



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ

AMBULANS İLE HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARIN
112 EKİBİ VE HASTANEDEKİ TANILARI ARASINDAKİ
FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Kenan AYDIN
Acil Tıp Kliniği



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİLKENT ŞEHİR HASTANESİ**

**AMBULANS İLE HASTANEYE BAŞVURAN HASTALARIN
112 EKİBİ VE HASTANEDEKİ TANILARI ARASINDAKİ
FARKLILIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Kenan AYDIN
Acil Tıp Kliniği**

**Tez Danışmanı:
Dr. Öğr. Üyesi Fatih Ahmet KAHRAMAN**

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

TEŞEKKÜR

Asistanlık öncesi tanıştığımız günden beri ve asistanlık eğitimim süresi boyunca desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, acil uzmanlığı seçimimde örnek aldığım, kendisinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatih Ahmet KAHRAMAN'a,

Tez hazırlama sürecimde her zaman yanımda olan ve zorlu süreci atlatmamda büyük emeği olan Dr. Öğr. Üyesi Serkan ŞAHİN'e,

Asistanlığım süresince yaşadığım tüm sıkıntılarda çekinmeden kapısını çalabildiğim, her türlü sıkıntımızı çözmek ve bizlere en iyi asistanlık eğitimini verebilmek için çabalayan klinik şefi ve eğitim sorumlumuz Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK'e,

Asistanlık eğitimim süresince kendilerinden çok şey öğrendiğim, her konuda desteklerinin hissettiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Şervan GÖKHAN, Prof. Dr. Ayhan ÖZHASENEKLER, Prof. Dr. Havva ŞAHİN KAVAKLI, Prof. Dr. Hakan OĞUZTÜRK, Doç. Dr. Mehmet ERGİN, Doç. Dr. Mehmet Ali Ceylan, Doç. Dr. Alp ŞENER, Doç. Dr. Nazlı GÖRMELİ KURT, Dr. Öğr. Üyesi Gül PAMUKÇU GÜNAYDIN, Dr. Öğr. Üyesi Çağdaş YILDIRIM, Dr. Öğr. Üyesi Melih ÇAMCI gösterdikleri hoşgörü, sevgi ve saygı için teşekkür ederim.

Tez çalışmanın gerçekleşmesine imkan sağlayan ve destek veren Ankara İl Ambulans Servisi Başhekimi Doç. Dr. Burak BEKGÖZ'e,

Asistanlık sürem boyunca her zaman yanımda olan kıymetli arkadaşlarım Dr. Ahmet KESKİN, Dr. Furkan BALBAY, Dr. Ferhat ZEREYAK ve Dr. Furkan POLAT'a,

Asistanlık sürecinin her anlamda daha iyi tamamlanması için gece gündüz uğraşan tüm Başasistanlık ekibine,

Beraber çalışırken kendilerinden çok şey öğrendiğim ve keyif aldığım tüm asistan hekim arkadaşlarım, uzman abi ve ablalarım, hemşire arkadaşlarım ve tüm diğer kademelerde görev yapan personelimize,

Asistanlık süresi boyunca yaşadığım tüm zorluklarda en büyük destekçim, hayat arkadaşım, Aras'ımın annesi, sevgili eşim Gülşah AYDIN'a ve tüm hayatım boyunca her zaman arkamda olan, beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar.....	vi
ŞEKİLLER.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	3
2.1.1 Acil Sağlık Hizmetleri Tarihçesi	3
2.2 AMBULANS TANIMI VE ÖZELLİKLERİ	5
2.2.1 Ambulans Tanımı	5
2.2.2 Ambulans Tarihçesi	5
2.3 ACİL SERVİS TANIMI VE İŞLEYİŞİ.....	6
2.4 ICD TANIMI VE KULLANIM ALANLARI	7
3.MATERYAL VE METOD	9
3.1. DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ.....	9

3.2 ÇALIŞMANIN AKIŞ ŞEMASI.....	10
3.3 VERİ TOPLANMASI.....	10
3.4 VERİ ANALİZİ	13
4.BULGULAR.....	14
5.TARTIŞMA.....	22
6. KISITLILIKLAR	27
7. SONUÇ	28
8.KAYNAKLAR.....	29
9. ÖZGEÇMİŞ	32
10. EKLER.....	33

KISALTMALAR

ASH : Acil sağlık hizmetleri

ICD : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

ACEP : American College of Emergency Physician

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ASOS : Acil Sağlık Otomasyon Sistemi

TABLULAR

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Özellikleri	15
Tablo 2: Hasta Yaş ve Cinsiyetine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması	15
Tablo 3: Başvuru Saatine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması	17
Tablo 4: İlgili Sisteme Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması.....	18
Tablo 5: Ayın Gününe Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması.....	20
Tablo 6 : Araştırmaya Katılanların Özellikleri	21

ŞEKİLLER

Şekil 1 : Çalışmanın Akış Şeması.....	14
Şekil 2 : Hasta Cinsiyetine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması.....	16
Şekil 3 : Hastaların Yaşına Göre Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması	17
Şekil 4 : Başvuru Saatine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması	18
Şekil 5 : Başvuru Gününe Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması	21

ÖZET

Amaç: Günümüzde acil servislere başvuran hasta sayısının artması ve ambulans kullanım oranının artması acil servis yoğunluğunu artırmaktadır. Bu yoğunluk hastaların tanı ve tedavi sürelerinin uzamasına sebep olmaktadır. Bu çalışmamızda acil servise ambulans ile başvuran hastaların acil servisteki hekim değerlendirmesi sonucu konulan esas tanılarına göre 112 ekiplerinin koyduğu ön tanıların doğruluk oranını ve bu doğruluk oranını etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı ve retrospektif niteliktedir. Çalışmamıza ambulans ile acil servise başvuran 18 yaş üstü birincil vaka olan 1117 hasta dahil edildi. Çalışma grubunun bilgileri hastane sistemi ve ASOS'tan (Acil Sağlık Otomasyon Sistemi) elde edildi. Hastaların 112 ambulans ekiplerince konulan ön tanıların acil servis esas tanılarına göre doğruluk oranı değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru şikayetini ilgilendiren sistem ve başvuru saatlerinin tanı doğruluğuna etkilerini araştırmayı amaçladık.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların %52,5'ini erkek hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması $64,2 \pm 19,5$ yıl olarak bulundu. En fazla başvuru 08:00-16:00 saatleri arasında (%44,1) ve en az başvuru ise 00:00- 07:59 saatleri arasında (%15,6) oldu. Hastaların tanıları değerlendirildiğinde ön tanı doğruluk oranı %64,3 olarak bulundu. Hastane başvurularının en sık sebebi olarak gastrointestinal sistem ile ilgili tanıları (%21,8), en az başvuru sebebi alerjik hastalıklar ile ilgili şikayetler (%0,7) olarak saptandı.

Sonuç: Hastaların yaş ve cinsiyetlerinin acil servisteki esas tanıları ve 112 ekiplerinin koyduğu ön tanısının doğruluğu açısından bir fark oluşturmadığı ancak hastaların başvuru saatleri ve şikayetlerini kapsayan sistemlerinin tanı doğruluğu arasında bir fark oluşturduğu görülmüştür. Hasta yoğunluğunun az olduğu saatlerde doğru tanı oranının arttığı çalışmamızdan çıkan bir diğer önemli sonuçtur. Bu yüzden acil servislere gereksiz başvuru sayısının azalmasının tanı doğruluğunu ve tedavi sürecini olumlu yönde etkileyeceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis Acil Sağlık Hizmetleri, 112, Ambulans, ICD,

ABSTRACT

Aim: The increasing number of patients presenting to emergency departments and the rising rate of ambulance usage contribute to the intensification of emergency department workload. This workload leads to prolonged diagnostic and treatment durations for patients. In this study, we aimed to investigate the accuracy of diagnoses of patients transported to the emergency department by ambulance and the factors influencing this accuracy between the emergency department and emergency medical services (EMS).

Materials and Methods: This cross-sectional, descriptive, and retrospective study aims to evaluate the accuracy of diagnoses made by 112 ambulance teams compared to diagnoses made in the emergency department. The study includes 1117 adult patients who presented to the emergency department via ambulance as the primary case. Patient data were obtained from the hospital system and the Emergency Health Automation System (EHAS). The accuracy of diagnoses made by 112 ambulance teams was assessed in comparison to emergency department diagnoses. We investigated the effects of age, gender, presenting complaint system, and time of presentation on the accuracy of diagnoses.

Results: Male patients comprised 52.5% of the included cases. The mean age of patients was found to be 64.2 ± 19.5 years. The highest number of admissions occurred between 08:00 and 16:00 (44.1%), while the lowest number of admissions occurred between 00:00 and 07:59 (15.6%). The diagnostic accuracy rate was found to be 64.3% when evaluating the diagnoses of patients. Gastrointestinal system-related diagnoses (21.8%) were identified as the most common reason for hospital admissions, while allergic diseases (0.7%) were the least common reason.

