



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BİR KAMU HASTANESİNDE ACİL SERVİS YEŞİL ALAN
HASTALARININ BAŞVURU NEDENLERİNİN UYGUNLUĞU VE
HASTA ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

EDA GÜL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi BİLGİ GÜLSEVEN KARABACAK

2019-İSTANBUL

TEZ ONAY FORMU

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program türü : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Eda GÜL
Sınav Tarihi ve Saati : 07.01.2020 – 11.00
Tez Başlığı : Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK (MÜ SBF Hemşirelik Esasları AD)	
Üye	Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR (MÜ SBF Hemşirelik Esasları AD)	
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Fatma Hülya ÜSTÜNDAĞ (İstanbul Bilgi Üniversitesi)	

ONAY

Bu tez, yukarıda isimleri bulunan jüri üyeleri tarafından "Marmara Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 24.01.2020.....tarih ve 67.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

EDA GÜL

I. TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca görüş ve deneyimleriyle bana rehberlik eden, fikirleriyle beni yönlendiren danışmanım

Sayın Dr. Öğr. Üyesi BİLGİ GÜLSEVEN KARABACAK’a,

Tezin başlangıç ve ilerleme aşamasındaki değerli katkıları için

Sayın Prof. Dr. Şule Ecevit ALPAR’a,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim

Dalı’ndaki tüm öğretim üyeleri ve öğretim görevlilerine,

Veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Sultanbeyli Devlet Hastanesi

Acil Servis Ünitesinde çalışan tüm meslektaşlarıma,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hasta ve ailelerine,

Çalışmamım başlangıcından bitimine kadar, ihtiyacım olduğu her anda beni

destekleyen sevgili arkadaşlarıma ve kıymetli aileme,

Teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER	
I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR VE SİMGELER	VI
IV. TABLO LİSTESİ	VII
V. ŞEKİL LİSTESİ	IX

1. ÖZET	1
----------------	----------

2. SUMMARY	2
-------------------	----------

3. GİRİŞ VE AMAC	3
-------------------------	----------

4. GENEL BİLGİLER	6
--------------------------	----------

4.1. Acil Tıp ve Tanımı	6
-------------------------	---

4.2. Acil servis	6
------------------	---

4.3. Gerçek acil tanımı	7
-------------------------	---

4.4. Acil servis sisteminin tarihçesi	8
---------------------------------------	---

4.5. Dünyadaki acil tıp sistemleri	9
------------------------------------	---

4.6. Türkiye’deki acil tıp sistemleri ve acil servis hizmetleri	10
---	----

4.7. Acil servislerde triyaj	10
------------------------------	----

4.7.1. Acil serviste triyaj sistemleri	10
--	----

4.7.2. Triyaj çalışanları	15
---------------------------	----

4.7.2.1. Triyaj hemşiresinin nitelikleri	16
4.7.3. Triyajda kayıt	17
4.7.4. Hastanın değerlendirilmesi	17
4.7.4.1. Veri toplama	17
4.7.4.2. Tanılama	17
4.7.4.2.1. Hemşirelik tanıları	19
4.7.4.3. Planlama	19
4.7.4.4. Uygulama	20
4.7.4.5. Değerlendirme	20
4.8. Acil Servislerin kullanımı	20
4.8.1. Acil servislerin kullanımını etkileyen unsurlar	20
4.8.2. Acil servislerin uygunsuz kullanımı	22
4.8.3. Acil servislerin uygunsuz kullanım nedenleri	25
4.8.4. Acil servislerin uygunsuz kullanımın sonuçları	26
4.8.4.1. Kalabalıklaşma	27
5.GEREÇ VE YÖNTEM	29
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	29
5.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman	29
5.3. Araştırmanın evren ve örnekleme	29
5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri	30

