl merkez hastanesine gidiş gelişlerde şehir içi hangi yolu seçtiniz?	69

Tablo 40	İl merkez hastanesinde kaldıysanız yaklaşık kaç yakınınız sizi ziyaret etti? (hastanede kalan 120 kişiden)	69
Tablo 41	112 ambulans ile il merkezine nakledilen bir yakınınızı yılda kaç kez ziyaret ediyorsunuz? (ziyarete giden 115 kişiden)	70
Tablo 42	112 ambulanslar ile il merkezine nakli gereken bir yakınınıza maddi imkânsızlıktan dolayı borç para vermeniz gerekti mi?	70
Tablo 43	Hastalık durumunuzda kendi imkânlarınız (ekonomik şartlarınızdan dolayı) ile il merkez hastanesine gitmek istememenizden kaynaklı nasıl bir deneyim yaşadınız?	71
Tablo 44	Adada yaşamınız açısından beklentilerinizin karşılanma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?	71
Tablo 45	Adadaki yaşamınızdan genel olarak memnuniyet derecenizi nasıl değerlendirirsiniz?	72
Tablo 46	Pilot çalışma normallik testi 1	72
Tablo 47	Pilot çalışma normallik testi 2	73
Tablo 48	KMO and bartlett's testi	73
Tablo 49	Pilot çalışma faktör analizi sonuçları	74
Tablo 50	Pilot çalışma soruların faktör dağılımları	74
Tablo 51	Pilot çalışma güvenilirlik analizi	75
Tablo 52	Normallik testi 1	75
Tablo 53	Normallik testi 2	75
Tablo 54	KMO and bartlett's testi	76
Tablo 55	Faktör analizi sonuçları	76
Tablo 56	Anket sorularının faktör dağılımları	77
Tablo 57	Ölçek alt boyutları korelasyon matris tablosu	77
Tablo 58	Güvenilirlik analizi	78
Tablo 59	İfadeler Arasındaki korelasyon matris tablosu	78
Tablo 60	Cinsiyet değişkeni normallik testi sonuçları	79
Tablo 61	Cinsiyet değişkeni bağımsız t testi sonuçları	79

Tablo 62	Medeni durum değişkeni normallik testi sonuçları	80
Tablo 63	Medeni durum değişkeni bağımsız t testi sonuçları	80
Tablo 64	Özel araç sahipliği değişkeni normallik testi sonuçları	81
Tablo 65	Özel araç sahipliği değişkeni bağımsız t testi sonuçları	81
Tablo 66	İkamet edilen ada değişkeni normallik testi sonuçları	82
Tablo 67	İkamet edilen ada değişkeni bağımsız t testi sonuçları	82
Tablo 68	Yaş değişkeni için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları	83
Tablo 69	Yaş değişkeni için tek yönlü varyans (anova) analizi post hoc tukey tablosu	83
Tablo 70	Eğitim durumu için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları	84
Tablo 71	Eğitim durumu değişkeni için tek yönlü varyans (anova) analizi post hoc tukey tablosu	84
Tablo 72	Meslek değişkeni için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları	85
Tablo 73	Gelir düzeyi için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları	85
Tablo 74	Sevklerdeki cinsiyet dağılımı	86
Tablo 75	Sevklerin yaş gruplarına göre dağılımı	86
Tablo 76	Sevklerin sosyal güvencelerine göre dağılımı	87
Tablo 77	Sevklerin triaj kodları dağılımı	87
Tablo 78	Sevklerin ön tanı grupları dağılımı	88
Tablo 79	Sevk eden sağlık kuruluşları dağılımı	89
Tablo 80	Sevk edilen sağlık kuruluşları dağılımı	89
Tablo 81	Sevklerin geręekleştii günlerin dağılımı	90
Tablo 82	Sevklerin geręekleştii ayların dağılımı	90
Tablo 83	Geręekleşen sevklerin türüne göre dağılımı	91
Tablo 84	Sevk edilen ambulans sayıları	91

Tablo 85	Sevklere kullanılan güzergâhların dağılımı	91
Tablo 86	Farklı güzergâhlarda kara ambulansı kullanımı ve maliyeti verileri	93
Tablo 87	Hava ambulansı kullanımı ve maliyeti verileri	95
Tablo 88	Deniz ambulansı kullanımı ve maliyeti verileri	96
Tablo 89	Güzergâhlara göre vaka sayıları ve ambulans ücretleri dağılımı	98
Tablo 90	Aylara göre güzergâh sayıları ve toplam ambulans ücretleri (TL)	100



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	Türkiye’de nedenlere göre ölüm oranı 2018-2019	9
Şekil 2	Sağlık bakanlığı teşkilat şeması	18
Şekil 3	Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü teşkilat şeması	19
Şekil 4	İl sağlık müdürlüğü teşkilat şeması	20
Şekil 5	AÇM modeli	22
Şekil 6	Gelişmiş ülkelerde sevk sisteminin tarihsel gelişimi	32
Şekil 7	Sevk sistemi akış şeması	33

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Türkiye’de her geçen gün artan acil sağlık hizmetleri başvuruları, kişi başına düşen ambulans sayısında dengesizliklere, acil servislerde yığılmalara sebep olabilmektedir. Bununla birlikte hizmet sunumunda yetersizlikler ve organizasyonda aksaklıklar oluşabilmektedir. Acil durumlarda, 112 ambulans hizmetlerine ulaşımın ücretsiz oluşu, çağrı önemine göre ayırt edilemeyişi sağlık istismarına yol açabilmektedir. Sağlık harcamaları, yaşam standartlarının düşmesi, ömrün uzaması gibi durumlar karşısında sürekli artan, dünyamızın temel problemlerinden biri haline gelmekte ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır. Burada önemli olan doğru hastanın doğru hizmete en kısa sürede, tam kavuşabilmesidir. Özellikle adalarda hizmetin ulaşımı zaman, fazladan personel, para gerektirmektedir. Yaz aylarında nüfus yoğunluğunun arttığı, kış mevsiminde ise hava muhalefetinden hiçbir ulaşım yolunun kullanılmadığı zamanlarda da hastaların gerekli tedavilerinin aksatılmadan uygulanması gerekmektedir.

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi amacıyla 112 Acil Sağlık Hizmetleri ülke genelinde kentsel ve kırsal bölgelere yaygınlaştırılmış, istasyon ve ambulans sayıları artırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Ancak bu gelişme adalardaki sağlık sorununu çözememiştir. Gökçeada ve Bozcaada’daki sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda hekim, sevk talep etmektedir. Adaların sevk nedenleri, uzman ihtiyaçlarının olup olmadığının değerlendirilmesi bu yönden çok önemlidir. Sağlık harcamalarındaki ekonomik kaybı önlemek, sağlık refahını artırmak amacıyla Gökçeada ve Bozcaada’dan yapılan nakillerin ekonomik ve sosyal boyutunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Mahrumiyet bölgesi dediğimiz bu adalar sağlıktan mahrum kalmamalı insanların hayatını tehdit eden hastalık, kaza anlarında kısa sürede müdahale hedeflenmelidir. Bu sebeple, Gökçeada ve Bozcaada’dan nakillerin değerlendirilmesi ile deniz aşırı nakillerin sosyal ve ekonomik boyutu önem arz etmektedir.

Küçük il ve ilçelerdeki hastanelerden yakın illerdeki büyük hastanelere yapılan acil hasta sevkleri, sağlık sisteminin işlerliğini yansıtan önemli bir konudur. Hasta sevklerinin en aza indirilmesi, sağlık sisteminin başarısını ölçmede bir kıstas olarak değerlendirilebilir.

Mevcut hastane imkânlarının yetersizliği sebebiyle, hastanın daha donanımlı bir sağlık kuruluşunda gerekli tedavisinin devamı için sevk işlemi gerçekleştirilir. Hasta sevkinde temel amaç; hastanın bulunduğu koşullardan daha iyi koşula kavuşturulması ve sevkin medikal yararları ve olabilecek riskleri gözden geçirilerek, sevk nedeniyle hastanın zarar görmemesidir. Daha önemlisi de yapılan hasta sevklerini en aza indirmek için tedavi hizmetlerini güçlendirerek, hasta ve yakınlarına yönelik ekonomik ve sosyal maliyetlerin de minimum seviyelere çekilmesini sağlamaktır (Kılıç vd., 2016).

Çanakkale iline bağlı Gökçeada ve Bozcaada; turistik cazibesi sebebiyle insanların akın ettiği, tarih ve politik açıdan önemli, ilçe yönetiminde olan iki adadır. Yerli nüfusun günden güne artması, yaz mevsiminde ise turist ve günübirlikçilerin gelmesi sonucu oluşan nüfus yoğunluğu Gökçeada ve Bozcaada'da sağlık gereksinimini de artırmaktadır. Sağlık gereksiniminin artmasıyla acil ambulans başvuruları artmakta, hastaneler arası nakil ihtiyacı doğmaktadır. Halkın, ileri tetkik ve tedaviye ihtiyaç duyduğu anlarda 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin kara, deniz, hava ambulansları tarafından nakli sağlanmaktadır. Ancak adalarda 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin uygulanmasında sorunlarla karşılaşmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri uygulanmasını engelleyen bu sorunlara;

- Kötü hava şartlarında deniz ve hava yolunun kullanılamaması,
- Hastanın uçuşuna engel olan anatomik ve fizyolojik sebepler,
- Helikopter ambulansın gece görüşünün olmaması, gün doğumu-gün batımı arasında aktif olması,
- Hasta ve yakınlarının, adaya dönüşün yaratacağı masraftan kaçınmak istemeleri,
- Nakil esnasında refakatçi alınmamasının yarattığı olumsuzluklar,
- Hastaların nakil reddi imzası verip sağlık kuruluşundan ayrılmaları gibi sorunlar örnek verilebilir.

Bu araştırmada yaşam ve sağlık hakkı için adalarda neler yapılabileceği, konunun sosyal ve ekonomik boyutu ortaya konulmaya çalışılacaktır. Konuyla ilgili araştırma soruları;

- Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakillerin ekonomik boyutu nedir?

- Gökçeada'dan il merkezine yapılan nakillerin ekonomik boyutu ambulans tipi ve güzergâha göre değişmekte midir?
- Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakillerin ekonomik boyutu ambulans tipi ve güzergâha göre değişmekte midir?
- Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine nakledilen hastaların sevk edilme nedenleri nedir?
- Gökçeada il merkezine yapılan nakillerin sevk edilme nedenlerine göre hangi dalda uzman hekime ihtiyaç olduğu saptanabilir mi?
- Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakillerin sevk edilme nedenlerine göre hangi dalda uzman hekime ihtiyaç olduğu saptanabilir mi?
- Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakillerin sayısı gün, ay, mevsimlere göre değişiklik göstermekte midir?
- Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakil sayılarının azaltılması için çözüm önerileri ne olur? Nakillerin azaltılması ile önlenebilecek ekonomik kayıp nedir?
- Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakillerin sosyal boyutu nedir?

Yapılacak bu çalışmayla, Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine yapılan nakillerin ekonomik ve sosyal boyutu ortaya konulacaktır. Bu sonuçlar doğrultusunda sevk sayısını azaltmaya yönelik ne yapılabileceğine ilişkin çözüm önerileri üretilerek adalardaki sağlık kuruluşlarının sevk nedenlerine bakılarak geliştirilmesi gereken alanlar ortaya konulacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

Bu bölümü, araştırmanın yapı taşı olan acil sağlık hizmetleri oluşturmaktadır. Acil sağlık hizmetlerinin kavramı, tarihçesi, önemi incelenerek dünyada ve özellikle Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin yeri ortaya konmaya çalışılacaktır. Ayrıca acil sağlık hizmetlerinin yönetim organizasyon yapısı, işleyiş ve aşamaları da tek tek ele alınarak açıklanacaktır.

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri Kavramı

İnsan sağlığını tehdit eden olayların beklenmedik anda meydana gelmesiyle gerekli acil tıbbi bakımı sağlamak için yapılan çalışmaların tamamı Acil Sağlık Hizmeti (ASH)’ni oluşturmaktadır. ASH olay yerinde yapılacak ilk yardım ve acil yardım çağrısının yapılmasıyla başlar. Acil yardım ambulanslarının olay yerine varmasıyla devam eder. Hasta ve yaralıların acil tıbbi bakımı, müdahalesi yapılması ardından uygun sağlık kuruluşlarına nakliyle sona erer (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

ASH, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine (ASHY) göre; aniden meydana gelen hastalık ve yaralanma durumlarında, ASH konusunda eğitilmiş ekipler tarafından, mevcut tüm tıbbi imkânlar ile olay yerinde, nakil esnasında ve sağlık kuruluşlarına nakli tamamlanıncaya kadar iyileştirme, fayda sağlamak amacıyla sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (T.C. Resmî Gazete, 2000).

2.1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi

ASH, insanlık tarihi boyunca ihtiyaç duyulan bir hizmet olmuştur. Günümüze kadar geçen her dönemde insanlar meydana gelen acil durumlara başa çıkma konusunda çeşitli uygulama ve girişimlerde bulunmaktadır. İlkel toplumlarda yaraların yaprakla örtülmesi, donan birinin mağara içine alınması gibi yöntemlere rastlanmaktadır. İlk tıbbi uygulamanın yaklaşık 5000 yıl önce Mısır’da kafa içi basıncına müdahale edilmesi amacıyla

trepanasyon yöntemi uygulandığına dair kayıtlara rastlanılmıştır. Hipokrat'a göre yara iyileşmesindeki en işe yarar yöntemin; yara kenarlarının birbirine yaklaştırılması ve yara üzerinin açık bırakılmasının olduğu ifade edilmektedir. Orta çağda ise yara üzerine kızgın yağ dökülerek kanamanın durdurulduğu ve yaranın daha hızlı iyileşmesi için temiz tutulması gerektiğine dair belgeler bulunmaktadır (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

Tıbbın gelişmesiyle birlikte gerçekleşen olaylara paralel olarak ASH ile hasta ve yaralı taşınmasında da önemli gelişmeler olmuştur. En önemli adımların çoğu savaş alanlarında cephelerde atılmıştır. 11. yüzyılda Arap ve Yunan hekimlerinden eğitim alan hastane şövalyeleri Haçlı Seferleri sırasında savaş alanında yaralanan askerleri kurtarıp diğer askerlere moral kaynağı olmuşlardır (Ünlüoğlu vd., 2016). İspanya Kraliçesi Isabel döneminde, at arabaları ilk kez ambulans hizmeti amacıyla 1487 yılında meydana gelen Malaga kuşatmasında kullanılmıştır. Avrupa'da savaş alanlarında tıbbi müdahalenin yasak olmasına rağmen kurtarılan askerler için küçük ödüller de verilmiştir. Ambulansların uzun yıllar yalnızca savaş alanlarında yaralı askerlerin taşınmasında kullanılmasından sonra 19. yüzyıl ortalarında siviller için de ambulans hizmeti vermeye başlanmıştır (Ünlüoğlu vd., 2016).

Napolyon döneminde ise ordu komutanlığında cerrah olan Baron Dominique Larrey, 1793 yılında Prusya seferinde ilk kez askeri tıbbi birlikler oluşturmuş ve uçan ambulans denilen atlı arabalarla yaralıları taşınmasını sağlamıştır. Kraliçe Victoria'nın onayıyla 1881 ve 1882 yıllarında kilise gönüllüleri tarafından ilk yardım konularında örgütlenerek ilk yardım birlikleri kurulmuş ve ilk yardım kitapları yayımlanmıştır (T.C. MEB, 2011). Ambulansların önemi ve korunması gerektiği konusunda 1864 yılında Cenevre sözleşmesi imzalanmış, savaş alanlarında ambulanslara saldırı yasaklanmıştır (Eren, 2020). Kısa sürede cenaze ve yaralı taşıyan araçların yerini daha donanımlı, tasarımı güçlü ambulanslar almaya başlamıştır. Alman ordusu tarafından 1906 yılında ilk motorlu ambulans kullanılmaya başlanmış, 1918 yılına gelindiğinde ise 3.600 motorlu ambulans sayısına ulaşmıştır (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

İkinci dünya savaşı yıllarında hasta ve yaralıların bakımı için küçük odalara ihtiyaç duyularak kaza odası olarak adlandırılan acil bakım servisleri yapılmıştır. Bu gelişme acil servis kullanımının başlangıcı olarak sayılabilir (Demir, 2018). Birinci ve ikinci dünya savaşı dönemlerinde hasta/yaralıların hastaneye taşınmasında karada kullanılan ambulanslar ile birlikte gemi, uçak, tren, helikopter gibi ulaşım araçları da kullanılmıştır (Koç vd., 2016).

1860'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde saha yönetimi ve hasta taşınması sivil savaşın ilk yıllarından sonra başlamıştır. 1865-1869 yıllarında ABD sivil ambulans hizmeti, üzerinde at resmi çizilmiş şekilde tasarlanmış arabalarla Cincinnati ve Newyork'ta başlamıştır. ABD'de 1960 yıllarının sonlarına doğru günümüz modern ASH'nin temelleri atılmıştır. ABD ve Fransa'da hızlı ve kaliteli hizmet sunabilmek için ambulanslarda paramedik ve hekimler görev almaya başlamıştır. İlk acil tıp programı 1970 yılında ABD'de Cincinnati Üniversitesi bünyesinde uygulamaya konulmuştur. Aynı yıllarda 911 acil durum numarası ABD'de kullanılmaya başlanmıştır (Öksüzkaya, 2019). Avrupa Birliği (AB), 29 Temmuz 1991 tarihinde alınan karar ile AB'ye uyum sürecinde olan tüm ülkelerin 112 numarasının "Tek Avrupa Acil Çağrı Numarası" olarak kullanımına karar vermiştir (Kumbasar vd., 2016).

Türkiye'de, Selçuklu ve Osmanlı dönemi ASH tarihinin ilk dönemi, Cumhuriyet dönemi ikinci dönemi olarak kabul edilmektedir (Çavmak ve Çavmak, 2020). Büyük Selçuklu Sultanı Melik-Şah (1072-1092) savaşta hasar gören hastaneleri onarıp ordusu için 40 deveden oluşan gerekli alet, malzemelerin olduğu develerle taşınabilecek seyyar hastaneler kurmuşlardır (Öksüzkaya, 2019). Osmanlı Döneminde ise 1865 yılında Cenevre Sözleşmesi kabul edilmiştir. 1867 yılında sözleşme gereği "Yaralıları ve Askeri Esirleri Kurtarma ve Yardım Derneği" kurulmuştur. Derneğin ismi II. Abdülhamit zamanında "Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti" olarak değişmiştir (Demir, 2018; Kaba ve Elçioğlu, 2013). İstanbul'da 1911 yılında meydana gelen bir yangında Hilali Ahmer acil yardım ekipleri kurmuş ve bu durum Türkiye'de ASH'nin başlangıcı sayılmıştır (Şahin, 2017). Tablo 1'de Cumhuriyet döneminde ASH'nde yaşanan gelişmeler görülmektedir.

Tablo 1

Türkiye’de cumhuriyet dönemi ASH’nin tarihsel gelişimi

Yıl	Gelişmeler
1930	Belediyelere “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile “Tıbbi İmdat ve Yardım Teşkilatının” kurulması görevi verilmiştir.
1961	Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun çıkarılmıştır; tam gün yasası, basamaklı hizmet ve sevk sistemi, uyumlu hizmet ve ekip hizmeti bu kanunla getirilmiştir.
1982	1982 Anayasasınının 41. ve 56. maddeleri düzenlenmiştir. Ailenin korunması ve sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması hedeflenmiştir.
1985	Gezici ambulanslar hizmet vermeye başlamıştır.
1986	İlk “077 Hızır Acil Servis” uygulaması başlamıştır.
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmuştur.
1993	Dokuz Eylül Üniversitesinde ilk paramedik programı açılmıştır.
1994	Sağlık Bakanlığı bünyesinde “112 Acil Yardım ve Kurtarma Merkezleri” kurulmuştur.
1994-95	İstanbul, Bursa, İzmir’de 112 ekipleri kurulmuştur.
1996	Sağlık Bakanlığınca sağlık meslek liselerinde Acil Tıp Teknisyenliği bölümü açılmıştır.
1998	Türkiye’nin ilk “İlk ve Acil Yardım” uzmanı mezun olmuştur.
2000	ASHY yayımlanmıştır.
2001	“Ambulanslar ile Özel Ambulans Servisleri ve Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği” yayımlanmıştır.
2004	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri ve Acil Tıp Teknisyeni atamaları yapılmıştır.
2007	ASHY’de yapılan değişiklikle paramedikler ambulansda doktor olmadan görev yapmaya başlamıştır.
2009	“Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri ve Acil Tıp Teknisyenlerin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ” düzenlenmiştir.
2014	Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun Ek-13’üncü maddesine “Acil Tıp Teknikeri” tanımı gelmiştir.
2018	“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğin” değişikliğine dair tebliğ yayımlanmıştır.

Kaynak: (Gezgin, 2015; Şimşek vd., 2019).

2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Önemi

ASH, sağlık sistemlerinin en ön cephesini oluşturmakta olup sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok önemlidir. ASH, stres ve kriz durumlarında hastalar için verimli ve kaliteli bir yanıt sağlamada kritik bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte, acil bakım için artan talep, hasta memnuniyetini azaltabilmekte, sağlık çalışanlarının iş yükünü artırarak, bakım kalitesini düşürebilmektedir. Ülkeler geliştirdikleri ulusal yaklaşımlarla, acil durum kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlamayı amaçlamaktadır (Berchet, 2015).

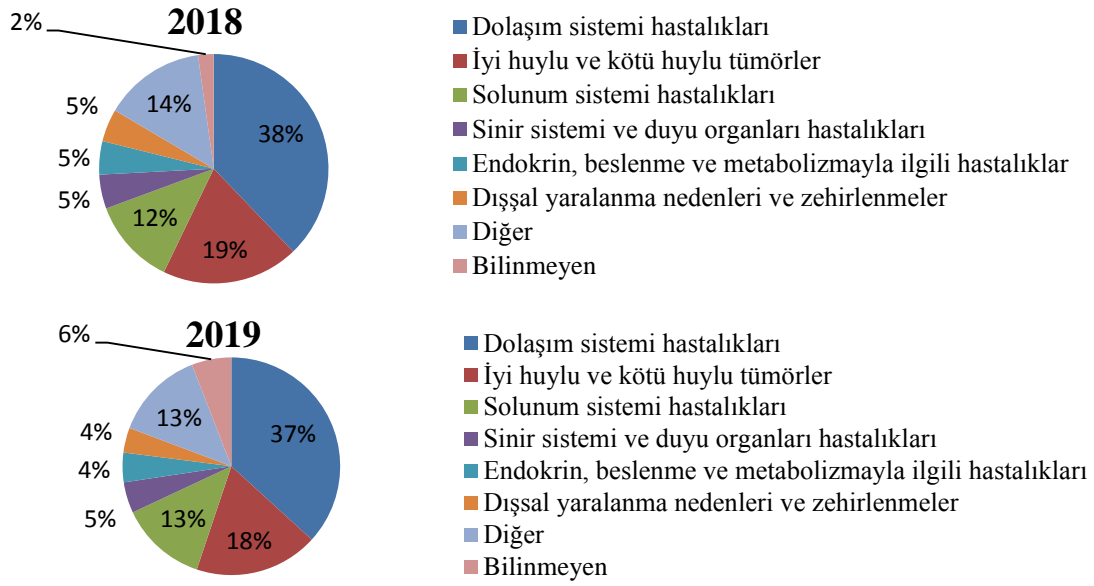
Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık sisteminin üç temel görevi olduğundan bahsetmiştir. Bunlar (WHO, 2000);

- Nüfusun sağlığını iyileştirmek,
- İnsanların beklentilerini karşılamak,
- Sağlık maliyetlerini iyileştirmek ve finansal koruma sağlamaktır.

Ülkelere göre sağlık hizmetlerine erişim, sunum ve toplumun beklentisi farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; Nepal'in kırsalında, halkın en fazla aile planlaması ve doğum öncesi kontrol gibi sağlık hizmetleri için birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurduğunu ortaya koyan bir araştırma yapılmıştır. Araştırma sonunda Nepal bölge genelinde erişilebilir acil bakım ve cerrahi hizmetlere ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır. Sri Lanka'da iki topluluk arasında yapılan ankette ise insanların birinci basamak sağlık sisteminden hizmet almayı beklediği görülmüştür. İnsanların küçük rahatsızlıklar için geleneksel ev ilaçlarını kullandıkları ancak baş edemedikleri durumlarda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurdukları belirlenmiştir (Razzak ve Kellermann, 2002).

Acil tıbbi ulaşımın sağlanması ölüm riskini önemli derecede düşürdüğü bilinmektedir. Sierra Leone'de araca ve iletişim sistemine yapılan yatırım verilen hizmete ulaşımı ikiye katlamış, ölüm oranını %50 azaltmıştır (Razzak ve Kellermann, 2002). Meksika'nın bir kentinde ambulans noktalarının iki ile dört oranına çıkarılması ve "Hastane Öncesi Travma Yaşam Desteği" eğitiminin verilmesiyle ulaşım süresi kısaltılmış ve nakil esnasında ölüm oranı yarı yarıya düşülmüştür (Arreola-Risa vd., 2000).

ASH önemi, birçok ülkede olduğu gibi ve Türkiye'de de ölüm nedenlerine bakıldığında daha iyi anlaşılabilir. 2016 yılında dünyada meydana gelen 56,9 milyon ölümün 15,2 milyonunun kalp hastalıklarından kaynaklandığı, ölüm nedenleri arasında en çok dolaşım sistemi hastalıklarının yer aldığı açıklanmıştır (WHO, 2018). Türkiye'de de (Şekil 1'de) 2019 yılı verilerine göre %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları ölüm nedenlerinin ilk sırasında yer almaktadır (TÜİK, 2020).



Şekil 1. Türkiye’de nedenlere göre ölüm oranı 2018-2019.

Kaynak: (TÜİK, 2020).

Gelişmiş ülkelerde önemli ölüm nedenlerinden biri de kafa yaralanmalarıdır. Kafa yaralanması vakaları hastane başvurularının yaklaşık %20’sini oluşturmaktadır. ABD’de kafa yaralanmaları nedeniyle her yıl 100.000 kişinin yaklaşık %50’sinden fazlası hayatını kaybetmektedir. Bu hastaların yıllık tedavi masrafları toplamı 48 milyar Amerikan doları üzerinde olduğu ve ABD’deki sağlık harcamalarının %20’si gibi önemli bir yüzdesini oluşturduğu açıklanmıştır (Söğüt ve Al, 2009).

Türkiye’de yaşanan trafik kazalarına bakıldığında 2020 yılı verilerine göre 983.808 trafik kazası gerçekleşmiş, bu kazalar neticesinde 226.266 kişi yaralanmış ve 4.866 kişi hayatını kaybetmiştir (T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı, 2021). Trafik kazalarında kısa zamanda yapılan acil tıbbi bakım, ölüm oranlarını yaklaşık %20 ile %25 arasında azaltmıştır (Yılmaz, 2014). Moe Tolgen ve Lund, kaza ve yaralanma sonucu gerçekleşen ölüm oranlarını değerlendirerek olayın gerçekleşmesi itibarıyla %10’unun 3-5 dakikada, %54-60’ının ise 30 dakikada meydana geldiğini saptamışlardır. Bu durum birçok ülkede ilk yardım sisteminin planlı şekilde hayata geçirilmesinin temellerini atmıştır (Batı, 2012).

Yaşlılık endeksi tahminlerine göre, 2025 yılında Türkiye’de yaşlılık oranının %21,2’ye ulaşabileceği öngörülmektedir. 2040 yılına gelindiğinde ise Türkiye’de yaşlı nüfus oranının yaklaşık %200’lük artış göstermesi beklenilmektedir (Akturan vd., 2019). Nur vd. (2008), 2006 yılında yaptıkları çalışmada 6.782 ambulans başvurularının 1.507 (%22,2) kadarını 65 yaş ve üzeri kişilerin oluşturduğunu saptamışlardır. Türkiye’de ortalama yaşam beklentisinin artmasıyla yaşlı nüfusun ambulans kullanım oranının artacağı düşünülmektedir.

Kılıç vd. (2016), 2009 ve 2010 yıllarında Kilis’te yapmış oldukları çalışmada; sevklerin %71,50’si tıbbi donanım yetersizliği ve ilgili bölümün olmaması, %16,10’u ilgili uzman hekimin ve %8,40’ı ilgili dal hekiminin o sırada orda olmaması, %4’ü de hastanın isteği üzerine yapıldığı tespit edilmiştir. Sevklerin %17 (102)’si tıbbi cihaz eksikliği, %41,7 (249)’si de ileri tetkik ve tedavi için yapıldığı belirlenmiştir.

ASH, hastalık, ölüm ve sakatlıkların azaltılmasında büyük öneme sahiptir. Bu durum, sağlığın sürdürülmesi için ASH’nin eksiksiz, kaliteli olarak organize edilmesini, sunulmasını gerekli kılmıştır.

2.2. Dünyada Acil Sağlık Hizmetleri

Dünyada acil sağlık hizmetlerinden bahsetmeden önce sağlık hizmetleri sunumundan ekonomik ve sosyal yönüyle bahsetmek doğru olacaktır. Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri sağlık hizmetleri sunumunun kalitesini doğrudan etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerini sunuş şekli daha etkin, verimli ve kaliteli olduğu gözlenmektedir (Doğru, 2019). Ülkelerin kişi başına düşen milli geliri yüksek olduğunda, kişi başına düşen sağlık harcamalarının da yüksek düzeyde gerçekleşmekte olduğu ifade edilmektedir (Şaşmaz vd., 2019). Sonuçta artan sağlık harcamaları daha fazla sağlık hizmetlerine başvuru anlamına gelmekte ve toplumun sağlık durumunu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu durum beraberinde sağlık harcamalarındaki artışa paralel sosyal refah düzeyini de artırıcı etki göstermesine neden olmaktadır (Doğru, 2019).

Ülkeler, sağlık hizmeti sunumunda kaliteli, etkin, profesyonel hizmet verebilmek, sağlık finansmanını sağlamak ve kaynaklarını kontrol altında tutmak amacıyla sağlık finansman modellerini geliştirmişlerdir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Ülkelerin sağlık finansal modelinin belirlenmesinde sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri oldukça önemlidir. Sağlık hizmetini talep edenlerin gelir düzeyinin yüksek olması finansman modelinin belirlenmesinde doğrudan etkilidir. Milli gelir, mali kapasite, kaynakları harekete geçirme gücü de belirleyici unsurlardandır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri ise dolaylı finansman yöntemi ile doğrudan finansman yöntemi olarak ayrılmaktadır (Güven, 2020). Özel ya da kamu kurumlarının sunduğu sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin hizmet bedelini aracısız kendilerinin ödemesine doğrudan finansman yöntemi denilirken, hizmet bedelinin başka kaynaklardan finanse edilmesine dolaylı finansman yöntemi denilmektedir (Göze Kaya ve Gür, 2017). Sağlık hizmetlerinin finansmanında ülkeler zaman içerisinde politika değişikliğine gidebildikleri için standardize bir sağlık finansman modelinden bahsetmek mümkün olmasa da birçok ülkenin sağlık hizmetleri finansmanının karma bir modele dönüştüğü gözlemlenmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Tablo 2’de sağlık finansman modelleri, yaygın kullanılan finansman yöntemine göre sınıflandırılmıştır.

Tablo 2

Sağlık sistemleri modelleri ve aralarındaki farklar

	Ulusal Finansman (Beveridge) Modeli	Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck) Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Birleşik Krallık, İspanya, İtalya	Almanya, Fransa, Hollanda, İsviçre	ABD
Sağlık Hizmeti Sunucusu	Kamu sektörü	Kamu Sektörü/Özel Sektör	Özel Sektör
Kaynak	Vergiler	İşveren ve işçi Katkıları	Özel Finansman
Karar verici	Devlet	Sigorta Fonu-Hekim Birlikleri	Özel Girişimcilik İlkeleri

Kaynak: (Göze Kaya ve Gür, 2017; Tatar, 2011).

WHO, Dünya Bankası tarafından yıllık olarak düzenlenen Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYH), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporlarında ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanı yüzdeler halinde sunulmaktadır. WHO, sağlık hizmetleri finansmanı için GSMH’nin %5’inin üzerinde bir oran ayrılmasının ülkelerin gelişmişlik düzeylerini gösteren önemli bir gösterge olduğunu söylemektedir (Tutar ve Kılınc, 2007).

Buna göre bazı OECD ülkelerin sağlık harcamalarının 2017-2019 yılları arasındaki yüzdeleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3

Ülkelerin GSYH'de sağlığa yapılan harcama yüzdeleri 2017-2019

Ülke	2017	2018	2019
ABD	16,8	16,7	16,8
Almanya	11,3	11,5	11,7
Avustralya	9,3	9,2	9,4
Avusturya	10,4	10,3	10,4
Belçika	10,8	10,8	10,7
Birleşik Krallık	9,8	9,9	10,2
Çek Cumhuriyeti	7,1	7,5	7,8
Danimarka	10,0	10,1	10,0
Estonya	6,6	6,7	6,7
Finlandiya	9,1	9,0	9,2
Fransa	11,3	11,2	11,1
Hollanda	10,1	10,0	10,2
İrlanda	7,1	6,9	6,7
İsrail	7,3	7,5	7,5
İsviçre	11,5	11,2	11,3
İspanya	9,0	9,0	9,1
İtalya	8,7	8,7	8,7
İzlanda	8,3	8,4	8,6
Japonya	10,8	10,9	11,0
Kanada	10,8	10,8	10,8
Macaristan	6,8	6,5	6,4
Meksika	5,5	5,4	5,4
Şili	9,1	9,2	9,3
Türkiye	4,2	4,1	4,3
Polonya	6,6	6,3	6,5
Yunanistan	8,1	8,0	7,8

Kaynak: (OECD istatistikleri, 2021).