Conclusion: Various factors affect the diagnostic accuracy of patients presenting to the hospital emergency department. Although age and gender did not create a difference in diagnostic accuracy between the hospital and EMS systems, a difference was observed in the diagnostic accuracy based on patients' admission times and presenting complaints. It was observed that the accuracy of diagnosis increased during hours of lower patient volume. Therefore, reducing unnecessary

visits to emergency departments is believed to positively impact diagnostic accuracy and the treatment process.

Keywords: Emergency Department, Emergency Medical Services, 112, Ambulance, ICD.



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin en önemli görevi ani gelişen hastalık ve yaralanma durumunda hastaya en uygun sağlık bakımını sağlamak ve gerekli durumlarda hastayı stabilize ederek en uygun sağlık kuruluşuna sevkini sağlamaktır (1).

Acil Tıp, akut hastalık ve yaralanma durumlarında acil tıbbi müdahaleler sağlamak üzere oluşturulmuş bir tıbbi uzmanlık dalıdır. Çeşitli hastalık kategorilerinde ve her yaş grubunda hizmet sunar. Hastanelerde, girişten sonra hizmet sunulan kritik noktalarda faaliyet gösterir (2).

Acil servisler, sürekli sağlık hizmeti sunulan ve hastaneye giriş kapısı olarak işlev gören birimlerdir. Bundan dolayı acil sağlık hizmetleri ve 112 acil ambulans sistemleri uygun olmayan bir şekilde kullanıma açık hale gelmektedir. Ambulanslarla hastaneye başvuran bazı hastalar, kendi imkanlarıyla hastaneye ulaşabilecek durumda iken, kendi özel sağlık sigortalarını kullanmak veya Sağlık Bakanlığı'nın sunduğu ücretsiz hizmetlerinden faydalanmak amacıyla ambulans ile hastaneye başvurmayı tercih edebilirler (3).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, hemen müdahale edilmezse durumu kötüleşebilecek hastaların acil servise öncelikli olarak nakledilmesi için oluşturulan bir sistemdir. Bu hastalar için, hastane öncesi dönemde hızlı bir şekilde hareket etmek sonuçları büyük ölçüde etkiler. Hayat kurtarıcı becerilerin ve müdahalelerin hastane bakımından hastane öncesi bakıma aktarılması, erken ve ileri düzeyde bakım sağlar. Çevresel etkenler ve olabilecek tüm patolojiler göz önüne alındığında, hastaların çeşitli klinik ihtiyaçları olacaktır ve hastane öncesi acil bakımın mevcut duruma göre düzenlenmesi gerekebilir (4).

Günümüzde Acil Sağlık Hizmetleri (ASH) kapsamında sunulan hizmetin, aciliyet durumuna göre hafif veya düşük olanlar tarafından aşırı kullanımı, ekipman, personel ve araç temininde zorluklar yaşanmasına neden olmakta ve acil nakli gerektiren hastalar için risk oluşturmaktadır (5).

Çalışmamızın amacı Ankara Bilkent Şehir Hastanesine ambulans ile başvuran hastaların hastane öncesi acil sağlık hizmetleri tarafından düşünülen ön tanıları ve acil serviste hekim değerlendirmesi sonucu konulan esas tanıları arasındaki farklılıkların değerlendirilmesi; bu tanıların, günün farklı saatlerinde eşleşme oranlarının, hasta yaşına göre eşleşme oranlarının, cinsiyete göre eşleşme oranlarının değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmede 112 ambulans ekiplerince konulan ön tanıların doğruluğunu saptamayı amaçladık. Bu ön tanıların doğruluk oranı, hastalara en uygun ilk müdahalenin planlanması ve hastaların uygun merkezlere transferi gibi önemli kararları etkilemektedir. Bu doğruluk oranlarını etkileyebilecek olan yaş, cinsiyet, şikâyet ve başvuru saati gibi faktörlerin tanı doğruluğuna olan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Acil Sağlık Hizmetleri 13.09.2022 tarih 31952 Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan yönetmeliğinde; ‘Acil hastalık ve yaralanma durumlarında, özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve ekipmanlarla desteklenen sağlık hizmetlerini ifade eder. Bu hizmetler, olay yerinde, nakil sırasında ve sağlık kurumlarında sunulur.’ olarak tanımlanmıştır (1).

2.1.1 Acil Sağlık Hizmetleri Tarihçesi

Acil sağlık hizmetlerinin tarihi, eski Mısır ve Roma dönemlerine kadar uzanmaktadır. Ancak, gerçek anlamda ambulanslarla yaralıların taşınması konusunda önemli bir adım, Napolyon döneminde Dominique Jean Larrey'in liderliğinde atılmıştır. Larrey, dönemin baş cerrahı olarak bilinir ve Prusya Savaşı sırasında (1797), yaralı askerleri hızlı bir şekilde değerlendirerek durumu ciddi olmayanları tekrar cepheye göndermiş, bir nevi ilk triyajı gerçekleştirmiştir (6).

Ülkemizde acil sağlık hizmetleri ilk olarak Osmanlı döneminde o zamanki adı Hilal-i Ahmer olan şimdiki adı ise Kızılay olan atlı ambulanslar ile başlamıştır. Yakın tarihimize baktığımızda 1985 yılında "077 Hızır Acil " telefon koduyla Ankara Numune Hastanesi bünyesinde ilk ambulans hizmeti vermeye başlanmış. Daha sonra bu ambulans hizmeti İstanbul ve İzmir'de de aktif şekilde kullanılmaya başlanmış. 1991 yılında 077 Hızır acil telefon kodu 112 şeklinde değiştirilmiş. İlk zamanlarda bu ambulans hizmeti sadece hekimler tarafından verilmekte olup 1993 yılından İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nde ilk ve acil yardım programı kapsamında ambulanslarda çalışmak üzere paramedik eğitimlerine başlanmış. Günümüzde, ülkemizin tüm illerinde acil tıp teknisyenleri, paramedikler ve hekimler, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde yerine getirmektedir (7).

Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği (ACEP), 1968 yılında, henüz acil tıp uzmanlık dalının resmi olarak tanınmadığı dönemde ABD'de küçük bir grup doktor

tarafından kurulmuştur. Derneğin amacı, acil bakım kalitesini artırmaktır. Acil tıp uzmanlığının 1979 yılında 23. uzmanlık alanı olarak resmi olarak tanınması, ACEP üyeleri olan Acil tıp uzmanları için önemli bir değişim noktası olmuştur. Bugün ACEP, kanıta dayalı olarak klinik politikaların geliştirilmesine, acil tıpla ilgili araştırmalara maddi destek sağlanmasına, halkın acil bakım ve afet hazırlığı konularında eğitilmesine ve tıp eğitimine katkıda bulunmaya odaklanmaktadır. Bunları sağlamak için eğitim konferansları düzenlemekte, ders kitapları yayınlamakta, internet tabanlı eğitim platformları sağlamakta, profesyonel kaynaklar sunmakta ve periyodik yayınlar çıkarmaktadır. (8).

ACEP, acil tıp hizmetlerinin kalitesini artırabilmek ve belirli bir standart sağlayabilmek amacıyla "acil tıp hizmetleri kılavuzu" adı altında belirli kriterler ortaya konmuştur. Belirlenen kriterler şunlardır:

- Her birey toplum içinde ulaşılabilir durumda olmalıdır.
- Hastane öncesinde, acil servislerde ve diğer yataklı tedavi birimleri arasında tam bir şekilde ve kesinti olmadan işbirliği sağlanmalıdır.
- Hasta değerlendirmesi ve tedavisi uygun olan en kısa sürede gerçekleştirilmelidir.
- Acil serviste hastaların tanı ve tedavileri için gerekli tüm ekipmanlar mevcut olmalıdır.
- Acil bakım hizmetlerinin temel unsurları olan tabip, hemşire ve yardımcı tıbbi personel arasında birbiriyle uyumlu bir iş bölümü olmalıdır.
- Acil servis hekimleri, haftanın her günü, günün her saati kesintisiz hizmet sağlamalıdır.
- Zaman, önemli bir faktördür; zamanın doğru kullanılması acil durumları önüne geçebilir ve hayat kurtarabilir.
- Her tıbbi acil, önleme, hazırlık aşaması, tanı koyma ve uygun tedaviyi uygulama olmak üzere dört ana unsuru içermelidir.

- Bir yaralanma ya da tıbbi problemin ilk dakikaları, en kritik zamandır ve buradaki asıl kilit nokta; ne yapılması gerektiğini bilmek, sakin kalabilmek ve gerekli müdahaleyi yapmaktır.

- Özellikle hastane öncesi dönemde ciddi acil hastalık veya travmalı hastaların yönetiminde acil tıbbi yardım hattını aramak, en önemli görevlerden biridir (9).