5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri	30
5.4. Araştırma soruları	30
5.5. Araştırma değişkenleri	31
5.6. Veri toplama araçları	31
5.7. Veri toplama yöntemi ve süreci	31
5.8. Verilerin değerlendirilmesi	31
5.9. Araştırmanın sınırlılıkları	32
5.10. Araştırmanın etik yönü	32
<u>6.BULGULAR</u>	<u>33</u>
<u>7.TARTIŞMA VE SONUÇ</u>	<u>51</u>
<u>8.KAYNAKLAR</u>	<u>70</u>
<u>9.EKLER</u>	<u>82</u>
Ek-1. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ	82
Ek-2. Görüşme Formu	85
Ek-3. Gönüllü Bilgilendirme Formu	88

Ek-4. Gönüllü Onay Formu	89
Ek-5. Ebeveyn Bilgilendirme Formu	90
Ek-6. Ebeveyn Onay Formu	91
Ek-7. Etik Kurul İzin Formu	92
Ek-8. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı	93
Ek-9. Kurum Onayı	94
<u>10.ÖZGEÇMİŞ</u>	<u>95</u>

III. KISALTMALAR VE SİMGELER

ACEP	Amerikan Hekimleri Birliği
AŞİ	Acil Şiddet İndeksi
ATH	Acil Tıp Hizmeti
ATS	Avustralya Triyaj Sistemi
COBRA	Consolidated Omnibus Reconciliation Act
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
KOAH	Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı
KTS	Kanada Triyaj Sistemi
MTS	Manchester Triyaj Sistemi
NHAMCS	Ulusal Hastane Ayaktan Bakım Araştırması
NYU	New York University
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
THB	Türk Hemşireler Birliği

IV. TABLO LİSTESİ

- Tablo 1.** Üçlü Triyaj Sistemi Kırmızı Alan
- Tablo 2.** Üçlü Triyaj Sistemi Sarı Alan
- Tablo 3.** Üçlü Triyaj Sistemi Yeşil Alan
- Tablo 4.** Demografik Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 5.** Sosyal Belirteçlerin Dağılımı
- Tablo 6.** Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 7.** Aile İlişkilerindeki Sorun Yaşama Durumunun Dağılımı
- Tablo 8.** Başvuruya İlişkin Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 9.** Şikayete İlişkin Özelliklerin Dağılımı
- Tablo 10.** Mevcut Şikayet İçin Acil Dışı Başvuru Durumlarının Dağılımı
- Tablo 11.** Mevcut Şikayete Bağlı Kaygı Durumu Dağılımı
- Tablo 12.** Sağlık Kurumlarına Son Bir Yıldaki Başvuru Sayılarının Dağılımı
- Tablo 13.** Demografik Özelliklere Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması
- Tablo 14.** Sosyal Belirteçlere Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)
- Tablo 15.** Ek Hastalık Varlığına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)
- Tablo 16.** Aile İlişkilerinde Sorun Varlığına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)
- Tablo 17.** Başvuruya İlişkin Özelliklere Göre Başvuru Durumunun Karşılaştırılması (N=505)
- Tablo 18.** Şikayetin Özelliklerine Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)
- Tablo 19.** Mevcut Şikayet İçin Acil Dışı Başvuru Durumlarına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması
- Tablo 20.** Mevcut Şikayete Bağlı Kaygı Durumuna Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması

- Tablo 21.** Sağlık Kurumlarına Son Bir Yıldaki Başvuru Sayılarına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması
- Tablo 22.** Acil Servise Son Bir Yıldaki Başvuru Durumunun Değerlendirilmesi
- Tablo 23.** Hastaların Cinsiyetine Göre Başvuru Günü ve Başvuru Saatinin Karşılaştırılması



V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Acil Muayene Sayısı ve Oranı