Ülkelerde yapılan araştırmalarda sağlık hizmeti kullanımının sosyal yapıya göre etkilendiği bulguları göze çarpmıştır. Yapılan araştırmalarda, İngiltere'de gelir, etnik köken ve eğitim düzeyinin sağlık hizmetinden eşit fayda sağlamayı etkilediği, Kanada'da düşük gelir ve eğitim seviyesinde olan kişilerin sağlık hizmeti kullanımının düşük olduğu bulunmuştur. Brezilya'da ileri yaştaki kadınlar arasında sağlık durumunu kötü olarak belirten kişilerin gelir durumu düşük tespit edilmişken; Meksika'da gelir, coğrafi bölge, sosyal statü, ekonomik düzeyin sağlık hizmeti kullanılmasını etkilediği bulunmuştur (İlhan vd., 2006).

ASH'nin sunumunda ülkeler yönetim yapılarına göre farklılık gösteren yönetim modelleri uygulamaktadır. Bu yönetim modelleri arasında yaygın uygulananlar ise Anglo-Amerikan Model'i ile Franko-German Model'idir (Kılınçlı ve Yıldırım Kaptanoğlu, 2019). Anglo-Amerikan Model'de “kap ve götür” prensibi uygulanmaktadır. Bu model olay yerinde zaman kaybetmeden, hekim olmayan sağlık personeli tarafından tedavi başlatılıp hastaneye nakledilmesi gerektiği gibi kuralları içerir. Hasta ileri acil bakımına acil tıp uzmanları tarafından devam edilmesi üzere hastane acil servislerine nakledilir. ABD, Avustralya, Kanada bu modelin uygulandığı bazı ülkelerdendir (Şimşek vd., 2019). Türkiye'de de gerek hastane öncesi, gerekse acil servislerde Anglo-Amerikan Model'i uygulamaya çalışılmaktadır (Paksoy, 2016). Franko-German Model'inde ise “kal ve tedavi et” prensibi uygulanmaktadır. Franko-German Model'inde olay yerinde hastanenin sunduğu bakım ve tedavi yapılarak hasta direkt yoğun bakım ünitesine ya da yataklı servislere nakledilmektedir. Bu modelin uygulandığı ülkeler arasında; Almanya, Litvanya, Fransa, Portekiz, Rusya yer almaktadır (Şimşek vd., 2019). Bu iki model daha iyi ifade edilmek üzere Tablo 4'te olduğu gibi karşılaştırılmıştır.

Tablo 4

Franko-German ve Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması

Model	Franko-German Modeli	Anglo-Amerikan Modeli
Hasta Bakımı	Sahada ileri tedavi Hastaneye az transport	Sahada en az tedavi Hastaneye daha fazla transport
Bakımı Sağlayan	Paramedik ve doktorlar	Paramedikler
Ana Amaç	Hastaya hastane getirilir	Hasta hastaneye götürülür
Transport Yeri	Acil Servis by-pass edilerek doğrudan ilgili servislere	Doğrudan acil servise nakledilir
Kapsamı	Kamu sağlığı organizasyonu	Kamu güvenliği organizasyonu

Kaynak: (Paksoy, 2016).

ASH'nin sunumu ülkelerdeki yerel imkânlarla göre de bazı farklılıklar göstermektedir. Örneğin; Amerika ve Kanada'da ambulans, polis, itfaiye ekiplerinin tek merkezden yönetildiği, tüm çağruların özel eğitim almış personeller tarafından cevaplanarak uygun ekibin olay yerine yönlendirildiği ve polis teşkilatının daha ön planda

olduğu bir sistem mevcuttur. Ambulanslarda eğitim düzeylerine göre tıbbi yetki ve sorumlulukları farklı olan paramedikler görev yapmaktadır.

İngiltere’de ASH, profesyonel bir yönetim kuruluyla yönetilen, özel sektör kuruluğu gibi organize edilmiş ambulans servisleri vardır. Bu servisler itfaiyeden ayrı olarak yönetilmektedir (Altuntaş, 2014). İngiltere’de devlet tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Servisi (NHS), sevk zincirine uyan hastalara sağlık hizmetlerini ücretsiz sunmaktadır. Hastalar doğrudan uzman hekime gittiklerinde cepten ödeme yapma durumunda kalmaktadır (Kumbasar vd., 2016).

Almanya’da ASH, itfaiye merkezi tarafından yürütülmektedir. Acil ağrılar itfaiye merkezi karşılamakta ve acil çağrılar değerlendirildikten sonra gerekiyorsa ambulans ekiplerine bildirilmektedir. Çağrının durumuna göre paramedik veya doktor bulunan ambulans görevlendirilmektedir (Kılınçlı ve Yıldırım Kaptanoğlu, 2019).

Fransa’da ise diğer ülkelerden farklı olarak hekimler daha ön planda olsa da ASH sunumu şehirde şehir ve bölgeden bölgeye farklılık göstermektedir. Ambulans merkezleri çoğunlukla hastane içinde yer almaktadır. Ambulanslarda hekimler ve paramedikler görev almakta ve gerektiğinde itfaiye teşkilatıyla da iş birliği yapmaktadırlar (Altuntaş, 2014).

ek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya gibi Orta Avrupa lkelerinde ise ASH yerel teşkilatın yönetiminde olup acil hizmet harcamaları ise zorunlu sağlık sigortası ve hkmet tarafından karşılanmaktadır. Sistemde uzman doktorlar ve paramedikler önemli lde yer almaktadır (Batı, 2012).

Japonya’da ASH gelişimi ve personel kalitesi diğer ülkelere göre daha zayıftır. Ambulans hizmetleri itfaiye sistemi ile birlikte görev almaktadır. 1991 yılında Acil Yaşam Kurtarma Teknikleri yasası kabul edilmiş ve ambulans hizmetlerinin geliştirilmesi için ilk adım atılmıştır. Tokyo’da 1991 yılında kurulan Emergency Life-Saving Technique

Academy (ELSTA), 1998 yılında yenilenerek daha modern hale gelmiştir. Ambulanslarda ELSTA sertifikası almış itfaiyeci paramedikler görev yapmaktadır (Kılınçlı ve Yıldırım Kaptanoğlu, 2019).

Çin sağlık sistemi; ambulans hizmetleri, acil servis birimleri ve yoğun bakım hizmetleri olarak üç bölümden oluşmaktadır. Kırsal alanlara yeterince sağlık hizmeti sunulmamakta, acil çağrı merkezleri kırsal kesimlere yanıt verememektedir. Kent nüfusunun %25'inin sağlık sigortası bulunmasına rağmen halk ambulans hizmeti harcamalarının çoğunu kendi karşılamaktadır. İki tip ambulans vardır. Biri tıbbi donanımlı diğeri ise taşıma için kullanılmaktadır. Paramedik mesleği sistemde yoktur. Ambulans ekiplerinde doktor, hemşire, sürücü görev almaktadır (Paksoy, 2016).

2.3. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de ASH taşra teşkilatının içinde oluşturulan bir birim olarak meydana gelmiştir. 1913 yılında sağlık müdürlüğünün görevlerini belirlemek amacıyla “Şehremanati Sıhhiye Müdüriyeti Vezaifine Dair Talimat” yayımlanmıştır. Bu talimatta hasta naklinde kullanılan hasta otomobillerinin görevlerini tanımlayan maddelere yer verilmiştir. Hasta otomobillerinin görevleri; kaza gibi durumlarda olay yerine gecikmeksizin ulaşmak, ilk müdahalede bulunmak, hasta nakli yapmak ve 24 saat göreve hazır halde çalışmak olarak belirtilmiştir. Hasta otomobilinin bir diğeri ise her gün son 24 saatlik görev listesini sağlık müdürlüğüne bildirmek olarak tanımlanmıştır (Çalışkan, 2015). 1961 yılında sağlık hizmetlerinin en uzak noktadaki vatandaşın ayağına götürülmesini amaçlayan “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” çıkarılmıştır. 1982 Anayasa’sı ile sağlık hizmetlerinin sunumunda insanlar arasında eşitlik sağlanarak devlet güvencesi altına alınmıştır (T.C. MEB, 2011).

1985 yılında Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez trafik kazası olma riski yüksek yerlerde ve turistlerin yoğun olduğu bölgelerde gezici ambulans ekipleri göreve başlatılmıştır. 1986 yılında ise İzmir, Ankara, İstanbul illerinde valiliklerin öncülüğünde belediyeler ve il sağlık müdürlüğünün ortak çalışmasıyla 077 Hızır Acil

Servis kurulmuştur. Ambulansta il sağlık müdürlüğünün hastaneden görevlendirdiği bir hekim ile belediyenin görevlendirdiği bir şoför hizmet vermiştir. İmzalanan protokol gereği ambulans hizmetlerinin finansmanı belediyeler tarafından karşılanmıştır. 077 Hızır Acil Servis, Türkiye’de ASH sistemsel oluşumunun başlangıcı olarak kabul edilmektedir (AAHD, 2015). Acil durum iletişim numarasının “112” olarak değiştirilmesiyle, ambulans hizmetleri yeni bir gelişim sürecine girilmiştir. Tüm illerde acil bir durumda hizmet alınabilmesi için 112 numarası ücretsiz olarak aranabilmektedir (Erbay, 2017). T.C. Sağlık Bakanlığının sağlık istatistikleri yıllığındaki verilerine göre; 2002 yılında Türkiye genelinde 481 acil sağlık hizmetleri istasyonu, 618 acil yardım ambulansının hizmet verdiği, 2019 yılına gelindiğinde ise, 2.886 acil sağlık hizmetleri istasyonu ile 5.382 acil yardım ambulansının hizmet verdiği görülmüştür (Bora Başara vd., 2019).

2.3.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

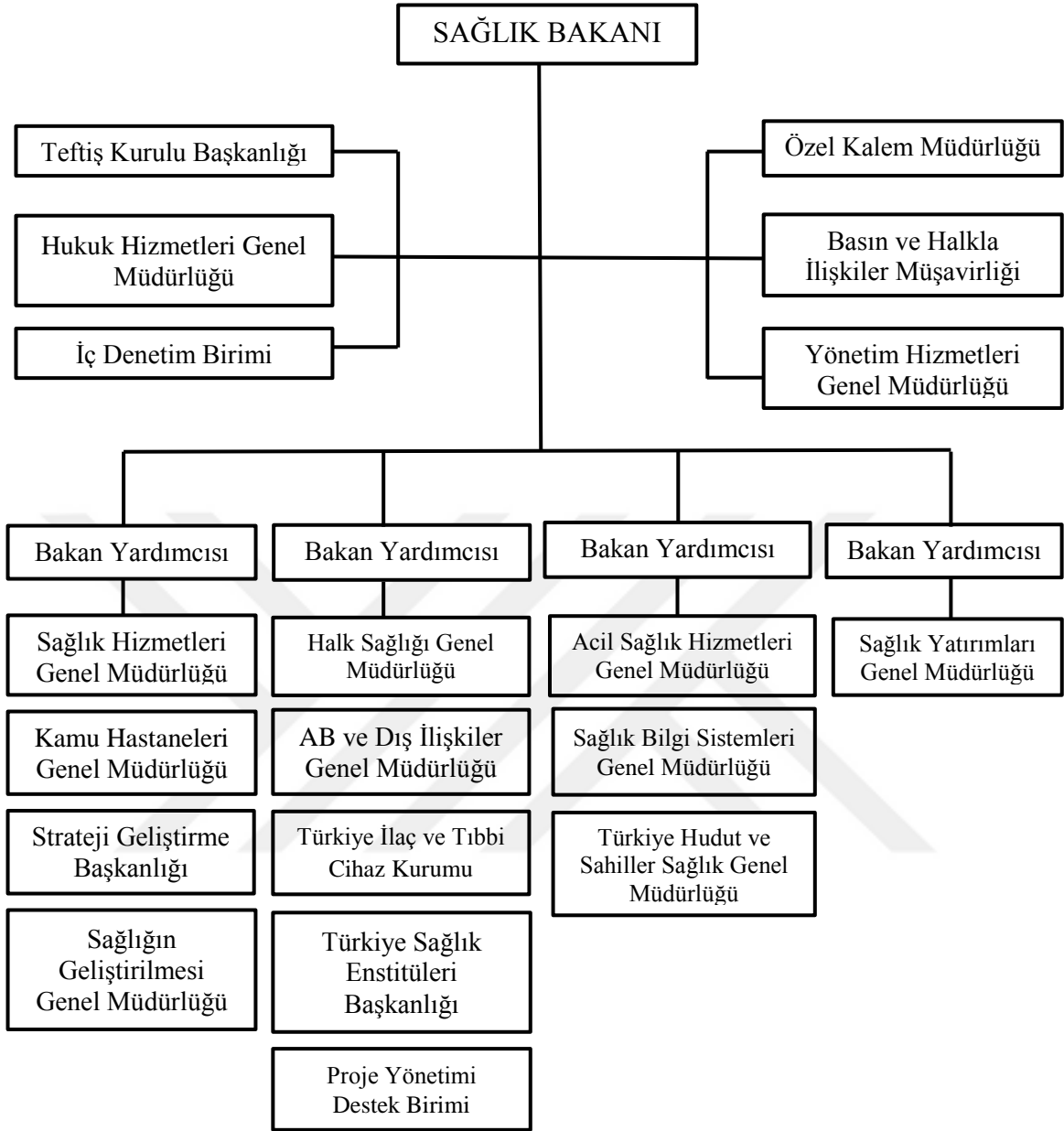
ASHY’nin 5. maddesinde belirtildiği üzere, ülke genelinde ASH sunumunun tam gün, ekip ruhu anlayışı ile gecikmeksizin ulaşılabilir olması gerekmektedir. ASH’nin bu gerekliliği yerine getirebilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığınca kurul ve komisyonlar oluşturulmuştur. Bu kurul ve komisyonların görev tanımları aşağıda belirtildiği gibidir (Resmî Gazete, 2000):

- a) **Acil Sağlık Hizmetleri Danışma Kurulu:** ASH’nin uygulanmasıyla ilgili tavsiye kararlar alabilen bir kuruldur. Mevzuatla ilgili çalışmalar yapmak ve ASH ile ilgili sağlık kuruluşlarında personellerin eğitim ve uygulama programlarını belirtmek görevleri arasındadır.
- b) **Acil Sağlık Hizmetleri Bölge Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi:** ASH konusunda bilimsel araştırmalar yapmak, hizmet içi özel veya sertifikalı eğitimleri kendi bünyesindeki illerin desteğini alarak ulusal ve uluslararası kuruluşlar ile planlamaktadır. Ayrıca eğitim materyalleri, yazılı ve görsel dokümanlar hazırlamak, afetler ve olağandışı durumlarda bağlı iller ile koordinasyonu sağlamak görevleri arasındadır.
- c) **İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu (ASKOM):** İldeki tüm hastanelerin acil servisleri ile il ambulans servisi arasındaki iş akışını ve hizmet standartlarını belirlemek üzere müdürlüğün teklifi ve valiliğin onayı ile

kurulmaktadır. Ekip bünyesinde İl sağlık müdürü veya görevlendireceği ASH'den sorumlu il sağlık müdür yardımcısının başkanlığında acil sağlık hizmetleri şube müdürü, yataklı tedavi hizmetleri şube müdürü, il ambulans servisi başhekim, resmî ve özel hastanelerin acil servis sorumluları ile meslek odası ve ilgili sivil toplum kuruluşları temsilcileri yer almaktadır.

Türkiye'de ASH'nin yönetim yapılanmasına bakıldığında hiyerarşik örgütlenme yapısının uygulandığı, hiyerarşik yapının en belirgin özelliği olan yukardan-aşağıya, üst-ast ilişkisinin hâkim olduğu bir yönetim şekli karşımıza çıkmaktadır (Kılınçlı ve Yıldırım Kaptanoğlu, 2019). ASH'nin sevk ve idaresinin genel işleyişini anlamak hususunda merkez ve taşra teşkilat yapılarının aşağıda olduğu gibi açıklanması faydalı olacaktır.

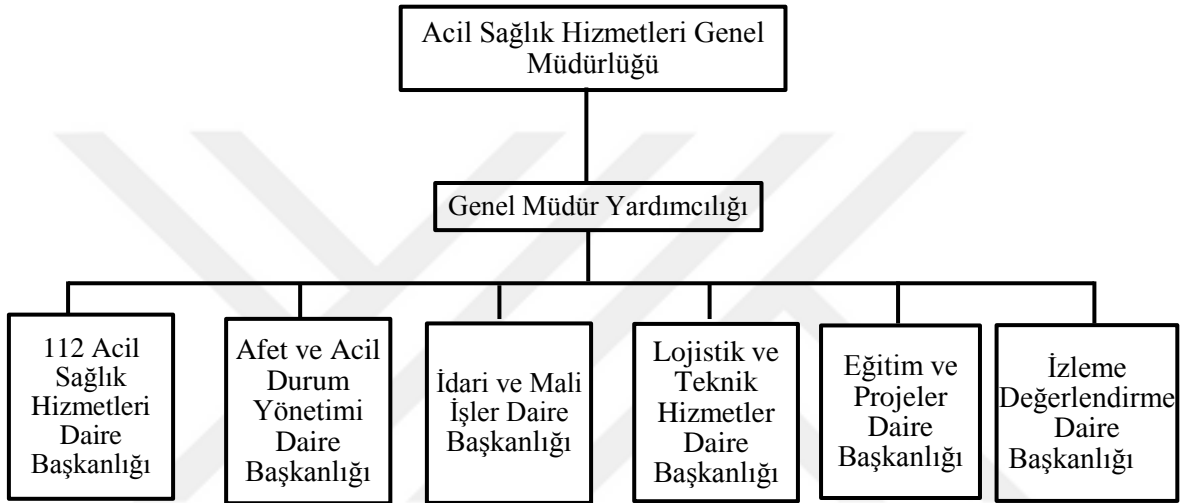
Merkez Teşkilatı: 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK)'de Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yayımlanmıştır. Sağlık Bakanlığının görevi; toplumun iyilik halinin sürdürülmesini sağlamaktır. Bu amaçla halkın sağlığının korunması, hastalıkların azaltılması veya ortadan kaldırılması, sağlık hizmetlerinde kılavuzluk yapmak başlıca görevlerindendir. Yurtdışından gelebilecek hastalıkların ülkeye girmesinin önlenmesi, halkın sağlığını her riskten korumak, ihtiyaç halinde sağlık ürünlerini halka ulaştırılması ve fiyatlandırılması, herkese ayırım gözetmeksizin, etkili ve faydalı hizmet sunulması gibi görevler de kararnamede yer almaktadır (T.C. Resmî Gazete, 2011). 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı KHK. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına yönelik ilk düzenlemedir. İkincisini 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı KHK oluşturmaktadır. Sonraki düzenleme 2011 yılında çıkarılmıştır. 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK ise son düzenlemedir (Durmuş ve Durmuş, 2019). Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını Şekil 2'de görülen kurul ve kuruluşlar oluşturmaktadır.



Şekil 2. Sağlık bakanlığı teşkilat şeması
Kaynak: (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ülke genelinde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinden sorumlu olup, ASH'ne ait birimleri kurmak, faaliyetlerini değerlendirmek, hasta sevk koordinasyonunu sağlamak başlıca görevlerindedir. Afetlerde ve acil durumlarda yurtiçi ve yurtdışında koordinasyonu sağlamak, sağlık ve yardım faaliyetlerinde bulunmak diğer görevlerindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

ASH, Sağlık Bakanlığı bünyesine bağlı olarak yürütülmektedir. 1997 yılında kurulan Acil Sağlık Daire Başkanlığı, 2011 yılında Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılmasıyla Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne dönüştürülmüştür. 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı da Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlanmıştır (Şahin, 2017). Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü teşkilatını Şekil 3'te görülen kurul ve kuruluşlar oluşturmaktadır.

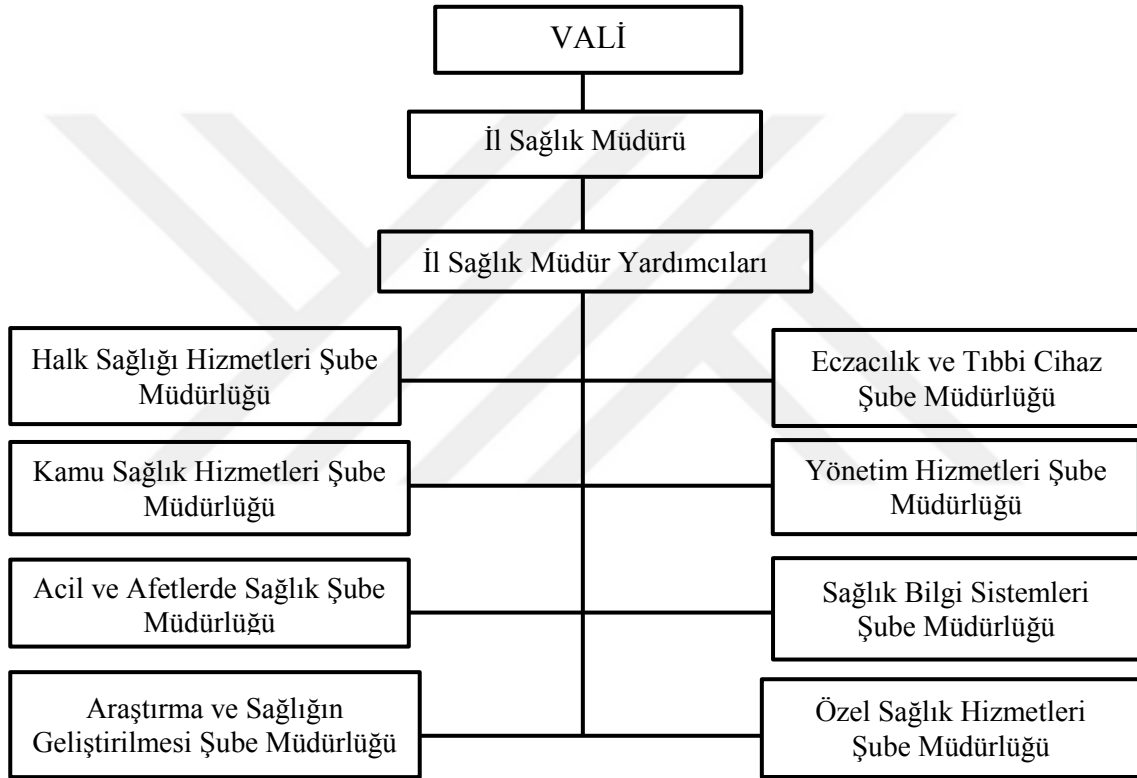


Şekil 3. Acil sağlık hizmetleri genel müdürlüğü teşkilat şeması

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Taşra Teşkilatı: Taşra teşkilatında ASH birimleri temel ve destek hizmet olarak ikiye ayrılmaktadır. ASH'nin temel hizmet birimlerini; Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimliği, hastane acil servisleri oluşturmaktadır (T.C. Resmî Gazete, 2000). İl Ambulans Servisi Başhekimliği, doktorlar arasından seçilmektedir. Ambulans hizmetlerinin il düzeyinde koordine etmek, kesintisiz sürdürülmesini sağlamakla yükümlüdür. Tüm bu eylemleri Sağlık Bakanlığınca belirlenen görevler doğrultusunda, İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı olarak gerçekleştirir. 112 Komuta Kontrol Merkezi (KKM) ve ambulans birimlerinin işleyişinden sorumludur (Kılınçlı ve Yıldırım Kaptanoğlu, 2019). ASH'nin destek birimleri ise; birinci basamak sağlık kuruluşları, yataklı tedavi kurumları, acil sağlık hizmetleri ile ilgili hizmet sunan özel kuruluşlar ve şahıslar olarak belirtilmektedir (T.C. Resmî Gazete, 2000).

İl sağlık müdürlüğünün başlıca görevi; il teşkilatının koordinasyonunu yaparak, işleyişteki uyumu gözetmektedir. Sağlık hizmetleri yönünden ilin durumunu belirli aralıklarla Sağlık Bakanlığına rapor etmektedir. ASH'nin yürütülmesi için tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının sevk ve idaresinin sağlanmasında yetki ve sorumluluğa sahiptir. Sağlık Bakanlığınca yürütülen görevleri il ve ilçe düzeyinde yerine getirilmesi ve gerekli yaptırımların uygulanması diğer görevlerindedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). İl sağlık müdürlüğü teşkilatını Şekil 4'te görülen kurul ve kuruluşlar oluşturmaktadır.



Şekil 4. İl sağlık müdürlüğü teşkilat şeması
Kaynak: (Şahin, 2017).

2.3.2. 112 Acil Çağrı Merkezi

T.C. İç İşleri Bakanlığı'nın 2003 yılında Hollanda Hükümeti ile yapmış oldukları iş birliği ile Türkiye'de "Tek Avrupa Acil Çağrı Numarası" geliştirme çalışmaları MATRA projeleri kapsamında başlanmış ve 06 Nisan 2005 yılında Antalya pilot il olarak belirlenmiştir (T.C. MEB, 2011).

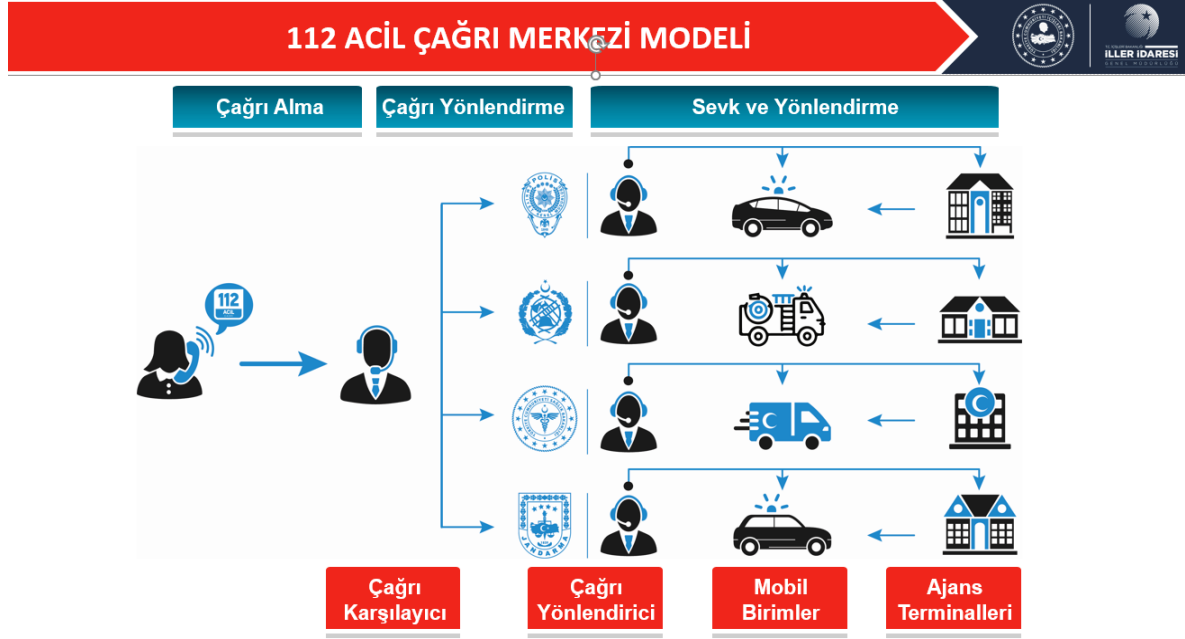
Acil Çağrı Hizmeti, Kamu düzeni ve güvenliği, kişi sağlığı ve güvenliği, toplum sağlığı, su kaynakları ve sulak alanlar ile doğaya yönelik ani tehditler ve mala yönelik zararları içeren durumlara ilişkin her türlü çağrı acil çağrı olarak kabul edilmektedir. Acil çağrı hizmeti ise acil çağrının alınmasından ilgili kurum ya da kuruluşların acil çağrı hizmetini tamamlamasına kadar geçen sürede verilen sevk ve koordinasyon hizmetini ifade etmektedir (Resmî Gazete, 2014).

112 Acil Çağrı Merkezi (AÇM), durum algılayıcı cihazların veya kullanıcıların acil yardım talebinde bulunmak amacıyla acil yardım çağrı hizmeti numaralarını arayarak yapacakları çağrılara cevap verecek yetkili kurum veya kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de 112 AÇM, acil yardım çağrılarında cevap vermek üzere büyükşehir belediyesi olan illerde valiliklerde hizmet veren Yatırım İzleme ve Koordinasyon Başkanlığı (YİKOB) bünyesinde, diğer illerde ise valilikler bünyesinde kurulan merkezleri ifade etmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, 2018).

10 Temmuz 2018 tarihli 1 No’lu Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi 271. madde 6. fıkrasında AÇM’nin büyükşehirlerde YİKOB, diğer illerde ise valilikler bünyesinde kurulmasının hüküm altına alındığı açıklanmıştır. Buna göre; *“Tüm acil çağrıları karşılamak, sevk ve koordinasyonu sağlamak üzere büyükşehir belediyesi bulunan illerde YİKOB bünyesinde, diğer illerde ise valilikler bünyesinde 112 AÇM’leri kurulur. Acil çağrı hizmeti veren kurumların çağrı hizmetini yürütmekle görevli personeli buralarda görevlendirilir. Yeterli personel bulunmaması halinde valilik kadro, yer ve unvanlarına bakmaksızın uzman, sözleşmeli personel ve memurları bu merkezlerde görevlendirebilir. Bu merkezlerin iş ve işlemleri Sağlık Bakanlığının uygun görüşü alınarak İçişleri Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir”* (T.C. Resmî Gazete, 2018).

112 AÇM; sağlık, itfaiye, jandarma, polis ve valiliklerce gerekli görülen diğer birimlerin aynı mekânda olduğu ve koordinasyon imkânı sağlayan ortak yerleşim modeli tercih edilmiş ve çalışmalar buna göre yapılandırılmıştır. Bu modelde çağrının alınması,

olayların takip ve koordinasyonu aynı salon içerisinde bulunan görevliler tarafından yerine getirilmektedir. 112 AÇM sisteminin iki temel amacı vardır; acil çağrı yapılmasını gerektirecek durumlarda vatandaşlarımızın birden çok numara yerine tek bir numarayı bilmeleri, acil çağrı alındıktan sonra ihtiyaç duyulacak tüm ekiplerin en kısa sürede olay mahalline ulaşmalarıdır (T.C. İçişleri Bakanlığı, Acil Çağrı Merkezi, 2019).



Şekil 5. AÇM modeli

Kaynak: (T.C. İçişleri Bakanlığı, İller İdaresi Genel Müdürlüğü, 2021).

112 AÇM'nin idari yapısını genel müdür, genel müdür yardımcısı, acil çağrı hizmetleri daire başkanlığı, acil çağrı idari işlemler şube müdürlüğü ve acil çağrı teknik hizmetler şube müdürlüğü oluşturmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, Acil Çağrı Merkezi Teşkilat Şeması, 2019).

T.C. İçişleri Bakanlığı tarafından yayımlanan 112 AÇM Müdürlüğü'nün görevleri şunlardır (T.C. Resmî Gazete, 2014);

- İl genelinde; görev kapsamındaki acil çağrıları 24 saat erişim esasına göre cevaplandırılması ve bu hususta önlemlerin alınması,
- Acil çağrıları, 24 saat acil yardım hizmeti sunan kurumlara yönlendirilmesi,

- Acil yardım hizmeti sunan çağrı merkezindeki kurumlar arasında gerekli işbirliği ve koordinasyonu sağlanması,
- Acil çağrı hizmetleri alanında hizmet veren personellere yönelik eğitim programlarının oluşturulması, Bakanlığın izni ile finansman sağlayan ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların projelerini takip ederek, proje hazırlanması,
- Acil çağrı merkezindeki kurumların hizmetlere yönelik istek ve görüşlerini değerlendirerek gerekli yazılım değişikliklerini Genel Müdürlüğe sunulması,
- Acil yardım hizmeti sunan 112 KKM ile ilgili kurumların iletişim araçları ile yazılımları arasında bağlantı sağlamak,
- Gerekli görüldüğünde olay yerinde de iletişim ve yönetimin sağlanması ve acil çağrı karşılama ve yönlendirme hizmeti verilebilmesi için mobil merkezlerin kurulması,
- İlgili kurumlarla ortak çalışarak tatbikatlar planlanması ve uygulanması,
- İlgili kurumların görüş ve önerilerini önemseyerek ilgili hizmetlerin sunumu için gerekli altyapının hazırlanması ve kurumların kullanımına sunulması,
- İlgili kurumların çağrı merkezinin fiziki koşullarına yönelik ihtiyaçları için valilik onayına istinaden uygun fiziki şartları sağlanması,
- AÇM hizmetleriyle ilgili farkındalık oluşturmak ve etkin fayda sağlamak için kamuoyunun bilgilendirilmesi,
- Asılsız ihbarda bulunmak amacıyla AÇM'yi meşgul edenlerin tespit edilmesi ve buna ilişkin cezai işlemlerin yürütülmesi,
- Valilikçe verilecek görevlerin uygulanması, görevlerindedir.

İçişleri Bakanlığı tarafından yayımlanan 112 AÇM'leri kuruluş, görev ve çalışma yönetmeliğinde belirtildiği gibi AÇM'de acil yardım alanında hizmet sunan kurumların görev ve sorumlulukları şunlardır (T.C. Resmî Gazete, 2014);

- İl genelinde; acil yardım hizmetini ilgili yönetmeliğe uygun şekilde, ihtiyaç duyulduğu hallerde ilgili diğer kurumlarla ekipçe ve koordineli çalışarak, valiliğin talimatlarını da gözeterek yerine getirilmesi,
- Çağrı merkezinde ilgili kurumlarca görevlendirilen personelin, sunulan acil hizmetin gerektirdiği niteliğe ve mesleki beceriye sahip olunmasına, kurumunu temsil edebilmeye ve uyumlu çalışmaya özen gösterilmesi,

- Kurumlar, kendi görev alanı ile ilgili acil yardımın gerektirdiği hizmetin yerine getirilmesi ve diğer kurumlarla yardımlaşma ve iş birliği gerektiren durumlarda ise destek sağlanması,
- İlgili kurumlar ilgili mevzuata göre verilen izinleri kullanmakta olan personeli izin hakkını gözeterek, işleyişi aksatmayacak şekilde görevlendirme yapılması,
- Görevlendirilen personelin müdürlükçe verilen hizmet içi eğitimler dışında kalan kendi görev alanları ile ilgili diğer eğitimler ve tatbikatların müdürlüğün izni doğrultusunda ilgili kurumlar tarafından sağlanması, olarak ifade edilmektedir.