2.2 AMBULANS TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

2.2.1 Ambulans Tanımı

Ambulans, hasta nakli ve/veya acil yardım sebebiyle kullanılmakta olan ve ilgili yönetmelikte belirtilen teknik ve tıbbi ekipmanlarla özel bir şekilde donatılmış hava, kara ve deniz ulaşım araçlarını ifade eder (10).

2.2.2 Ambulans Tarihçesi

Ambulans hizmetlerinin tarihte kullanılmaya başlamasıyla ilgili olarak, ilk örnek Napolyon dönemine, özellikle de 1797 Prusya Savaşı'na dayanmaktadır. Bu dönemde savaş alanında yaralanan askerlerin taşınması için Baron Larrey gibi dönemin önde gelen cerrahları, sıhhiye ekiplerini kurarak ambulans benzeri hizmetler sağlamışlardır (11).

ABD'de ambulans hizmetleri, 19. yüzyılın başlarında askeriye tarafından savaş alanlarından yaralı askerlerin atlı arabalarla saha hastanelerine taşınması amacıyla sivil savaş döneminde başlamıştır. Savaşın ardından, Cincinnati'deki özel bir sağlık merkezi ilk olarak kendi bünyesinde sivilleri nakletmek için ambulans hizmetleri oluşturmuştur. Şehir genelinde ise, ilk gelişmeler New York'ta gerçekleşmiştir. Benzer uygulamalar Avrupa'da da 19. yüzyılın ilerleyen dönemlerinde, özellikle Londra'da başlamıştır (12) (13) (14).

2.3 ACİL SERVİS TANIMI VE İŞLEYİŞİ

Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş olan yataklı tedavi kuruluşlarının çatısı altında bulunan acil servisler, acil olan hasta ve yaralıları karşılayarak, gerekli ilk tıbbi müdahale ve bakımı yaparlar. 24 saat aralıksız bir şekilde hizmet sunma yükümlülüğü altındadırlar ve tüm acil başvuruları kabul edip değerlendirmek zorundadırlar. Başvuran tüm hastalara uygun acil tıbbi değerlendirme yapılır, gereklilik durumunda müdahale edilir ve hastanın stabilizasyonu sağlanır. Acil servisler aynı zamanda ambulans hizmetlerini destekler ve gerektiğinde tıbbi yönlendirme sağlar. Hastanın yapılacak nakil işlemi öncesinde mevcut tıbbi durumuyla alakalı gereken hazırlıklar yapılır. Hastanın var olan sosyal güvencesi olup olmadığına, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ve diğer hiçbir özelliğine bakılmaksızın gelen tüm hastalara, stabil durum sağlanana tıbbi hizmetler sunulur (1).

Acil tıbbın asıl gayesi; hastanelerin acil sağlık hizmetlerinde, acil servise başvuran hastalara tüm sistemlerin acil travmalarını tanıyarak hayatı tehdit edebilecek durumlarda acil girişimde bulunmak ve resüsitatif müdahaleler yapmak, temel ve ileri yaşam desteğini sağlamak ve lüzum halinde diğer tıbbi uzmanlık bölümleri ile bakımlarını koordine etmektir. Bu amaç doğrultusunda, acil tıp profesyonellerini bu yetkinliklere sahip olacak şekilde yetiştirmeyi hedeflemektedir (15).

Acil servisler, kronik hastalıkların akut atağı durumlarında, ani hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmedik sağlık sorunları olduğunda hastaların korunması için tıbbi bakımının sağlandığı yerlerdir. Bu hizmetler, sağlık profesyonelleri tarafından tıbbi araç ve gereçlerle desteklenerek hastaların durumları değerlendirilir ve yaşamı tehdit eden durumların önlenmesi için tıbbi müdahaleler yapılır. Ayrıca, ileri tanı ve tedavi gerektiren durumlarda hastalar diğer sağlık birimlerine yönlendirilene kadar yataklı sağlık hizmeti sunabilen birimlerdir (16) .

Acil servisler hastanelerin önemli bir parçasını oluşturur. Acil servislere başvuran hastaların deneyimleri, bu birimlerin halk nezdindeki değeri üzerinde

önemli bir etkiye sahiptir. Acil servislerin öncelikli görevi, acil servise ayaktan ya da vasıtalar aracılığıyla başvuran tüm hastaların acil ve kritik durumlarını değerlendirmek, hastaları stabil hale getirip ve gerekli yönlendirmeleri yapmaktır. Ayrıca acil servisler, afet gibi durumlarında bölgesel acil eylem planlarını yapıp ve yönetirler (17).

2.4 ICD TANIMI VE KULLANIM ALANLARI

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD), temel olarak istatistiksel bir sınıflamadır ve bu prensipten hareketle oluşturulmuştur. İstatistiksel sınıflamada, benzer hastalıklar ya da durumlar bir araya getirilerek ve önem durumuna göre sınıflandırılarak ilerlenir. Her bir hastalık için belirli bir kod kullanılır. Bu yapı sayesinde ICD, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve epidemiyolojik çalışmalar gibi alanlarda kullanımı kolaylaştırır. Hastaların takip, kayıt ve arşivlerin tutulması, erişimi sağlanması ve kaynak yönetimi gibi idari süreçlerin yanı sıra mevcut hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar yapılmasına ve uluslararası düzeyde sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapılmasına olanak tanır. Bu nedenle ICD, hastalıklara uluslararası alanda ortak bir dil kazandırma ve bilgi paylaşımını kolaylaştırma gibi önemli bir rol üstlenir. ICD ayrıca, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği birtakım uluslararası kurallar ve hatırlatmalar ile hastalığa ait tanının yazılması veya ölüm nedeninin tanımlanmasında kayıtların mümkün olduğunca doğru bir şekilde tutulması mevzuunda dolaylı bir şekilde katkıda bulunur. Bu kurallar ve hatırlatmalar, sağlık kayıtlarının standartlaştırılmasına ve tutarlılığının sağlanmasına yardımcı olur. Bu sayede sağlık verilerinin doğruluğu artar ve epidemiyolojik analizler ile sağlık politikalarının oluşturulması ve değerlendirilmesi için güvenilir bir temel oluşturulur. ICD-10, sadece tanıya yönelik alfanümerik (alfabetik-sayısal) bir kodlama sistemidir. 42 farklı dilde çoğaltılmıştır. Ölüm oranı (mortalite) kodları 138 ülkede, hastalığa yakalanma sıklığı (morbidite) kodları ise 99 farklı ülkede kullanılmaktadır (18).

ICD-10, alfanümerik bir kodlama sistemine sahip olup tanı listelerini, kullanım kılavuzunu ve alfabetik dizi olmak üzere üç ciltten oluşmaktadır. Her bir kod, bir harfle başlayıp ardından iki rakamla devam eden bir yapıdadır. ICD-10 sınıflandırması, dört düzeyden oluşur. ICD-10'un dört basamaklı düzeyindeki hastalık listesi, çok uzun olduğu için bazı istatistik tablolarında herhangi bir istatistik tablosunda verilmesi mümkün olmayabilir. Bu nedenle, rutin istatistiklerde özel durumları vurgulayan bir tabulasyon listesi kullanılır (18).



3.MATERYAL VE METOD

Bu çalışma 1 Haziran 2023 – 1 Temmuz 2023 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniğine ambulans ile başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan hastalar dahil edildi. Hastanemize erişkin aciline haziran ayı boyunca toplam başvuru sayısı 33056, ambulans ile başvuru sayısı 3111 olarak saptandı. Çalışmamıza 112 ambulans ile acil servise medikal şikayetler ile başvuran hastalar dahil edildi. Çalışmamıza dahil edilen hastaların acil hekimlerince değerlendirilip muayenesi sonrası konulan tanı “doğru” olarak kabul edildi. Bu tanıları daha sonra aynı hastaların 112 ekiplerince değerlendirmesi sonucu ASOS sistemine yükledikleri ön tanıları ile karşılaştırıldı. Eğer hastanın ASOS sistemine hastane öncesi ambulans ekiplerince yüklenen ICD tanı kodu hastane acil servisteki tanı kodu ile benzer ise bu “Doğru” olarak kabul edildi. ICD tanı kodları hem hastanelerde hem de ASOS sisteminde hasta bakımında görevli sağlık personeli tarafından eklenmektedir ve her iki sistemde de ortak ICD-10 tanı listeleri kullanılmaktadır. Bu karşılaştırma sonrası yaş, cinsiyet, başvuru saati ve başvuru şikâyeti gibi faktörlerin tanı doğruluğu üzerine etkisi araştırıldı.