1.ÖZET

Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi

Öğrencinin Adı: Eda GÜL

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Bilgi Gülseven KARABACAK

Amaç: Acil servisler, acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde yaşamsal role sahiptir. Acil servislerin uygunsuz kullanımı bu rolün yerine getirilmesini engelleyen dünya genelinde yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir. Bu çalışma, bir kamu hastanesi üçüncü basamak acil servisine başvuran hastaların özelliklerini ve başvuru nedenlerinin uygunluğunu saptamak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Prospektif kesitsel tipte tanımlayıcı olarak yapılan araştırmaya Ocak-Şubat 2019 tarihleri arasında acil servis yeşil alana kabul edilen 505 hasta dahil edildi. Verilerin toplanmasında “Görüşme Formu” kullanıldı. Verilerin değerlendirmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, normal dağılım testleri, Mann Whitney-U Testi, Kruskal Wallis Testi, Dunn Benferroni Testi, Spearman Korelasyon ve Ki-Kare Analizi kullanıldı.

Bulgular: Acil servise başvuru uygunluk durumunun ölçütü olarak şikayet başlangıç süresinin ilk 24 saat dilimi içerisinde olması kabul edildi. Buna göre acile başvuran hastaların %52’sinin başvurularının uygun olmadığı görüldü. Orta ve ileri yaşlı, gelir durumu düşük, ek hastalığa sahip bireylerin acil servisi uygunsuz kullanma oranlarının daha yüksek olduğu saptandı. Acil servisi uygunsuz kullanan hastaların aciliyet algısının ve kaygı düzeyinin yüksek olduğu; daha hızlı ve kaliteli bakım aldıklarını düşündükleri için birinci basamak sağlık kuruluşları yerine acil servisleri tercih ettikleri belirlendi.

Sonuçlar: Acil servis yeşil alana başvuran hastaların yarıdan fazlasının tıbbi durumunun aciliyet kategorisine uygun olmadığı; acil servisteki uygunsuz kullanıma bağlı yoğunluğu azaltabilmek için ileri yaşta olan ve kronik hastalık sahibi hastaların sürekli bakım alabilecekleri, kolayca ulaşabilecekleri birimlere ihtiyaç olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Acil Servis, Uygunsuz Kullanım, Yeşil Alan, Hasta Özellikleri

2. ABSTRACT

Investigation of Patient Characteristics and Suitability of Causes of Admissions to Green Area of Emergency Department of a State Hospital

Student Name: Eda GÜL

Supervisor: Bilgi Gülseven KARABACAK, Ph.D., Assistant professor

Objective: Emergency departments have a vital role for carrying out urgent health services. Improper use of emergency departments is a common problem worldwide which hinders to carry out this role. The present study was conducted with the aim of investigating the characteristics of the patients who were admitted to the emergency department of a tertiary state hospital and the suitability of causes of admission.

Material and Methods: A total of 505 patients who were admitted to green area of emergency department between 01 January and 28 February 2019 were included in this prospective cross-sectional descriptive study. An interview form was used for data collection. Number, percent, mean, standard deviation, normality distribution tests, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Dunn Benferroni test, Spearman correlation test and chi-square test were used for assessment of data.

Results: Suitability criterion was accepted as the admissions within the first 24 hours of complaint onset. According to this, 52% of the admissions to the emergency department were seen not to be suitable. Improper use of emergency services was more common among the middle-advanced age patients, the patients with poor level income and co-morbidities. It was detected that perception of urgency and level of anxiety were higher among the patients who used emergency department improperly, they preferred emergency departments instead of primary care services as they considered that they could receive a faster and qualified care in emergency departments.

Conclusions: It was concluded that medical conditions of more than half of the patients who were admitted to green area of emergency department did not meet urgency criteria; the patients who are at advanced age and who have chronic conditions need units from which they can receive a substantial care and which they can reach easily in order to reduce improper use of emergency departments.

Key words: Emergency Department, Improper Use, Green Area, Patient Characteristics

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servisler ani gelişen bir sağlık sorunu durumunda; değerlendirme, tanılama, stabilizasyon ve tedavi uygulamalarının gerçekleştirildiği 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti veren birimlerdir. Bu birimler; kurtarma, hayatta kalmayı sürdürme ve gerekli durumlarda ileri tetkik ve tedavi için yön gösterme gibi sağlık hizmetleri sunmaktadır. Ayrıca bu birimler, sağlık alanında yer alan her birime katkı sağlamaktadır. Bu yönüyle de birçok sağlık uzmanlık branşlarının kesişim noktasında yer alıp, birimler arası önemli bir geçiş noktası olmaktadır (Ersel ve ark., 2006).