İçişleri Bakanlığı tarafından yönetmelikte sağlık çağrı yönlendiricilerinin görevleri yayımlanmıştır. Bu görevler; vakaya yönlendirilen ekibin, görev sürelerini eş zamanlı olarak sistemden takip ederek verileri doğru ve eksiksiz kaydedilmesi, ilgili yönetmelikte bulunan diğer görevlerin yapılması olarak belirtilmiştir (T.C. Resmî Gazete, 2014).

2.3.3. 112 Acil Yardım İstasyonları Tipleri

112 acil yardım istasyonları; acil yardım hizmeti sunmak ve tıbbi müdahalelerde bulunmak amacıyla il sağlık müdürlüğünün teklifi ve valiliğin onayı ile kurulmaktadır. Ancak lüzum halinde il sınırları dışında da valiliklerin teklifi ve bakanlığın onayı ile istasyon açılabilmektedir. İstasyonlar verdikleri hizmetlere göre 3 tipte kurulmaktadır. Bunlar A, B ve C tipi istasyon olarak isimlendirilmiştir. Bunları biraz açmak gerekirse şu şekildedir (T.C. Resmî Gazete, 2000);

- A Tipi İstasyonlar:** 24 saat kesintisiz acil yardım hizmeti veren, ihtiyaç durumuna göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurabilen, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ve kadrolu personel bulunduran istasyon tipidir. Bu istasyon tipi kendi içerisinde ekipte doktor bulunuyorsa A1 tipi istasyon, doktor bulunmuyorsa ise A2 tipi istasyon olarak sınıflandırılmaktadır.
- B Tipi İstasyonlar:** Tüm resmî sağlık kurum ve kuruluşlar ile uyum içerisinde aralıksız hizmet veren, idari hak ve özlük hakları bakımından bulunduğu kurum ve kuruluşa bağlı olan, ambulans hizmeti bakımından ise merkeze bağlı olan istasyonlardır. Bu istasyonlar; hastane acil servisleri ile uyumlu olan B1 tipi

istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile uyumlu olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır.

- c) **C Tipi İstasyonlar:** İhtiyaç doğması halinde belirlenen saatlerde sadece ambulans hizmeti vererek çalışan, idari hak ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı istasyonlardır.

2.3.4. Acil Yardım Ambulansların Sınıflandırılması

Acil yardım hizmeti vermek ve hasta nakli sağlamak amacıyla ambulans hizmetleri yönetmeliği kapsamında özel olarak donatılmış acil yardım ambulansları; kara, hava ve deniz ambulansı olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Kara Ambulansları

Kara ambulansları kullanım amaçlarına göre acil yardım ambulansı, hasta nakil ambulansı ve özel donanımlı ambulanslar olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar (T.C. Resmî Gazete, 2006);

- a) **Acil Yardım Ambulansı:** Her çeşit acil durumda, olay yerinde ve ambulanda acil tıbbi müdahaleyi yapabilecek ekibe ve yönetmelikte yer alan tıbbi ve teknik donanıma sahip kesintisiz hizmet veren kara aracıdır.
- b) **Hasta Nakil Ambulansı:** Acil tıbbi müdahale gerektirmeyen hasta veya yaralıların nakil amacıyla kullanılan, yönetmelikte belirtilen tıbbi ve teknik donanıma sahip kara ambulansıdır.
- c) **Özel Donanımlı Ambulanslar:** Özel donanımlı ambulanslar, hasta veya yaralıların yaş, fiziksel ve tıbbi durumları ile ambulansların görev yaptığı bölgenin coğrafi özelliğine göre, özel olarak tasarlanmış ve buna göre ekip ve donanım ile donatılmış ambulanslardır. Bu ambulanslara; yoğun bakım ambulansı, yenidoğan ambulansı, obez ambulans, arazi tipi ambulans ve çoklu ambulans örnek verilebilir.

Deniz Ambulansları

Deniz ambulansları, hasta nakli veya acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere deniz müsteşarlığından çalışma izni alınmış ve ASHY’de yer alan tıbbi donanıma sahip deniz araçlarıdır. Türkiye’de hizmet verilmekte olan 6 adet deniz ambulansı bulunmaktadır. Deniz ambulanslarında en az bir hekim ve bir ya da iki sağlık personeli ile deniz ambulansını kullanma ehliyetine sahip personel görev yapmaktadır (T.C. Resmî Gazete, 2006).

Sahil Güvenlik Botu: Sahil Güvenlik Komutanlığı sorumluluk alanında, denizlerde ve adalarda meydana gelen tıbbi tahliye ve hasta nakli faaliyetlerinde görevlendirilebilmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Hava Ambulansları

Hava ambulansları, hasta nakli sağlamak ve acil tıbbi müdahale amaçlı kullanılmak üzere ulusal sivil havacılık yetkili biriminden çalışma ve uçuş izni almış gerekli tıbbi donanıma sahip helikopter ve uçakları kapsamaktadır (T.C. Resmî Gazete, 2006).

Hava ambulansların kullanımındaki temel amaç; hastanın/yaralının tedavisinin olay yerinde ya da bulunduğu sağlık kuruluşunda yapılmasının mümkün olmadığı, tedavisi devam ederken çıkan komplikasyonlar sebebiyle daha ileri tetkik ve tedavi imkânlarının bulunduğu bir sağlık kuruluşuna nakledilerek hastanın/yaralının sağlığının korunması amacını taşımaktadır. Ayrıca afetlerde ve olağanüstü durumlarda hastaları/yaralıları güvenli bölgelere naklederek tedavilerinin devamını sağlamaktadır. Hava ambulanslarında, sivil havacılık mevzuatına göre belirlenmiş asgari nitelik ve sayıda uçuş mürettebatı ile en az bir doktor ve bir ya da iki sağlık personeli görev yapmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Hava ambulansları ilk olarak 2008 yılında göreve başlamıştır. Görev süreci boyunca; uçak ambulanslarla toplamda 13.398, helikopter ambulanslarla ise 31.587 hasta nakli gerçekleştirilmiştir. 2019 yılında ise 21 Eylül'e kadar 856 hasta uçak, 1.518 hasta helikopter ambulans ile hastanelere ulaştırılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Helikopter Ambulans: Hava ambulans hizmeti, ilk olarak 28 Ekim 2008 tarihinde Sağlık Bakanlığınca iki helikopter ambulans ile vermeye başlanmıştır. Helikopter ambulanslar için konuşlanma yerleri ülkenin demografik dağılımı, coğrafi yapısı, meteorolojik şartları ve kritik bölgeleri dikkate alınarak belirlenmiştir. 2009 yılı mart ayında yedi farklı ilde birer adet olmak üzere toplam yedi helikopter ambulans hizmete kazandırılmıştır. 03 Eylül 2009 tarihinde ise göreve başlatılan 10 adet helikopter ambulans ile birlikte toplam 17 adet helikopter ambulans hizmet vermektedir (Ünsal ve Ekici Ünsal, 2021). Sağlık Bakanlığınca belirlenmiş illerde konuşlanan helikopter ambulanslarının sevk ve idaresi kendi bölgesi içindeyse konuşlandığı ilin 112 KKM tarafından, bölgesi dışındaki sevk ve idaresi ise Sağlık Bakanlığı Hava Operasyon Merkezi tarafından yapılmaktadır. Hasta ve yaralıyı helikopter ambulansları ile en yakın sağlık kuruluşuna ulaştırırken gerekli her türlü tıbbi cihaz bulunmakta olup bir yoğun bakım kadar hizmet verilebilmektedir. Ayrıca kuvöz ve yenidoğan ventilatörü gibi yenidoğan vakalarının taşınmasında gerekli olan malzemeler de helikopter ambulanslarda bulundurulmaktadır. Helikopter ambulanslarda nakil esnasında yeniden canlandırma dâhil her türlü tıbbi acil müdahale eksiksiz olarak uygulandığı ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Helikopter ambulanslar, gece görüşüne sahip değilse gündoğumu-günbatımı arasında hizmet vermekte olup, konuşlandıkları illerden yakıt ikmali yapmadan 400 kilometre (km) mesafeye kadar hasta/yaralı naklini gerçekleştirebilmekte ve iki saat otuz dakika havada kalabilmektedir. Çanakkale'de olduğu gibi su üstü uçuşun yapıldığı yerlerde konuşlu helikopter ambulanslara suya iniş botları takılabilmektedir (Ünsal ve Ekici Ünsal, 2021). Helikopter ambulanslarla kar nedeniyle yolları kapanan köylerden gebe ve bebekler hastanelere nakledilmiş, organ bekleyen hastalar için bulunan organlar kısa sürede ulaştırılmış, kara yollarına inilerek trafik kazasında ağır yaralılar hızlıca hastanelere nakledilmiştir. Helikopter ambulanslarla en fazla taşınan hasta grubunun kalp hastaları olduğu ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021).

Uçak Ambulans: 2010 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hizmete kazandırılan uçak ambulanslarda, birinde 4 sedye, birinde 2 sedye ve bir diğerinde ise tek sedye olmak üzere 3 adet uçak ambulans hizmet vermektedir. Uçak ambulanslar da helikopter ambulanslar gibi hastanın yoğun bakım şartlarında naklini sağlayan her türlü tıbbi cihaz ve malzemeye sahiptirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021). Uçak ambulanslar, gündeğümü-günbatımı arası fark etmeksizin 24 saat kesintisiz hizmet verebilmektedir. Ayrıca uçak ambulanslar yüksek sürat, uzun menzil, yüksek uçuş, tavanı ve kabin basınçlarının ayarlanabilir özellikte olması nedeniyle hem ülke içerisinde hem de ülke dışında hizmet verebilmektedir (Ünsal ve Ekici Ünsal, 2021).

Uçak ambulans görevlendirilmesinde, bazı hastalıklarda belirlenen tıbbi kısıtlamalar dikkate alınarak nakillere karar verilmektedir. Bunlar (Genelge, 21 Nisan 2010; Yenice, 2012);

- **Kesin Kontrendikasyonlar:**
 - Müdahale edilmemiş (su altı tüp drenajı uygulanmamış) pnömokranium, pnömotoraks, pnömomediastinum, gazlı gangren,
 - En az 24 saat içerisinde yapılmış batin ameliyatı,
 - Ciddi klostrofobi,
 - İleus (tüp ile etkili bir şekilde drene edilmemiş),
 - Bilinen aktif tüberküloz veya Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS).
- **Göreceli Kontrendikasyonlar:**
 - Deniz seviyesinde oksijen yetmezliği olup oksijen oranı artırılmasına rağmen oksijen yetmezliği düzelmeyen hastalar,
 - Su altına dalış gibi durumlar göreceli olarak kontrendikedir.
- **Dikkat edilmesi gereken durumlar:**
 - Bilinç değişikliği olan hastalar,
 - Solunum yetmezliği,
 - Kalp yetmezliği,
 - Vücut boşluklarında gaz sıkışması,
 - Belirgin düzeyde hemoglobin düşüklüğü, orak hücreli anemi,
 - Psikiyatrik bozukluk, saldırgan davranış (Kimyasal ajanlarla yeterli kontrolün sağlanmadığı durumlar),

- Enfeksiyon hastalıkları,
 - Ciddi yanıklar, ödemli dokulara uygulanmış alçılar,
 - Entübe hastalar (entübasyon tüpünün balonunun şişirildiği hacim bakımından),
 - Hipotermi,
 - Yeni doğanlar (özellikle ilk 48 saat) ve düşük doğum ağırlıklı prematürelere, dikkat edilmesi gereken durumlardır.
- **Uçakla hasta/yaralı taşımının dezavantajları:**
 - Havaalanına gereksinimin olması,
 - Havaalanı ve ilgili merkez arasında ambulansla nakil zorunluluğu,
 - Havanın burgacına bağlı olarak çalışma güçlüğü olması,
 - Diğer nakil türlerine göre daha fazla gürültü yapması,
 - Bazı hasta/yaralılarda uçuş korkusuna bağlı olarak sorunlar yaşanabilmesidir.

Türkiye’de 2008 yılında yayımlanan ambulans hava aracı işletilmesine dair esaslara göre müdahale edilmemiş pnömotoraks vakalarının helikopter/uçak ambulans ile nakledilemeyeceği belirtilmektedir. Son yapılan çalışmalara göre ise pnömotoraks vakasının helikopter/uçak ambulans ile nakledilebileceğine değinilmiştir (Kozyel, 2020).

2.3.5. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Personellerinin Görev ve Sorumlulukları

Acil yardım ambulans personelleri; Paramedik, Acil Tıp Teknisyeni ve sürücü olmak üzere üç kişilik ekipten oluşmaktadır. Hastane öncesi ASH personellerinin görev ve sorumluluklarını biraz açarak vermek gerekirse şöyledir (Özcan, 2016; T.C. Resmî Gazete, 2021);

- **Paramediklerin Görev ve Sorumlulukları:**
 - İntravenöz (IV) ve İntraosseöz (IO) girişim yapmak,
 - Hastaneye nakli esnasında, Sağlık Bakanlığınca onaylanan acil ilaçları ve sıvıları kullanmak,
 - Temel ve ileri hava yolu açma girişiminde bulunmak, endotrakeal entübasyon (ET) uygulaması yapmak, gerekli hallerde krikotirotomi ve mekanik ventilasyon ve oksijen uygulaması yapmak,

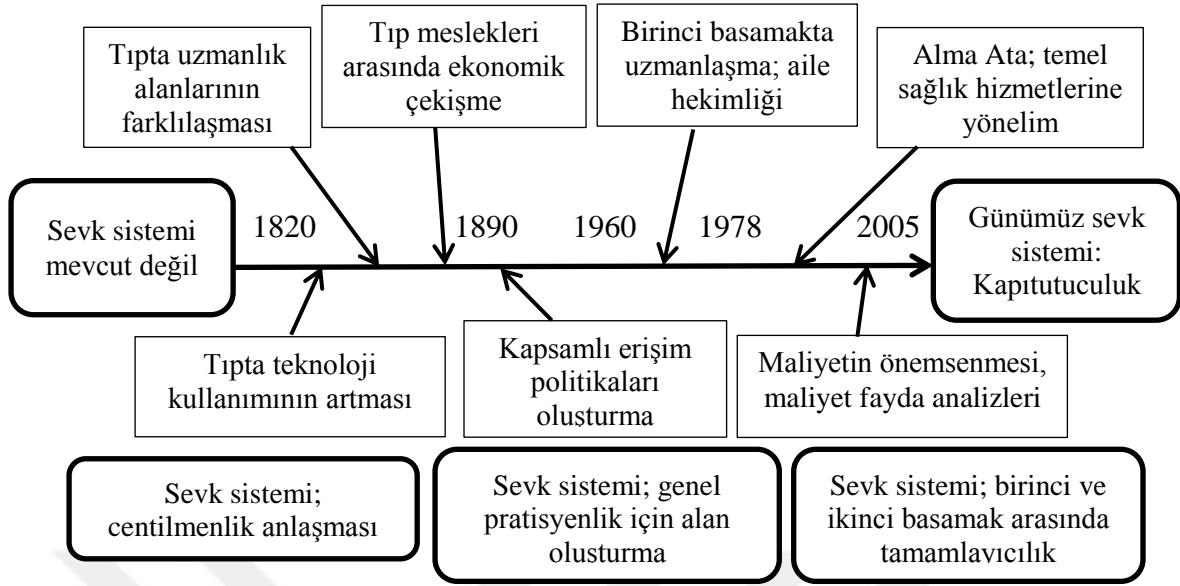
- Elektrokardiyografi (EKG) çekimi ve ritim değerlendirmesi, monitörizasyon, defibrilasyon, kardiyoversiyon, eksternal pacemaker uygulaması gibi elektriksel tedaviler uygulamak,
- Travma, kırık, çıkık ve burkulmalarda immobilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü, iğne dekompresyonu uygulaması yapmak ve hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
- Acil doğumun gerçekleşmesi durumunda doğum eylemine yardımcı olmak,
- Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanılmasını sağlamak,
- Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurarak, zorunlu hallerde ambulans sürücülük görevi yapabilmek olarak tanımlanmıştır.
- **Acil Tıp Teknisyenlerinin Görev ve Sorumlulukları:**
 - İV ve IO girişim yapmak,
 - Yetkili sağlık meslek mensubunun sorumluluğunda parenteral uygulama yapmak,
 - Temel havayolu uygulamaları, ET ve oksijen uygulaması yapmak,
 - Temel yaşam desteği kılavuzunu uygulamak, gerekli görüldüğü anda yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak,
 - Travma, kırık çıkık ve burkulmalarda vücut hareketsizliğini sağlamak, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak, hastayı nakle hazır hale getirmek,
 - Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak,
 - Acil doğum gerçekleşmesi durumunda doğum eylemine yardımcı olmak,
 - Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamalarına yardımcı olmak,
 - Görev süreci boyunca haberleşme ağını doğru ve hızlı kullanmak,
 - Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kontrol etmek ve kullanıma hazır halde bulundurmak, zorunlu hallerde ambulans sürücüsünün görevini üstlenebilmektir.
- **Ambulans Sürücülerinin Görev ve Sorumlulukları:**
 - 112 ASH bünyesindeki ambulans sürücülerinin uzun yıllar boyunca, sürücü kadrosu altında istihdam edilen ve ambulans sürüşü konusunda özel bir eğitim almamış personelden oluşmaktaydı. Ambulans sürücülerine 2000’li yıllardan

itibaren önce ilkyardım ve ambulans malzemelerinin kullanımı, ardından güvenli sürüş teknikleri eğitimleri verilmeye başlanmıştır. Ambulans sürücülüğü görevini acil tıp teknisyeni ve paramedikler de üstlenebilmektedir.

2.3.6. Hastaneler Arası Hasta Nakillerinde Hizmet Akışı

WHO'a göre hasta sevki; klinik durumları yönetmek, hastaya yardımcı olmak ve hasta sorumluluğunun verilmesi için sağlık sisteminin bir düzeyinde çalışan hizmet sunucusunun kaynak yetersizliği nedeniyle aynı seviyede ya da üst seviyede daha iyi veya farklı kaynaklara sahip hizmet sunucularından yararlanılması olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir tanımla sevk, hastanın bakımında, tanı ve tedavi edici hizmet sunumunda birinci basamak hekiminin karar verme sürecini bir ya da daha fazla uzman hekim ile paylaşması ve iş bölümü olarak da tanımlanmaktadır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Sağlık Bakanlığı'nın tanımlamasına göre “sevk zinciri” ise acil durumlar dışında hastanın ilk olarak birinci basamağa başvurması; bu basamakta teşhis veya tedavi edilemeyenlerin bir üst basamağa gitmeleri şeklindedir (Kılıç vd., 2016). Ancak Türkiye’de sevk zinciri uygulamasına yönelik bir yaptırım olmaması sebebiyle, hastalar birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmadan üst basamak sağlık kuruluşlarına gidebilmektedir. En hafif hastalık şikâyetinde ikinci ve üçüncü basamağa başvuruda bulunulması, sağlık sisteminin verimliliğini olumsuz etkilemekle birlikte kaynakların ekonomik kaybına neden olabilmektedir. Zorunlu sevk zincirine geçilmesi için gerekli alt yapının oluşturulmasıyla hastalık durumunda daha pahalı olan üst basamaklara başvurmak yerine birinci basamak sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi sağlanarak, kamu bütçesi üzerindeki yükün hafifletileceği öngörülmektedir. Hastaların önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmaları, gerekirse ikinci basamak sağlık kuruluşlarına nakledilmeleri gerekmektedir (Başol, 2015; Kumbasar vd., 2016).

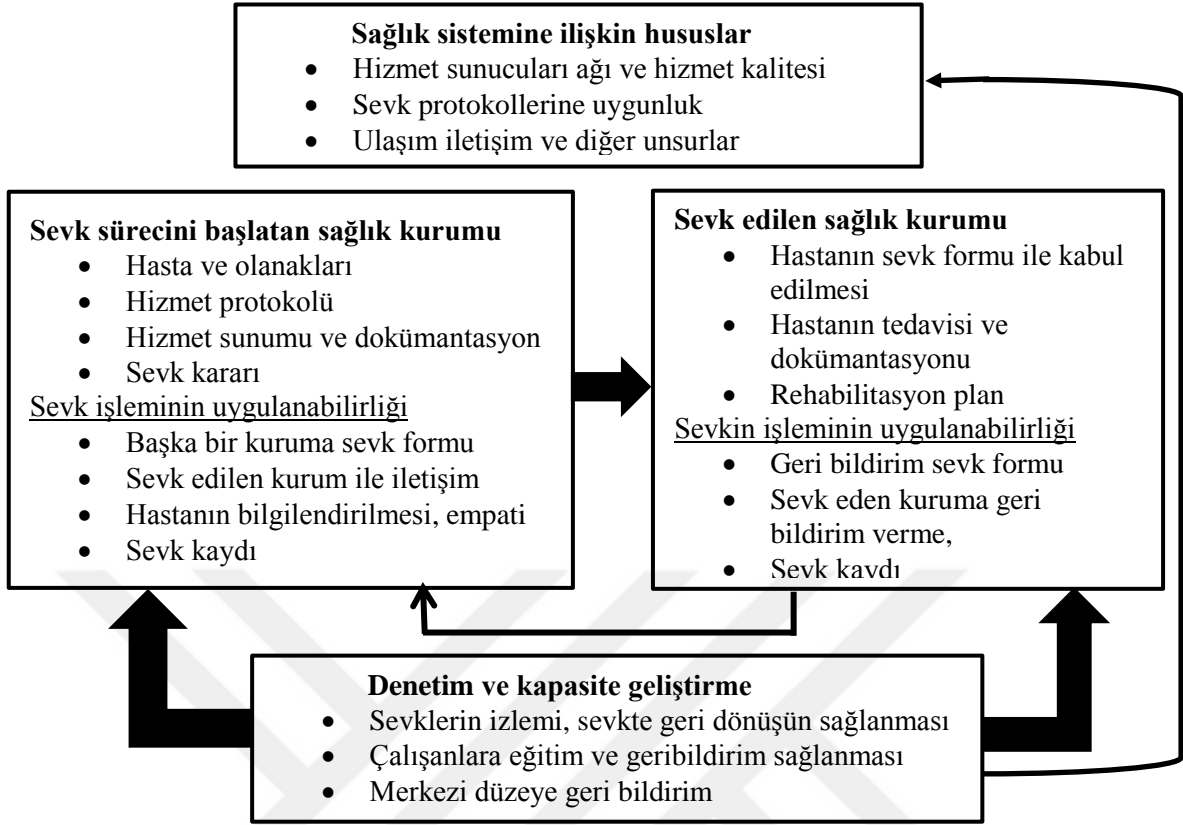


Şekil 6. Gelişmiş ülkelerde sevk sisteminin tarihsel gelişimi

Kaynak: (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Acil Sağlık Hizmetleri madde 23'e göre; hastanın nakledileceği uygun sağlık kuruluşu ile iletişim sağlanmaktadır. Nakil yapılacak sağlık kuruluşunun acil servis ekibiyle hastanın sağlık durumuna ilişkin iletişim kurulmakta ve gerekli bilgi ve onay alındıktan sonra hastanın nakli gerçekleştirilmektedir (Resmî Gazete, 2000).

ASHY madde 24'e göre; hastanın bulunduğu sağlık kuruluşunun tıbbi teknik imkânlarının yetersizliği ve tedavisinin başka bir sağlık kuruluşunda devamının gerekliliği nedeniyle hasta için en uygun sağlık kuruluşu ile görüşmelerin yapılması ardından, 112 KKM hastaneler arası nakil için 112 ambulans ekibi görevlendirilerek hastanın nakli gerçekleştirilmektedir. Ancak nakil esnasında ambulans ekibine eşlik edecek başka personel ve tıbbi desteğe ihtiyaç varsa sevk eden kuruluş gerekli desteği sağlamaktadır (Resmî Gazete, 2000). Şekil 7'de görüldüğü gibi sevk işlemini başlatan, birinci basamak sağlık kuruluşları olmaktadır.



Şekil 7. Sevk sistemi akış şeması

Kaynak: (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020).

Hastaneler Arası Nakillerde Uyulması Gereken Prosedürler

Hastaların tıbbi gereklilik hallerinde, ileri basamak sağlık kurumuna naklinin sağlanması ve hastaneler arası naklin sevk zincirine uyularak sağlanması sağlık hizmetleri örgütlenmesinin en önemli boyutlarından birisidir. Türkiye’de, ASHY ile hastaneler arası nakillerde uyulması gereken bazı kurallar belirlenmiştir. Ayrıca Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği (ACEP)’de hastaneler arası uygun hasta transferi için bir protokol belirlemiştir (Silibolatlaz, 2017). Bu protokole göre (Silibolatlaz, 2017);

- Hasta sevkinde temel amaç hastanın bulunduğu koşullardan daha iyi koşula kavuşturulmasıdır.
- Acil hekimi hastayı sevkten önce ayrıntılı bir şekilde değerlendirmelidir.
- Hasta medikal değerlendirme ve gerekli stabilizasyonu sonrası nakledilmelidir.
- Sevkin medikal yararları ve olabilecek riskleri gözden geçirilmeli ve sevkten dolayı hastaya zarar gelmemelidir.

- Hekim hastaya veya hastadan sorumlu kişiye sevkin gerekçelerini, muhtemel yarar ve risklerini anlatmalıdır.
- Hasta sevkinden önce hastayı kabul edecek hekimin oluru alınmalıdır.
- Uygun bir tıbbi özet ve varsa yapılan tetkikler sevk edilen hastayla birlikte gönderilmelidir.
- Hasta uygun tıbbi personel ve gerekli donanım bulunan bir araçla sevk edilmelidir.
- Hastalara en uygun bakımı sağlamak için hastaneler arası sevk protokolleri geliştirilmelidir.

Sevk sırasında mutlaka düzenlenmesi gereken bir form vardır. Bu formda (Silibolatlaz, 2017);

- Hastanın stabilize olup olmadığı,
- Sevk zamanı, kabul eden doktor ve hastane personelinin adı,
- Sevkin tipi,
- Hasta ile birlikte gönderilen belgeler,
- Hastanın sevke onayı,
- Sevki yapan doktorun imzası ve tarih,
- Hastanın vital bulguları tam olarak belirtilmelidir.

Hastaneler Arası Nakillerde Oluşabilecek Aksaklıklar

Hastaneler arası nakillerde hastanın sağlığını riske atan bazı aksaklıkların yaşandığı görülmektedir. Özlü (2009), hastaneler arası nakillerde oluşabilecek aksaklıklarla ilgili olarak çalışma süresi boyunca bazı sorunlarla karşılaştığını belirtmiştir. Bu sorunlar (Özlü, 2009);

- En sık karşılaştığı birinci sorun; sevkine gerek duyulmayan hastaların sevk edilmesi olmuştur. Bu sorunun daha çok üçüncü basamakta takibi gerekmeyen, tedavisi ve bakımı zahmetli, iyileşme süreci uzayacak, komplikasyonların görülebileceği hastaların bazı sebeplerden dolayı sevk edilmesi olarak belirtmiştir. Sebep olarak bayram tatilleri, hafta sonlarında ve doktorların yıllık izin aldığı zamanlarda servis boşaltmak için hastaların sevk edildiğini ifade etmiştir.

- İkinci sorun; sevklerin usulüne uygun yapılmaması olmuştur. Bu durumu, hastalara gereken müdahalenin yapılmadan sevk edilmesi olarak açıklamıştır. Ayrıca hastaların nakledileceği hastanedeki ilgili birim veya doktordan onay alınmadan, hasta için gerekli olan donanımın varlığı teyit edilmeden sevkin gerçekleştirilmesi ya da yapılan görüşmede yer olmadığı belirtilmesine rağmen hastaların gönderilmesi usulsüz sevklerdir.
- Üçüncü sorun ise; sevk esnasında hastanın riske atılmasıyla ilgilidir. Sevklerin, hastanelerin doğrudan kendi ambulanslarıyla değil, 112 il ambulans servisi ambulanslarıyla yapılmasının hasta sağlığının sürdürülmesi, tıbbi bakım ve tedavisinin kesintisiz devam etmesi açısından daha iyi olduğunu ve uygun koşulları sağlamada, koordinasyonda daha başarılı olduklarını ifade etmiştir. Hastaların yeterli bilgilendirilmemesi, hasta ve hasta yakınlarıyla yanlış iletişim kurulması, epikriz formunun eksik bilgiler içermesi gibi durumlar olduğunu belirtmiştir.

Yurdadoğ (2007)'a göre sorun ise Türkiye'de sağlık alanında sevk zincirinin çalışmamasından kaynaklı hastaların yüksek maliyetli sağlık kuruluşlarını tercih etmeleridir. Çözüm önerisi; sevk sisteminin geliştirilmesi, düzgün işleminin sağlanması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiyle kaynak israfının önüne geçilmesi olmuştur. Özlü (2009)'ün çözüm önerisi ise ikinci basamak sağlık kurumlarının ellerindeki imkânları etkin şekilde kullanmasıyla gereksiz sevklerin ortadan kalkabileceği olmuştur.

Atalay (2017)'a göre hastaneler arası nakillerde oluşabilecek aksaklıklardan biri de iletişim sorunudur. Nakil süreci boyunca tüm paydaşların çift yönlü iletişim halinde olmalarının hastanın yaşamı ve acil sağlık sisteminin etkinliği açısından oldukça önemli olduğundan bahsetmiştir.

Hastaneler Arası Nakillerin Nedenselliği

Genellikle hastalar, değerlendirilmek ve tedavi edilmek amacıyla bölgesel bir hastaneye nakledilirler. Daha sonra ihtiyaç halinde gerekirse üçüncü basamak kuruma sevk edilebilirler. Üçüncü basamak kuruma sevk edilmesinin en sık nedenleri; yüksek riskli

doğumlar, yeni doğan yoğun bakım ihtiyacı, yanıklar, omurga yaralanmaları, kardiyak hastalar ve beyin cerrahi girişim gereksinimi olan durumlardır (Soysal vd., 2003).

Sağlık bakanlığının hastane öncesi sağlık sisteminde hasta kaydının tutulması amaçlı geliştirmiş olduğu dijital platform Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS)'nde hastaneler arası nakillerde sık kullanılan aksiyon nedenleri arasında (ASOS, 2021);

- Ampütasyonlarda replantasyon ihtiyacı,
- Aynı seviye, bir alt seviye, bir üst seviye yoğun bakıma sevk,
- Sağlık kuruluşunun ilgili servisinde boş yer olmaması,
- Yeni doğan nakli (ileri merkeze, cerrahi merkeze, geri merkeze),
- Hastanede tıbbi tetkik, laboratuvar testlerinin yapılamaması,
- Organ nakli,
- Uzman hekim,
- Tıbbi donanım,
- Yanık ünitesi,
- Yoğun bakım ihtiyacı gibi nedenler yer almaktadır.

Gönçer Demiral ve Özen (2020)'in yapmış oldukları 2015-2017 yıllarını kapsayan bir araştırmada hastaneler arası hasta nakillerinin genel olarak uzman hekim yetersizliğinden kaynaklandığı saptanmış olsa da hastaneler ve özel hastanelerde en fazla yoğun bakım eksikliğinden dolayı hasta nakillerinin gerçekleştiği görülmüştür. Üniversite hastanelerinin ise boş yer olmamasından dolayı hasta nakil talebinde bulunduğu ifade edilmiştir.

Kılıç vd. (2016), 2009-2010 yıllarında yapmış olduğu çalışmada, hastaneler arası sevk edilen 597 hastanın sevk nedenleri belirlenmiştir. Bu nedenler; %71,50'si tıbbi donanım yetersizliği, %16,10'u ilgili uzman hekimin ve %8,40'ı ilgili dal hekiminin o sırada orda olmaması, %4'ü de hastanın isteği üzerine yapılması olarak tespit edilmiştir. Sevklerin %17 (102)'si tıbbi cihaz eksikliği, %41,7 (249)'si de ileri tetkik ve tedavi için yapıldığı belirlenmiştir.

Hekimin hastasını sevk etmesinin farklı sebepleri de olabilmektedir. Hekimin sevk kararında; hastaya ilişkin, hekime ilişkin, yapısal ve toplumsal pek çok faktör belirleyici olabilmektedir. Bunlar (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020);

- Hasta ile ilişkili faktörler arasında; semptomların şiddeti, sevk isteği, yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, tedaviye yönelik tutumu, sağlık sistemi ile geçmiş deneyimleri, hastanın hekimin yeterliliği konusundaki algısı yer almaktadır.
- Hekime ilişkin faktörler; hekimin yaşı, deneyimleri, hekimin cinsiyeti, hekimin uzmanlık derecesi, hekim-hasta ilişkileri ve uyumu, hekimin uzman hekim ile ilişkisi, hekimin psikolojik özellikleri, hekimlik süresi, sevk sistemine ilişkin bilgi düzeyi, hizmet kalite algısı, özel sağlık sorunlarına ilişkin geçmiş deneyimleri, hastanın sevke uyma kapasitesini algılama sayılabilir.
- Hasta sevkini etkileyen yapısal faktörler; uzman hizmetinin dağılımı, mahrumiyet, uzman hekim hizmetine erişilebilirlik ve kullanılabilirlik, toplum için kullanılabilir alternatif uzman hizmeti, tedavi için yeterli zaman, sevk sistemi ile ilgili kılavuzlar, yönergeler, birinci basamak klinik yeterliliği, sevk edilen kurumda sunulan hizmet kalitesi, maliyeti ve kapsamı, sevk edilen kurumdaki çalışanların kapasitesi, motivasyonu, sağlık güvencesidir.
- Toplumsal faktörler ise; bölgesel olarak kişi başına düşen hekim sayısı, toplumun kırsal, kentsel ya da büyük şehirlere dağılımı, sağlık okuryazarlığı, tıp eğitimi okullarının mevcudiyeti, hastalık etiketlenmesi, toplumsal ortak deneyimlerdir.