3.1 DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

Başvuran hastaların çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardı;

- a. 18 yaş üstü hastalar
- b. Acil servise ambulans ile başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmanın dışlama kriterleri kapsamında şunlardı;

- a. 18 yaş altı hastalar
- b. Başka bir hastaneden sevk ile gelen hastalar
- c. Bilgilerine ulaşılamayan hastalar
- d. Travma sonrası ambulans ile acil servise başvuran hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.2 ÇALIŞMANIN AKIŞ ŞEMASI

Çalışmamız retrospektif kesitsel bir çalışmadır. Çalışma evreni 3111 kişidir. Bu 3111 hastadan dışlanma kriterlerinde belirtmediğimiz ancak acil servisteki yoğunluk, hekimlerin ICD tanı kodlarına yetersiz hakimiyeti ve özen gösterilmemesi gibi nedenlerle hasta bilgi sistemine tanı olarak belirtildiğini düşündüğümüz; akut ağrı ve ağrı tanımlanmamış ICD kodlu hastalar (n=401), kırgınlık ve yorgunluk ICD kodlu hastalar (n=36), genel muayeneler ICD kodlu hastalar (n=53) ve) ve bilgi eksikliği olan hastalar (n=101) ile hastaneler arası nakil ile gelen (n=475) hasta grubu çalışmamızdan çıkarılmıştır. Çalışmamızda acil servise medikal şikâyet sonucu ambulans ile başvuran hastalar dahil edilmiştir. Travma hastalarının ICD tanı kodları mevcut bulgu ve şikâyetlerinden ziyade travma mekanizmasına göre atıldığı için, 18 yaş altı hastalar hastanemiz erişkin acile sadece travma sebebiyle kabul edildiği için bu şikâyetlerle gelen hastalar (n=928) çalışmamıza dahil edilmemiştir. Başka hastaneden gelen hastaların ilk değerlendirildikleri acil serviste tanısı konularak sevk işlemi başlatıldığı için çalışmamıza dahil edilmemiştir. Toplamda ise dahil edilme kriterlerine uyan 1117 hasta çalışmaya alınmıştır.

3.3 VERİ TOPLANMASI

Çalışma öncesinde Ankara Şehir Hastanesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulundan onay alındı. Çalışmamız 1 Haziran 2023 – 1 Temmuz 2023 tarihleri arasından acil servise ambulans ile başvuran 18 yaş üstü hastalar şeklinde planlandı. Eş zamanlı olarak Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Acil Sağlık Hizmetleri başkanlığı il ambulans servisi başhekimliğine başvuru yapılarak ve onay alındıktan sonra çalışmaya dahil edilecek olan hastaların kayıtları incelendi.

Çalışma formumuzda hastaların isim, başvuru tarih, gün ve saati, cinsiyeti, yaşı, başvuru şikâyeti, 112 tanısı ve acil servis tanısı değerlendirmeye alındı.

Çalışmamızda acil servise 112 ambulans ile başvuran hastaların acil servis hekimlerince konulan esas tanıları ve 112 ambulans ekiplerince konulan ön tanıları incelendi. Acil servis hekimlerince hastaların yapılan muayeneleri sonrası hasta bilgi sistemine yüklenen tanıları esas tanı olarak alınarak, 112 ambulans ekiplerince konulan ön tanıları ile karşılaştırıldı. Başvuran hasta sayısının fazla olması ve tanı çeşitliliğinin fazla olması nedeniyle sistem ve patolojilere göre sistematik olarak 9 grupta sınıflandırılmıştır. Bunlar;

1. Gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanıları
2. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ile ilgili tanıları
3. Nörolojik sistem hastalıkları ile ilgili tanıları
4. Solunum sistemi hastalıkları ile ilgili tanıları
5. Enfeksiyon hastalıkları ile ilgili tanıları
6. Psikiyatrik hastalıklar ile ilgili tanıları
7. Endokrin sistem ile ilgili tanıları
8. Alerjik hastalıklar ile ilgili tanıları
9. Kas iskelet sistemi ile ilgili tanıları olarak gruplandırıldı.

Gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanıları başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları içermektedir; Akut karın, bulantı-kusma, akut gastroenterit, pankreatit, gastrointestinal sistem kanamaları, ileus vs.

Kardiyovasküler sistem hastalıkları ile ilgili tanıları başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları içermektedir; Aort diseksiyonu, kardiyak aritmiler, bradikardi, taşikardi, çarpıntı, göğüs ağrısı, hipertansiyon, kardiyak arrest , miyokard enfarktüsü vs.

Nörolojik sistem hastalıkları ile ilgili tanıları başlığı en sık ve başlıca şu tanıları içermektedir; Baş ağrısı, serebrovasküler olaylar, nöbet, epilepsi vs.

Solunum sistemine ait hastalıkları ile ilgili tanılar başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları kapsamaktadır; Dispne, hemoptizi, pulmoner emboli, pnömoni, akut solunum yetmezliği vs.

Enfeksiyon sistem ile ilgili tanılar başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları kapsamaktadır; Sepsis, üriner sistem enfeksiyonu, sistit, selülit, apse vs.

Kas iskelet sistemi ile ilgili tanılar başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları kapsamaktadır; Extremitte ait ağrıları bel ağrısı, yumuşak doku bozuklukları, eklem ağrısı vs.

Endokrin sistem ile ilgili tanılar başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları kapsamaktadır; Diyabetik ketoasidoz, hiperosmolar hiperglisemik durum, hiperglisemi, hipoglisemi vs,...

Alerji başlığı en fazla ve başlıca şu tanıları kapsamaktadır; Ürtiker, anafilaksi, zehirli ya da zehirsiz böcek sokması, akrep sokması vs.

Psikiyatrik hastalıklar ile ilgili tanılar başlığı en fazla ve öncelikle şu tanıları kapsamaktadır; Bipolar bozukluk, şizofreni, anksiyete bozukluğu, konversiyon, panik atak vs.

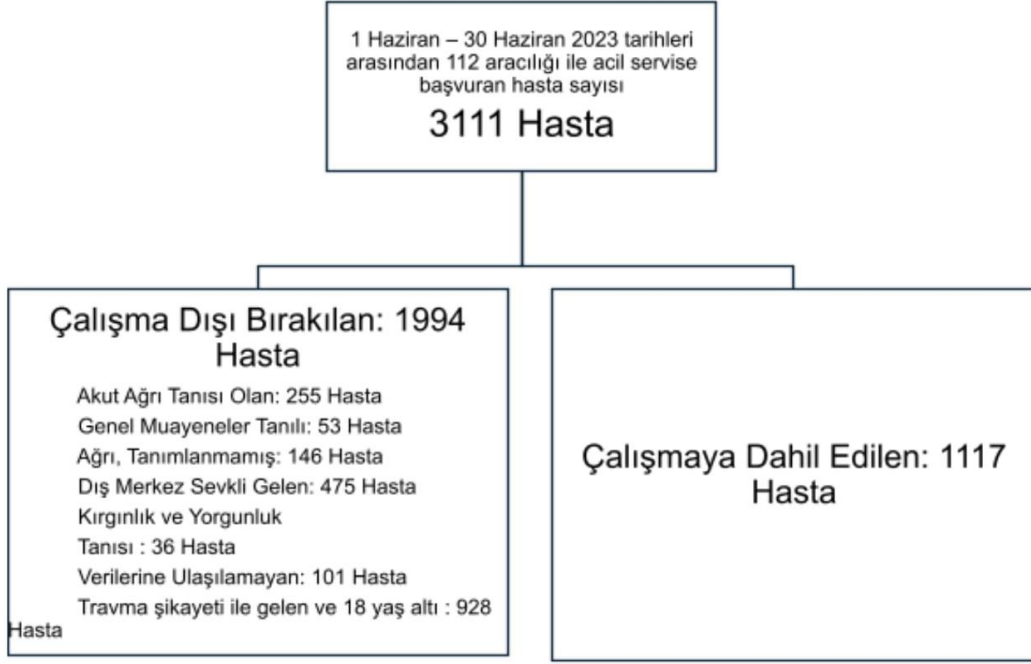
3.4 VERİ ANALİZİ

Çalışma verilerin analizi IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) ve MedCalc 20.218 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium) istatistik paket programları kullanılarak gerçekleştirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, min-max) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare (χ^2) testi uygulandı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi, basıklık-çarpıklık (skewness- kurtosis) ve çeşitli grafiksel yöntemler (histogram, Q-Q Plot, Stem and Leaf, Boxplot) ile değerlendirildi. Çalışmada, normal dağılım gösteren niceliksel verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Independent Samples t testi (bağımsız gruplarda t testi) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlendi.

Power Analizi (Başvuru Saatine göre hesaplanmıştır):

Power analizi G*Power 3.1.9.7 (Franz Faul, Universitat Kiel, Germany) istatistik paket programı ile yapılmış olup; $P_1=17,5$, $P_2=43,2$, $P_3=39,3$, Effect Size (w) = 0,3, $\alpha=0,05$ olmak üzere; power = %100 olarak bulunmuştur.