Acil servisler doğası gereği hastanelerin çalışma şartları açısından en yoğun, yorucu birimleri olmuş ve olmaya da devam edecektir. Bu durumda acil servislerin yoğunluğunu azaltmak ve acil tıbbi bakımında bekleyebilecek olanlar ile olmayanlar arasında bir öncelik belirlemek amacıyla “Triyaj” adı verilen ve hastaların aciliyet durumlarına göre sıralama anlamına gelen bir uygulama devreye girmektedir. Triyaj alanında hastaların ilk değerlendirilmesi yapılarak, bekleyebilecek ve bekleyemeyecek hastaların ayrımı triyaj kategorilerine göre sağlanmaktadır. Hızlı bakım birimi olarak nitelendirilen bu bölümde hastanın fiziki görünüşü ve vital bulguları değerlendirilerek yönlendirme sağlanır (Berner, 2001; Dong, 2009).

Tüm dünyada acil servislere gelen hastaların değerlendirilmesine bakılacak olursa farklı çeşitte triyaj sistemleri görülmektedir. Bu triyaj sistemlerinden bazıları 3, bazıları 4, bazıları ise 5 seviyelidir. Dünyada en çok kullanılan triyaj sistemleri Acil Şiddet İndeksi (AŞİ), Manchester Triyaj Sistemi (MTS), Avustralya Triyaj Sistemi (ATS) ve Kanada Triyaj Sistemi (KTS)’dir. Bunların her biri ortalama ya da ortalamanın üzerinde güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir.

Türkiye’de ise 3 seviyeli ve kendi içinde 5 kategorisi olan triyaj modeli uygulanmaktadır. Acil serviste etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması kullanılır. Triyaj işlemi başvuru sırasında hekim, acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru vb. nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre

kırmızı, sarı veya yeşil renkleri kullanılır. Acil servise başvuran tüm hastaların vücut sıcaklığı, nabız, kan basıncı, solunum sayısı, oksijen saturasyonu gibi yaşam bulgularına triyaj alanındaki monitörlerle bakılır. Acil servise başvuran tüm hastalar tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan alana alınırlar (Sağlık Bakanlığı, 2009).

5 kategoride bulunan triyaj kodlarından 3 seviyeli renk kodlaması yapılarak hasta yönlendirmeye gidilmektedir. Kırmızı triyaj kodu hayatı tehdit eden, hızlı agresif yaklaşım, acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumları göstermektedir. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Ayrıca hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar da kırmızı ile kodlanmaktadır. Sarı triyaj kodu hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumları ifade etmektedir. Yeşil triyaj kodu ise ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastaları belirtmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Acil servisler acil tetkik, gözlem ve tedavi gerektirmeyen sağlık sorunları için de ne yazık ki sıklıkla kullanılmakta ve bu durum, başta acil servis işlevlerini güçleştiren iş yükü artışı ve kalabalıklaşma olmak üzere pek çok soruna yol açmaktadır (Brim, 2008; Breen ve Mc Cann 2012). Acil servislerin bu şekilde kullanımından doğan sorunların tamamı “Uygunsuz Kullanım” kavramı çerçevesinde analiz edilmektedir. Acil servislerin uygunsuz kullanımı genel olarak “Kaza ve yaralanma olmaksızın gelişen, özel acil servis hizmeti gerektirmeyen, birinci basamak sağlık kuruluşlarında güvenle tedavi edilebilecek sağlık sorunları için acil servislerin kullanımı” olarak kabul edilmektedir (Hoot et al., 2007; Schull et al., 2007; Brim, 2008; McHale et al., 2013).