Hastaneler Arası Nakillerin Olumlu ve Olumsuz Yönleri

Hastaneler arası nakillerde hasta ve yakınlarının sevk sürecine aktif katılım sağlamaları, kaliteli verilerin oluşmasını, doktor ve hastalar için memnuniyetlerinin artmasını, sağlık harcamalarının azalması gibi olumlu yönlerin oluşmasını sağlamaktadır. Aksi durumda, kendi kararlarıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna giden hastalar, bu hastanelerde yığılmalara neden olmakta ve asıl muayene olması gereken hastaların uzman hekimden faydalanmasına engel olabilmektedir. Bu durum ise bireysel ve sağlık sistemi yönünden bazı olumsuzluklar oluşturmaktadır. Bunlar (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020);

- Sağlık sisteminde gereksiz maliyet artışıyla hastaların ödemede güçlük yaşaması,
- Hastaların sağlık bilgisi yetersizliği,

- Hizmetin devamlılığının sağlanamaması ve hasta naklini eksik planlama,
- Uzman hizmetinin aşırı iş yüküne bağlı olarak standardının düşmesi,
- Yürütülen yerleşmiş sevk sistemi için risk oluşturması,
- Hastanın uzmana ulaşmasında problem yaşamaması, sağlık sistemine erişiminde adaletsizlik yaratma,
- Sevk sistemi ile ilgili hastaların değer algısında azalma, güvensizliğin oluşması,
- Hasta ve hekimlerin, sevk uygulamasının gerekliliğinden ve amacından uzaklaşması,
- Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında hasta bilgisi iletiminde ve iletişimde zayıflama, geri bildirim ve tedavi sonrası takip süreçlerinde azalmadır.

2.3.7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sağlık ekonomisi, hastalıkların tedavi edilmesi, hastalıklardan korunma sürecinde ortaya çıkan sağlık hizmetlerinin ve sağlıkla ilişkili diğer hizmetlerin fayda ve maliyetlerinin toplumdaki gruplar ve bireyler arasında dağılımını kapsayan, sağlığın gelişimi ile ilgili olarak eldeki kıt kaynakların alternatif kullanımlar arasında nasıl etkinliğini ve verimliliğini inceleyen ekonominin uygulamalı bir alt dalıdır. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini, müşterinin istediği kalitede, istediği zaman ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Sağlık ekonomisinin görevi, sağlık hizmetleri organizasyonunun etkinliğini değerlendirmek ve organizasyonun geliştirilmesi için öneriler sunmaktır (Çoban, 2019).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı vergiler, sosyal güvenlik primleri, özel sigorta primleri ve cepten ödeme yoluyla sağlandığı için kabul gören sağlık finansman modeli diğerlerinden farklı olarak karma bir modeldir. Sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen vakıf kuruluşları tarafından sunulur (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı bahsedildiği gibi arz ve talebe göre çeşitlilik göstermektedir. Temelde özel ve kamu olmak üzere iki kaynaktan oluştuğu, tek tip organizasyon yapısının olmadığı söylenebilir (Sevinç ve Yılmaz, 2020). Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre dağılımı aşağıda görüldüğü gibidir.

Tablo 5

Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre dağılımı (Milyon TL)

Yıl	Genel Toplam	Genel Devlet				Özel Sektör			
		Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hane-halkları	Diğer	
2018	Toplam Sağlık Harcaması	165.234	128.021	40.461	1.439	86.121	37.213	28.655	3.933
	Cari Sağlık Harcaması	154.998	119.941	34.027	1.316	84.598	35.057	27.111	3.721
	Yatırımlar	10.236	8.080	6.433	123	1.523	2.156	1.543	212
2019	Toplam Sağlık Harcaması	201.031	156.819	51.492	1.373	103.954	44.212	33.626	4.785
	Cari Sağlık Harcaması	187.673	146.232	42.650	1.357	102.226	41.441	31.698	4.510
	Yatırımlar	13.357	10.586	8.842	16	1.728	2.771	1.929	274

Kaynak: (TÜİK, 2020).

1. Diğer” sağlık harcamaları; hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşları ve diğer işletmelerin yaptığı harcamaları ifade etmektedir.
2. TÜİK’in Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019 sayfasında yayımlanan son rapora göre düzenlenmiştir. Tablodaki rakamlar, yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>, Erişim: 27 Ekim 2021.

Acil Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’de acil sağlık hizmeti 2002 yılında temeli atılan Sağlıkta Dönüşüm programı ile “Herkesine Sağlık” başlığı altında fiziki alt yapı yatırımlarının artırılması hizmetin güçlendirilmesi gibi iyileştirmeler uygulamaya konulmuştur. Bu uygulama sürecinde ASH ücretsiz hale getirilmiş ve il içi veya il dışı sağlık kuruluşlarına sevk herkese ücretsiz olmuştur. Bu gelişmelere ülke genelinde ambulans sayısının artırılması ve acil sağlık hizmetlerine erişim süresinin kısılması da örnek verilebilir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014; Eveyik, 2018). Gelişmelerin göstergesi olarak Tablo 6’da görüldüğü üzere acil sağlık hizmetlerine ayrılan finansmandaki artış %24,3’tür (Atasever, 2014).

Acil sağlık hizmetlerinin kapsamı, fiyatlandırılması, sunulmasına ilişkin rehberlik eden Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), sağlığın sürdürülebilmesi için ihtiyaca yönelik

sağlık hizmetlerinin karşılanması ve yol, refakatçi, gündelik gibi giderlerden yararlanılması amacıyla gerekli finansmanın sağlanmasına yönelik “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamında düzenlenmiştir. SUT, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu’nu tarafından belirlenen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nun ödeyeceği hizmet bedellerinin bildirilmesi amacıyla tebliğ edilmiştir (T.C. Resmî Gazete, 2010).



Tablo 6

Türkiye’de 112 acil sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar 2002-2013, (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
TL	62	124	169	220	357	479	641	801	1.055	1.268	1.503	1.555	24,3
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	171	276	345	416	617	760	922	1.084	1.315	1.484	1.616	1.555	8,1
USD	41	83	119	164	250	250	496	518	703	759	839	818	19,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,3	0,5	0,6	0,6	0,8	0,8	1,1	1,4	1,7	1,8	2,0	1,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,02	0,03	0,03	0,03	0,05	0,05	0,07	0,08	0,10	0,10	0,11	0,10	

Kaynak: (Atasever, 2014).

1. Mehmet Atasever’in 2014 yılında basılan “Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi” adındaki kitabından yararlanılmıştır.

Hasta Nakil Hizmetlerinin Finansmanı

Hastaneler arası hasta nakilleri, hastanın bulunduğu sağlık kuruluşundaki hizmet sunumunun yetersiz kaldığı durumlarda gerçekleşmektedir. Hasta için ileri tetkik ve tedavinin gerekmesi, personel ve donanım yetersizliği gibi durumlar hastaneler arası nakil nedenlerindedir. Hastaneler arası hasta nakilleri, sevklerin nedenlerine göre hizmet sunumundaki aksaklık ve yetersizliklerin belirlenmesiyle hastane performansına olumlu etki sağlayacağından önem taşımaktadır (Gönçer Demiral ve Özen, 2020).

Türkiye’de sevk zincirinin başarılı olması için öncelikle vatandaşın konu hakkında bilinçlendirilmesi ve kademeli olarak sevk zincirinin uygulanmasını gerekliliği vurgulanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinin maliyeti düşecek, birinci basamağın etkinliği artacak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yığılmalar olmayacak, sistem işleyişinde başarı sağlanmış olacaktır (Bulut ve Uğurluoğlu, 2020; Üstü vd., 2011).

Tablo 7’de 2009 yılındaki sağlık tesisi türüne göre başvuru sayılarına bakıldığında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yığılma görülmektedir. Maliyet yönünden ise; özel sağlık kurumlarında kişi başına düşen ortalama maliyetin ikinci basamak devlet hastanelerine göre fazla olduğu görülmektedir. (Aytekin ve Çiftçi Aytekin, 2010).

Tablo 7

Tesis türlerine göre 2009 yılı müracaat sayıları ve fatura tutarları (TL)

Tesis Türü	Fatura gönderilen tesis sayısı	Müracaat sayısı	Müracaat Sayısı (%)	Fatura Tutarı	Fatura Tutarı (%)	Müracaat Başına Ortalama Maliyet
Devlet hastaneleri (2. Basamak)	894	128.796.379	52	5.356.956.019	34	41,59
Devlet Hastaneleri (Eğitim ve Araştırma) (3. Basamak)	61	36.187.681	15	2.828.864.829	18	78,17
Özel Hastaneler (2. Basamak)	1854	66.194.300	27	4.536.980.664	29	68,54
Üniversite Hastaneleri (3. Basamak)	77	15.963.991	6	2.930.341.911	19	183,56
Genel Toplam	2886	247.142.351	100	15.653.143.423	100	63,34

Kaynak: (SGK, Sağlık İstatistikleri).

1. Sinan Aytekin ve A. Gamze Çiftçi Aytekin'in "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı” adındaki çalışmasında yer alan T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2010 Yılı Mart Ayı İstatistiklerinden Yararlanılmıştır.

Türkiye’de, ASH kapsamında yapılan çalışmalarda, yapılan hastaneler arası sevklerin oranı, olay yerinden hastaneye nakledilen hastaların haricindeki sevkler içerisinde %10-%35’dir (İçten, 2021). Küçükylmaz (2018)’in, çalışmasında Çanakkale il merkezinden yapılan nakillerin ekonomik boyutu üzerinde çalışmış ve kara ambulansında ambulans ücreti en az 181 TL iken, helikopter ambulansında 14.323,5 TL, kara ambulansında ambulans ücreti en fazla 1.601 TL iken helikopter ambulansında 53.390,9 TL olarak tespit edilmiştir. 28 aylık sürede il dışına sevk edilen 1.915 vakanın maliyetlerinin genel toplamlarına bakıldığında ambulans ücretleri toplamı 4.860.862,14 TL, müdahale ücretleri toplamı 444.082,8 TL, tüm maliyetlerin toplamı da 6.026.354,6 TL olarak hesaplanmıştır. Hasta nakil hizmetlerinin finansmanına yönelik fikir oluşturmada önemli bir çalışmadır.

2.3.8. Acil Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik ve Sosyal Boyutu

Değişen toplumsal yapının gereği olarak sağlık alanında sosyoekonomik seviye belirlenirken kullanılan değer yargıları da hızla değişmektedir. Önceden sadece gelir düzeyi ve eğitim seviyesi sorgulamak sağlık alanında sosyoekonomik seviye hakkında yeterli bilgi verirken, bugün gelinen noktada ikamet bölgeleri ve hatta arkadaş çevresi dahi değer kazanmış görülmektedir (Kut ve Salgür, 2015). Sosyal ve kültürel değişiklikler hayatın her alanında algıyı değiştirdiği gibi sağlığa bakış açısını, anlayış biçimini ve talepleri de etkilemektedir. Ayrıca eğitim seviyesinin yükselmesi sağlıklı yaşam bilincini yükseltmekte ve bireyin harcamalarında sağlığa ayırdığı payı artırmaktadır. Fakat bunun yanında toplumun kültürel yapısı, teknolojiye olan uzaklığı veya uyumluluğu, nüfusun yaş ortalaması ve finansman sistemindeki farklılıklar da sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilemektedir (Doğru, 2019).

Acil sağlık hizmetleri yönünden değerlendirildiğinde kişilerin sosyal ve ekonomik durumları ne olursa olsun acil sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında, anında sağlıklarına kavuşmaları için acil sağlık hizmetlerine gereksinim duydukları görülmektedir (Toker ve Küçükylmaz, 2001). Bu başlık altında Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin ekonomik ve sosyal boyutu hakkında bilgi verilmiştir.

Ekonomik Boyutu

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilip planlanması, denetimi ve fiyatlandırılması açısından maliyetlerin gerçeğe yakın tespit edilmesi son derece önemlidir. Özel ve kamu kuruluşlarında maliyet çalışmalarının yapılması ve kaynakların etkin kullanılması açısından fayda sağlayacağı öngörülmektedir (Eveyik, 2018).

Türkiye’de acil sağlık hizmeti kapsamında verilen hizmetlerin bedellerini, ilgili döner sermaye saymanlıkları hastaların bağlı buldukları resmî veya özel sosyal güvenlik kuruluşlarına hizmet bedelini tahakkuk ettirerek bu yolla hizmet bedeli tahsilini sağlamaktadır. Sosyal güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayan hastalar ücretsiz faydalanabilmektedir (Resmî Gazete, 2000).

Ambulans hizmetlerinin ücretlendirilmesi toplanan bir komisyon tarafından maliyet, fiyat endeksleri, yerel koşullar ve emsal ücretler göz önünde bulundurularak asgari ve azami ücretler olarak tespit edilmektedir. Ücretin tespit edilmesinde; şehir içi ve şehir dışı ambulans ücretleri, açılış ücreti ve mesafeler dikkate alınarak ve ambulansın tipine göre farklılık göstermektedir. Ambulansta yapılan tıbbi müdahaleler ilgili mevzuat çerçevesinde ayrıca faturalandırılmaktadır. Tespit edilen ücretler, Sağlık Bakanlığınca aynen veya değiştirilerek onaylandıktan sonra uygulanmaktadır. Ücretlerde bir yıl geçmeden artırma söz konusu değildir. Ancak, toptan eşya fiyatları endeksi artışları %25’i geçtiği takdirde, ücret saptanmasından en az altı ay sonra bu süre beklenmeden artırma isteminde bulunulabileceği belirtilmektedir. Hava ve deniz ambulans ücretleri Sağlık Bakanlığının ilgili temsilcilerinden oluşturulan komisyon tarafından belirlenmektedir (Resmî Gazete, 2012).

Çakmak (2007)’ın “Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi ve 112 Acil Sağlık Hizmetlerinde Uygulanmasına İlişkin Bir Örnek” çalışmasında ise sunulan acil sağlık hizmetlerin maliyetini hesaplamak amacıyla yapılmıştır. Yapılan bu çalışmaya ait ambulans hizmet maliyeti Tablo 8’de görüldüğü gibidir.

Tablo 8

Faaliyet tabanlı ve hacim tabanlı maliyetlemeye göre toplam ve birim maliyetler

Hizmetler	Vaka Sayısı	Faaliyet Tabanlı Maliyetlemeye Göre		Hacim Tabanlı Maliyetlemeye Göre	
		Toplam Maliyet (TL)	Birim Maliyet (TL)	Toplam Maliyet (TL)	Birim Maliyet (TL)
Hastaneye Nakil	103	28.899,42	280,57	25.779,11	250,28
Yerinde Müdahale	62	12.241,99	197,45	15.362,41	247,78
Toplam	165	41.141,41	478,02	41.141,52	498,06

Kaynak: (Çakmak, 2007)

Eveyik (2018)'in "Acil Sağlık Hizmetleri Birim Maliyetlerinin Hizmet İşlem Ücretleri ile Karşılaştırılması" çalışmasında acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının yerleşim yerlerine ve türüne göre acil sağlık hizmetlerinin birim maliyetleri hesaplanmış ve elde edilen sonuçlar Sağlık Bakanlığı Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi ile karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda, toplam maliyetler içerisinde en yüksek maliyetin direkt personel giderlerinden oluştuğu görülmüştür (%77,65). Acil sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutuyla ilgili çalışmalar, hizmet sunumunun gelecekteki gelişimi için önemli fayda sağlayacaktır.

Sosyal Boyutu

Toplumsal yapıyı oluşturan temel kuramlardan biri olan sağlık, tıbbi olduğu kadar sosyal bir alandır. Günümüzde sağlığın sosyal boyutu yönünden değerlendirilmesi önemli bir gereklilik haline gelmiştir. Sağlık kurumlarının toplum ve diğer kurumların sosyal yapısı açısından başlıca görevleri; toplumu sağlık yönünden bilinçlendirilmesi, sağlıklı bir yaşam vadinin gerçekleştirilmesi, mevcut hastalıklardan arındırılması ve insanlara en birincil sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasıdır. Sağlığı etkileyen başlıca sosyal değişkenler, yaş, cinsiyet, yaşanan coğrafi bölge, medeni durum, eğitim düzeyi, sosyal sınıf iken toplumsal yapıyı oluşturan nüfus, din, dil, kültür, ekonomi diğer önemli değişkenler olarak belirtilmektedir (Aytaç ve Kurttaş, 2015).

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunda köklü değişiklikler yaşamış olsa da, sağlık hizmeti kullanımının özellikleri ve ilişkili olduğu değişkenlerle ilgili ulusal düzeyde mevcut durumu ortaya koyan veriler sınırlıdır (İlhan vd., 2006). ASH’den faydalanma durumu oranlarının; kişilerin yaşı, hastalığın ve geçirilen kazanın şiddeti, hastaneye ulaşım süresi, ekonomik durumu ve sosyal güvencesi durumuna göre etkilendiği belirtilmektedir (Kıdak vd., 2009).

Kaldırım vd. (2013), tarafından yapılan çalışmada, tüm ambulans ile müracaatların %37,4’ünün geriatrik hastaların oluşturduğunu saptamışlardır. Ogun (2018), yaptığı bir çalışmada bazı sosyoekonomik değişkenlerin kişinin acil durumlarında ambulansa başvurma kararını etkilediğini, ASH’nin etkin kullanımı için eğitim düzeyinin geliştirilmesi, bulunduğu durumda iyileşme sağlamak için değerlendirilmeyi hak ettiğini ifade etmiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ / MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Gökçeada ve Bozcaada'da Sağlık Hizmetleri

Gökçeada ve Bozcaada, Türkiye'nin en büyük üç adasından ikisidir. Bozcaada, 40 kilometrekare yüzölçümüne sahip olup ve 3.052 kişinin yaşadığı bir adadır (TÜİK, 2021). Lozan Antlaşmasına göre 22 Eylül 1923'te Türkiye Cumhuriyeti'ne bağlanan Gökçeada ise yaklaşık 285 kilometrekare yüz ölçümüne sahip olup 2020 yılı verilerine göre 10.106 kişiden oluşan bir nüfusa sahiptir (Özözen Kahraman, 2005; TÜİK, 2021).

Gökçeada'da; bir adet 50 fiili yatak kapasiteli devlet hastanesi, aile hekimlerinin görev yaptığı toplum sağlığı merkezi ve hastane bünyesinde iki 112 ambulans ekibi bulunmaktadır. Adalarda ileri tedavi yapılamadığından hastaların il merkez hastanelerine nakilleri durum değerlendirmesi ardından kara ambulansı, hava ambulansı ve deniz ambulansı aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Çalışkan, 2015). Deniz yoluyla hasta nakillerine alternatif olarak sahil güvenlik botu da görevlendirilebilmektedir. Sahil güvenlik botuyla 23 Temmuz 2019 tarihinde Bozcaada'dan il merkezine nakli gereken bir hastanın tahliyesi sağlık personeli refakatinde gerçekleştirilmiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı, 2019). Ayrıca Gökçeada veya Bozcaada'da oluşacak acil ambulans nakli talebine karşı 7/24 gemi bulunduran Geleneksel El Sanatları Ticaret Anonim Şirketi (GESTAŞ), 2018 yılında 2 defa Bozcaada-Geyikli hattında, 20 defa Gökçeada-Kabatepe hattında özel sefer yaparak 112 ambulanslar ile hastaların il merkez hastanelerine naklinde önemli rol oynamıştır. Kilitbahir-Çanakkale hattından ise 70 defa ambulans geçişine öncelik tanınmış ve belirtilen sefer saati haricinde sefer yapılarak hızlı ulaşımın sağlandığı ifade edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü, 2019). Araştırma süresince mevcut verilerin sınırlı oluşu sebebiyle gelecekte Gökçeada ve Bozcaada konulu yapılacak bilimsel araştırmalar, halkın ekonomik ve sosyal yönde sorunlarının tespit edilmesi ve çözüm oluşturulması açısından, eğitim, sağlık, ticaret vb. sektörlerin geliştirilmesinde, hizmetlerin denetlenmesi ve düzenlenmesinde kılavuzluk edeceğinden oldukça önemlidir.

3.1.1. Gökçeada Devlet Hastanesi

Gökçeada Devlet Hastanesi, 1999 yılında 45 yataklı devlet hastanesi tip projesi ile inşa edilmiş olsa da 50 fiili yatak kapasitesi ile hizmet vermeye başlanılmıştır. 2002 yılında, 2 adet hemodiyaliz cihazı ile hemodiyaliz servisi hizmete açılmış ve zamanla cihaz sayısı artarak 5 hemodiyaliz cihazı ile hizmete devam edilmektedir. Gökçeada’da 112 hizmeti 2 adet acil yardım ambulansı ile sunulmaktadır (Türkiye Kamu ve Özel Sağlık Kurumları Rehberi, 2021). İlçe hastanesinde hizmet vermekte olan poliklinikler (T.C. Sağlık Bakanlığı, Gökçeada Devlet Hastanesi, 2021);

- Aile Hekimliği,
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,
- Diş Hekimliği (Genel Diş),
- Genel Cerrahi,
- İç Hastalıkları (Dâhiliye),
- Kadın Hastalıkları ve Doğum,
- Anestezi ve Reanimasyon’dur.

3.1.2. Gökçeada 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu

Gökçeada 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu, hastane acil servisi ile uyumlu olarak 7/24 hizmet veren B1 tipi istasyondur. Özlük hakları ve kadrosu bakımından bünyesindeki kuruma, ambulans hizmetleri bakımından ise merkeze bağlıdır. Ekibe doktor dâhildir (Küçükyılmaz, 2018; “B tipi 112 İstasyonu Nedir?”, 2020).

Gökçeada’da acil sağlık hizmetleri işleyişinden bahsetmek gerekirse hasta nakillerinde kullanılan güzergâhlar aşağıda ifade edilmiştir. Çalışkan (2015), Gökçeada ve Bozcaada’dan sevk edilen hastaların ambulans kayıt formlarını incelediği bir çalışmada Gökçeada Devlet Hastanesi’nden il merkezine gerçekleşen sevk güzergâhlarından açıklamalı olarak bahsetmiştir. Bu sevk güzergâhları güncel bilgilerden faydalanılarak aşağıdaki şekilde uyarlanmıştır;

- Birinci güzergâh: Kara ambulansı, Gökçeada Devlet Hastanesi'nden teslim alınan hasta ile Gökçeada iskelesinden (kuzu limanı) hareket eden Gökçeada-Kabatepe hattı feribotuna (iki kıyı arası yaklaşık 42 km ve deniz seyir süresi yaklaşık 74 dakika) sefer saatine göre binmektedir. Gökçeada kara ambulansı Kabatepe limanına ulaştığında hastayı başka bir kara ambulansına teslim etmekte ya da aynı kara ambulans ile il merkez hastanelerine devam etmektedir. Hastayı teslim alan kara ambulansı 10 km yol alarak Eceabat iskelesine gelmektedir. Buradan feribot sefer saatine göre, Eceabat-Çanakkale hattı feribotuna (kıyılar arası yaklaşık 5 km ve deniz seyir süresi yaklaşık 25 dakika) ya da Kilitbahir feribot iskelesine yaklaşık 4 km devam ederek, Kilitbahir-Çanakkale hattı feribotuna (kıyılar arası yaklaşık 2 km ve deniz seyir süresi yaklaşık 7 dakika) binmektedir. Kara ambulansı hastayı il merkezinden gelen kara ambulansına devreder. İkinci ihtimal olarak ise aynı kara ambulansı yola devam ederek yaklaşık 10 km mesafede yer alan Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne ya da yaklaşık 8 km mesafede bulunan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne nakletmektedir. Özel Medical Park Hastanesi 'de özellikli durumlarda hasta nakledilen merkez hastanelerindedir. Üçüncü ihtimal olarak Eceabat Devlet Hastanesi'ne uğranılarak il merkezine devam edebilir ya da orada başka bir kara ambulansına hasta devredilerek ilgili il merkez hastanesine nakli sağlanmaktadır.
- İkinci güzergâh: Kara ambulansı Gökçeada Devlet Hastanesi'nden teslim aldığı hastayı Gökçeada kuzu limanında Kumkale limanından kara ambulansı ekibiyle seyrederek kuzu limanında hazır bekleyen deniz ambulansına devretmektedir. Deniz ambulansı, Gökçeada Kuzu Liman-Kumkale hattını yaklaşık 38 dakikada (23 mil) seyrederek kara ambulansı ekibini ve hastayı Kumkale limanına ulaştırması ardından bölgesine geri dönmektedir. İkinci ihtimal ise deniz ambulansı Gökçeada-Çanakkale Limanı hattını yaklaşık 36 mil (47 dakika) seyredip limanda hazır bekleyen kara ambulansına hastayı devretmesidir. Deniz yoluyla hasta nakillerine alternatif olarak sahil güvenlik botu da görevlendirilebilmektedir. Sahil güvenlik botunun hasta naklinde en sık kullandığı güzergâh Gökçeada Kuzu Liman-Kabatepe Limanı arası gerçekleştirilen seferdir. Gökçeada kara ambulansı ekibi, sahil güvenlik botuyla Kabatepe limanına seyrederek orada başka bir ekibe hastayı teslim edip, bölgesine geri dönmektedir. Hastayı teslim alan kara ambulansı

birinci güzergâhta anlatılan aynı güzergâhları kullanarak hastayı ilgili il merkez hastanesine nakletmektedir.

- Üçüncü güzergâh: Kara ambulansı Gökçeada Devlet Hastanesi'nden teslim aldığı hastayı il merkezinden kalkış sağlayarak Gökçeada Askeri Heliport ya da Gökçeada Sivil Heliport alanına iniş yapan hava ambulansına devreder. Hava ambulansı Gökçeada-Çanakkale hattını yaklaşık kuş uçuşu 45 km (17 dakikada) alarak hastayı Çanakkale Anafartalar Heliport alanında Gökçeada semalarında gözden kaybolduğu anda il merkezinden görevlendirilen kara ambulansına devreder. Kara ambulansı teslim aldığı hastayı yaklaşık 10 km mesafede yer alan Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne ya da yaklaşık 8 km mesafedeki Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne nakleder. Son olarak hava yoluyla hasta nakillerine alternatif olarak askeri helikopter de görevlendirilebilmektedir. Feribot seferlerinin iptal olduğu, deniz ambulansının ve sahil güvenlik botunun hava şartlarından olumsuz etkilendiği, hava ambulansının aktif olmadığı, gece görüşünün olmaması gibi nedenlerle uçuş yapamadığında hastalar askeri helikopter ile il merkezine tahliye edilmektedir.

3.1.3. Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi

Bozcaada'da 24 saat kesintisiz hizmet veren bir Toplum Sağlığı Merkezi bulunmaktadır. Toplum Sağlığı Merkezinde diş ünitesi, röntgen cihazı ve laboratuvar bulunmaktadır (T.C. Bozcaada Kaymakamlığı, 2021). Laboratuvar hizmetlerinde rutin olarak kan şekeri, kolesterol, romatizma faktörleri, hepatit testi, Human Immunodeficiency Virus (HIV)/İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü, tam idrar tahlili çalışılmaktadır. Ayrıca salı günleri kan alınarak, tahliller Çanakkale Halk Sağlığı laboratuvarına gönderilmektedir. Acil bölümünde EKG, defibrilatör gibi acil müdahale kullanım cihazlarının tamamı ve 1 adet acil yardım ambulansı bulunmaktadır. Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezinin personel kadrosunda (Bozcaada Belediyesi, 2015);

- 1 aile hekimi, aile hekimine bağlı 1 aile sağlık elemanı,
- 1 hemşire, 1 ebe, 2 röntgen teknisyeni, 1 sağlık memuru, 1 laboratuvar teknisyeni, 1 veri hazırlama ve kontrol işletmeni, 1 hizmetli ve geçici görevle ayda 1 ya da 2 doktor bulunmaktadır.

3.1.4. Bozcaada Acil Sağlık Merkezi İstasyonu

1997 yılı ekim ayı içerisinde Çanakkale iline bağlı Bozcaada'da sağlık merkezleri bünyesinde ambulanslarda personel uyumlu olarak ilk istasyonlar çalışmaya başlamıştır. B2 tipi ambulanstır (Küçükylmaz, 2018).

Çalışkan (2015), Gökçeada ve Bozcaada'dan sevk edilen hastaların ambulans kayıt formlarını incelediği çalışmada Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi'nden gerçekleşen sevk güzergâhlarından açıklamalı olarak bahsetmiştir. Bu sevk güzergâhları güncel bilgilerden faydalanılarak aşağıdaki şekilde uyarlanmıştır;

- Birinci güzergâh: Kara ambulansı ekibi Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi'nden teslim aldığı hastayla Bozcaada-Geyikli hattı (yaklaşık 8 mil ve deniz seyir süresi 30 dakika) feribot seferi ardından hastayı Geyikli iskelesinde başka bir kara ambulansına teslim etmekte ya da aynı ambulans ile il merkezine nakil için devam etmektedir. Kara ambulansı hastayı yaklaşık 50 km yol alarak Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne ya da 48 km mesafede yer alan Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne nakledebilmektedir. Özel Medical Park Hastanesi 'de özellikli durumlarda hasta nakledilen merkez hastanelerindedir. Kara ambulansı hastayı il merkez hastanesine teslim ettikten sonra aynı güzergâhtan bölgesine geri dönmektedir.
- İkinci güzergâh: Kara ambulansı ekibi Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi'nden teslim aldığı hastayı Bozcaada iskelesine Kumkale mevkiinden görevlendirilen deniz ambulansına teslim etmektedir. Deniz ambulansı Bozcaada-Geyikli arasını yaklaşık 4 mil (14 dakikada) seyrederek, Geyikli iskelesinde başka bir kara ambulansına hastayı teslim eder. İkinci ihtimal olarak ise Bozcaada-Kumkale hattı arasını yaklaşık 30 dakikada (14 mil) aşarak il merkezinden gelen kara ambulansına hastayı teslim eder ve konuşlandığı kıyıya geri dönmektedir. Geyikli iskelesinde hastayı teslim alan kara ambulansı birinci güzergâhta olduğu gibi nakli gerçekleştirmektedir. İl merkezinden görevlendirilen kara ambulansı ise hastayı Kumkale iskelesinden teslim alıp yaklaşık 30 km mesafede yer alan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne ya da

yaklaşık 28 km mesafedeki Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne nakletmektedir.

- Üçüncü güzergâh: Kara ambulansı Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi'nden teslim aldığı hastayı, il merkezinden kalkışlı hava ambulansına Bozcaada Heliport alanında devretmektedir. Hava ambulansı Bozcaada-Çanakkale hattını yaklaşık kuş uçuşu 46 km (17 dakikada) alarak hastayı Çanakkale Anafartalar Heliport alanında il merkezinden görevlendirilen kara ambulansına teslim etmektedir. Hastayı teslim alan kara ambulansı hastayı yaklaşık 10 km mesafede yer alan Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne ya da yaklaşık 8 km mesafedeki Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne nakletmektedir.

3.2. Gökçeada ve Bozcaada'dan İl Merkezine 112 Ambulanslar ile Yapılan Nakillerin Ekonomik ve Sosyal Boyutunun Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırmanın amacı, evreni, örnekleme, veri toplama araçları ve kullanılan analiz yöntemleri ile ilgili bilgiler verilecektir. Çalışmada kullanılan anket bu çalışma için özel olarak geliştirildiği için analiz kısmından önce yapılan pilot çalışmanın sonuçlarına da yer verilecektir.

3.2.1. Araştırmanın Amacı

Çanakkale iline bağlı Gökçeada ve Bozcaada cazibesi ile insanların akın ettiği tarih ve politik açıdan önemli ilçe yönetiminde olan iki adadır. Yerli nüfusun günden güne artması yaz mevsiminde ise turist ve günübirlikçilerin gelmesi sonucu oluşan nüfus yoğunluğu, Gökçeada ve Bozcaada'da sağlık gereksinimini artırmaktadır. Sağlık gereksiniminin artmasıyla birlikte acil ambulans başvuruları artmakta ve bu durum acil servislerde yığılmalara hastaneler arası nakil ihtiyacının doğmasına ve beraberinde acil sağlık hizmetleri sunumunda aksaklıklara neden olmaktadır. Acil sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan bu gibi sorunlar insanların yaşamında olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin en ücra yere dahi ulaşabilmesi, herkesin eşit derecede faydalanabilmesi yaşam ve sağlık hakkı için oldukça önemlidir. Mahrumiyet

alanı sayılan adalarda da bu beklentinin değişmemesi, sağlık durumunu tehdit eden bir durumda sağlık hizmetinin erişilebilir olması ve yeterli hizmeti veriliyor olması gerekmektedir.

Bu tez çalışmasının amacı Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine 112 ambulansı ile yapılan hasta nakillerinin kişi, kurum ve devlet bazında ortaya çıkardığı ekonomik ve sosyal boyutu ortaya koymaktır.

3.2.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Gökçeada ve Bozcaada'da yaşayanlar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemi ise bu adalarda yaşayan ve acil yardım hizmeti kullananlar olarak belirlenmiştir. anakkale il sağlık müdürlüğünden alınan izinle acil sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üzeri kişilerden çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket formu uygulanarak veri toplanmıştır.