4.BULGULAR



Şekil 1 : Çalışmanın Akış Şeması

Çalışma dönemi içinde acil servisimize ambulans ile başvuran, dahil edilme kriterlerine uygun olan 1117 hasta çalışmamıza dahil edildi. Bu hastaların %51,5 ‘u (n=575) erkek ve %48,5 ‘i (n=542) kadın cinsiyetinde tespit edildi. Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 64,2±19,5 yıl idi.

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Özellikleri

		n	%
		Ort. ± SS	Medyan (Min-Max)
Cinsiyet ^a	Kadın	542	48,5
	Erkek	575	51,5
Yaş (yıl) ^b		64,2 ± 19,5	68,0 (18,0 – 102,0)
Başvuru Saati ^a	00:00 - 07:59	174	15,6
	08:00 - 15:59	493	44,1
	16:00 - 23:59	450	40,3
Tanı ^a	Yanlış	399	35,7
	Doğru	718	64,3
İlgili Sistem ^a	Gastrointestinal Sistem	244	21,8
	Kardiyovasküler Sistem	165	14,8
	Nörolojik Sistem	235	21,0
	Solunum Sistemi	242	21,7
	Enfeksiyon Hastalıkları	92	8,2
	Psikiyatrik Hastalık	50	4,5
	Endokrin Sistem	20	1,8
	Allerjik Hastalık	8	0,7
	Kas İskelet Sistemi	61	5,5

a: n / %, b: Ort. ± SS / Medyan (Min-Max),

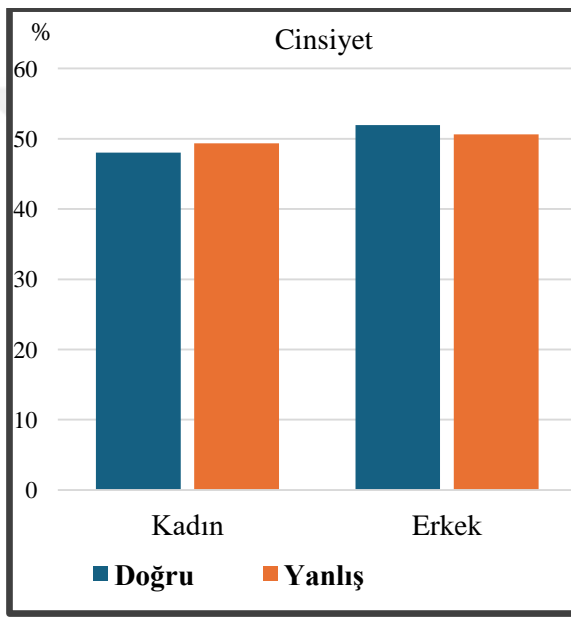
Tablo 2: Hasta Yaş ve Cinsiyetine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması

		Tanı		P
		Yanlış (n=399)	Doğru (n=718)	
Cinsiyet	Kadın	197 (%49,4)	345 (%48,1)	0,672 ^a
	Erkek	202 (%50,6)	373 (%51,9)	
Yaş (yıl)		65,7 ± 19,1	63,4 ± 19,6	0,059 ^b

a: Chi-Square Test (n/%), b: Independent Samples t Test (Mean ± SD),

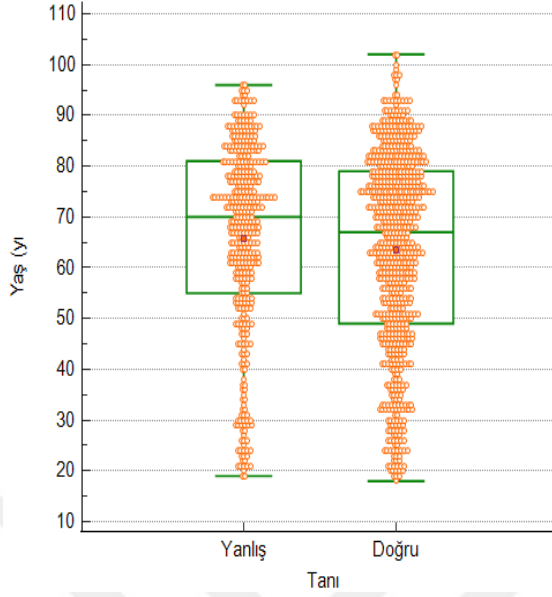
Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; cinsiyet ve yaş değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Şekil 2 : Hasta Cinsiyetine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması



Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda cinsiyet değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Şekil 3 : Hastaların Yaşına Göre Tanı Durumuna Göre Karşılaştırılması



Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda yaş değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

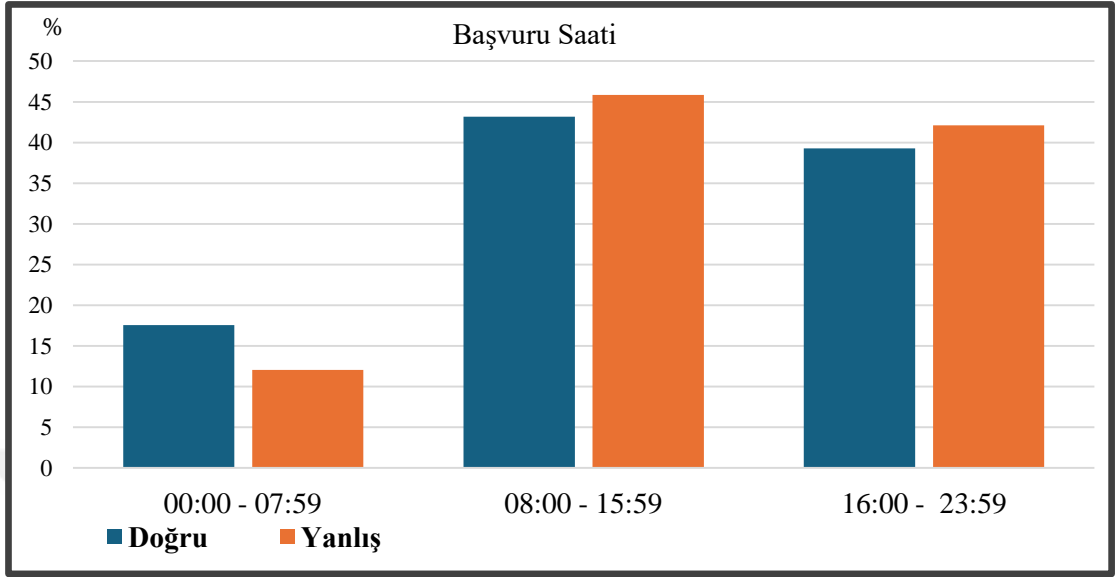
Tablo 3: Başvuru Saatine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması

Başvuru Saati	Tanı		P*
	Yanlış (n=399)	Doğru (n=718)	
00:00 - 07:59	48 (%12,0)	126 (%17,5)	
08:00 - 15:59	183 (%45,9)	310 (%43,2)	0,046
16:00 - 23:59	168 (%42,1)	282 (%39,3)	

*:Chi-Square Test (n/%),

Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; başvuru saati değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını bulmak için Bonferroni düzeltmesi uygulanmış; 00:00-07:59 saat aralığındaki doğru tanı oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Şekil 4 : Başvuru Saatine Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması



Tablo 4: İlgili Sisteme Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması

İlgili Sistem	Tanı		P*
	Yanlış (n=399)	Doğru (n=718)	
Gastrointestinal Sistem	116 (%29,1)	128 (%17,8)	
Solunum Sistemi	61 (%15,3)	181 (%25,2)	
Nörolojik Sistem	88 (%22,1)	147 (%20,5)	
Kardiyovasküler Sistem	28 (%7,0)	137 (%19,1)	
Enfeksiyon Hastalıkları	43 (%10,8)	49 (%6,8)	<0,001
Kas İskelet Sistemi	32 (%8,0)	29 (%4,0)	
Psikiyatrik Hastalık	15 (%3,8)	35 (%4,9)	
Endokrin Sistem	13 (%3,3)	7 (%1,0)	
Allerjik Hastalık	3 (%0,8)	5 (%0,7)	

*:Chi-Square Test (n/%),

Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; ilgili sistem değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Farklılığın kaynağını bulmak için Bonferroni düzeltmesi uygulanmış;

- Gastrointestinal Sistem ile ilgili tanılarda yanlış tanı oranının daha yüksek olduğu,
- Solunum Sistemi ile ilgili tanılarda doğru tanı oranının daha yüksek olduğu,
- Kardiyovasküler Sistem ile ilgili tanılarda doğru tanı oranının daha yüksek olduğu,
- Enfeksiyon Hastalıkları ile ilgili tanılarda yanlış tanı oranının daha yüksek olduğu,
- Kas İskelet Sistemi ile ilgili tanılarda yanlış tanı oranlarının daha yüksek olduğu,
- Endokrin Sistem ile ilgili tanılarda yanlış tanı oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Nörolojik Sistem, Psikiyatrik hastalık ve Allerjik hastalıklar ile ilgili tanılarda tanı durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

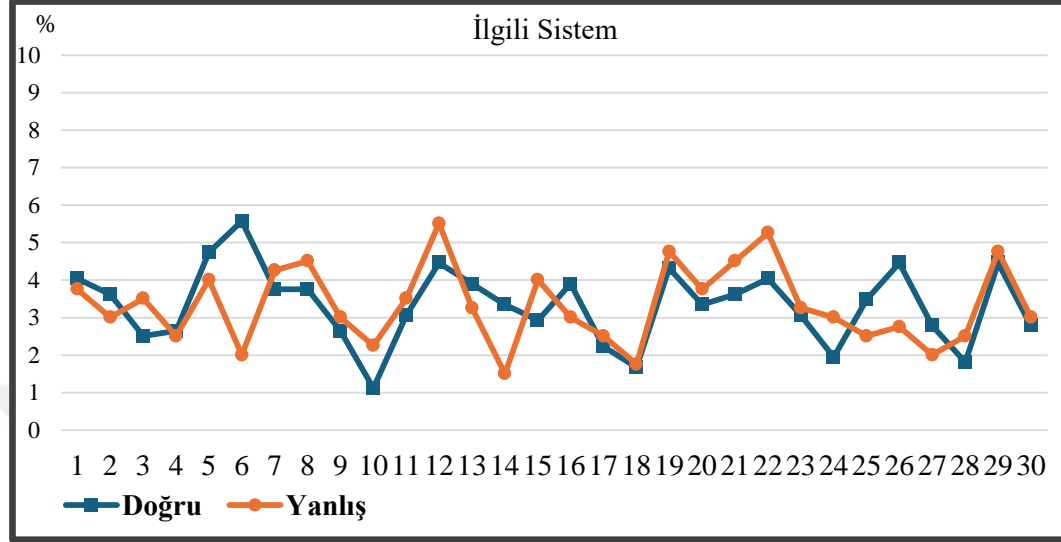
Tablo 5: Ayın Gününe Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması

Ayın Günü	Tanı		P*
	Yanlış (n=399)	Doğru (n=718)	
1	15 (%3,8)	29 (%4,0)	0,692
2	12 (%3,0)	26 (%3,6)	
3	14 (%3,5)	18 (%2,5)	
4	10 (%2,5)	19 (%2,6)	
5	16 (%4,0)	34 (%4,7)	
6	8 (%2,0)	40 (%5,6)	
7	17 (%4,3)	27 (%3,8)	
8	18 (%4,5)	27 (%3,8)	
9	12 (%3,0)	19 (%2,6)	
10	9 (%2,3)	8 (%1,1)	
11	14 (%3,5)	22 (%3,1)	
12	22 (%5,5)	32 (%4,5)	
13	13 (%3,3)	28 (%3,9)	
14	6 (%1,5)	24 (%3,3)	
15	16 (%4,0)	21 (%2,9)	
16	12 (%3,0)	28 (%3,9)	
17	10 (%2,5)	16 (%2,2)	
18	7 (%1,8)	12 (%1,7)	
19	19 (%4,8)	31 (%4,3)	
20	15 (%3,8)	24 (%3,3)	
21	18 (%4,5)	26 (%3,6)	
22	21 (%5,3)	29 (%4,0)	
23	13 (%3,3)	22 (%3,1)	
24	12 (%3,0)	14 (%1,9)	
25	10 (%2,5)	25 (%3,5)	
26	11 (%2,8)	32 (%4,5)	
27	8 (%2,0)	20 (%2,8)	
28	10 (%2,5)	13 (%1,8)	
29	19 (%4,8)	32 (%4,5)	
30	12 (%3,0)	20 (%2,8)	

*:Chi-Square Test (n/%),

Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; ayın günü değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Şekil 5: Başvuru Gününe Göre Tanı Durumunun Karşılaştırılması



Tablo 6 : Araştırmaya Katılanların Özellikleri

		n	%
		Ort. ± SS	Medyan (Min-Max)
Yaş Grubu ^a	<65 Yaş	497	44,5
	≥65 Yaş	620	55,5
Gün ^a	Pazartesi	197	17,6
	Salı	156	14,0
	Çarşamba	141	12,6
	Perşembe	227	20,3
	Cuma	176	15,8
	Cumartesi	101	9,0
	Pazar	119	10,7

a: n / %, b: Ort. ± SS / Medyan (Min-Max),

Tanı durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; ayın günü değerleri ve yaş değerleri yönünden tanı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Acil hastanın tıbbi bakımının hastane öncesinde başladığı göz önüne alındığında, Acil Sağlık Hizmetlerinin ve Acil Servislerin hastalara tanı koyma doğruluğunu ve müdahalelerinin uygunluğunu saptamak, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için gereklidir.

Çalışmaya alınan hastalarımızın %51,5' i erkek ve % 48,5' i kadındı. Kapçı ve ark.'nın 2013 yılında Acil Tıp Kliniğine nakledilen 112 Olgunun Demografik Verilerini incelediği çalışmasında acil servise ambulans ile başvuran 3413 hastanın % 55,2'si erkek, % 44,8'i kadın (19) cinsiyete sahip olduğu görülmüştür. Çevik ve ark.'nın 2013 yılında yaptıkları Acil Servis Başvurularının Tanı Kodları, Triyaj Ve Sosyodemografik Açından Değerlendirildiği çalışmasında ise dahil edilen hastaların % 49,1'i erkek ve % 50,9'u kadın cinsiyette bulunmuştur (20). Kurtoğlu ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları "112 İle Acil Servise Getirilen Vakaların Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında ise dahil edilen 9658 hastanın %55,3'ü erkek, %44,7'si kadın (21) olarak saptanmıştır. Literatürdeki bu çalışmalara baktığımızda yaptığımız bu çalışmadaki elde edilen sonuçlar daha önce yapılan birçok çalışmayla benzer şekilde bulunmuş olup erkek başvuru oranının daha fazla olduğunu göstermektedir.

Acil servise 112 ambulans ekiplerince getirilen hastaların yaş gruplarının incelenmesine bakacak olursak; çalışma grubumuzun yaş ortalaması $64,2 \pm 19,5$ yıl olarak bulunmuştur. Başvuran hastaların %55,5'i 65 yaş üstüdür. Yorulmaz ve ark.'nın yaptığı "Acil Servise Ambulans ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi" isimli çalışmada dahil edilen 186 hastada yaş ortalaması $54,71 \pm 24,34$ yıl olarak bulunmuştur (22). Kılıçaslan ve ark.'nın 2002 yılında "Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmada ise hastaların yaş ortalaması $40,76 \pm 19,25$ yıl olarak saptanmıştır (23). Yaylacı ve ark.'nın "Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Aciliyetinin Retrospektif Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında ise 114 hastanın yaş ortalamasının $48,18 \pm 24,58$ yıl olduğu görülmüştür (3). Çalışmamız genel olarak literatür ile uyumludur. Bu örneklerden sonra literatürdeki diğer çalışmalar incelendiğinde ileri

yaşlarda ambulans kullanma oranının arttığı görülmektedir (24). Schnittker'in "Yaşamın İlerleyen Dönemlerinde Kronik Hastalık Ve Depresif Belirtiler" adlı çalışmasında hastaların ambulans kullanımını gerektiren koroner arter hastalıkları, KOAH ve nörolojik hastalıklar gibi acil durumların hastaların yaşı ilerledikçe arttığı görülmektedir (25). Nur ve ark.'nın "Yaşlılar Tarafından Kullanılan 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında acil ambulans hizmeti başvuruların %22,2'sinin 65 yaş ve üzerindeki hastalar için olduğunu ortaya koymuşlardır (26). Özellikle kış aylarında, yaşlı bireylerin ve kronik hastalığı olan kişilerin hastalıklarının akut alevlenmelerine bağlı olarak daha çok başvurduğu düşünülmektedir (27). Çelik ve ark.'nın yaptığı "Acil Servise Başvuran Geriatrik Hasta Profiline Belirlenmesi" başlıklı çalışmada 65 yaş üstü başvuran hastaların %97,6'sının kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (28). Literatürdeki yapılan çalışmalar gösteriyor ki yaşın ilerlemesinin etkisiyle fazlalaşan kronik hastalıklar sebebiyle hastaların 112 ambulans ihtiyacında artış görülmektedir. Bundan dolayı 112 acil sağlık hizmetleri planlanırken günden güne artış gösteren yaşlı nüfusun etkisi hesaba katılmalıdır.