3.2.3. Veri toplama Araçları

Çalışmada amaçlanan konuyla ilgili yapılan literatürdeki çalışmalar incelendiğinde araştırma konusunu ortaya koyan herhangi bir veri toplama aracına erişilemediği için araştırmacı tarafından yeni bir anket geliştirilmiştir. Öncelikle geliştirilen anket için pilot çalışma yapılmıştır. Yapılan pilot çalışma sonrası ölçeğin Cronbach alfa değerinin yeterli düzeyde olması üzerine anket çalışması örnekleme uygulanmıştır.

3.2.4. Araştırma Hipotezleri

Belirlenen araştırma modeli ve oluşturulan anket kapsamında hipotezler oluşturulmuştur. Sosyo-demografik özellikler ile ilgili tüm boyutlar incelenmiş ve şu hipotezler test edilmiştir:

H₁: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile ikamet edilen ada değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₄: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile özel araç sahipliği değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₅: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₆: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₇: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile meslek değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

H₈: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile gelir düzeyi değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Geliştirilen ölçekte katılımcı sayısının az olması nedeniyle belli hastalıklara veya işi gereği risk altında bulunanların görüşlerini daha çok yansıtabilir. Ayrıca çalışmada elde edilen bulguların yorumları araştırmacının ve katılımcıların görüşlerini de yansıtmaya ihtimali olduğu için evrenin tümünün görüşlerini yansıtmayabilir. 6. soru 1. alt boyutta çıkmış fakat faktör yükü 0,40'ın altında kaldığı için çıkarılmıştır.

Bazı anket sorularında değişiklik olması nedeniyle etik kurula iki kez başvurulmuştur (*bakınız Ek-2 ve Ek-3*). Kurum, anket sorularında değişiklik yapılması ardından ikinci başvuruda izin vermiştir (*bakınız Ek-4 ve Ek-5*).

Yapılan bu çalışmada Bozcaada ve Gökçeada'dan İl merkezine 1 Ocak 2021-30 Eylül 2021 döneminde yapılan sevklerle ilgili veriler analiz edilmiştir. Bu dönemde toplam 400 sevk gerçekleşmiştir. Sevk verilerinin elde edildiği ASOS dijital platformda vaka veri girişlerinde eksik, yanlış veri girişleri tespit edilmiştir.

3.2.6. Verilerin analiz yöntemi

Verilerin analizinde SPSS 23 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normallik analizleri yapılmış ve ölçek ile bazı değişkenler arasındaki korelasyon incelenmiştir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Sosyo-Demografik Özellikler

Ankete toplam 320 kişi katılmıştır. Katılımcıların 165'i kadın ve 155'i erkektir. Tablo 9'da katılımcıların cinsiyet dağılımlarının yüzde dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 9

Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	165	51,6
Erkek	155	48,4
Toplam	320	100,0

Katılımcıların %23,1'i 26-45 yaş aralığında ve %24,7'si 36-45 yaş aralığında bulunmaktadır. En büyük grubu bu iki aralıktaki katılımcılar oluşturmaktadır. 18-25 (10,3), 56-65 (%12,8) ve 66 ve üstü (%11,3) katılımcıların sayısı birbirine oldukça yakındır. Tablo 10'da frekans tablosu verilmiştir.

Tablo 10

Katılımcıların yaş dağılımı

Yaş	Sayı	Yüzde
18-25	33	10,3
26-35	74	23,1
36-45	79	24,7
46-55	57	17,8
56-65	41	12,8
66+	36	11,3
Toplam	320	100,0

Katılımcıların yaklaşık 1/3'ü bekâr ve 2/3'ü ise evlidir. Yüzde değerleri Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11

Katılımcıların medeni durumu

Medeni Durum	Sayı	Yüzde
Bekâr	115	36,0
Evli	204	64,0
Toplam	320	100,0

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde en çok lise ve lisans mezunlarının bulunduğu görülmektedir. Frekans Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12

Katılımcıların eğitim düzeyleri

Eğitim Düzeyi	Sayı	Yüzde
İlköğretim	64	20,0
Ortaöğretim	51	15,9
Lise	73	22,8
Ön lisans	42	13,1
Lisans	74	23,1
Lisansüstü	16	5,0
Toplam	320	100,0

Katılımcıların meslekleri incelendiğinde birinci sırada serbest mesleğin geldiği ardından ise memurların geldiği görülmektedir. Frekans tablosu aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 13

Katılımcıların meslekleri

Meslek	Sayı	Yüzde
Öğrenci	23	7,2
Memur	76	23,8
İşçi	38	11,9
Ev Hanımı	35	10,9
Serbest Meslek	103	32,2
İşsiz	5	1,6
Emekli	40	12,5
Toplam	320	100,0

Katılımcıların çok büyük bir kısmı SGK güvencesi kapsamındadır. Tablo 14’te sosyal güvencelere dair değerler verilmiştir.

Tablo 14

Katılımcıların sosyal güvencesi

Sosyal Güvence	Sayı	Yüzde
SGK	293	91,6
Özel Sağlık Sigortası	9	2,8
Güvencesiz	18	5,6
Toplam	320	100,0

Katılımcıları önemli bir kısmı gelirlerinin orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Yüzde cinsinden dağılımları aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 15

Katılımcıların gelir düzeyi

Gelir Düzeyi	Sayı	Yüzde
Çok Düşük	6	1,9
Düşük	105	32,8
Orta	198	61,9
Yüksek	11	3,4
Toplam	320	100,0

Katılımcıların özel taşıt mülkiyetine sahip olup olmadıkları incelendiğinde yarıdan fazlasının aracının olmadığı görülmüştür. Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16

Katılımcıların araç mülkiyeti

Taşıt	Sayı	Yüzde
Var	136	42,5
Yok	184	57,5
Toplam	320	100,0

Örnekleme oluşturan Gökçeada ve Bozcaada’dan eşit sayıda katılımcıya ulaşılmıştır (Tablo 17).

Tablo 17

Katılımcıların adalara göre dağılımı

İkamet Yeri	Sayı	Yüzde
Gökçeada	160	50,0
Bozcaada	160	50,0
Toplam	320	100,0

Katılımcıların yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü ailesi ile yaşamaktadır. Diğer seçeneklerin dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18

Kiminle yaşanıldığına dair frekans tablosu

Kimle Yaşıyorsunuz?	Sayı	Yüzde
Yalnız	72	22,5
Ailemle	231	72,2
Arkadaşlarımla	17	5,3
Toplam	320	100,0

Katılımcıların büyük çoğunluğunun yaşadığı evde çocuk bulunmamaktadır (%60,3). Evde bir çocuk olan 64 katılımcı (%20,0) varken beş çocuk olan sadece 1 katılımcı bulunmaktadır. Yüzde dağılımı Tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19

Evdeki çocuk sayısı

Evdeki Çocuk Sayısı	Sayı	Yüzde
1	64	20,0
2	51	15,9
3	8	2,5
4	3	,9
5	1	,3
Toplam	127	39,7
Çocuk yok	193	60,3

Yaşadıkları evde 65 yaş ve üzerinde birey olan katılımcı sayısı oldukça düşük çıkmıştır. Frekans Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20

Evdeki 65+ kişi sayısı

Evdeki 65+ Kişi Sayısı	Sayı	Yüzde
1	77	24,1
2	12	3,8
3	1	,3
Toplam	90	28,1
65+ yok	230	71,9

Katılımcıların önemli bir kısmı yani %67,8'inin herhangi bir kronik hastalığı olmadığı anlaşılmıştır. Yüzde dağılımı Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Kronik Hastalık	Sayı	Yüzde
Var	103	32,2
Yok	217	67,8
Toplam	320	100,0

Ailedeki kronik hastalık oranına bakıldığında ise yine önemli bir kısmının ailesinde kronik hastalık bulunmadığı (%62,2) tespit edilmiştir. Dağılım Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22

Ailede herhangi bir kronik hastalığı olan var mı?

Ailede Kronik Hastalık	Sayı	Yüzde
Var	121	37,8
Yok	199	62,2
Toplam	320	100,0

Katılımcıların yine önemli bir kısmı sürekli kullandığı bir ilacın bulunmadığını (%66,9) beyan etmiştir. Frekans Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23

Sürekli kullanılan ilaç

Sürekli Kullanılan İlaç	Sayı	Yüzde
Var	106	33,1
Yok	214	66,9
Toplam	320	100,0

Katılımcıların son bir yılda doktora başvuru sayılarına bakıldığında yaklaşık 1/3'ünün (%30,3) en fazla bir defa doktora gittiği görülmektedir. İki defa doktora başvuranlar ise örneklemin diğer 1/3'ünü (%32,5) oluşturmaktadır. En fazla başvuranlar arasında 10, 12 ve 15 defa başvuranlar olmakla birlikte en uç değer olarak ise 50 defa başvuran bir katılımcı yer almıştır.

Tablo 24

Son bir yılda doktora başvuru sayısı

Doktora Başvuru Sayısı (Son 1 yılda)	Sayı	Yüzde
0 (Hiç)	31	9,7
1 defa	66	20,6
2 defa	104	32,5
3 defa	49	15,3
4 defa	27	8,4
5 defa	13	4,1
6-9 defa	14	4,4
10-15 defa	15	4,7
16 ve üzeri defa	1	0,3
Toplam	320	100

4.2. Adadaki Sağlık Hizmetleri

Araştırmanın ikinci bölümü, Gökçeada ve Bozcaada'da yaşayanların (katılımcıların) sağlık hizmetlerine dair görüşlerini yansıtan sorulardan oluşmaktadır.

Tablo 25

Adada hastalık durumunuzda sağlık hizmetlerine anında başvurur musunuz?

	Sayı	Yüzde
Evet, hemen başvururum.	204	63,7
Hayır, hastalandığımda doktora gitmeyi ertelerim.	109	34,1
Kararsızım/Fikrim yok	7	2,2
Toplam	320	100,0

Katılımcıların yaklaşık 2/3'ü hastalık durumunda sağlık hizmetlerine anında başvurmayı düşünürken %34,1'i erteleyerek doktora başvuracağını belirtmiştir.

Tablo 26

Sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanmak için adadan il merkezine taşınır mıydınız?

	Sayı	Yüzde
Evet	153	47,8
Hayır	127	39,7
Kararsızım/Fikrim yok	40	12,5
Toplam	320	100,0

Adada yaşayanların yaklaşık yarısı (%47,8) sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanabilmek için il merkezine taşınmayı tercih etmektedir. Hayır diyenler ise katılımcıların %39,7'sini oluşturmaktadır.

Tablo 27

Özellikli bir sağlık hizmetine ihtiyacından dolayı adadan il merkezine taşınan bildiğiniz bir yakınınız var mı?

	Sayı	Yüzde
Evet	141	44,1
Hayır	179	55,9
Toplam	320	100,0

Bir önceki sorudaki eğilimi doğrular nitelikte katılımcıların %44,1'inin yakını özellikli bir sağlık hizmetine ihtiyacından dolayı adadan il merkezine taşınmıştır. Adada bu tür sağlık ihtiyaçlarının önemli düzeyde olduğu görülmektedir (Tablo 27).

Tablo 28

Adada hava koşulları sebebiyle hekimlerce sizin için uygun görülen sağlık hizmetine ulaşımında sorun yaşadığınız oldu mu?

	Sayı	Yüzde
Evet	124	38,8
Hayır	196	61,3
Toplam	320	100,0

Adadan sağlık hizmetlerine ulaşımında engellerden birisi hava koşullarıdır. Katılımcıların %38,8'i hekimlerce uygun görülen sağlık hizmetine ulaşımında sorun yaşamıştır (Tablo 28).

Tablo 29

Daha önce adada 112 ambulans ihtiyacınız oldu mu? evet ise kaç kez?

	Sayı	Yüzde
Evet 1 kez	147	45,9
Evet 2 kez	45	14,1
Evet 3 kez	14	4,4
Evet 4 kez	5	1,6
Evet 5 kez	5	1,6
Evet 6+ kez	2	0,6
Hayır	100	31,3
Eksik veri	2	0,6
Toplam	320	100,0
Evet (Toplam)	218	68,1

Katılımcıların %68,1'i en az bir kez 112 ambulansa ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bu oran adada acil sağlık hizmetlerine ihtiyacın ne kadar yüksek olduğunu göstermektedir.

Tablo 30

Ada içinde 112 ambulansa başvuru nedeni (bir önceki soruya evet yanıtı veren 218 kişiden)

	Sayı	Yüzde
Medikal (tüm hastalıklar)	156	63,2
Trafik kazası	27	10,9
Düşme	23	9,3
İş kazası	14	5,7
Doğum	5	2,0
Alkol kullanımı	4	1,6
Covid-19	4	1,6
Zehirlenme	3	1,2
El keşiği	2	0,8
Gebelik/Abortus	2	0,8
Alerji	1	0,4
Arı sokması	1	0,4
Denizanası ısırması	1	0,4
Dismenore	1	0,4
Köpek ısırması	1	0,4
Omuz çıkığı	1	0,4
Yaralanma	1	0,4
Toplam	247	100,0

Katılımcıların içinden 112 ambulansa başvuran 218 kişi toplam 247 defa bu hizmeti kullanmıştır. Başvuruların yaklaşık 2/3'ü (156) medikal hastalıklar (%63,2) nedeniyle başvurmuştur. İkinci sırada ise trafik kazaları (27 defa, %10,9) gelmektedir. Üçüncü sırada düşme vakaları (23 defa, %9,3), sonrasında ise iş kazaları (14 defa, %5,7) gelmektedir.

Tablo 31

Daha önce adadan il merkezine 112 ambulanslar ile sevk edildiniz mi? evet ise kaç kez?

	Sayı	Yüzde
Evet 1 kez	108	33,8
Evet 2 kez	9	2,8
Evet 3 kez	4	1,3
Evet 4 kez	1	0,3
Evet 5 kez	1	0,3
Eksik Veri	2	0,6
Hayır	195	60,9
Toplam	320	100,0
Evet (Toplam)	123	38,5

Bir önceki sorunun devamı olarak daha önce 112 ambulans kullanan 218 kişiden 125'i adadan il merkezine sevk edilmiştir. Katılımcılar arasında 112 ambulans kullananların %57,3'ü il merkezine sevk edilmiştir. Bu oran oldukça yüksektir. Bir kez sevk edilen 108 kişidir. Evet, yanıtı verenlerin %87,8'i bir kez adadan il merkezine sevk edilmiştir.

Tablo 32

Adadan il merkezine 112 ambulanslar ile sevk edilme nedeni (bir önceki soruya evet yanıtı veren 123 kişiden)

	Sayı	Yüzde
Medikal (tüm hastalıklar)	74	57,4
Düşme	18	14,0
Trafik kazası	14	10,9
İş Kazası	7	5,4
Doğum	7	5,4
Zehirlenme	4	3,1
Covid-19	2	1,6
Gebelik/Abortus	2	1,6
El kesigi	1	0,8
Toplam	129	100,0

İl merkezine yapılan 129 farklı nedenle sevk yapıldığı görülmektedir. Sevklerin önemli bir kısmı (%57,4'ü) medikal hastalıklar (74 defa) nedeniyle yapılmıştır. İkinci sırada düşme vakaları (18 defa, %14,0) ve üçüncü sırada ise trafik kazaları (14 defa, %10,9) gelmektedir.

Tablo 33

İl merkezine nakilde kullanılan ulaşım yolu (tablo 31'deki evet yanıtı veren 123 kişiden)

	Sayı	Yüzde
Kara ambulansı (feribot vasıtasıyla)	61	46,2
Hava ambulansı	36	27,3
Kendi aracım (feribot vasıtasıyla)	18	13,6
Deniz ambulansı	17	12,9
Toplam	132	100,0

İl merkezine sevki yapılan 123 kişinin hangi vasıtalarla hastaneye gittiği Tablo 33'te verilmiştir. Yaklaşık yarısı kara ambulansı (61 defa, %46,2) ile il merkezine götürülmüştür. Kendi aracını kullanmayı tercih eden katılımcılar bu yola 18 defa

başvurmuştur. Sevkinin ¼'ünden fazlası ise hava ambulansı (36 defa, %27,3) ile gerçekleşmiştir.

Tablo 34

Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli herhangi bir sebepten reddettiğiniz ya da reddeden bir yakınınız oldu mu?

	Sayı	Yüzde
Evet oldu	40	12,5
Hayır olmadı	280	87,5
Toplam	320	100,0

İl merkezine naklin reddi ile ilgili sorulan soruya katılımcıların 40'ı evet yanıtını vermiştir. Bu 40 kişinin kendileri veya bir yakını il merkezine nakli reddetmiştir.

Tablo 35

Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli reddetme sebebi (bir önceki soruya evet cevabı veren 40 kişiden)

	Kendim	Yakınım	Toplam	Yüzde
Kendi imkânları ile gitmek için	10	5	15	37,5
Tedaviyi reddetme	3	7	10	25,0
Helikopter/hücum bota refakatçi alınmaması	2	3	5	12,5
Dönüş masrafı nedeniyle	1	3	4	10,0
Dönüşte ulaşım sıkıntısı	1	1	2	5,0
Yaşlılık nedeniyle	0	2	2	5,0
Refakat edebilecek kimsenin olmaması	0	1	1	2,5
Hava muhalefeti	0	1	1	2,5
Toplam	17	23	40	100,0

İl merkezine naklin reddedildiği 40 olayın sebeplerine bakıldığında çok çeşitli sonuçlar çıkmıştır. Katılımcılardan 17'si il merkezine nakledilmesine karar verilmesine rağmen nakli reddetmiştir. Bunlardan 10 tanesi ambulans kullanmak yerine kendi imkânları ile gitmeyi tercih etmiştir. Dikkat çeken bir diğer husus ise ikinci sırada tedaviyi reddetmenin gelmesidir.

Tablo 36

Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakil reddedildiği için yaşanan durumlar

	Sayı	Yüzde
Rahatsızlığın daha da artması	30	41,1
Stres artışı	29	39,7
İlaç kullanımının artması	10	13,7
Herhangi bir şikâyet olmaması	3	4,1
Ölüm	1	1,4
Toplam	73	100,0

İl merkezine nakil reddedildiğinde en sık rastlanan durum %41,1 ile rahatsızlığın artması durumudur. İkinci sırada ise stres artışı (%39,7) gelmektedir. Naklin reddedilmesi sonucu maalesef bir de ölüm vakası yaşanmıştır.

Tablo 37

Kendi isteğiniz ile daha büyük bir sağlık merkezinden hizmet almak için il merkezine gittiğinizde hangi masrafları kendiniz yapmak zorunda kalıyorsunuz? (katılımcılar arasındaki yüzde)

	Sayı	Yüzde
Gidiş ve Geliş Yol Masrafı	320	100,0
Yeme-İçme Masrafı	315	98,4
Konaklama Masrafı	199	62,2
Hastane Masrafı	121	37,8
Refakatçi Masrafı	118	36,9

Katılımcıların çok büyük kısmının sağlık hizmeti almak için il merkezine gittiğinde önemli bir masraf yükü altında kaldığı anlaşılmaktadır. Ana karada yaşayanlar için çok fazla zor olmayan bu masraflar ada sakinleri için önemli bir yük olabilmektedir. Gidiş ve geliş yol masrafı tüm katılımcılar kendisi karşılamak zorunda kalmaktadır. Tamamına yakını (%98,4) yeme-içme masrafını kendisi karşılamaktadır. Yaklaşık 2/3'ü konaklama masrafını kendisi karşılamak zorunda kalmaktadır.

Tablo 38

Kendi imkânlarınız ile il merkez hastanesine gidiş gelişlerde hangi yolu seçtiniz?

	Sayı	Yüzde
Feribot (yaya)	201	62,8
Otobüs	135	42,2
Kendi arabam	121	37,8

Katılımcıların büyük kısmı il merkezine gidişlerde feribot (yaya) (%62,8) yolunun kullanıldığı görülmektedir. İkinci sırada ise otobüs gelmektedir. Kendi aracını tercih edenler (%37,8) katılımcılar arasında en az grubu oluşturmaktadır.

Tablo 39

İl merkez hastanesine gidiş gelişlerde şehir içi hangi yolu seçtiniz?

	Sayı	Yüzde
Şehir içi otobüs	217	67,8
Kendi arabam	121	37,8
Taksi	51	15,9
Yürüyerek	12	3,8
Yakınının aracıyla	2	0,6
Otostop	1	0,3

Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği şehir içi en çok kullanılan ulaşım aracı şehir içi otobüstür (%67,8). Daha sonra şahsi araç (%37,8) ve taksi (%15,9) gelmektedir.

Tablo 40

İl merkez hastanesinde kaldıysanız yaklaşık kaç yakınınız sizi ziyaret etti? (hastanede kalan 120 kişiden)

	Sayı	Yüzde
1 yakınım	23	19,2
2 yakınım	44	36,7
3 yakınım	28	23,3
4 yakınım	12	10,0
5 yakınım	7	5,8
6 ve daha fazla yakınım	6	5,0
Toplam	120	100,0

İl merkezinde hastanede kalanların önemli miktarda yakınları tarafından ziyaret edildiği anlaşılmaktadır. Hastaneye gidiş masraflarından yakınlar da etkilenmektedir.

Katılımcıların sadece %19,2'sinin bir yakını ziyarete gelirken diğer kısmının önemli miktarda fazla yakını tarafından ziyaret edildiği görülmektedir. İki yakını ziyarete gelen %36,7 ve üç yakını gelenler %23,3'tür.

Tablo 41

112 ambulans ile il merkezine nakledilen bir yakınınızı yılda kaç kez ziyaret ediyorsunuz? (ziyarete giden 115 kişiden)

	Sayı	Yüzde
1 defa	33	28,7
2 defa	57	49,6
3 defa	11	9,6
4 defa	8	7,0
5 defa	3	2,6
6 ve daha fazla defa	3	2,6
Toplam	115	100,0

Katılımcıların yaklaşık 1/3'ü hastaneye nakledilen yakınını ziyaret etmiştir. Katılımcıların %71,3'ü en az iki defa ziyaret ettiğini beyan etmiştir.

Tablo 42

112 ambulanslar ile il merkezine nakli gereken bir yakınınıza maddi imkânsızlıktan dolayı borç para vermeniz gerekti mi?

	Sayı	Yüzde
Evet oldu	118	36,9
Hayır olmadı	202	63,1
Toplam	320	100,0

Tablo 42'de de görülebileceği gibi katılımcıların %36,9'u il merkezine nakledilen yakınına borç para vermesi gerekmiştir. Dolayısıyla il merkezine nakledilme ada sakinleri üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır.

Tablo 43

Hastalık durumunuzda kendi imkânlarınız (ekonomik şartlarınızdan dolayı) ile il merkez hastanesine gitmek istememenizden kaynaklı nasıl bir deneyim yaşadınız?

	Sayı	Yüzde
Stresim arttı	208	65,0
Rahatsızlığım daha da arttı	156	48,8
İlaç kullanımım arttı	72	22,5
Psikolojim bozuldu	3	0,9
Şikâyetim olmadı	2	0,6
Felç geçirecektim	1	0,3
Fizik tedavi göremedim	1	0,3

Katılımcıların %65'inin stres düzeyi yükselmiştir. Yaklaşık yarısının (%48,8) rahatsızlığı daha da artmıştır. Adadan yaşayanların sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik durumlarından dolayı sorun yaşamaları gerek fiziki gerek ruhsal önemli sorunlara yol açmaktadır. Bölümün sonunda katılımcılara adada yaşamla ilgili beklentilerinin karşılanma durumu ve genel memnuniyet dereceleri sorulmuştur.

Tablo 44

Adada yaşamınız açısından beklentilerinizin karşılanma durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

	Sayı	Yüzde
Çok kötü	26	8,1
Kötü	73	22,8
Orta	159	49,7
İyi	58	18,1
Çok iyi	4	1,3
Toplam	320	100,0
Ortalama	2,82	56,3

Katılımcıların neredeyse tam yarısı (%49,7) beklentilerinin karşılanma durumunu orta düzeyde olduğunu söylemiştir. Bunun alt ve üstüne baktığımızda ise eşit dağılmadığı görülmektedir. Kötü-çok kötü yanıtını verenler 99 kişi (%30,9) iken iyi-çok iyi yanıtını veren 62 kişi (%19,4) vardır. Uç yanıtlarda da çok kötü (26 kişi, %8,1) yanıtı çok iyi (4 kişi, %1,3) yanıtının 6,5 katı çıkmıştır. Genel beklentilerin karşılanma durumu ise %56,3 çıkmıştır.

Tablo 45

Adadaki yaşamınızdan genel olarak memnuniyet derecenizi nasıl değerlendirirsiniz?

	Sayı	Yüzde
Çok kötü	17	5,3
Kötü	50	15,6
Orta	138	43,1
İyi	102	31,9
Çok iyi	13	4,1
Toplam	320	100,0
Ortalama	3,14	62,8

Katılımcıların adadaki yaşantılarından genel olarak memnuniyet dereceleri daha yüksek çıkmıştır. Orta düzeyde memnun olanlar %43,1'dir. Kötü-çok kötü yanıtı verenler 67 kişi (%20,9) iken iyi-çok iyi yanıtı veren 115 kişi (%36,0) vardır. Uç yanıtlarda da çok kötü (17 kişi, %5,3) yanıtı ile çok iyi (13 kişi, %4,1) yanıtı birbirine yakın çıkmıştır. Genel olarak memnuniyet derecesi ise %62,8 çıkmıştır.

4.3. Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi

Bu bölümde geliştirilen ölçek için yapılan pilot çalışma sonuçları ve elde edilen tüm veriler üzerine yapılan analizler sırasıyla verilecektir.

4.3.1. Pilot Çalışma Güvenilirlik Analizi

Geliştirilen ölçek için daha küçük bir örnekleme (n=160) pilot çalışma yapılmıştır. Elde edilen verilerin öncelikle normallik testi yapılmıştır. Yapılan testin sonuçları Tablo 46 ve 47'de verilmiştir.

Tablo 46

Pilot çalışma normallik testi 1

	İstatistik	Std. Hata
Mean	2,3238	,03143
Skewness	-,509	,192
Kurtosis	-,083	,381

Tablodaki Skewness (-,509) ve Kurtosis (-,083) değerlerine bakıldığında Tabachnick ve Fidell (2013) tarafından önerilen +1.5-1.5 aralığında oldukları görülmüştür. Dolayısıyla verilerin normal dağılımı sağladığı anlaşılmıştır.

Tablo 47

Pilot çalışma normallik testi 2

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Anket	,119	160	,000	,966	160	,001

Normallik dağılımını gösteren bir diğer testte Shapiro-Wilk p değerinin ,001 olduğu görülmektedir. $p < 0,05$ olması nedeniyle yine normallik şartının sağlandığı anlaşılmıştır.

Sonrasında ölçek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Yapılan KMO and Bartlett's Testinde KMO değerinin ,637 çıktığı görülmüştür. Dolayısıyla kabul edilebilir değer olan 0,6 değerinin üzerindedir. Sig değeri de 0,05'ten küçük ve anlamlıdır.

Tablo 48

KMO and Bartlett's testi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,637
Sig.	,000

Varyans tablosuna bakıldığında ise ölçeğin üç faktöre ayrıldığı görülmektedir. Toplam varyansların da %53 ile kabul edilebilir seviyenin üzerinde olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 49

Pilot çalışma faktör analizi sonuçları

Soru	İlk özdeğerler			Faktör yükleri		
	Toplam	Varyans yüzdesi	Toplam yüzde	Toplam	Varyans yüzdesi	Toplam yüzde
1	2,497	24,971	24,971	2,497	24,971	24,971
2	1,666	16,665	41,636	1,666	16,665	41,636
3	1,217	12,173	53,809	1,217	12,173	53,809
4	,924	9,242	63,051			
5	,842	8,423	71,474			
6	,739	7,392	78,866			
7	,707	7,071	85,937			
8	,654	6,537	92,474			
9	,440	4,397	96,871			
10	,313	3,129	100,000			

Tablo 50

Pilot çalışma soruların faktör dağılımları

	Alt boyutlar		
	1	2	3
4. soru: Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının büyük bir bölümünün vergiler yoluyla finanse edildiğini biliyor musunuz?	,828		
3. soru: Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğunu sosyal güvenlik kurumunun finansmanı sağladığını biliyor musunuz?	,804		
9. soru: Adadaki sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile il merkezine olan sevk oranının düşmesinin ülke ekonomisine olumlu bir etki yaratacağını düşünüyor musunuz?	,627		
5. soru: Hava ambulansı ile yapılan hasta nakillerinde varsa refakatçinin uçuş sırasında hastaya eşlik edemediğini biliyor musunuz?		,817	
7. soru: Çanakkale’de hava ambulansının gün doğumu-gün batımı arasında aktif olduğunu biliyor musunuz?		,770	
8. soru: Hava ambulansı maliyetinin kara ambulansı maliyetinden daha yüksek olduğunu biliyor musunuz?		,713	
1. soru: Son 10 yılda adada acil sağlık hizmetlerinin geliştiğini düşünüyor musunuz?			,769
6. soru: Deniz ambulansı ve hava ambulansının kara ambulansına göre kötü hava şartlarından daha olumsuz etkilendiğini biliyor musunuz?			,563
10. soru: 2002 yılına kadar sosyal güvencesi olmayan hastalardan acil durumlarda bile para istendiğini biliyor musunuz?	,456		,558
2. soru: Adadan İl merkezine 112 ambulans araçları ile yapılan hasta nakillerinin devlete maliyetinin ne olduğunu biliyor musunuz?			,490

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

Yapı matris tablosunda soruların üç alt boyuta ayrıldıkları görülmüştür. Herhangi bir soru çıkartma yapılmamıştır. Daha sonra doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Elde edilen tablo aşağıda verilmiştir. Buna göre ankette kullanılan ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı ,640'tır. Dolayısıyla kabul edilebilir seviyede bir açıklayıcılığı bulunmaktadır.

Tablo 51

Pilot çalışma güvenilirlik analizi

Cronbach's Alpha	Standardize Cronbach's Alpha	Soru sayısı
,640	,648	10

4.3.2. Ölçek Güvenilirlik Analizi

Çalışmada 320 katılımcıya ulaşılmıştır. Veriler üzerinde yapılan kontroller herhangi bir yanlış veya eksik veri olmadığı görülerek analize geçilmiştir. Elde edilen verilerin öncelikle normallik testi yapılmıştır. Yapılan testin sonuçları Tablo 52 ve 53'te verilmiştir.

Tablo 52

Normallik testi 1

	İstatistik	Std. Hata
Ortalama	2,3828	,02091
Skewness	-,454	,136
Kurtosis	-,181	,272

Tablodaki Skewness (-,454) ve Kurtosis (-,181) değerlerine bakıldığında Tabachnick ve Fidell (2013) tarafından önerilen +1.5-1.5 aralığında oldukları görülmüştür. Dolayısıyla verilerin normal dağılımı sağladığı anlaşılmıştır.

Tablo 53

Normallik testi 2

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Anket	,132	320	,000	,964	320	,000

Normallik dağılımını gösteren bir diğer testte Shapiro-Wilk p değerinin ,000 olduğu görülmektedir. $p < 0,05$ olması nedeniyle yine normallik şartının sağlandığı anlaşılmıştır. Sonrasında ölçek için açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Yapılan KMO and Bartlett's Testinde KMO değerinin ,637 çıktığı görülmüştür. Dolayısıyla kabul edilebilir değer olan 0,6 değerinin üzerindedir. Sig değeri de 0,05'ten küçük ve anlamlıdır.

Tablo 54

KMO and bartlett's testi

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	,654
Sig.	,000

Varyans tablosuna bakıldığında ise ölçeğin üç faktöre ayrıldığı görülmektedir. Toplam varyansların da %53 ile kabul edilebilir seviye olan %50'nin üzerinde olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 55

Faktör analizi sonuçları

Soru	Toplam	İlk özdeğerler		Faktör yükleri		
		Varyans yüzdesi	Toplam yüzde	Toplam	Varyans yüzdesi	Toplam yüzde
1	2,365	23,646	23,646	2,365	23,646	23,646
2	1,887	18,871	42,517	1,887	18,871	42,517
3	1,108	11,084	53,601	1,108	11,084	53,601
4	,948	9,480	63,081			
5	,892	8,923	72,005			
6	,768	7,684	79,689			
7	,713	7,128	86,817			
8	,553	5,525	92,342			
9	,419	4,192	96,535			
10	,347	3,465	100,000			

Tablo 56

Anket sorularının faktör dağılımları

	Alt boyutlar		
	1	2	3
5. soru: Hava ambulansı ile yapılan hasta nakillerinde varsa refakatçinin uçuş sırasında hastaya eşlik edemediğini biliyor musunuz?	,880		
8. soru: Hava ambulansı maliyetinin kara ambulansı maliyetinden daha yüksek olduğunu biliyor musunuz?	,783		
7. soru: Çanakkale’de hava ambulansının gün doğumu-gün batımı arasında aktif olduğunu biliyor musunuz?	,780		
3. soru: Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğunu sosyal güvenlik kurumunun finansmanı sağladığını biliyor musunuz?		,798	
4. soru: Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının büyük bir bölümünün vergiler yoluyla finanse edildiğini biliyor musunuz?		,775	
9. soru: Adadaki sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile il merkezine olan sevk oranının düşmesinin ülke ekonomisine olumlu bir etki yaratacağını düşünüyor musunuz?		,625	
10. soru: 2002 yılına kadar sosyal güvencesi olmayan hastalardan acil durumlarda bile para istendiğini biliyor musunuz?		,502	
1. soru: Son 10 yılda adada acil sağlık hizmetlerinin geliştiğini düşünüyor musunuz?			,867
2. soru: Adadan İl merkezine 112 ambulans araçları ile yapılan hasta nakillerinin devlete maliyetinin ne olduğunu biliyor musunuz?			,582

Yapı matriks tablosunda soruların üç alt boyuta ayrıldıkları görülmüştür. 6. soru 1. alt boyutta çıkmış fakat faktör yükü 0,40’ın altında kaldığı için çıkarılmıştır.

Tablo 57

Ölçek alt boyutları korelasyon matris tablosu

	Alt Boyut 1	Alt Boyut 2	Alt Boyut 3
Alt Boyut 1 (5, 8 ve 7. sorular)	1		
Alt Boyut 2 (3, 4, 9 ve 10. sorular)	,057	1	
Alt Boyut 3 (1 ve 2. sorular)	,143	,193	1

Not: Pearson korelasyon değerleri kullanılmıştır.

Faktör yükü 0,40 altında kalan 6. Soru çıkarılarak oluşan alt boyutlar arasındaki ilişkiye bakmak için korelasyon analizi yapılmıştır. Pearson korelasyon değerlerine bakıldığında alt boyutlar arasında yüksek bir korelasyon bulunmadığı görülmüştür. Daha sonra doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Elde edilen tablo aşağıda verilmiştir. Buna göre ankette kullanılan ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı ,626’dır. Dolayısıyla kabul edilebilir seviyede bir açıklayıcılığı bulunmaktadır.

Tablo 58

Güvenilirlik analizi

Cronbach's Alpha	Standardize Cronbach's Alpha	Soru sayısı
,626	,626	10

Tablo 59

İfadeler Arasındaki korelasyon matris tablosu

	1.Soru	2.Soru	3.Soru	4.Soru	5.Soru	6.Soru	7.Soru	8.Soru	9.Soru
1.Soru	1,000								
2.Soru	,168	1,000							
3.Soru	,083	,110	1,000						
4.Soru	,092	,148	,536	1,000					
5.Soru	-,093	,146	,066	-,025	1,000				
6.Soru	,090	,076	,123	,207	,180	1,000			
7.Soru	,171	,170	,139	-,002	,588	,162	1,000		
8.Soru	,021	,167	,071	,015	,505	,184	,457	1,000	
9.Soru	,056	,013	,272	,242	,014	,040	,023	,016	1,000
10.Soru	,174	,116	,308	,205	-,024	,112	,061	,007	,259

Not: Pearson korelasyon değerleri kullanılmıştır.

İfadeler arasındaki korelasyona bakıldığında ise yüksek bir değer bulunmadığı görülmüş ve analize devam edilmiştir.

4.4. Bağımsız Örneklem T-Testi

Cinsiyet değişkeni iki seçenekten oluştuğu için anlamlı farklılığı ölçmek için bağımsız T testi (independent sample t-test) yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Normallik testi yapılmıştır. Normallik testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 60

Cinsiyet değişkeni normallik testi sonuçları

Cinsiyet	Sayı	Shapiro-Wilk	Çarpıklık	Basıklık
Kadın	165	,000	-,308	-,026
Erkek	155	,000	-,627	-,196

Yapılan normallik testinde Shapiro-Wilk değerleri yukarıda verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde ise tüm değişkenlerin -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu görülmüştür. Bu aralıkta olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 61

Cinsiyet değişkeni bağımsız t testi sonuçları

Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Levene's	T	Df	P
Kadın	165	2,35	,902	-1,820	318	,070
Erkek	155	2,42				

Analiz sonucunda, kadın (Ort=2,35, SS=0,37) ve erkek (Ort=2,42, SS=0,37) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t(318)=1,820$, $p=,070$). Bu sonuçlara göre, erkek katılımcılar ile kadın katılımcıların Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Dolayısıyla,

H_1 : Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilmiştir.

Daha sonra medeni durum değişkeni iki seçenekten oluştuğu için anlamlı farklılığı ölçmek için bağımsız T testi (independent sample t-test) yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Normallik testi yapılmıştır. Normallik testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 62

Medeni durum değişkeni normallik testi sonuçları

Medeni Durum	Sayı	Shapiro-Wilk	Çarpıklık	Basıklık
Bekâr	115	,000	-,275	-,804
Evli	205	,000	-,574	,315

Yapılan normallik testinde Shapiro-Wilk değerleri yukarıda verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde ise tüm değişkenlerin -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu görülmüştür. Bu aralıkta olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 63

Medeni durum değişkeni bağımsız t testi sonuçları

Medeni Durum	Sayı	Ortalama	Levene's	T	Df	P
Bekâr	115	2,31	,617	-2,593	317	,010
Evli	205	2,42				

Analiz sonucunda, bekâr (Ort=2,31, SS=0,37) ve evli (Ort=2,42, SS=0,37) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t(317) = -2,593$, $p = ,010$). Bu sonuçlara göre, bekâr katılımcılar ile evli katılımcıların Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Dolayısıyla,

H₂: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilmiştir.

Daha sonra özel araç sahipliği değişkeni iki seçenekten oluşturuğu için anlamlı farklılığı ölçmek için bağımsız T testi (independent sample t-test) yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Normallik testi yapılmıştır. Normallik testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 64

Özel araç sahipliği değişkeni normallik testi sonuçları

	Sayı	Shapiro-Wilk	Çarpıklık	Basıklık
Var	136	,001	-,249	-,680
Yok	184	,000	-,571	,053

Yapılan normallik testinde Shapiro-Wilk değerleri yukarıda verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde ise tüm değişkenlerin -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu görülmüştür. Bu aralıkta olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 65

Özel araç sahipliği değişkeni bağımsız t testi sonuçları

	Sayı	Ortalama	Levene's	T	Df	P
Var	136	2,40	,631	,858	318	,392
Yok	184	2,37				

Analiz sonucunda, var (Ort=2,40, SS=0,030) ve yok (Ort=2,37, SS=0,028) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t(318)=,858$, $p=,392$). Bu sonuçlara göre, özel araç sahibi olanlar ile olmayan katılımcıların Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Dolayısıyla,

H₃: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile özel araç sahipliği değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilmiştir.

Daha sonra ikamet edilen ada değişkeni iki seçenekten oluştuğu için anlamlı farklılığı ölçmek için bağımsız T testi (independent sample t-test) yapılmıştır. Öncelikle verilerin normal dağılıp dağılmadığını belirlemek için Normallik testi yapılmıştır. Normallik testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 66

İkamet edilen ada değişkeni normallik testi sonuçları

	Sayı	Shapiro-Wilk	Çarpıklık	Basıklık
Gökçeada	160	,000	-,742	,868
Bozcaada	160	,000	-,230	-,793

Yapılan normallik testinde Shapiro-Wilk değerleri yukarıda verilmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde ise tüm değişkenlerin -1,5 ve +1,5 aralığında olduğu görülmüştür. Bu aralıkta olması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Tablo 67

İkamet edilen ada değişkeni bağımsız t testi sonuçları

	Sayı	Ortalama	Levene's	t	Df	P
Gökçeada	160	2,40	,007	,912	318	,363
Bozcaada	160	2,36				

Analiz sonucunda, Gökçeada (Ort=2,40, SS=0,027) ve Bozcaada (Ort=2,36, SS=0,032) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($t(318)=,912$, $p=,363$). Bu sonuçlara göre, ikamet edilen ada ile katılımcıların Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Dolayısıyla,

H₄: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile ikamet edilen ada değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilmiştir.

4.5. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) Analizi

Cinsiyet ve medeni durum dışındaki diğer değişkenler ile kullanılan ölçek arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını ortaya koymak için tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır.

Yaş değişkeni için yapılan normallik testinde dağılımın normal olduğu görülmüş ve tek yönlü varyans analizine geçilmiş, öncelikle testin ön kabullerinden olan varyansların homojenliğine bakılmıştır.

Tablo 68

Yaş değişkeni için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

	Varyansların Homojenliği		ANOVA	
	Levene Değeri	p	F	P
Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi	1,329	,251	2,864	,015

Varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizine geçilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi düzeyleri yaş değişkeni açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır $p=,015$. Hangi yaşlar arasında fark olduğunu anlamak için Post Hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 69

Yaş değişkeni için tek yönlü varyans (anova) analizi post hoc tukey tablosu

Yaş Grubu	Ort.	Yaş Grubu	Ort.	SS	P
18-25	2,2	56-65	0,09	0,09	0,006

18-25 yaş grubu ile 56-65 yaş grubu arasında anlamlı bir fark vardır ($p=,006$). Fakat tüm yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı için;

H_5 : Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Eğitim durumu değişkeni için yapılan normallik testinde dağılımın normal olduğu görülmüş ve tek yönlü varyans analizine geçilmiştir. Öncelikle testin ön kabullerinden olan varyansların homojenliğine bakılmıştır.

Tablo 70

Eğitim durumu için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

	Varyansların Homojenliği		ANOVA	
	Levene Değeri	P	F	P
Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi	1,203	,308	4,263	,001

Varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizine geçilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi düzeyleri Eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır $p=,001$. Hangi eğitim düzeyi arasında fark olduğunu anlamak için Post Hoc Tukey testi yapılmıştır.

Tablo 71

Eğitim durumu değişkeni için tek yönlü varyans (anova) analizi post hoc tukey tablosu

Eğitim durumu	Ort.	Eğitim durumu	Ort.	SS	P
İlköğretim	2,31	Ortaöğretim	2,53	0,07	0,018
Ortaöğretim	2,53	Lisansüstü	2,17	0,11	0,009
Ortaöğretim	2,53	Ön lisans	2,3	0,76	0,035

İlköğretim ile ortaöğretim ($p=,018$), ortaöğretim ile lisansüstü ($p=,009$) ve ön lisans mezunu ($p=,035$) katılımcılar arasında anlamlı bir fark vardır. Fakat tüm eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmadığı için;

H_0 : Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi kısmen kabul edilmiştir.

Meslek değişkeni için yapılan normallik testinde dağılımın normal olduğu görülmüş ve tek yönlü varyans analizine geçilmiştir. Öncelikle testin ön kabullerinden olan varyansların homojenliğine bakılmıştır.

Tablo 72

Meslek değişkeni için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

	Varyansların Homojenliği		ANOVA	
	Levene Değeri	P	F	P
Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi	0,889	,503	1,903	,080

Varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizine geçilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi düzeyleri meslek değişkeni açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır $p=,080>0,05$. Meslek düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunmadığı için;

H₇: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile meslek değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilir.

Gelir düzeyi değişkeni için yapılan normallik testinde dağılımlın normal olduğu görülmüş ve tek yönlü varyans analizine geçilmiştir. Öncelikle testin ön kabullerinden olan varyansların homojenliğine bakılmıştır.

Tablo 73

Gelir düzeyi için varyansların homojenliği ve tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

	Varyansların Homojenliği		ANOVA	
	Levene Değeri	P	F	P
Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi	,175	,913	,622	,601

Varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizine geçilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi düzeyleri gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır $p=,601>0,05$. Bu sebeple,

H₈: Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi ile gelir düzeyi değişkeni arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilir.

4.6. Sevk Veri Analizi

Adalardan Çanakkale il merkezine yapılan sevklerle ilgili Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Gökçeada ve Bozcaada'dan İl merkezine 1 Ocak 2021-30 Eylül 2021 döneminde yapılan sevklerle ilgili veriler analiz edilmiştir. Bu dönemde toplam 400 sevk gerçekleşmiştir. Sevklerle ilgili frekans tabloları aşağıda verilmiştir.

Tablo 74

Sevklerdeki cinsiyet dağılımı

	Sayı	Yüzde
Erkek	230	57,5
Kadın	170	42,5
Toplam	400	100,0

TÜİK 2020 verilerine göre Bozcaada nüfusunun %54,55'i erkek, %45,45'i kadındır. Gökçeada nüfusunun ise %56,93'ü erkek, %43,07'si kadındır. Sevk sayılarındaki cinsiyet dağılımları da nüfus oranına yakın çıkmıştır. Dolayısıyla acil sağlık hizmeti alanlar cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 75

Sevklerin yaş gruplarına göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
0-18	63	15,8
19-35	72	18,0
36-50	62	15,5
51-64	70	17,5
65 ve üzeri	133	33,3
Toplam	400	100,0

Tüm sevklerle bakıldığında 1/3'ü (%33,3) 65 yaş ve üstündekiler oluşturmaktadır. Diğer yaş grupları ise birbirine yakın bir dağılım göstermektedir. Sosyal güvenlik sistemi açısından bakıldığında sağlık sigortalarını ödemeye devam eden çalışma çağındaki 19-64 yaş grubu yaklaşık olarak acil sağlık hizmetini kullananların yarısını oluşturmakta iken diğer yarısı çalışma çağı dışındakilerden oluşmaktadır. Çalışma çağındaki tüm grubun çalıştığı varsayılırsa kendi sağlık giderlerinin iki katı sigorta primi ödedikleri takdirde

sistem ancak dengede kalabilir. Bu grubun bir kısmının öğrenci bir kısmının da çeşitli nedenlerden çalış(a)madığı hesaba katıldığında sigorta sisteminin önemli bir devlet sübvansiyonuna muhtaç olduğu açıkça görülmektedir.

Tablo 76

Sevklerin sosyal güvencelerine göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
SGK	390	97,5
Özel Sigortalı	5	1,3
Güvencesiz	5	1,3
Toplam	400	100,0

Acil sağlık hizmetini kullanan kişilerin çok büyük bir kısmı (%97,5) SGK güvencesindedir. Özel sigortalı olan ve güvencesizler tüm sevklerin %2,6'sını oluşturmaktadır.

Tablo 77

Sevklerin triaj kodları dağılımı

	Sayı	Yüzde
Yeşil	6	1,5
Sarı	377	94,3
Kırmızı	17	4,3
Toplam	400	100,0

Gerçekleşen sevklerin büyük kısmı sarı olarak (%94,3) kodlanmıştır. En az yeşil (%1,5) ve ikinci sırada kırmızı (%4,3) triaj kodlu sevkler gelmektedir.

Tablo 78

Sevklerin ön tanı grupları dağılımı

	Sayı	Yüzde
Ortopedi ve Travmatoloji Hastalıkları	114	28,5
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	61	15,3
Enfeksiyon Hastalıkları	55	13,8
Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	48	12
Solunum Sistemi Hastalıkları	27	6,8
Serebrovasküler Hastalıklar	26	6,5
Yenidoğan Hastalıkları	15	3,8
Ürolojik Hastalıklar	9	2,3
Nörolojik Hastalıklar	8	2
Kadın Hastalıkları ve Doğum	7	1,8
Onkolojik Hastalıklar	5	1,3
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	4	1
Hematolojik Hastalıklar	4	1
İlaçla Zehirlenme	3	0,8
Ruh ve Davranışsal Hastalıklar	3	0,8
Alerjik Reaksiyon	2	0,5
Köpek ısırması	2	0,5
Burunda Yabancı Cisim	1	0,3
Elektrik çarpması	1	0,3
Özofagusta Yabancı Cisim	1	0,3
Periodontal Hastalıklar	1	0,3
Prematüre doğum	1	0,3
Sıvı ve Elektrolit Bozuklukları	1	0,3
Suda Boğulma	1	0,3
Toplam	400	100,0

Sevklerin ön tanı gruplarına bakıldığında oldukça farklı sebeplerden acil sağlık hizmetinin kullanıldığı görülmektedir. Bir sıralama yapıldığında ilk üç sıranın toplamının tüm sevklerin yarısını geçtiği (%57,6) görülmektedir. Ortopedi ve travmatoloji hastalıkları %28,5 ile birinci sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları %15,3 ile ikinci ve enfeksiyon hastalıkları %13,8 ile üçüncü sıradadır. En az gerçekleşen sevkler ise sadece birer vaka görülen burunda yabancı cisim, elektrik çarpması, özofagusta yabancı cisim, periodontal hastalıklar, prematüre doğum, sıvı ve elektrolit bozuklukları ve suda boğulmadır.

Tablo 79

Sevk eden sağlık kuruluşları dağılımı

	Sayı	Yüzde
Bozcaada Toplum Sağlığı Merkezi	80	20,0
Gökçeada Devlet Hastanesi	320	80,0
Toplam	400	100,0

Sevki gerçekleştiren sağlık kuruluşlarına bakıldığında çok büyük bir kısmının Gökçeada'dan (%80) gerçekleştiği görülmektedir. TİİK 2020 nüfus verilerine iki ada toplam nüfusu içindeki payları sırasıyla Bozcaada %23,2 ve Gökçeada %76,8'dir. Dolayısıyla nüfus oranlarına yakın sonuçlar çıkmıştır. Gökçeada'nın oranı Bozcaada'ya kıyasla biraz daha yüksektir.

Tablo 80

Sevk edilen sağlık kuruluşları dağılımı

	Sayı	Yüzde
anakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi	297	74,3
anakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi	102	25,5
Medical Park Çanakkale Hastanesi	1	,3
Toplam	400	100,0

Sevklerin yaklaşık $\frac{3}{4}$ ' (%74,3) Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne yapılmaktadır. Diğer kısmın da tamamına yakını (%25,5) Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne yapılmaktadır. Bu süreçte sadece 1 adet sevk özel bir sağlık kuruluşuna (Medical Park Çanakkale Hastanesi) yapılmıştır.

Tablo 81

Sevklerin gerçekleştiği günlerin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Cuma	77	19,3
Çarşamba	66	16,5
Pazartesi	54	13,5
Perşembe	52	13
Cumartesi	51	12,8
Salı	50	12,5
Pazar	50	12,5
Toplam	400	100,0

Sevklerin en çok cuma günü gerçekleştiği görülmektedir. Tüm sevklerin yaklaşık 1/5'i (%19,3) haftanın son çalışma gününde gerçekleşmektedir. İkinci sırada ise %16,5 ile çarşamba gelmektedir. En az olduğu günler ise salı (%12,5) ve pazar (%12,5) günleridir.

Tablo 82

Sevklerin gerçekleştiği ayların dağılımı

	Sayı	Yüzde
Ağustos	72	18
Haziran	55	13,8
Eylül	52	13
Temmuz	50	12,5
Mart	42	10,5
Nisan	40	10
Mayıs	39	9,8
Şubat	32	8
Ocak	18	4,5
Toplam	400	100,0

Sevklerin en çok gerçekleştiği aylar adalarda nüfusun arttığı yaz aylarıdır. Birinci sırada ağustos ayı (%18) ve ikinci sırada haziran ayı (13,8) gelmektedir. En az olduğu ay ise ocak ayıdır. Sevklerin sadece %4,5'i bu ayda gerçekleşmiştir.

Tablo 83

Gerçekleşen sevklerin türüne göre dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hava	150	37,5
Kara	139	34,8
Deniz	111	27,8
Toplam	400	100,0

En çok sevkin hava yolu (hava ambulansı) (%37,5) ile gerçekleştiği görülmektedir. Bunun sebeplerinden birisi uygunsuz hava koşullarında deniz yolu kullanılmadığında tek çözümün hava yolu olmasıdır. Hava koşulları nedeniyle bazen hava yolunu kullanmak mümkün olmamaktadır. İkinci sırada kara (%34,8) yolu (feribot ile) üçüncü sırada ise %27,8 ile deniz yolunun (deniz ambulansı) kullanıldığı görülmektedir.

Tablo 84

Sevk edilen ambulans sayıları

	Sayı	Yüzde
1 Ambulans	4	1,0
2 Ambulans	135	33,8
3 Ambulans	261	65,3
Toplam	400	100,0

Adalardan yapılan sevklerde çok sayıda ambulans kullanıldığı görülmektedir. Bir ambulansın kullanıldığı sevk sayısı sadece 4'tür (%1,0). 2 ambulansın sevk edildiği vakalar tüm sevklerin %33,8'ini oluştururken neredeyse 2/3'ünde (%65,3) 3 ambulans kullanılmaktadır. Bunun bir sebebi deniz ambulansı ve hava ambulansında birden fazla ambulans kullanılıyor olmasıdır.

Tablo 85

Sevklerde kullanılan güzergâhların dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kara-Hava-Kara	150	37,5
Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara	111	27,8
Kara-Deniz-Kara	70	17,5
Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara	43	10,8
Kara-Feribot-Kara	26	6,5
Toplam	400	100,0

Adalardan il merkezine yapılan sevklerde ilk sırada Kara-Hava-Kara güzergâhı (%37,5) gelmektedir. Bu güzergâhta önce kara ambulansı, sonra hava ambulansı sonra tekrar kara ambulansı kullanılmaktadır. İkinci sırada Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhı (%27,8) gelmektedir. Denizde ulaşım mümkün olduğunda en çok bu yol kullanılmaktadır. Üçüncü sırada Kara-Deniz-Kara güzergâhı (%17,5) gelmektedir. En az kullanılan ise Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır (%6,5).



Tablo 86

Farklı güzergâhlarda kara ambulansı kullanımı ve maliyeti verileri

Güzergâh	Sevk Edilen Ambulans Sayısı	Ort. Kara Ambulansı Mesafesi (Km)	Ort. Kara Ambulansı Meşguliyeti (Dakika)	Ort. Kara Ambulansı Ücreti (TL)	Ort. Kara Ambulansı Müdahale Ücreti (TL)	Kara Ambulansı Toplam Ücret (TL)	Kara Ambulansı Ücreti (Km/TL)	Kara Ambulansı Ücreti (Dakika/TL)	Sevk Edilen Ambulans Başı Ücret
Kara-Hava-Kara	3,0	18,6	81,0	433,2	336,8	771,5	41,5	9,5	257,2
Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara	2,0	57,8	394,9	429,2	400,7	829,8	14,4	2,1	414,9
Kara-Deniz-Kara	3,0	58,3	203,8	428,4	414,4	845,9	14,5	4,2	282,0
Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara	3,0	52,0	351,5	425,3	409,5	834,8	16,1	2,4	278,3
Kara-Feribot-Kara	2,0	73,0	243,8	440,3	455,3	894,9	12,3	3,7	447,5

Tablo 86’da güzergâhlarda kullanılan kara ambulansları sayıları, mesafesi, kullanım süresi ve maliyetlerine dair veriler verilmiştir. Sevk edilen ambulans sayısına bakıldığında üç güzergâhta (Kara-Hava-Kara, Kara-Deniz-Kara ve Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara) ortalama üç ambulans kullanıldığı diğer iki güzergâhta (Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara ve Kara-Feribot-Kara) ortalama iki ambulans kullanıldığı görülmektedir. Kara ambulansının kat ettiği ortalama mesafe (km) en yüksek olan Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır (73,0 km). En az ise Kara-Hava-Kara güzergâhıdır (18,6 km). Kara ambulansının sevk esnasındaki ortalama meşguliyetine (dakika) bakıldığında ise en yüksek süre ortalama 394,9 dakika ile Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhında yaşanmaktadır. İkinci sırada ise Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı gelmektedir (351,5 dakika). Kara ambulanslarının ortalama ücreti için temel bir fiyat belirlendiği için ortalamalar birbirine yakındır. Kara ambulansı müdahale ücretleri ortalamalarına bakıldığında ise Kara-Feribot-Kara 455,3 TL ile ilk sıradadır. Kara-Deniz-Kara ise 414,4 TL ile ikinci sıradadır. Kara ambulansı toplam ücret ortalamalarında ilk sırada yine Kara-Feribot-Kara güzergâhı (894,9 TL) gelmektedir. En az olan güzergâh ise Kara-Hava-Kara güzergâhıdır (771,5 TL).

Birim başı maliyetler km, dakika ve ambulans başına hesaplanmıştır. Kara ambulansının gittiği km başı ücret miktarlarına bakıldığında Kara-Hava-Kara güzergâhı açık ara birinci sıradadır. Bu güzergâhta km başı ücret ortalama 41,5 TL’dir. En çok kullanılan güzergâh olmakla beraber hava ambulansı ücretlerini hesaba katmadan dahi en pahalı güzergâhtır. Diğerlerinin değerleri birbirine yakın olmakla birlikte Kara-Feribot-Kara güzergâhı 12,3 TL ile en düşüktür.

Kara ambulanslarının meşgul edildiği dakika başı ücrete göre sıralama yapıldığında Kara-Hava-Kara yine açık ara ilk sıradadır. Dakika başı ücret ortalaması 9,5 TL’dir. İkinci sırada gelen Kara-Deniz-Kara güzergâhında 4,2 TL’dir. En düşük ise Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır (2,1 TL). Söz konusu güzergâhlarda sevk edilen ambulans başı ücrete göre sıralama yapıldığında iki ambulans sevk edilen güzergâhlar beklendiği gibi ilk sırada çıkmaktadır. Kara-Feribot-Kara ambulans başı 447,5 TL ile en yüksekken Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara 414,9 TL ile onu takip etmektedir. Kara-Hava-Kara güzergâhı ise 257,2 TL en düşük güzergâhtır.

Tablo 87

Hava ambulansı kullanımını ve maliyeti verileri

Ort. Hava Ambulans Mesafesi km	2
Ort. Hava Ambulans Meşguliyeti (Dakika)	46,5
Ort. Hava Ambulansı Ücreti (TL)	14.669,5
Ort. Hava Ambulansı Müdahale Ücreti (TL)	93,3
Ort. Hava Ambulansı Toplam Ücret (TL)	14.746,4
Hava Ambulansı Ücreti (Km/TL)	7.373,2
Hava Ambulansı Ücreti (Dakika/TL)	317,1

Adanın karadan uzak olması, en hızlı ulaşım aracı olması ve zaman zaman yaşanan deniz ulaşımındaki zorluklar nedeniyle en çok Kara-Hava-Kara güzergâhı kullanılmaktadır. Bu güzergâhta il merkezine nakiller hava ambulansı ile gerçekleştirilmektedir. Kullanılan güzergâhlar arasında aynı zamanda en maliyetli olanıdır. Hava ambulansının sevk başına ortalama 46,5 dakika kullanıldığı görülmektedir (Tablo 87). Ortalama hava ambulansı ücreti 14.669,5 TL'dir. Birim başı maliyetlere bakıldığında km başına 7.373,2 TL gibi yüksek bir ücret çıkmaktadır. Meşgul edilen dakika başı 317,1 TL'lik bir ücret çıkmaktadır. Yüksek maliyetine rağmen pek çok hayatın kurtulmasına vesile olan hava ambulansı adadaki acil sağlık müdahalelerinin en önemli parçasıdır. Kara-Hava-Kara güzergâhı kullanılarak gerçekleşen 150 hasta sevkinin 6'sı askeri helikopter ile gerçekleşmiştir. Askeri helikopterin kaydı ASOS'ta bulunmadığı için o sevklerde görevlendirilen kara ambulansların ücreti hesaplanmıştır.

Tablo 88

Deniz ambulansı kullanımı ve maliyeti verileri

	Ort. Deniz Ambulans Mesafesi (Mil)	Ort. Deniz Ambulans Sefer Süresi (Dakika)	Ort. Deniz Ambulansı Ücreti (TL)	Ort. Deniz Ambulansı Müdahale Ücreti (TL)	Ort. Deniz Ambulansı Toplam Ücret (TL)	Deniz Ambulansı Ücreti (Mil/TL)	Deniz Ambulansı Ücreti (Dakika/TL)
Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara	34,2	149,3	6098,0	64,1	6162,0	180,2	41,3
Kara-Deniz-Kara	39,4	97,3	4889,5	70,7	4960,1	125,9	51,0

İl merkezine nakillerde en çok kullanılan 3. sıradaki Kara-Deniz-Kara güzergâhı (%17,5) ve 4. sıradaki Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhının (%10,8) bir bölümünde deniz ambulansı kullanılmaktadır. Tablo 88’de deniz ambulansı kullanımı ve maliyetine ilişkin veriler verilmiştir. Güzergâhlar arasında ortalama deniz ambulans mesafesi açısından yaklaşık 5 mil fark bulunmaktadır. Kara-Deniz-Kara güzergâhında ortalama olarak daha fazla deniz ambulansı kullanılmaktadır. Güzergâhlarda kullanılan deniz ambulansının sefer süresi Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara’da açık ara yüksektir (149,3 dakika). Bu süre Kara-Deniz-Kara güzergâhında ise 97,3 dakika olmaktadır. Deniz ambulansı toplam ücretlerinde Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı ortalaması sefer başı 6162,0 TL ile 4960,1 TL olan Kara-Deniz-Kara güzergâhı ortalamasından %24,2 daha yüksektir. Birim başı ücretlere bakıldığında ise deniz ambulansının bir mil ücreti ortalaması Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara’da 180,2 TL ve Kara-Deniz-Kara güzergâhında ise 125,9 TL’dir. Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhında deniz ambulansı oldukça maliyetli olmaktadır. Deniz ambulansının seferde bulunduğu dakika başı ücret ortalaması Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhında 41,3 TL iken Kara-Deniz-Kara güzergâhında 51,0 TL olmaktadır. Sefer süresi dikkate alındığında Kara-Deniz-Kara güzergâhının daha maliyetli olduğu görülmektedir.

Tablo 89

Güzergâhlara göre vaka sayıları ve ambulans ücretleri dağılımı

	Vaka Sayısı	Kara Ambulansı Toplam Ücret (TL)	Deniz Ambulansı Toplam Ücret (TL)	Hava Ambulansı Toplam Ücret (TL)	Toplam Ambulans Ücreti (TL)	Toplam İçindeki Payı (%)	Vaka Başı Ambulans Ücreti (TL)
Kara-Feribot-Kara	26	23.267			23.293	0,8	895,9
Kara-Deniz-Kara	70	59.212	347.210		406.492	13,3	5.807,0
Kara-Hava-Kara	150	115.729		2.108.738	2.224.617	73,0	14.830,8
Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara	111	92.109			92.220	3,0	830,8
Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara	43	35.898	264.967		300.908	9,9	6.997,9
Toplam	400	326.215	612.177	2.108.738	3.047.530	100,0	7.618,8

Güzergâhların toplam ambulans ücretlerine bakıldığında (Tablo 89) hava ambulansı kullanıldığı ve 150 vaka ile en çok kullanılan Kara-Hava-Kara ilk sıradadır. Bu güzergâhın toplam ambulans ücreti 2.224.617 TL'dir. Toplam içindeki payına bakıldığında ise %73,0 ile tüm ambulans ücretlerinin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü bu güzergâhtan kaynaklanmaktadır. Diğer dört güzergâhın toplamının iki katından fazla bir maliyet oluşturduğu görülmektedir. İkinci sırada 406.492 TL ile deniz ambulansının kullanıldığı Kara-Deniz-Kara güzergâhı gelmektedir. Bu güzergâhın toplam içindeki payı %13,3'tür. Üçüncü sırada Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı gelmektedir (300.908 TL) ve toplam içinde %9,9'luk bir payı vardır. Toplam maliyeti en düşük olan ise 23.293 TL'lik maliyet ile Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır. Bu güzergâhın toplam içindeki payı ise sadece %0,8'dir.

Güzergâhlar arası ambulans ücretleri arasındaki farkları kıyaslamak için vaka başına oluşan ambulans ücretleri daha doğru sonuçlar verecektir. Vaka başı ambulans ücretlerine bakıldığında ilk sırada yine Kara-Hava-Kara güzergâhı bulunmaktadır. Bu güzergâh kullanıldığında vaka başına 14.830,8 TL'lik ambulans ücreti çıkmaktadır. Bu miktar ortalama ambulans ücreti olan 7.618,8 TL'nin iki katına yakındır ve oldukça yüksektir. İkinci sırada 6.997,9 TL vaka başı ücret ile Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı gelmektedir. Bu rakam ortalama ücretin yaklaşık 620 TL altına tekabül etmektedir. Üçüncü sırada Kara-Deniz-Kara güzergâhı gelmektedir (5.807,0 TL). En düşük iki güzergâh ise 895,9 TL vaka başı ücretin olduğu Kara-Feribot-Kara ve 830,8 TL ile Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır.

Tablo 90

Aylara göre güzergâh sayıları ve toplam ambulans ücretleri (TL)

	Vaka Sayısı	Ocak Ayı	Vaka Sayısı	Şubat Ayı	Vaka Sayısı	Mart Ayı	Vaka Sayısı	Nisan Ayı	Vaka Sayısı	Mayıs Ayı	Vaka Sayısı	Haziran Ayı	Vaka Sayısı	Temmuz Ayı	Vaka Sayısı	Ağustos Ayı	Vaka Sayısı	Eylül Ayı
Kara-Feribot-Kara					2	1.302	3	2.611	2	1.619	2	1.511	8	8.518	4	3.525	5	4.181
Kara-Deniz-Kara	3	19.473	7	53.154	9	45.547	8	41.678	7	46.371	16	102.676	3	9.689	14	75.308	3	12.526
Kara-Hava-Kara	4	64.620	11	116.436	15	200.191	10	155.861	17	265.259	25	373.865	17	271.854	33	506.415	18	269.966
Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara	5	3.982	11	19.152	10	8.405	15	11.768	6	5.265	10	7.324	16	13.189	18	14.773	20	16.751
Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara	6	50.029	3	25.242	6	42.384	4	35.404	7	46.596	2	9.660	6	37.735	3	20.746	6	33.069
Toplam	18	138.104	32	213.984	42	297.829	40	247.322	39	365.110	55	495.036	50	340.985	72	620.767	52	336.493

Tablo 90'da aylara göre güzergâh sayıları ve toplam ambulans ücretleri verilmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi yaz ayları adaların nüfusunun artışı ve hareketlendiği bir dönemdir. İlk sıralarda genellikle yaz ayları bulunmaktadır. En çok vakanın gerçekleştiği ay 72 vaka ile ağustos ayıdır. Bu ayda aynı zamanda en çok ambulans ücreti gerçekleşmiştir (620.767 TL). Bu ayda en çok Kara-Hava-Kara güzergâhı (33) kullanılmıştır. Vaka sayısı ve toplam ücrette en yüksek ikinci ay ise haziran ayı olmuştur. Toplam 55 vakanın gerçekleştiği bu ayda toplam ücret 495.036 TL olmuştur. Kullanılan güzergâhlar arasında ilk sırada Kara-Hava-Kara (25), ikinci sırada ise Kara-Deniz-Kara (16) gelmektedir. Üçüncü sırada ise yine bir yaz ayı olan temmuz gelmektedir. Toplam 50 vakanın gerçekleştiği bu ayda toplam ücret 340.985 TL olarak gerçekleşmiştir. Kullanılan güzergâhlarda birinci sırada Kara-Hava-Kara (17) ve ikinci sırada Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara (16) gelmektedir. Genel olarak Kara-Hava-Kara güzergâhı en çok kullanılsa da her ayda bu böyle gerçekleşmemiştir. Nisan ve eylül aylarında en çok Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhı kullanılmıştır. Ocak ayında en çok kullanılan Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı olurken şubat ayında Kara-Hava-Kara ve Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhı birinciliği paylaşmışlardır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE SONUÇ

Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine 112 ambulansı ile yapılan hasta nakillerinin kişi, kurum ve devlet bazında ortaya çıkardığı ekonomik ve sosyal boyutu ortaya koymayı amaçlayan çalışmada örneklem olarak bu adalarda yaşayan ve acil yardım hizmeti kullanan kişiler ele alınmıştır. Bu kapsamda Çanakkale il sağlık müdürlüğünden alınan izinle acil sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üzeri kişilerden çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket formu uygulanarak veri toplanmıştır. Çalışmada amaçlanan konuyla ilgili yapılan literatürdeki çalışmalar incelendiğinde araştırma konusunu ortaya koyan herhangi bir veri toplama aracına erişilemediği için araştırmacı tarafından yeni bir anket geliştirilmiştir. Ankete katılan kişilerin demografik özellikleri incelendiğinde ankete toplam 320 kişinin katılmıştır. Katılımcıların 165'i kadın ve 155'i ise erkektir. Kawakami vd. (2007) tarafından yapılan çalışmada Japonya'da hastaların acil sağlık hizmetlerinin kullanımında kadınların daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak Kıdak vd. (2009) tarafından yapılan çalışmada İzmir için 112 acil sağlık hizmetlerinin kullanımında erkeklerin daha fazla olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Rucker vd. (1997) tarafından ABD'de yapılan çalışmada acil sağlık hizmetlerinin kullanımında erkeklerin daha fazla olduğu görülmüştür. Zenginol vd. (2011), Olia vd.(2002) ve Önge vd. (2013) tarafından yapılan çalışmaların bulguları erkeklerin acil sağlık hizmetlerinin kullanımında kadınlardan fazla olduğunu göstermektedir.