Kılıçaslan ve ark.'nın 2002 yılında "Türkiye'de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri" başlıklı çalışmada dahil edilen hastaların en sık Pazartesi günü (%15.68), en az Çarşamba günü (%13.53) başvurduğu görülmüştür (23). Fakat Önge ve ark.'nın 2009 yılında yaptığı "112 ile Acil Tıp Servisine Getirilen Erişkin Hastaların Analizi" isimli çalışmasında hastaların en fazla başvurusunun Cuma ve Cumartesi günleri olduğu bulunmuştur (29). Kapçı ve ark. acil tıp kliniğine nakledilen 112 Olgunun demografik verilerinin incelendiği çalışmasında ise en fazla başvurusunun cuma günü (%15,4), en az başvurusunun ise Pazar günü (%13,5) olduğu tespit edilmiştir (19). Kocaoğlu ve ark.'nın 2019 yılında acil servise olan ambulans başvurularının değerlendirildiği çalışmasında en sık ambulans başvurusunun çarşamba günü (%16,1) olduğu bulunmuştur (30). Bizim çalışmamızda bir aylık süre içinde en fazla başvurusunun Perşembe günü (%20,3), en az başvurusunun ise Cumartesi günü (%9) olduğu bulunmuştur. Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında çalışmalar arası başvuru günü değişkenlik göstermektedir. Bunun sebebi olarak çalışmaların yapıldığı zamanların, çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklı olması, bu bölgelerde yaşayan insanların farklı yaş dağılımında

olduğu düşünülebilir. Ayrıca bizim çalışmamız yaz döneminde yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı mevsim dönemi de 112 kullanım sıklığını ve oranını etkileyebilecek diğer faktörlerdendir. Çalışmamızda ayrıca özellikle hafta sonları acil servise ambulans ile başvuru sıklığının daha az olduğunu görmekteyiz (Cumartesi %9 ve Pazar %10,7). İnsanların hafta içi çalışmaları ve hafta sonlarını sosyal aktiviteleri ile geçirmeleri nedeniyle bunun başvuru sıklığının değişmesine sebep olabileceği düşünülmektedir.

Literatüre baktığımızda ambulans ile başvuru sıklığı günlere göre değiştiği gibi saatlere göre de değişiklik göstermektedir (31). Daha önce yapılan çalışmalarda ambulans ile başvuru saatleri farklı saat aralıklarında incelenmiştir. Dündar ve ark.'nın 2006 yılında yaptıkları “Samsun ilinde yaşlıların acil servis kullanımı” isimli çalışmasında hastaların ambulansı en fazla 16:00-00:00 saatleri arasında en az ise 00:00-08:00 saat aralığında kullandıkları belirlenmiştir (32). Atilla ve ark.'nın “Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları” adlı çalışmasında ambulans ile başvurunun en sık 12:00-16:00/20:00-00:00 saatleri ve en az ise 00:00-08:00 saatleri arasında olduğu görülmüştür (31). Kurtoğlu Çelik ve ark.'nın 112 ile acil servise getirilen vakaların değerlendirilmesinin incelendiği çalışmada ambulans başvurusunun en fazla 12:00-18:00 saatleri ve en az 00:00-06:00 arasında olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamıza göre de acil servise ambulans ile başvuran hastaların en sık 08:00-16:00 saatleri arasında (%44,1), en az ise 00:00-08:00 arasında (%15,6) olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki birçok çalışma ambulans ile acil servis başvurularının en az gece saatlerinde olduğu konusunda hemfikir olup, çalışmamızda da bulgular literatür ile uyumludur.

Tüm çalışmalar değerlendirildiğinde, 112 ambulans başvurularının akşam saatlerinde daha fazla olduğu ve gece yarısından sonra azaldığı söylenebilir. Akşam saatlerinde 112 ambulans başvurularının artmasının birden fazla nedeni olabilir. Bu nedenler arasında iş çıkışlarında insanların daha yorgun ve stresli olmalarının daha çok kaza yaşanmasına yol açması, polikliniklerde randevu almak veya sıralarını beklemek istememeleri, gündüz saatlerinde iş yerlerinden izin almanın zorluğu gibi faktörler bulunabilir. Ayrıca, ambulansla hastaneye geldiğinde daha acil olarak değerlendirileceklerini düşünmeleri ve ambulansın ücretsiz bir ulaşım aracı olarak görülmesi de etkili olabilir. Gece yarısı ise hastaların ambulans kullanımının

azalmasının nedenleri arasında kişilerin kendilerini daha rahat hissettiği uyku durumu ve kaza/yaralanma olaylarının daha az olması düşünülebilir.

Çalışmamızdan çıkarılan önemli bir sonuç olarak saat 00:00-08:00 arasında acil servis tanıları ile 112 ön tanıları arasında doğru tanı oranı artmaktadır. Literatüre ve bizim çalışmamıza baktığımızda genel olarak bu saatlerde daha az hastanın ambulans ile acil servise geldiği görülmektedir. Hasta yoğunluğunun azalması ayrıca 112 ekiplerinin hastalara daha fazla zaman ayırabilmesi ve ilgilenebilmesinin tanı doğruluk oranlarını arttırdığı düşünülebilir. Tanı doğruluğunu artıran bir başka etkeninde gece saatlerinde gerçek acil hastaların ambulans ile başvurması olduğu düşünülmektedir. İnsanların dinlendiği ve daha çok uyuduğu düşünülen bu saatler de acil servise başvuran hastaların şikayetlerinin daha şiddetli ve daha ciddi olduğu söylenebilir.

Dündar ve ark.'nın 2006 yılında yaptığı Samsun ilinde yaşlıların acil servis kullanımının araştırıldığı çalışmada acil servise medikal şikayet ile başvuran hastaların en sık sebebinin kardiyovasküler hastalıklar (%40,5), 2. Sırada nörolojik sistem hastalıkları (%17), 3. Sırada ise solunum sistemi hastalıkları (%10,5) olduğu bulunmuştur (32). Kıdak ve ark.'nın 2009 yılında yaptığı İzmir İlinde 112 acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesinin incelendiği bir diğer çalışmada acil servise medikal şikayet sonucu ambulans ile başvuran hastaların tanılarının en sık sebebinin kardiyovasküler sisteme ait olduğu (%20), ikinci en sık sebebin solunum sistemine ait olduğu (%16) bulunmuştur (33). Kurtoğlu Çelik ve ark.'nın 112 ile acil servise getirilen vakaların değerlendirilmesinin incelendiği çalışmada hastaların kardiyak ve pulmoner semptomlar (%27,5), nörolojik semptomlar (%13,2) ve gastrointestinal (%9,35) semptomlar ile başvurduğu bulunmuştur (21). Oktay ve ark.'nın Tekirdağ İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirildiği çalışmada acil servis başvuru sebepleri kardiyovasküler sistem hastalıkları (%18,5), nörolojik sistem hastalıkları (%14,2) ve psikiyatrik hastalıklar (%10,5) olarak izlenmiştir (34) . Çalışmamıza bakacak olursak hastaların en sık başvuru sebebinin gastrointestinal sistem ile ilgili tanılar (%21,8), ikinci en sık başvuru sebebinin solunum sistemi ile ilgili tanılar (%21,7) ve üçüncü sık başvuru sebebinin ise nörolojik sistem ile ilgili tanılar (%21) olduğu saptanmıştır. En az

başvuru şikayetleri olan sistem hastalıkları ise alerjik hastalıklar ile ilgili tanılar (%0,7) ve endokrin sistem ile ilgili tanılar (%1,8) olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda gastrointestinal sistem hastalıkları ile ilgili tanıların daha yüksek olmasında (%21,8), hastanemizde kolonoskopi, endoskopi ve endoskopik retrogradkolanjiyopankreatografi (ERCP) işlemlerin yapabiliyor olması, bu işlemleri yapacak ilgili uzman kadrosunun yeterli ve çevre hastanelere göre daha fazla olması ayrıca bu sağlık hizmetinin 24 saat boyunca erişilebilir olması gibi faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda nörolojik sistem hastalıkları tanılarının yüksek olması (%21) hastanemizde iskemik inmeye yönelik tedavilerde intravenöz trombolitik ve mekanik trombektomi gibi özellikli işlemlerin yapılabilen olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamız retrospektif ve tek merkezli olarak bir ay süre ile yapıldı. Acil servise başka bir hastaneden sevkli gelen hastalar, 18 yaş altı hastalar, verilerine ulaşılamayan hastalar ve travma hastaları dahil edilmedi. Acil servis hekimlerince hasta bilgi sistemine girilen ICD kodlarının eksik, özensiz ve yetersiz atılması (akut ağrı, genel muayeneler vs.) sebebiyle bazı hastalar çalışma dışında bırakıldı. Çalışmamız sadece 1 ay gibi kısa bir süreyi kapsamaktadır, bu nedenle acil servisimize ambulans servis ile başvuran hastaların tamamı hakkında fikir vermeyebilir.

7. SONUÇ

Çalışmamızda Ankara Bilkent Şehir Hastanesine ambulans ile başvuran hastaların acil servis esas tanılarıyla 112 tanıları arasındaki doğruluk oranını ve bu tanı doğruluk oranlarını etkileyebilecek yaş cinsiyet zaman gibi değişkenleri incelemeyi amaçladık. Çalışmaya aldığımız 1183 hastanın 718'inin (%64,3) acil serviste konulan tanısına göre karşılaştırıldığında, 112 ekiplerince ASOS'a girilen ön tanısının "doğru" olduğunu saptadık. Hastaların özellikle ambulans ile başvurunun azaldığı 00:00-08:00 saatleri arasında doğru tanı oranının istatistiksel olarak anlamlı olduğu çalışmamızdan çıkarılacak önemli bir sonuçtur.

8. KAYNAKLAR

1. acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi-11052000-tarihli-24046-sayili-resmi-gazetepdf.pdf [İnternet]. [a.yer 13 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/Eklenti/19158/0/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi-11052000-tarihli-24046-sayili-resmi-gazetepdf.pdf>
2. Sakr M, Wardrope J. Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution. J Accid Emerg Med. Eylül 2000;17(5):314-9.
3. Yaylacı S, Öztürk TC, Yılmaz SÇ. Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Aciliyetinin Retrospektif Değerlendirilmesi.
4. Pre-hospital emergency medicine - The Lancet [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2024]. Erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)00985-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)00985-X/abstract)
5. McManamny TE, Dwyer R, Cantwell K, Boyd L, Sheen J, Smith K, vd. Emergency ambulance demand by older adults from rural and regional Victoria, Australia. Australas J Ageing. Mart 2022;41(1):e74-81.
6. Ellis H. Dominique Jean Larrey: Napoleon's surgeon. Br J Hosp Med Lond Engl 2005. Haziran 2016;77(6):366.
7. Tarihçe – Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği [İnternet]. [a.yer 15 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.aahd.org.tr/tarihce/>
8. About ACEP [İnternet]. [a.yer 09 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://www.acep.org/who-we-are/about-us>
9. ACEP Home [İnternet]. [a.yer 09 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://www.acep.org/>
10. Dönmez - AMBULANSLAR VE ACİL SAĞLIK ARAÇLARI İLE AMBULANS H.pdf [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/yonetmelik/7.5.10834.pdf>
11. Brewer LA. Baron Dominique Jean Larrey (1766-1842). Father of modern military surgery, innovater, humanist. J Thorac Cardiovasc Surg. Aralık 1986;92(6):1096-8.

12. Curry GJ. The immediate care and transportation of the injured. Bull Am Coll Surg. 1959;44(1):32-34 passim.
13. Boyd DR. The conceptual development of EMS systems in the United States, Part I. Emerg Med Serv. 1982;11(1):19-23.
14. Haller JS. The beginnings of urban ambulance service in the United States and England. J Emerg Med. 1990;8(6):743-55.
15. Sağlık Bilimleri Üniversitesi - Hamidiye Tıp Fakültesi - Acil Tıp ABD [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://tip.sbu.edu.tr/Akademik/AcilTıpAnabilimDali>
16. YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2024]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39719&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
17. Karata - ACİL SERVİS MİMARİSİ.pdf [İnternet]. [a.yer 17 Mart 2024]. Erişim adresi: <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/8490/213084.pdf?sequen>
18. Kurtuldu A. Tıbbi Dökümantasyon ve ICD Sistemleri [İnternet]. 51-69s. İçinde. Erişim adresi: http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/tibbidokumantasyon_ao/tdvis.pdf
19. Kapci M, Turkdogan KA, Yiğit M, Akpınar O, Duman A, Çelik M, vd. Demographic data of 112 cases transported to the emergency medicine clinic. J Exp Clin Med [İnternet]. 20 Eylül 2014 [a.yer 07 Nisan 2024];31(2). Erişim adresi: <http://dergi.omu.edu.tr/omujecm/article/view/5000013027>
20. Çevik C, Tekir Ö. Emergency Service Admission Evaluation of Diagnosis Codes, Triage and Socio-Demographic. Balıkesir Health Sci J. 2014;3(2):102-7.
21. Çelik GK. 112 İLE ACİL SERVİSE GETİRİLEN VAKALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ. Türk Tıp Derg. 25 Aralık 2012;6(3):137-40.
22. Yorulmaz R, Öztürk TC, Akoğlu E, İşat G, Aygün K, Demir H, vd. Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi.

23. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Derg.* 2005;5(1):5-13.
24. Shah MN, Glushak C, Karrison TG, Mulliken R, Walter J, Friedmann PD, vd. Predictors of emergency medical services utilization by elders. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* Ocak 2003;10(1):52-8.
25. Schnittker J. Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Soc Sci Med* 1982. Ocak 2005;60(1):13-23.
26. Nur N, Çetinkaya S, Tirek N, Demir ÖF. Yaşlılar tarafından kullanılan 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Derg.* 2008;11(1):7-11.
27. Cantwell K, Dietze P, Morgans AE, Smith K. Ambulance demand: random events or predictable patterns? *Emerg Med J EMJ.* Kasım 2013;30(11):883-7.
28. Çelik P, Çelik Ş, Hastaoğlu F. Acil Servise Başvuran Geriatrik Hasta Profiline Belirlenmesi. *Geriatr Bilim Derg.* 31 Aralık 2022;5(3):72-80.
29. Onge T, Satar S, Kozaci N, Acikalın A, Koseoglu Z, Gulen M, vd. Analysis of Patients Admitted to the Emergency Medicine Department by the 112 Emergency Service. *J Acad Emerg Med.* 12 Eylül 2013;12(3):150-4.
30. Van Sağlık Bilimleri Dergisi » Submission » Acil Servis Ambulans Başvurularının Değerlendirilmesi [İnternet]. [a.yer 15 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/vansaglik/article/941179>
31. Atilla ÖD, Oray D, Akın Ş, Acar K, Bilge A. Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar ve Sevk Onamları. *Turk J Emerg Med.* 2010;10(4):175-80.
32. Dundar C, Sunter AT, Canbaz S, Cetinoglu E. Emergency service use by older people in Samsun, Turkey. *Adv Ther.* 2006;23(1):47-53.
33. Keskinoglu P, Kidak LB, Sofuoğlu T, Ölmezoğlu Z. İzmir İlinde 112 Acil Ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg.* 2009;19(3):113-9.
34. Kayışoğlu N, Oktay İ. Tekirdağ ili 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *STEDSürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2005;14(2):35-7.

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Kenan AYDIN

Doğum Tarihi ve Yeri :

Uyruğu : T.C.

Medeni Durumu :

Adres :

Telefon :

Mail :

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Erzurum Atatürk Üniversitesi

Varsa Mezuniyet Derecesi : -

Görev Yeri : Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2020-2024


Bayburt Merkez Toplum Sağlığı Merkezi 2014-2020

Dernek Üyelikleri : Türkiye Acil Tıp Derneği

Yabancı Dil(ler) : İngilizce

10. EKLER

Klinik araştırma karar formu

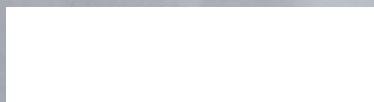


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : E.Kurul –E1-23-4168

4168-no’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği’nde yapılması planlanan “Ambulans İle Hastaneye Başvuran Hastaların 112 Ekibi ve Hastanedeki Tanıları Arasındaki Farklılıkların Değerlendirilmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.



Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat: Etik Kurul EKadıoğlu
Tel: 0 (312) 552 66 00

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ambulans İle Hastaneye Başvuran Hastaların 112 Ekibi ve Hastanedeki Tanıları Arasındaki Farklılıkların Değerlendirilmesi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-			
	ETİK KURULUN ADI	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara		
	TELEFON	0312 552 66 00		
	FAKS	0312 552 99 82		
	E-POSTA	ankarash.etikkurul@saglik.gov.tr		
BİLGİLİ BAŞVUKURULETİK ERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Fatih Ahmet Kahraman		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Acil Tıp		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz: Retrospektif Çalışma (Dr. Kenan Aydın'ın tezi)				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ambulans İle Hastaneye Başvuran Hastaların 112 Ekibi ve Hastanedeki Tanıları Arasındaki Farklılıkların Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	İLAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/4168/2023	Tarih: 18.10.2023				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ambulans İle Hastaneye Başvuran Hastaların İ12 Ekibi ve Hastanedeki Tanıları Arasındaki Farklılıkların Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Defne KALAYCI	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Servet KOCAÖZ	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVİOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Alp ŞENER	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nuran SÜNGÜ	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Hasta Takip Formu

Ambulans İle Hastayene Başvuran Hastaların 112 Ekibi ve Hastanedeki Tanıları Arasındaki Farklılıkların Değerlendirilmesi” Adlı Çalışma Hasta Formu

Tarih:				
Ad Soyad				
Yaş				
Cinsiyet	Kadın	Erkek		
112 Ekip Tanısı:			
Hastane Tanısı:			
Vaka Saati	00.00-08.00 08.00-16.00 16.00-00.00			