Yapılan çalışmada katılımcıların %23,1'i 26-45 yaş aralığında ve %24,7'si 36-45 yaş aralığında bulunmaktadır. En büyük grubu bu iki aralıktaki katılımcılar oluşturmaktadır. 18-25 (10,3), 56-65 (%12,8) ve 66 ve üstü (%11,3) katılımcıların sayısı birbirine oldukça yakındır. Acil sağlık hizmetlerinin kullanımının değerlendirildiği birçok çalışmada katılımcıların yaş dağılımlarının farklılaştığı görülmektedir. Çalışma bulgularına benzer sonuçlar Kıdak vd. (2009) ve Burt vd. (2006) çalışmalarının bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde en çok lise ve lisans mezunlarının bulunduğu görülmektedir. Rucker vd. (1997) tarafından yapılan çalışmada lise ve lisans

mezunlarının acil sağlık hizmeti kullanımı çalışma bulguları ile benzer şekilde görülmektedir.

Katılımcıların çok büyük bir kısmı SGK güvencesi kapsamındadır. Polat vd. (2005) tarafından yapılan çalışmada Ankara'da acil servise başvuran hastaların yaklaşık %90'nın SGK güvencesi kapsamında olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Yıldız (2004) tarafından yapılan çalışmada Elazığ'da acil sağlık hizmeti kullanan hastaların sosyal güvenceleri değerlendirildiğinde SGK'lı hastaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Edirne vd. (2008) ve Köse vd. (2011) tarafından yapılan çalışmalarda Van'da acil sağlık hizmeti alan kişilerin büyük bir çoğunluğunun SGK güvencesinde olduğu görülmüştür.

Katılımcıların önemli bir kısmı gelirlerinin orta düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Rucker vd. (1997) tarafından yapılan çalışmada gelir durumu orta olan kişilerin acil sağlık hizmeti kullanımının fazla olduğu bulgusunu saptamıştır.

Katılımcıların büyük bir kısmı ailesi ile yaşamaktadır. Kawakami vd. (2007) tarafından yapılan çalışmada yalnız yaşayan kişilerin ailesiyle yaşayan kişilere göre acil sağlık hizmeti kullanımının fazla olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çoğunluğu hastalık durumunda sağlık hizmetlerine anında başvurmayı dşunmektedir. Adadan sağlık hizmetlerine ulaşımda engellerden birisi hava koşullarıdır. Katılımcıların yarısına yakını hekimlerce uygun görülen sağlık hizmetine ulaşımda sorun yaşamıştır. Katılımcıların büyük bir kısmı en az bir kez 112 ambulansa ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Bu oran adada acil sağlık hizmetlerine ihtiyacın ne kadar yüksek olduğunu göstermektedir.

İl merkezine yapılan 129 farklı nedenle sevk yapıldığı görülmektedir. Sevklerin önemli bir kısmı medikal hastalıklar nedeniyle yapılmıştır. İkinici sırada ise düşme vakaları ve ardından trafik kazaları gelmektedir. Benzer bulgulara Kılıç vd. (2016) ve Yıldız (2004) tarafından yapılan çalışmalarda yer verilmektedir. İl merkezine sevklerde medikal tanılı

hastalar ilk sırada yer almaktadır. Oktay vd. (2005) tarafından yapılan çalışmada Tekirdağ'da hastaneye sevklerde ilk sırada travma, sonrasında sırasıyla nörolojik aciller ve psikiyatrik aciller gelmektedir. Zenginol vd. (2011) tarafından Gaziantep için yapılan çalışmada, hastaneye sevklerde travma hastaları ilk sırada bulunmaktadır. Öngel vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise Adana'da hastaneye sevklerde ilk sırada travma, ikinci sırada nörolojik aciller gelmektedir.

Çalışma kapsamından katılımcılardan toplanan anket verileri SPSS programına aktarılmıştır. Bu kapsamda verilerin analiz edilmesi sonrasında ulaşılan bulgular değerlendirildiğinde cinsiyet değişkeni iki seçenekten oluştuğu için anlamlı farklılığı ölçmek için bağımsız T testi yapılmıştır. Analiz sonucunda, cinsiyet bağlamında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu sonuçlara göre, Erkek katılımcılar ile kadın katılımcıların Acil Sağlık Hizmetleri Bilgi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık çıkmamıştır. Burt vd. (2004) tarafından yapılan çalışmada acil sağlık hizmeti kullananların cinsiyet değişkeni açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir. Benzer bulgulara Oktay vd. (2003), Ertan vd. (2010), Kılıç vd. (2016) ve Yıldız vd. (2004) tarafından yapılan çalışmalarının bulgularında da rastlanmaktadır.

Yaş değişkeni için yapılan normallik testinde dağılımın normal olduğu görülmüş ve tek yönlü varyans analizine geçilmiş, öncelikle testin ön kabullerinden olan varyansların homojenliğine bakılmıştır. Varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizine geçilmiştir. Yapılan analiz sonucunda Acil Sağlık Hizmetleri Bilgisi düzeyleri yaş değişkeni açısından anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır. 18-25 yaş grubu ile 56-65 yaş grubu arasında anlamlı bir fark vardır. Ancak tüm yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Atilla vd. (2010) tarafından yapılan çalışmada İzmir'de acil sağlık hizmeti alan katılımcıların büyük bir kısmının 17-44 yaş arası olduğu tespit edilmiştir. Shah vd. (2007) tarafından ABD'de yapılan bir çalışmada acil sağlık hizmeti kullanımı yaşlılarda gençler göre 4 kat fazla olarak bulunmuştur. Köse vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada ise Gaziantep'te acil sağlık hizmeti alan kişilerin büyük çoğunluğunun 17-65 yaş arasında olduğu görülmüştür. Benzer bulgular Gray vd. (2003) ve Güler vd. (2014) tarafından yapılan çalışmalarda da görülmektedir.

Yapılan bu çalışmada Bozcaada ve Gökçeada'dan İl merkezine 1 Ocak 2021-30 Eylül 2021 döneminde yapılan sevklerle ilgili veriler analiz edilmiştir. Bu dönemde toplam 400 sevk gerçekleşmiştir. Tüm sevklerin 1/3'ü (%33,3) 65 yaş ve üstündeki yaş grubu oluşturmaktadır. Diğer yaş grupları ise birbirine yakın bir dağılım göstermektedir. Kindermann vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada 65 yaş ve üstü hastaların diğer yaş grubundakilere göre yaklaşık iki kat daha fazla oranda hastanelere sevk edildiği görülmektedir. Benzer bulgular Zenginol vd. (2011) tarafından yapılan çalışmada da tespit edilmiştir.

Sosyal güvenlik sistemi açısından bakıldığında sağlık sigortalarını ödemeye devam eden çalışma çağındaki 19-64 yaş grubu yaklaşık olarak acil sağlık hizmetini kullananların yarısını oluşturmakta iken diğer yarısı çalışma çağı dışındakilerden oluşmaktadır. Çalışma çağındaki tüm grubun çalıştığı varsayılırsa kendi sağlık giderlerinin iki katı sigorta primi ödedikleri takdirde sistem ancak dengede kalabilir. Bu grubun bir kısmının öğrenci bir kısmının da çeşitli nedenlerden çalış(a)madığı hesaba katıldığında sigorta sisteminin önemli bir devlet sübvansiyonuna muhtaç olduğu açıkça görülmektedir.

Adalardan şehir merkezine gerçekleşen sevklerin büyük kısmı sarı olarak kodlanmıştır. En az yeşil ve ikinci sırada kırmızı triaj kodlu sevkler gelmektedir. Nacht vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde sevk edilen hastaların büyük çoğunluğu sarı kodlu olarak gerçekleşmiştir.

Sevklerin ön tanı gruplarına bakıldığında oldukça farklı sebeplerden acil sağlık hizmetinin kullanıldığı görülmektedir. Bir sıralama yapıldığında ilk üç sıranın toplamının tüm sevklerin yarısını geçtiği görülmektedir. Ortopedi ve travmatoloji hastalıkları %28,5 ile birinci sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları %15,3 ile ikinci ve enfeksiyon hastalıkları %13,8 ile üçüncü sıradadır. Ceyhan ve Demir (2014) tarafından yapılan çalışmada Ankara'da hastaneye sevk edilen hastaların büyük çoğunluğu da dâhili hastalık tanılı hastalardan oluşmaktadır. Benzer şekilde Kindermann vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada hastane sevklerinin en sık sebebinin dâhili hastalıklar oluşturmaktadır. Oktay vd. (2005) tarafından yapılan çalışmada sevk yapılan hastaların tanıları; travma,

nörolojik hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar olarak sıralanmaktadır. Öngel vd. (2013) tarafından yapılan çalışmada ise hastane sevklerinde travma ve nörolojik hastalıklar sık olarak görülmektedir. Olia vd. (2002) tarafından yapılan çalışmada ise İtalya'da tüm yaş grupları için hastane sevklerinde en sık karşılaşılan sebebin travma olduğu görülmektedir. Yurteri vd. (1996) yapmış oldukları çalışmada hastane sevklerinde en sık görülen ön tanı kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların olduğu tespit edilmiştir.

Sevki gerçekleştiren sağlık kuruluşlarına bakıldığında çok büyük bir kısmının Gökçeada'dan (%80) gerçekleştiği görülmektedir. TÜİK 2020 nüfus verilerine iki ada toplam nüfusu içindeki payları sırasıyla Bozcaada %23,2 ve Gökçeada %76,8'dir. Dolayısıyla nüfus oranlarına yakın sonuçlar çıkmıştır. Bozcaada'nın oranı Gökçeada'ya kıyasla biraz daha yüksektir. Kindermann vd. (2015)'ne göre kırsal alandan şehir merkezlerine olan sevkler metropolitan alanlara göre yaklaşık 3 kat daha fazla görülmektedir. Kırsaldan şehre olan hasta sevklerinin yakın mesafelere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Sevklerin büyük kısmı Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi'ne yapılmaktadır. Diğer kısmı ise Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'ne yapılmaktadır. Mascia vd. (2015) tarafından yapılan çalışmada uzmanlık seviyesi düşük olan çevredeki hastanelerden uzmanlaşmış hastanelere gönderme eğiliminin olduğu görülmektedir. Zenginol vd. (2011) tarafından Gaziantep için yapılan çalışmada acil vakaların büyük kısmının sağlık bakanlığına bağlı olan hastanelere gerçekleştiği bilgisine ulaşılmıştır. Assereh vd. (2017) tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde hastaneler arası sevklerde devlet hastanesi ile eğitim ve araştırma hastanesine yapılan sevkler tüm sevklerin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. Benzer bulgular Kinderman vd. (2015) ve Lomi vd. (2014) tarafından yapılan çalışma bulgularında da görülmektedir.

Sevklerin en çok cuma günü gerçekleştiği görülmektedir. Tüm sevklerin yaklaşık 1/5'i haftanın son çalışma gününde gerçekleşmektedir. İkinci sırada ise %16,5 ile çarşamba gelmektedir. En az olduğu günler ise salı (%12,5) ve pazar (%12,5) günleridir. Benzer

şekilde Ertan vd. (2010) tarafından yapılan çalışmada hasta nakillerinin en fazla yapıldığı gün cuma olarak tespit edilmiştir. Altıntaş (1998) tarafından yapılan çalışmada da Ankara için hasta nakillerinin en sık görüldüğü gün cuma olduğu görülmüştür.

Sevklerin en çok gerçekleştiği aylar adalarda nüfusun arttığı yaz aylarıdır. Özellikle ağustos ve haziran ayları sevklerin sık görüldüğü aylar olmaktadır. Benzer bulgular Kıdak vd. (2009) tarafından yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. İzmir için yapılan çalışmada hasta sevkleri en fazla yaz aylarında yapılmaktadır. Ancak bunun tersine Downing ve Wilson (2005) tarafından İngiltere için yapılan çalışmada hasta sevkleri kış aylarında daha sık yapılmaktadır. Buna benzer bulgular Dünder vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada da görülmektedir. Hastalar daha çok kış aylarında hastaneler arası nakledilmektedirler.

En çok sevkin hava yolu (hava ambulansı) (%37,5) ile gerçekleştiği görülmektedir. Bunun sebeplerinden birisi uygunsuz hava koşullarında deniz yolu kullanılmadığında tek çözümün hava yolu olmasıdır. Hava koşulları nedeniyle bazen hava yolunu kullanmak mümkün olmamaktadır. İkinci sırada kara (%34,8) yolu (feribot ile) üçüncü sırada ise %27,8 ile deniz yolunun (deniz ambulansı) kullanıldığı görülmektedir. Çalışkan (2015) tarafından yapılan çalışmada Bozcaada ve Gökçeada'dan yapılan hasta nakillerinin %44,7'si feribot aktarmalı kara ambulansı ile %29,7'si deniz ambulansı ile ve %25,6'sı ise hava ambulansı ile yapılmaktadır.

Adalardan yapılan sevklerde çok sayıda ambulans kullanıldığı görülmektedir. Bir ambulansın kullanıldığı sevk sayısı sadece 4'tür (%1,0). 2 ambulansın sevk edildiği vakalar tüm sevklerin %33,8'ini oluştururken neredeyse 2/3'ünde (%65,3) 3 ambulans kullanılmaktadır. Bunun bir sebebi deniz ambulansı ve hava ambulansında birden fazla ambulans kullanılıyor olmasıdır. Adalardan il merkezine yapılan sevklerde ilk sırada Kara-Hava-Kara güzergâhı (%37,5) gelmektedir. Bu güzergâhta önce kara ambulansı, sonra hava ambulansı sonra tekrar kara ambulansı kullanılmaktadır. İkinci sırada Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhı (%27,8) gelmektedir. Denizde ulaşım mümkün olduğunda en çok bu yol kullanılmaktadır. Üçüncü sırada Kara-Deniz-Kara güzergâhı (%17,5)

gelmektedir. En az kullanılan ise Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır (%6,5). Sevk edilen ambulans sayısına bakıldığında üç güzergâhta (Kara-Hava-Kara, Kara-Deniz-Kara ve Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara) ortalama üç ambulans kullanıldığı diğer iki güzergâhta (Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara ve Kara-Feribot-Kara) ortalama iki ambulans kullanıldığı görülmektedir. Kara ambulansının kat ettiği ortalama mesafe (km) en yüksek olan Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır (73,0 km). En az ise Kara-Hava-Kara güzergâhıdır (18,6 km).

Kara ambulansının sevk esnasındaki ortalama meşguliyetine (dakika) bakıldığında ise en yüksek süre ortalama 394,9 dakika ile Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhında yaşanmaktadır. İkinci sırada ise Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı gelmektedir (351,5 dakika). Kara ambulanslarının ortalama ücreti için temel bir fiyat belirlendiği için ortalamalar birbirine yakındır. Kara ambulansı müdahale ücretleri ortalamalarına bakıldığında ise Kara-Feribot-Kara 455,3 TL ile ilk sıradadır. Kara-Deniz-Kara ise 414,4 TL ile ikinci sıradadır. Kara ambulansı toplam ücret ortalamalarında ilk sırada yine Kara-Feribot-Kara güzergâhı (894,9 TL) gelmektedir. En az olan güzergâh ise Kara-Hava-Kara güzergâhıdır (771,5 TL). Eckstein vd. (2002) tarafından yapılan çalışmada ABD’de hasta sevklerinde uçuş süresi ortalama olarak 34 dakika olarak tespit edilmiştir. Hassani vd. (2012) tarafından yapılan çalışmada İran’da hasta nakillerinde toplam uçuş süresi ortalama olarak 36,56 dakika olarak bulunmuştur. Yine Shatney vd. (2002) tarafından ABD için yapılan çalışmada ise 34,2 dakika olarak tespit edilmiştir.

Birim başı maliyetler km, dakika ve ambulans başına hesaplanmıştır. Kara ambulansının gittiği km başı ücret miktarlarına bakıldığında Kara-Hava-Kara güzergâhı açık ara birinci sıradadır. Bu güzergâhta km başı ücret ortalama 41,5 TL’dir. En çok kullanılan güzergâh olmakla beraber hava ambulansı ücretlerini hesaba katmadan dahi en pahalı güzergâhtır. Diğerlerinin değerleri birbirine yakın olmakla birlikte Kara-Feribot-Kara güzergâhı 12,3 TL ile en düşüktür.

Kara ambulanslarının meşgul edildiği dakika başı ücrete göre sıralama yapıldığında Kara-Hava-Kara yine açık ara ilk sıradadır. Dakika başı ücret ortalaması 9,5 TL’dir. İkinci sırada gelen Kara-Deniz-Kara güzergâhında 4,2 TL’dir. En düşük ise Kara-Feribot-Kara-

Feribot-Kara güzergâhıdır (2,1 TL). Söz konusu güzergâhlarda sevk edilen ambulans başı ücrete göre sıralama yapıldığında iki ambulans sevk edilen güzergâhlar beklendiği gibi ilk sırada çıkmaktadır. Kara-Feribot-Kara ambulans başı 447,5 TL ile en yüksekken Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara 414,9 TL ile onu takip etmektedir. Kara-Hava-Kara güzergâhı ise 257,2 TL en düşük güzergâhtır.

Adanın karadan uzak olması, en hızlı ulaşım aracı olması ve zaman zaman yaşanan deniz ulaşımındaki zorluklar nedeniyle en çok Kara-Hava-Kara güzergâhı kullanılmaktadır. Bu güzergâhta il merkezine nakiller hava ambulansı ile gerçekleştirilmektedir. Kullanılan güzergâhlar arasında aynı zamanda en maliyetli olanıdır. Hava ambulansının sevk başına ortalama 46,5 dakika kullanıldığı görülmektedir. Ortalama hava ambulansı ücreti 14.669,5 TL'dir. Birim başı maliyetlere bakıldığında km başına 7.373,2 TL gibi yüksek bir ücret çıkmaktadır. Meşgul edilen dakika başı 317,1 TL'lik bir ücret çıkmaktadır. Yüksek maliyetine rağmen pek çok hayatın kurtulmasına vesile olan hava ambulansı adadaki acil sağlık müdahalelerinin en önemli parçasıdır.

İl merkezine nakillerde en çok kullanılan 3. sıradaki Kara-Deniz-Kara güzergâhı (%17,5) ve 4. sıradaki Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhının (%10,8) bir bölümünde deniz ambulansı kullanılmaktadır. Tablo 88'de deniz ambulansı kullanımı ve maliyetine ilişkin veriler verilmiştir. Güzergâhlar arasında ortalama deniz ambulans mesafesi açısından yaklaşık 5 mil fark bulunmaktadır. Kara-Deniz-Kara güzergâhında ortalama olarak daha fazla deniz ambulansı kullanılmaktadır. Güzergâhlarda kullanılan deniz ambulansının sefer süresi Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara'da açık ara yüksektir (149,3 dakika). Bu süre Kara-Deniz-Kara güzergâhında ise 97,3 dakika olmaktadır. Deniz ambulansı toplam ücretlerinde Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı ortalaması sefer başı 6162,0 TL ile 4960,1 TL olan Kara-Deniz-Kara güzergâhı ortalamasından %24,2 daha yüksektir. Birim başı ücretlere bakıldığında ise deniz ambulansının bir mil ücreti ortalaması Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara'da 180,2 TL ve Kara-Deniz-Kara güzergâhında ise 125,9 TL'dir. Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhında deniz ambulansı oldukça maliyetli olmaktadır. Deniz ambulansının seferde bulunduğu dakika başı ücret ortalaması Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhında 41,3 TL iken Kara-Deniz-Kara güzergâhında

51,0 TL olmaktadır. Sefer süresi dikkate alındığında Kara-Deniz-Kara güzergâhının daha maliyetli olduğu görülmektedir.

Güzergâhların toplam ambulans ücretlerine bakıldığında, hava ambulansı kullanıldığı ve 150 vaka ile en çok kullanılan Kara-Hava-Kara ilk sıradadır. Bu güzergâhın toplam ambulans ücreti 2.224.617 TL'dir. Toplam içindeki payına bakıldığında ise %73,0 ile tüm ambulans ücretlerinin yaklaşık $\frac{3}{4}$ 'ü bu güzergâhtan kaynaklanmaktadır. Diğer dört güzergâhın toplamının iki katından fazla bir maliyet oluşturduğu görülmektedir. İkinci sırada 406.492 TL ile deniz ambulansının kullanıldığı Kara-Deniz-Kara güzergâhı gelmektedir. Bu güzergâhın toplam içindeki payı %13,3'tür. Üçüncü sırada Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı gelmektedir (300.908 TL) ve toplam içinde %9,9'luk bir payı vardır. Toplam maliyeti en düşük olan ise 23.293 TL'lik maliyet ile Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır. Bu güzergâhın toplam içindeki payı ise sadece %0,8'dir.

Güzergâhlar arası ambulans ücretleri arasındaki farkları kıyaslamak için vaka başına oluşan ambulans ücretleri daha doğru sonuçlar verecektir. Vaka başı ambulans ücretlerine bakıldığında ilk sırada yine Kara-Hava-Kara güzergâhı bulunmaktadır. Bu güzergâh kullanıldığında vaka başına 14.830,8 TL'lik ambulans ücreti çıkmaktadır. Bu miktar ortalama ambulans ücreti olan 7.618,8 TL'nin iki katına yakındır ve oldukça yüksektir. İkinci sırada 6.997,9 TL vaka başı ücret ile Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı gelmektedir. Bu rakam ortalama ücretin yaklaşık 620 TL altına tekabül etmektedir. Üçüncü sırada Kara-Deniz-Kara güzergâhı gelmektedir (5.807,0 TL). En düşük iki güzergâh ise 895,9 TL vaka başı ücretin olduğu Kara-Feribot-Kara ve 830,8 TL ile Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhıdır.

Daha önce de belirtildiği gibi yaz ayları adaların nüfusunun arttığı ve hareketlendiği bir dönemdir. İlk sıralarda genellikle yaz ayları bulunmaktadır. En çok vakanın gerçekleştiği ay 72 vaka ile ağustos ayıdır. Bu ayda aynı zamanda en çok ambulans ücreti gerçekleşmiştir (620.767 TL). Bu ayda en çok Kara-Hava-Kara güzergâhı kullanılmıştır. Vaka sayısı ve toplam ücrette en yüksek ikinci ay ise haziran ayı olmuştur. Toplam 55 vakanın gerçekleştiği bu ayda toplam ücret 495.036 TL olmuştur. Kullanılan güzergâhlar

arasında ilk sırada Kara-Hava-Kara, ikinci sırada ise Kara-Deniz-Kara gelmektedir. Üçüncü sırada ise yine bir yaz ayı olan temmuz gelmektedir. Toplam 50 vakanın gerçekleştiği bu ayda toplam ücret 340.985 TL olarak gerçekleşmiştir. Kullanılan güzergâhlarda birinci sırada Kara-Hava-Kara ve ikinci sırada Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara gelmektedir. Genel olarak Kara-Hava-Kara güzergâhı en çok kullanılsa da her ayda bu böyle gerçekleşmemiştir. Nisan ve eylül aylarında en çok Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhı kullanılmıştır. Ocak ayında en çok kullanılan Kara-Deniz-Kara-Feribot-Kara güzergâhı olurken şubat ayında Kara-Hava-Kara ve Kara-Feribot-Kara-Feribot-Kara güzergâhı birinciliği paylaşmışlardır.

Çanakkale iline bağlı Gökçeada ve Bozcaada cazibesi ile insanların akın ettiği tarih ve politik açıdan önemli ilçe yönetiminde olan iki adadır. Yerli nüfusun günden güne artması yaz mevsiminde ise turist ve günübirlikçilerin gelmesi sonucu oluşan nüfus yoğunluğu, Gökçeada ve Bozcaada'da sağlık gereksinimini artırmaktadır. Sağlık gereksiniminin artmasıyla birlikte acil ambulans başvuruları artmakta ve bu durum acil servislerde yığılmalara hastaneler arası nakil ihtiyacının doğmasına ve beraberinde acil sağlık hizmetleri sunumunda aksaklıklara neden olmaktadır. Acil sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan bu gibi sorunlar insanların yaşamında olumsuz etkiler bırakabilir.

Gökçeada ve Bozcaada'da acil sağlık ekiplerinin hizmet sunumu beklentileri karşılayan bir görüntü oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerine daha kolay bir şekilde ulaşmaları beklentilerin karşılanması açısından önemli bir durumdur. Hastane sevkleri planlı ve sağlık personeli eşliğinde yapılmaktadır. Bu durum acil sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin sağlandığına ilişkin bulgular ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak acil sağlık hizmetlerinin sunulmasında 112 KKM ve 112 ambulanslar etkin bir rol oynamaktadır. Bu birim hastane sevk zincirinin en önemli basamağını teşkil etmektedir. Araştırma süresince mevcut verilerin sınırlı oluşu sebebiyle gelecekte Gökçeada ve Bozcaada konulu yapılacak bilimsel araştırmalar, halkın ekonomik ve sosyal yönde sorunlarının tespit edilmesi ve çözüm oluşturulması açısından, eğitim, sağlık, ticaret vb. sektörlerin geliştirilmesinde, hizmetlerin denetlenmesi ve düzenlenmesinde kılavuzluk

edeceğinden oldukça önemlidir. Literatürde Gökçeada ve Bozcaada'dan il merkezine 112 ambulanslar ile yapılan hasta nakillerinin ekonomik boyutuyla ilgili veriye ulaşılamamıştır. Maliyetinin değerlendirilmesinin sağlayacağı faydalarla birlikte araştırmanın ilk olması özelliği de konuyu önemli kılmaktadır.

Çalışma sonucunda elde edilen verilere göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir;

- Anket uygulamasında katılımcıların %34,1'i hastalandığında doktora gitmeyi ertelemiştir. Gökçeada ve Bozcaada'da kişiler sağlık, sosyal, ekonomik açıdan değerlendirilerek, hastalık durumlarında sağlık hizmetlerine başvurmaları konusunda bilinçlendirilmeli ve sağlık okuryazarlığı, sağlıklı toplum bilinci oluşturulması yönünde çalışmalar planlanmalıdır.
- Adalarda yaşayan katılımcılar yüksek oranda ada hayatından memnun ve beklentilerinin karşıladığını düşünse de ileriki yaşamlarında sağlık hizmetlerinden daha rahat faydalanabilecekleri il merkezine taşınmayı düşünmektedir. Halkın adada yaşamlarını sürdürebilmeleri için sağlık hizmetlerinin etkin, verimli, kolay erişilebilir, ihtiyacı karşılayabilir olması gerekmektedir.
- Adalardan il merkezine yapılan nakillerin en fazla hava yolu (hava ambulansı) (%37,5) ile gerçekleştirdiği görülmüştür. Çanakkale'de yüksek maliyetine rağmen pek çok hayatın kurtulmasına vesile olan hava ambulansı adada acil sağlık müdahalelerinin en önemli parçasıdır. Türkiye'de hava ambulanslarının daima 7/24 göreve hazır bulundurulması önerilir.
- Katılımcıların %68,1'i bir kez de olsa 112 ambulansa ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Adalarda acil sağlık hizmetlerine başvurunun yüksek olduğunu göstermektedir. Sevk veri analizinde sevke çıkan ambulansın meşguliyet sürelerine (dakika) bakıldığında ambulansın uzun süre bölgesinden ayrıldığı görülmektedir. Bölgede ambulans sayısının eksilmesinden doğabilecek olumsuzluklara karşı ambulans sayısının ihtiyacı karşılayıp karşılamadığı değerlendirilerek, sağlık personeli ve ambulans sayısının artırılması fayda sağlayacaktır.
- Adalarda 112 ambulansı başvuru nedenlerine bakıldığında ilk sırada medikal (tüm hastalıklar), ikinci sırada trafik kazaları gelmektedir. Sevk nedenleri arasında da 1. sırada ortopedi ve travmatoloji hastalıkları vardır. Adaların ortopedi ve travmatoloji uzman doktoru ve görüntüleme (manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı

tomografi cihazı) ihtiyacı olduğu sonucu çıkarılabilir. Sevk oranını artıran sağlık sorunları dikkate alınarak özellikle sevklerin en çok olduğu yaz mevsiminde sevklerin azaltılmasına yönelik çalışma yapılabilir. Adalardaki sağlık hizmetlerine yatırımların ve harcamaların artırılmasıyla hastaların birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilir olması sağlanarak 112 ambulanslar ile il merkezine yapılan sevkler minimize edilebilir.

- Adalardan 112 ambulanslar ile yapılan hasta nakillerinin araştırma sonucuna göre maliyet yarattığı tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik eksikliklerin giderilmesiyle sevk oranları düşürülebilir. Sevk maliyetlerini iyileştirecek yeni düzenlemelere ihtiyaç vardır. Kaynak israfının önlenmesine yönelik kapsamlı multidisipliner yaklaşımlarla çalışmaların yapılması önerilir.
- Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli reddeden hastaların/hasta yakınlarının nakli reddetme nedenleri arasında helikopter/hücum bota refakatçi alınmaması, dönüşte ulaşım sıkıntısı yaşamamak için araçlarıyla yola çıkmak istemeleri olduğu saptanmıştır. Diğer nakil reddetme nedenleri arasında da dönüş masrafı, yalnızlık, tedavi olmak istememe ve hava muhalefeti gibi nedenler gelmektedir. 112 ambulanslar ile nakline karar verilmiş hastaların bu gibi nedenlerle nakli reddetmesi hasta açısından ihmalkârlık, hasta yakını açısından ise büyük sorumluluk ve vicdani yüküdür. Katılımcıların %41,1'inin il merkezine nakli reddettiği için en sık yaşanan durum rahatsızlığın artması olmuştur. İkinci sırada stres artışı, maalesef bir kez de ölüm vakası yaşanmıştır. Hasta sağlığı için hasta/hasta yakınının sevkini reddetmesi durumunun minimize edilmesi açısından hastalık durumlarıyla ilgili oluşabilecek tüm riskler yönünden bilgilendirilmesi oldukça önemlidir.
- Adalardan kendi isteği ile daha büyük bir sağlık merkezinden hizmet almak için il merkezine giden katılımcılar önemli bir masraf yükü altında kaldığı anlaşılmaktadır. İl merkez hastanelerinde takipli daha sık gidilmesi gereken özellikli durumlarda (kemoterapi ihtiyacı, diyaliz ihtiyacı, fizik tedavi ihtiyacı gibi) bu masrafların karşılanması güç bir hal alabilmektedir. Ekonomik imkânsızlıklarından dolayı il merkez hastanelerine gitmek istememelerinden kaynaklı katılımcıların %65'i stres düzeyi yükselmiş, yaklaşık yarısı %48,8'nin rahatsızlığı artmıştır. İl merkez hastanelerinde tedavisi süren hastaların önemli miktarda hasta yakınları tarafından ziyaret edildiği anlaşılmaktadır. Aynı

masraflardan hasta yakınları da etkilenmektedir. Oluşan masraf yükünün hafifletilmesi açısından kendi imkânlarıyla il merkez hastanesine giden (ayaktan sevk formu, hastane raporu vb. evrak ibraz ederek) hastalara maddi destek sağlanabilir. Örneğin; feribot ücreti alınmayabilir ya da indirim olanaklarından faydalandırılabilir.

- Sevk verilerinin elde edildiği ASOS dijital platformda vaka veri girişlerinde eksik, yanlış veri girişleri tespit edilmiştir. 112 ambulans personellerine vaka veri girişleriyle ilgili hizmet içi eğitim verilmelidir.
- Kara-Deniz-Kara güzergâhı ile gerçekleştirilen hasta nakillerinde kara ambulans ekibinin nakillerde deniz ambulansı ile seyrettiği görülmektedir. Çanakkale’de deniz ambulans ekibi oluşturulmalıdır. Deniz ambulansının mevcut ekibiyle hastayı teslim alarak kara ambulansına ulaştırması sevk meşguliyet süresini kısaltacak, hastanın daha kısa sürede il merkez hastanesine nakli sağlanmış olacaktır. Böylece 112 sağlık personelleri bölgesinden uzun süre ayrılmayacak, geri dönüşte oluşabilecek olumsuzluklara maruz kalmayacaktır.
- Gökçeada ve Bozcaada’dan il merkezine 112 ambulanslar ile yapılan nakillerin sosyal ve ekonomik boyutu yönünden ilk çalışma olup elde edilen bilgilerin acil sağlık sunumunun geliştirilmesi, hizmetlerin denetlenmesi ve düzenlenmesinde kılavuzluk etmesi gelecekteki araştırmalara ışık tutması öngörülmektedir.
- Adalardan il merkezine 112 ambulanslar ile yapılan nakillerin tatilci/turistler üzerindeki sosyal ve ekonomik boyutunun değerlendirilmesi ayrı bir çalışmanın konusunu oluşturabilir.
- Sevklerin en çok cuma günü gerçekleştiği görülmüştür. Bu sonuca göre sevklerin cuma günü neden yüksek olduğu ile ilgili çalışma yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Acil Ambulans Hekimleri Derneği, (2015). Acil Ambulans Hekimleri Derneği AltıntaşTarihçesi. Erişim: 10 Aralık 2020. <http://www.aahd.org.tr/tarihce/>.
- Akturan, S., Gümüş, B., Özer, Ö., Balandız, H. ve Erenler, A. K. (2019). TÜİK verilerine göre Türkiye’de 2009 ve 2016 yılları arasındaki ölüm oranları ve nedenleri. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(1), 9-16. doi:10.18521/kt.506407.
- Altıntaş, K. H. (1998). T.C. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Ambulans Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi (Ekim 1995-Eylül 1996). Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Altıntaş, S. (2014). Dünyada ve ülkemizde ilk yardım, acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık organizasyonu. *İlk yardım ve acil sağlık hizmetleri içinde*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Arreola-Risa, C., Mock, C. N., Lojero-Wheatly, L., De la Cruz, O., Garcia, C., Canavati-Ayub, F. ve Jurkovich, G. J. (2000). “Low-cost improvement in prehospital trauma care in a Latin American City”. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 48(1), 119-124.
- Assareh, H., Achat, H. M., Levesque, J. F. ve Leeder, S. R. (2017). “Exploring Interhospital Transfers and Partnerships In The Hospital Sector in New South Wales, Australia”. *Australian Health Review*, 41(6), 672-679.
- Atalay, G. (2017). “Hastaneler arası acil hasta naklinde aktörler arası iletişim sorunu”. *Hastane Öncesi Dergisi*, 2(2), 119-125.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. ISBN: 978-975-590-521-1, Bakanlık Yayın No: 983, Ankara.
- Atilla, Ö. D., Oray, D., Akın, Ş., Acar, K. ve Bilge, A. (2010), “Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları”. *Türk Acil Tıp Dergisi*, 10(4), 175-180.
- Aytaç, Ö. ve Kurttaş, M. Ç. (2015). “Sağlık-hastalığın toplumsal kökenleri ve sağlık sosyolojisi”. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(1), 231-250.

- Aytekin, S. ve Çiftçi Aytekin, A. G. (2010). “Türkiye’de sağlık hizmetleri ve kamu sağlık harcamalarının finansmanı”. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 166.
- B Tipi 112 İstasyonu Nedir? (2020, 8 Ekim). Erişim: 01 Kasım 2021, <https://www.attyiz.biz.tr/haber/b-tipi-112-istasyonu-nedir-13480>.
- Başol, E. (2015). “Gelişmekte olan ülkelerde strateji: sağlık sisteminde sevk zinciri”. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- 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 kılavuzu akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi*. Erişim: 20 Ocak 2021, <http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/handle/123456789/939>.
- Batı, S. ve Kara, F. (2020). “112 acil sağlık hizmetleri personelinin müdahalelerde uygulama kılavuzlarına uygunluğunun değerlendirilmesi”. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-13.
- Berchet, C. (2015). “Emergency care services: trends , drivers and interventions to manage demand”. *OECD Health Working Papers No. 83*, 1-49. <https://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>.
- Bora Başara, B., Soyutun Çağlar, İ., Aygün, A., Özdemir, T. A., Kulali, B., Uzun, S. B., ... Kara, S. (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı (2019) Sağlık İstatistikleri Yıllığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü*. Erişim: 14 Ocak 2021, <https://dosyab.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf>.
- Bozcaada Belediyesi (2015). Sağlık Hizmetleri. Erişim: 10 Ekim 2021, <http://www.bozcaada.bel.tr/bozcaada/saglik-hizmetleri/>.
- Bulut, S. ve Uğurluoğlu, Ö. (2020). “Sağlık hizmetlerinde sevk sistemi”. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 166-182. doi:10.5336/healthsci.2018-64475.
- Burt, C. W., McCaig, L. F. ve Valverde, R. H. (2006). “Analysis of ambulance transports and diversions among US emergency departments”. *Annals of emergency medicine*, 47(4), 317-326.
- Ceyhan, M. A. ve Demir, G. G. (2021). “Ambulance Diversion: A Solution or Problem?”.

- Namık Kemal Medical Journal*, 9(1), 24-30. doi: 10.4274/nkmj.galenos.2020.805130.
- Çakmak, V. (2007). Faaliyet tabanlı maliyetleme yöntemi ve 112 acil sağlık hizmetlerinde uygulanmasına ilişkin bir örnek. T.C. Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 110 Sayfa, Kocaeli.
- Çalışkan, C. (2015). Gökçeada ve Bozcaada'dan 01.01.2009-31.12.2013 tarihlerinde 112 ambulansları ile sevk edilen hastaların ambulans hasta kayıt formlarının değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 244 Sayfa, Ankara.
- Çavmak, Ş. ve Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı, 11. <https://www.researchgate.net/publication/340739150> adresinden erişildi.
- Çoban, H. (2019). "Sağlık ekonomisi ve devletin sağlık hizmetlerine müdahale gerekçeleri". *BİLTÜRK Ekonomi ve İlişkili Çalışmalar Dergisi*, 1(1), 4-27.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). "OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri , sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması". *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 104-33.
- Demir, S. (2018). Acil sağlık hizmetlerinde hizmet işleyişi ve hukuki sorunlar. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 127 Sayfa, İstanbul.
- Doğru, E. (2019). Uzun dönemli kamu sağlık harcamalarında sosyoekonomik belirleyiciler: Türkiye örneği. T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 111 Sayfa, Edirne.
- Downing, A. ve Wilson, R. (2005). Older people's use of accident and emergency services. *Age and Ageing*, 34, 24-30.
- Durmuş, A. ve Durmuş M. N. (2019). "Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı". *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(2), 216-229.
- Dündar, C., Sunter, A. T., Canbaz, S. ve Cetinoglu, E. (2006). Emergency service use by older people in Samsun, Turkey. *Advances in Therapy*, 23, 47-53.
- Eckstein, M., Jantos, T., Kelly, N. ve Cardillo, A. (2002). "Helicopter transport of pediatric

- trauma patients in an urban emergency medical services system: a critical analysis". *Trauma Journal*, 53, 340-4.
- Edirne, T., Edirne, Y., Atmaca, B. ve Keskin, S. (2008). "Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis hastalarının özellikleri". *Van Tıp Dergisi*, 15(4), 107-111.
- Erbay, H. (2017). "Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? ambulans hizmetleri bağlamında bir yakın tarih araştırması". *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 28-32.
- Eren, T. (2020). Acil hizmetler komuta kontrol merkezi çalışanlarının iletişim becerilerinin değerlendirilmesi-İstanbul 112 komuta kontrol merkezinde yapılan bir çalışma. T.C. Beykent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 87 sayfa, İstanbul.
- Ertan C., Akgün F.S, Yücel N. (2010). "Bir üniversite hastanesi acil servisine yapılan sevklerin incelenmesi". *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 10(2), 65-70.
- Eveyik, Z. (2018). Acil sağlık hizmetleri birim maliyetlerinin hizmet işlem ücretleri ile karşılaştırılması. T.C. Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 156 Sayfa, Sakarya.
- Gezgin, M. F. (2015). Türkiye’de 112 acil yardım ambulanslarında görev yapan sağlık personellerinin hasta ve hasta yakınlarıyla yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri. T.C. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 86 Sayfa, İstanbul.
- Gönçer Demiral, D. ve Özen, Ü. (2020). "Hastaneler arası hasta sevkleri: doğu karadeniz hastaneleri üzerine bir uygulama". *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18(4), 190-208. doi:10.11611/yead.815880.
- Gray, A., Gill, S., Airey, M. ve Williams, R. (2003). "Descriptive epidemiology of adult critical care transfers from the emergency department". *Emergency Medicine Journal*, 20(3), 242-6. doi: 10.1136/emj.20.3.242.
- Gür, L. ve Göze Kaya, D. (2017). "Finansman türüne göre OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının gelişimi: 1980 sonrası". *Ekonomi Siyaset Akademik Araştırmalar Dergisi*, 4(10), 36-52.

- Güven, E. (2020). Sağlık ekonomisinde sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık finansman yöntemleri: bir uygulama. Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, 119 Sayfa, İstanbul.
- Güler, S., Aksel, G., Ayılğan, F. T., Özkan, H. İ., Baz, Ü. ve Orak, Y. (2014). "Evaluation of Emergency Interhospital Patient Transfers from Province of Mardin to Out-of-Province Hospitals in a Year". *The Journal of Academic Emergency Medicine*, 13(2), 62-66.
- Hassani, S. A., Moharri, R. S., Sarvar, M., Nejati, A. ve Khashayar, P. (2012). "Helicopter Emergency Medical Service in Tehran, Iran: A Descriptive Study". *Air Medical Journal*, 31(6), 294-97.
- İçten, O. (2021). Ankara ilinde 2020 yılında hastane acil servislerinden 112 sevk sistemi kullanılarak yapılan hastaneler arası nakillerin değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 75 Sayfa, Ankara.
- İlhan, M. N., Tüzün, H., Aksakal, F. N., Özkan, S. ve Sefer, A. (2006). "Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu". *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25(3), 33-41.
- Kaba, H. ve Elçioğlu, Ö. (2013). "Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 21(3), 127-35.
- Kaldırım, Ü., Tuncer, S. K., Ardiç, Ş., Tezel, O., Eyi, Y. E., Arziman, I., ... Eroğlu, M. (2013). "Acil servise ambulans ile müracaat eden geriatric olguların analizi". *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 13(4), 161-165. doi:10.5505/1304.7361.2013.35651.
- Kawakami, C., Ohshige, K., Kubota, K. ve Tochikubo, O. (2007). "Influence of socioeconomic factors on medically unnecessary ambulance calls". *Biomedical Central Health Services Research*, 120.
- Kıdak, L., Keskinoglu, P., Sofuoğlu, T. ve Ölmezoğlu, Z. (2009). "İzmir ilinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi". *Genel Tıp Dergisi*, 19(3), 113-119.

- Kılıç, M., Dokur, M. ve Ulutaşdemir, N. (2016). “Acil hasta sevklerinde yaşanan sorunlar: Küçük bir il düzeyinde yapılan değerlendirme”. *Zirve Tıp Dergisi*, 1(1), 17-21.
- Kılınçlı, T. ve Yıldırım Kaptanoğlu, A. (2019). *Hastane öncesi sağlık hizmetleri yönetimi*. <http://www.aysegulyildirimkaptanoglu.com/rsmlr/dosya/K%C4%B0TAP2019.pdf> adresinden erişildi.
- Kindermann, D., Mutter, R. ve Pines, J. M. (2013), Emergency Department Transfers to Acute Care Facilities, 2009: Statistical Brief. In: Healthcare Cost and Utilization Project Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 February, PMID: 24006549.
- Koç, D., Babayigit, H. ve Esen, Ş. (2016). “Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişimi ve Bartın il ambulans servisine bağlı acil sağlık hizmetlerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi”. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(5), 35-45.
- Kozyel, M. (2020). Çanakkale 112 İl Ambulans Servisi Başhekiliği'ne Bağlı Hava Ambulansının 01.09.2009-31.12.2018 Tarihleri Arasındaki Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 159 Sayfa, Ankara.
- Köse, A., Köse, B., Öncü, R. M. ve Tuğrul, F. (2011). “Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu”. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(2), 57-62.
- Kumbasar, A., Kurtuluş, S. A. ve Hoşgör, H. (2016). *Sağlık politikaları. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Ders Kitabı*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayınları.
- Kut, A. (2015). “Sağlık alanında sosyoekonomik düzey belirleme: tıbbi araştırmalarda doğru uyguluyor muyuz?”. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 19(1), 4-13. doi: 10.15511/tahd.15.01004.
- Küçükyılmaz, E. (2018). 112 acil ambulanslar ile yapılan il dışı sevklerin ortaya çıkardığı ekonomik kayıplar ve etkileri: Çanakkale ili örneği. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 112 Sayfa, Çanakkale.

- Lomi, A., Mascia, D., Vu, D. Q., Pallotti, F., Conaldi, G. ve Iwashyna, T. J. (2014). "Quality Of Care And Interhospital Collaboration: A Study Of Patient Transfers In Italy". *Medical Care*, 52(5), 407-414.
- Mascia, D., Angeli, F. ve Di Vincenzo, F. (2015). "Effect Of Hospital Referral Networks On Patient Readmissions". *Social Science and Medicine*, 132, 113-121.
- Nacht, J., Macht, M. ve Ginde. A. A. (2013). "Interhospital transfers from U.S. emergency departments: implications for resource utilization, patient safety, and regionalization". *Academic Emergency Medicine*, 20(9), 888-93. doi: 10.1111/acem.12209.
- Nur, N., Demir, Ö. F., Çetinkaya, S. ve Tirek, N. (2008). "Yaşlılar tarafından kullanılan 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi". *Türk Geriatri Dergisi*, 11(1), 7-11.
- OECD istatistikleri (2021). *Ülkelerin GSYH' de sağlığa yapılan harcama yüzdeleri 2017-2019*. Erişim: 30 Ekim 2021, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.
- Oktay, İ. ve Kayışoğlu, N. (2005). "Tekirdağ ili 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 14, 35-7.
- Oktay, C., Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M. ve Gunerli, A. (2003). "Appropriateness of emergency department visits in a Turkish University Hospital". *Croatian Medical Journal*, 44(5), 585-91.
- Olia, P. M., Mollica, T. V. ve Querci, A. (2002), Eight months of emergency services by ambulance (with doctor on board) of the Emergency Department of Prato, Italy. *Minerva Anesthesiol*, 68, 849-854.
- Ongun, Y. (2018). Uludağ üniversitesi tıp fakültesi acil servisine 112 ambulansı ile başvuran hastalarda, hasta ve yakınlarının sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeylerinin 112 kullanımına etkisinin araştırılması. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 52 Sayfa, Bursa.
- Öksüzkaya, A. (2019). Kayseri'de 112 acil sağlık hizmetlerinden yararlanan vatandaşların memnuniyet düzeyi. T.C. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 98 Sayfa, Kayseri.
- Önge, T., Satar, S., Kozacı, N., Açıkalın, A., Köseoğlu, Z., Gülen, M. ve Karakurt, Ü. (2013). "Analysis of Patients Admitted to the Emergency Medicine Department by

- the 112 Emergency Service”. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 12(3), 150. doi: 10.5152/jaem.2013.020.
- Özcan, C. (2016). İlk ve Acil Bakım Teknikerliği- Paramedik.”. G. Özel, B. Akbuğa Özel, C. Özcan (eds.). içinde *Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu*. Güneş Tıp Kitapevleri Yayınları: Ankara.
- Özlu, T. (2009, 14 Aralık). Sağlık Kurumları Arasında Hasta Naklinde Yaşanan Sorunlar, *Medimagazin Gazetesi*.
- Özözen Kahraman, S. (2005). “Gökçeada’da göçlerin nüfus gelişimi ve değişimi üzerine etkileri”. *Coğrafi Bilimler Dergisi*, 3(2), 39-53.
- Paksoy, V. M. (2016). “Acil sağlık hizmetlerinde uluslararası uygulama modellerinin karşılaştırması: anglo-amerikan ve franko-german modeli”. *T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 5(7), 6-24.
- Polat, O., Kabaçam, G., Güler, İ., Ergişi, K. ve Yıldız, A. (2005). “İbn-i Sina Hastanesi Acil Servis’ne başvuran hastaların sürveyans analizi”. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(2), 78- 81.
- Razzak, J. A. ve Kellermann, A. L. (2002). “Emergency medical care in developing countries: is it worthwhile?”. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(11), 900-905. doi: 10.1590/S0042-96862002001100011.
- Rucker, D. W., Edwards, R. A, Burstin, H. R, O’Neil, A. C. ve Brennan T. A. (1997). “Patientspecific predictors of ambulance use”. *Annals of Emergency Medicine*, 29, 484-489.
- Sevinç, Ş. ve Yılmaz, F. Ö. (2020). “Türkiye’de sağlık hizmetleri finansman yöntemleri”. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.
- Shah, M. N., Bazarian, J. J., Lerner, E. B., Fairbanks, R. J., Barker, W. H., Auinger, P. ve Friedman, B. (2007). “The epidemiology of emergency medical services use by older adults: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey”. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 14, 441-447. doi: 10.1197/j.aem.2007.01.019.
- Shatney, C., Homan, S., Sherck, J., ve Ho, C. (2002). “The utility of helicopter transport of

- trauma patients from the injury scene in an urban trauma system”. *Trauma Journal*, 53(5), 817-22.
- Silibolatlaz, A. (2017). *112 ambulansı ile acil servise taşınan hastaların aciliyet durumlarının değerlendirilmesi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana.
- Soysal, S., Karcıoğlu, Ö. ve Topaçoğlu, H. (2003). “Acil tıp sistemleri”. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 34(1), 51-57.
- Söğüt, Ö. ve Al, B. (2009). “Kafa travmalı hastalarda hastane öncesi yaklaşım ve acil serviste yönetim”. *Genel Tıp Dergisi*, 19(2), 85-90.
- Şahin, A. (2017). 112 acil sağlık hizmetleri talebinin gelire duyarlılığı: Tokat ili örneği. T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 94 Sayfa, Tokat.
- Şaşmaz, M. Ü., Odabaş, H. ve Yayla, Y. E. (2019). “OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile kalkınma arasındaki ilişki : panel veri analizi”. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 26(3), 16.
- Şimşek, P., Günaydın, M. ve Gündüz, A. (2019). “Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri: Türkiye örneği”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- T.C. Bozcaada Kaymakamlığı (2021). Sağlık Hizmetleri. Erişim: 10 Ekim 2021 <http://bozcaada.gov.tr/saglik-hizmetleri>.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2014). 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. Ankara: T.C. İçişler Bakanlığı.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2019). 112 Acil Çağrı Merkezi Projesi. Erişim: 05 Şubat 2021, <https://www.112.gov.tr/112-acm-projesi>.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2021). Acil Çağrı Merkezi Teşkilat Şeması. Erişim: 5 Şubat 2021, <https://www.112.gov.tr/idari-yapi>.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2018) Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Erişim Tarihi: 05 Şubat 2021 <https://www.afad.gov.tr>, 2018.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2021). İller İdaresi Genel Müdürlüğü, 112 Acil Çağrı Merkezleri

- Projesi. Erişim: 15 Aralık 2021, <https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi/112-acil-agri-merkezleri-projesi>.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2019). Sahil Güvenlik Komutanlığı, Çanakkale Bozcaada'da 1 Şahsın Tıbbi Tahliyesi Gerçekleştirilmiştir. Erişim: 1 Kasım 2021, <https://www.sg.gov.tr/canakkale-bozcaadaada-1-sahsin-tibbi-tahliyesi-gerceklestirilmistir>.
- T.C. İçişleri Bakanlığı (2022). Sahil Güvenlik Komutanlığı, Gevler. Erişim: 1 Şubat 2022, <https://www.sg.gov.tr/gorevler>.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014). *Onuncu kalkınma planı 2014-2018 sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve mali sürdürülebilirlik özel ihtisas komisyonu raporu 2023*. Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. (2011). *Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı*. Erişim: 29 Kasım 2020, <https://docplayer.biz.tr/1555606-Acil-saglik-hizmetleri.html>.
- T.C. Resmî Gazete, 112 Acil ağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve alışma Yönetmeliği, 16 Mayıs 2014, Sayı: 29002. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı.
- T.C. Resmî Gazete, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11 Mayıs 2000, Sayı: 24046. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Resmî Gazete, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği, 07 Aralık 2006, Sayı: 26369. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Resmî Gazete, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 10 Nisan 2012, Sayı: 28260. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Resmî Gazete, Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde alışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 20 Kasım 2021, Sayı: 31665. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Resmî Gazete, Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (Kararname Numarası: 1), 10 Temmuz 2018, Sayı: 30474. m. 271/6. Ankara: T.C. İçişleri Bakanlığı.

- T.C. Resmî Gazete, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 02 Kasım 2011, Sayı: 28103 (mükerrer). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Resmî Gazete, Sağlık Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 25 Mart 2010, Sayı: 27532 (mükerrer). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 20 Şubat 2021, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-4479/hava-ambulansi.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 20 Şubat 2021, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-57288/saglik-bakani-koca-hava-ambulanslarini-denetledi.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim: 12 Aralık 2020, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-78200/ucak-ambulans.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS). Erişim: 10 Şubat 2021, <https://asos1.saglik.gov.tr/>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2019). Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü. Erişim: 20 Şubat 2021, <https://canakkaleism.saglik.gov.tr/TR-117424/112-acil-saglik-hizmetleri.html>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü, Gökçeada Devlet Hastanesi. Erişim: 1 Kasım 2021, <https://gokceadadh.saglik.gov.tr/TR,27573/poliklinik-hizmetleri.html>.
- T.C. Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı (2021). Karayolları Genel Müdürlüğü, Trafik Güvenliği Dairesi Başkanlığı, Trafik Kazaları Özeti. Erişim: 2 Ekim 2021, <https://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Trafik/TrafikKazalariOzeti.aspx>.
- Tabachnick B. G. ve Fidell L. S. (2013). Usig Multivarite Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston.
- Tatar, M. (2011). “Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de gelişimi”. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Toker, S. O. ve Küçükylmaz, Ü. (2001). “Acil Sağlık Sistemi Nedir ? Türkiye’nin Ulusal Acil Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış”. *Orjinal Makaleler*.

- Tutar, F. ve Kılıç, N. (2007). “Türkiye’nin sağlık sektöründeki ekonomik gelişmişlik potansiyeli ve farklı ülke örnekleriyle mukayesesi”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 31-54.
- Türkiye Kamu ve Özel Sağlık Kurumları Rehberi (2021). Erişim: 1 Kasım 2021, <https://www.trhastane.com/gokceada-devlet-hastanesi-2963.html>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Verileri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Ölüm Nedeni İstatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
- Türkiye İstatistik Kurumu (2020). Türkiye’de sağlık harcamalarının finansman kaynağına göre dağılımı. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).
- Ünlüoğlu, İ., Ekşi, A. ve Elçioğlu, Ö. (2016). “Acil tıp hizmetleri paralelinde ambulansların gelişimi”. *Aylık Aktüel Tıp Dergisi*, 14(2), 7.
- Ünsal, İ. ve Ekici Ünsal, D. (2021). “Hava ambulans sisteminin Türkiye’deki gelişimi”. *Türk Hava Kurumu Üniversitesi Havacılık ve Uzay Çalışmaları Dergisi*, 2(1), 47-70.
- Üstü, Y., Uğurlu, M., Örnek, M. ve Sanisoğlu, S. Y. (2011). “2002-2008 yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi”. *Balkan Medical Journal*, 28(1), 55-61. doi: 10.5174/tutfd.2009.02884.1.
- World Health Report, (2018). World Health Organization (WHO). Erişim Tarihi: 29 Kasım 2020, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- World Health Report (2000). World Health Organization (WHO). Erişim: 29 Ocak 2021, <https://www.who.int/whr/2000/en/>.
- Yenice, H. (2012). Uludağ üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servisine hava ambulansı ile nakledilen olguların değerlendirilmesi. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 59 Sayfa, Bursa.
- Yıldız M. (2004). “Acil servise ambulansla transportu yapılan hastaların analizi”. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 4 (4), 144-148.
- Yılmaz, A. İ. (2014). 112 acil sağlık hizmetleri sunumunu etkileyen faktörler (Konya

örneği). T.C. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 135 Sayfa, İstanbul.

Yurdadoğ, V. (2007). “Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı ve analizi”. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 591-610.

Yurteri, H., Saran, A. ve Özgün, İ. (1996). “Hızır acil ambulanslarıyla alınan vakaların değerlendirilmesi”. *Ulusal Travma Dergisi*, 2, 204-207.

Zenginol, M., Al, B., Genç, S., Deveci, İ., Yarbil, P., Yılmaz, D. A., et al. (2011). “3 Yearly Study Results of 112 Emergency Ambulances in the City of Gaziantep”. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 10(1), 27-32.



EKLER

EK 1

ANKET FORMU

Sizi Yeşim Öztürk tarafından yürütülen “Gökçeada ve Bozcaada’da İl Merkezine 112 Ambulanslar ile Yapılan Nakillerin Ekonomik ve Sosyal Boyutunun Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı Gökçeada ve Bozcaada’da yaşayan kişilerin, sağlık sorunlarının, sevk nedenlerinin, sağlık beklentilerinin ve memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi, ekonomik ve sosyal yönden olumsuz etkileri tespit etmek ve çözüm önerileri sunmaktır. Araştırmada sizden tahminen 10 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen Gökçeada’da 375 kişi, Bozcaada’da 345 kişi olmak üzere toplam 720 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum.

I. BÖLÜM

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Cinsiyetiniz?	: 1) Kadın	2) Erkek	
Yaşınız?	:		
Medeni Durumunuz?	: 1) Bekâr	2) Evli	
Eğitim Durumunuz?	: 1) İlköğretim	2) Ortaöğretim	3) Lise
	4) Ön-lisans	5) Lisans	6) Lisansüstü
Mesleğiniz?	: 1) Öğrenci	2) Memur	3) İşçi
	4) Ev hanımı	5) Serbest Meslek	6) İşsiz
Sosyal Güvenceniz?	: 1) SGK	2) Özel sağlık sigortası	3) Güvencesiz
Gelir Düzeyi Tanımınız?	: 1) Çok düşük	2) Düşük	3) Orta
	4) Yüksek	5) Çok Yüksek	
Taşıtınız var mı?	: 1) Var	2) Yok	
İkamet ettiğiniz ada?	: 1) Gökçeada	2) Bozcaada	
Kimle yaşıyorsunuz?	: 1) Yalnız	2) Ailemle	3) Arkadaşlarımla
Evdeki çocuk ve 65 yaş üzeri kişi sayısı?		1) Çocuk ...	2) 65 yaş üstü ...kişi
Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?		1) Var	2) Yok
Ailenizde kronik hastalığı olan var mı?		1) Var	2) Yok
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?		1) Var	2) Yok
Son bir yıl içinde kaç kez doktora başvurduunuz?			

II. BÖLÜM

ANKET SORULARI

- 1. Adada hastalık durumunuzda sağlık hizmetlerine anında başvurur musunuz? “X” işareti ile belirtiniz.**
 Evet, hemen başvururum.
 Hayır, hastalandığımda doktora gitmeyi ertelerim.
 Kararsızım/Fikrim yok
- 2. Sağlık imkânlarından daha iyi faydalanmak için adadan il merkezine taşınır mıydınız? “X” işareti ile belirtiniz.**
 Evet
 Hayır
 Kararsızım/Fikrim yok
- 3. Özellikle bir sağlık hizmetine ihtiyacından dolayı adadan il merkezine taşınan bildiğiniz bir yakınınız var mı?**
 Evet Hayır

4. Adada hava koşulları sebebiyle hekimlerce sizin için uygun görülen sağlık hizmetine ulaşımında sorun yaşadığınız oldu mu? “X” işareti ile belirtiniz.
() Evet () Hayır
5. Daha önce adada 112 ambulans ihtiyacınız oldu mu? “X” işareti ile belirtiniz. Cevabınız Evet ise kaç kez olduğunu belirtiniz.
() Evet kez () Hayır
6. Ada içinde 112 ambulans ihtiyacınız olduysa başvuru nedeninizi “X” işareti ile belirtiniz.
() Medikal (tüm hastalıklar) () İş kazası () Zehirlenme
() Trafik kazası () Boğulma () Diğer
7. Daha önce adadan il merkezine 112 ambulanslar ile sevk edildiniz mi? “X” işareti ile belirtiniz. Cevabınız Evet ise kaç kez olduğunu belirtiniz.
() Evet kez () Hayır
8. Adadan il merkezine 112 ambulanslar ile sevk edilme nedeninizi “X” işareti ile belirtiniz.
() Medikal (tüm hastalıklar) () İş kazası () Zehirlenme
() Trafik kazası () Boğulma () Diğer
9. İl merkezine nakil olduysanız hangi ulaşım yolu ile gerçekleşti? “X” işareti ile belirtiniz.
() Kara ambulansı (feribot vasıtasıyla) () Hava ambulansı
() Deniz ambulansı () Kendi aracım (feribot vasıtasıyla)
10. Adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli herhangi bir sebepten reddettiğiniz ya da reddeden bir yakınınız oldu mu? “X” işareti ile belirtiniz. Kim olduğunu daire içine alınız.
() Evet, kendim/yakınım nedeniyle il merkezine nakli reddettim/reddetti.
() Hayır olmadı.
11. Bildiğiniz bir yakınınız adadan 112 ambulanslar ile il merkezine nakli reddettiği için aşağıdaki durumlardan birini ya da bir kaçını yaşadı mı?
() Rahatsızlığı daha da arttı () Stresi arttı
() İlaç kullanımı arttı () Diğer.....
12. Kendi isteğiniz ile daha büyük bir sağlık merkezinden hizmet almak için il merkezine gittiğinizde hangi masrafları kendiniz yapmak zorunda kalıyorsunuz? “X” işareti ile belirtiniz.
() Gidiş ve Geliş Yol Masrafı () Konaklama Masrafı
() Yeme-İçme Masrafı () Refakatçi Masrafı
() Hastane Masrafı () Diğer.....

- 13. Kendi imkânlarınız ile il merkez hastanesine gidiş gelişlerde hangi yolu seçtiniz? “X” işareti ile belirtiniz.**
() Kendi arabam () Otobüs () Feribot
- 14. İl merkez hastanesine gidiş gelişlerde şehir içi hangi yolu seçtiniz? “X” işareti ile belirtiniz.**
() Kendi arabam () Şehir içi otobüs
() Taksi () Diğer.....
- 15. İl merkez hastanesinde kaldıysanız yakınlarımız sizi ziyaret etti mi? “X” işareti ile belirtiniz. Cevabınız Evet ise yaklaşık kaç kişi olduğunu belirtiniz.**
() Evet yaklaşık kişi ziyaret etti () Hayır
- 16. 112 ambulans ile il merkezine nakledilen bir yakınınızı ziyaret ediyor musunuz? “X” işareti ile belirtiniz. Cevabınız Evet ise yılda kaç kez olduğunu belirtiniz.**
() Evetkez () Hayır
- 17. 112 ambulanslar ile il merkezine nakli gereken bir yakınınıza maddi imkânsızlıktan dolayı borç para vermeniz gerekti mi? “X” işareti ile belirtiniz.**
() Evet () Hayır
- 18. Hastalık durumunuzda kendi imkânlarınız (ekonomik şartlarınızdan dolayı) ile il merkez hastanesine gitmek istememenizden kaynaklı aşağıdaki durumlardan birini ya da birkaçını yaşadınız mı? “X” işareti ile belirtiniz.**
() Rahatsızlığım daha da arttı
() İlaç kullanımım arttı
() Stresim arttı
() Diğer
- 19. Adada yaşamınız açısından beklentilerinizin karşılanma durumunu nasıl değerlendirirsiniz? “X” işareti ile belirtiniz.**
() Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi
- 20. Adadaki yaşamınızdan genel olarak memnuniyet derecenizi nasıl değerlendirirsiniz? “X” işareti ile belirtiniz.**
() Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi

III. BÖLÜM

Bu bölümde acil sağlık hizmetleri sunumu, gelişimi, devlete maliyeti ve sağlık harcamalarıyla ilgili genel bilgi ve düşünceleriniz hakkında sorulara yer verilmiştir. Soruları dikkatlice okuyun ve sağ tarafta yer alan “EVET”, “HAYIR”, “KARARSIZIM/FİKRİM YOK” seçeneklerinden size göre uygun olanı “X” işareti ile belirtiniz.

SORULAR	EVET	HAYIR	KARARSIZIM/ FİKRİM YOK
1. Son 10 yılda adada acil sağlık hizmetlerinin geliştiğini düşünüyor musunuz?			
2. Adadan il merkezine 112 ambulans araçları ile yapılan hasta nakillerinin devlete maliyetinin ne olduğunu biliyor musunuz?			
3. Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğunu sosyal güvenlik kurumunun finansmanı sağladığını biliyor musunuz?			
4. Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının büyük bir bölümünün vergiler yoluyla finanse edildiğini biliyor musunuz?			
5. Hava ambulansı ile yapılan hasta nakillerinde varsa refakatçinin uçuş sırasında hastaya eşlik edemediğini biliyor musunuz?			
6. Deniz ambulansı ve hava ambulansının kara ambulansına göre kötü hava şartlarından daha olumsuz etkilendiğini biliyor musunuz?			
7. Çanakkale’de hava ambulansının gün doğumu-gün batımı arasında aktif olduğunu biliyor musunuz?			
8. Hava ambulansı maliyetinin kara ambulansı maliyetinden daha yüksek olduğunu biliyor musunuz?			
9. Adadaki sağlık hizmetlerinin gelişmesi ile il merkezine olan sevk oranının düşmesinin ülke ekonomisine olumlu bir etki yaratacağını düşünüyor musunuz?			
10. 2002 yılına kadar sosyal güvencesi olmayan hastalardan acil durumlarda bile para istendiğini biliyor musunuz?			

Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.