Bilim dünyasının uygunsuz kullanım tanımı üzerinde fikir birliğine ulaşamadığı görülmektedir. Bu durum konunun öznel değerlendirmeye açık oluşu ve aciliyet kavramının nicel bir ölçüsü olmaması gibi nedenlere dayanır (Schull et al., 2007). Bununla birlikte bilimsel zeminde başvuruların aciliyet düzeyi ile uygunluğu arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır. Birkaç saat bekletildiğinde hiçbir olumsuz

sonuç gelişme olasılığı bulunmayan sağlık sorunlarına yönelik acil servis başvuruları “acil olmayan başvurular” olarak tanımlanmaktadır (Durand et al., 2012). Acil olmayan başvurular, sağlık sorunlarının ciddiyet düzeyini yansıtan bir ifade olarak ele alınırken uygunsuz kullanım, sağlık sorununun ciddiyet düzeyi ile birlikte olası hizmet birimlerinin ulaşılabilirliği ve hastaların acil servisi tercih etme nedenlerini de kapsayan sosyal ve psikolojik boyutlara sahip bir kavram olarak kabul edilmektedir (Bullard et al., 2008).

Sonuç olarak; acil olmayan şikayetlerle yapılan başvuruların acil servis kalabalığını ve iş yükünü arttırması tüm dünyada yaygın bir sorun haline gelmiştir. Bu durum, acil olmayan şikayetlerle başvuran hastaların neden acil servisleri tercih ettikleri sorusunu gündeme getirmektedir. Bu çalışmada aciliyet kategorisi düşük olan ve yeşil alana giren acil servis hastalarının acil servisi tercih nedenlerinin ve özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma sonucunda elde edilecek bulgular değerlendirildiğinde acil servis yoğunluğu ve çalışan iş yükünün azalması, hastaların tedavi aksamalarının olmaması için gerekli önlemler konusunda fikir verecektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Acil Tıp ve Tanımı

Acil tıp; beklenmeyen bir hastalık veya yaralanma durumunda değerlendirme, tedavi etme ve önlenmesini konu edinen uzmanlık dalıdır. Acil tıbbi bakım ise hastalık durumunda gün içerisinde ihtiyaç olabileceğinden 24 saat kullanılabilir olmalıdır (Shiber et al., 2009). Bu hizmetlerin verilmesinde hastanın yaş, cinsiyet, ırk, başvuru şekli, eğitim durumu, gelir durumu gibi hiçbir kısıta bakılmaz. Diğer bir tanımla acil tıp hizmeti (ATH) hastalanma veya yaralanma durumundan başlayıp değerlendirme, hastaneye nakil edilme, acil serviste tedavi edilme sonrasında taburcu edilmesi veya gerekli durumlarda ihtiyacı olan kliniğe devredilmesine kadar devam eden süreci ifade etmektedir. Bu hizmetin güvenle verilmesinde tüm enerjisini ve bilgisini bu konuya yöneltmiş yeterli sayıda uzman bir ekip, bilim ve teknolojinin en yüksek düzeyde kullanıldığı ekipman ve yeterli kaynağın bulunması gerekmektedir (Taşkın, 2002).

4.2. Acil Servis

Bireyin acil durum geliştiğinde başvuracağı, zamanında ve gerekli müdahaleler ile yaşamın devam ettirileceği, hastalara 24 saat kesintisiz acil tıbbi bakımın uygulandığı bölümlerdir (Lilja, 2004). Amerikan Hekimleri Birliği (ACEP)'ne göre kendini acil kabul eden ve bu sebeple acil servise başvuran tüm bireyler acil hasta olarak kabul edilmeli ve değerlendirilmelidir. Aynı zamanda acil durumu olan hastaların stabilizasyonunu sağlamak için gerekli personel ve kaynaklara sahip olunmalı, gerekli girişim ve tedavilerin verilebilmesi mümkün olmalıdır. Çünkü acil durumlar doğası gereği planlanmamış durumlar içermesi nedeniyle yılın 365 günü, hafta sonları dahil günün 24 saati hizmet veren deneyimli hekim, hemşire ve yardımcı personeli gerektirmektedir (ACEP, 2007).

Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians, ACEP)'ne göre acil servis hizmetleri;

- Tüm bireyler tarafından her zaman kullanılabilir olmalıdır.

- Beklenmedik anda meydana gelen acil tıbbi durumda 7/24 prensibine göre hizmet vermelidir.
- Gerekli durumlarda hiçbir eksiklik olmadan tıbbi bakım ve hemşirelik hizmeti kolaylıkla ulaşılabilir olmalıdır.
- Hasta değerlendirme, tanı, tedavi etme ve taburculuk süreçleri en uygun şekilde yapılmalıdır.
- Acil bakım hizmetleri kapsamında bulunan sağlık personelleri ve diğer hastane personelleri arasında uyumlu bir iş bölümü olmalıdır.
- Acil servisler kendi hasta popülasyonunun gereksinimlerini karşılamak üzere tesis ve organize edilmelidir.
- Acil servisler etkili bir yönetime sahip olmalıdır. Aynı zamanda fiziksel yapı, ekipman, tıbbi malzeme, ilaçlar ve yardımcı hizmetleri iyi tasarlanmış olmalıdır.

4.3. Gerçek Acil Tanımı

ACEP'e göre, gerçek acil tıbbi durumlar şu şekilde ifade edilmiştir (ACEP 1994):

1. 24 saat içinde bir hastaneye veya hemşire bakım evine almayı gerektiren sağlık problemi,
2. Akut travmalar,
3. Ani başlayan ciddi ağrılar, akut enfeksiyonlar,
4. Bilinç bozukluğu veya bulanıklığı,
5. Kanama varlığı veya olası şok durumları,
6. Doğum veya doğumla ilgili sorunlar,
7. Hayati fonksiyonların bozulması,
8. Fiziksel veya psikolojik bozukluklara yol açabilecek geçici veya kalıcı durumlar,
9. Madde kullanımı veya istismar durumlarının olabileceği şüpheli vakalar,

ACEP (1994)'e göre hasta aciliyet durumunu kendisi belirlemekte olup, orta düzeyde sağlık bilgisi bulunan kişinin, ani bir rahatsızlığının oluşması sonucu tıbbi bir destek alması gerektiğini düşünmesi ve bir acil servise başvurması durumu gerçek

acil olarak tanımlanmaktadır (ACEP, 1994). Bu sebepten dolayı hastaların hastalık ve aciliyet durumunu hekimlerden farklı algılaması söz konusudur (Ersel ve ark. 2006).

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından bildirilen Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirtildiği üzere acil durum; ani oluşan hastalık, kazalar, yaralanma veya benzeri durumlarda olayın gerçekleşmesi itibari ile oluşundan ilk 24 saat içerisinde acil tıbbi müdahale gerektiren veya müdahale edilemediğinde başka bir sağlık kurumuna sevki durumunda hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenden dolayı sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak öngörülmektedir. Bu kapsamda, kamu veya özel tüm sağlık hizmeti veren kurumlarda acil hastaların kabulü, gerektiği durumlarda başka bir kuruma sevk edilmesi ve tedavi masrafların karşılanmasına ilişkin konular 26.06.2008 tarihinde ve 26918 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2008/13 sayılı Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile ilgili Başkanlık Genelgesi ile düzenlenmiştir.

4.4.Acil Servis Sisteminin Tarihçesi

Acil servis sisteminin tarihi eski zamanlardaki savaşlara kadar dayanmaktadır. Bu savaşlarda hasta ve yaralıların bakımı ve taşınmasına yönelik pek çok girişim mevcuttur. Tarihi kayıtlara göre Sezar savaş alanında sağlık elamanı görevlendirmiştir. Les Ambulance Volantes=Uçan Gezici Vagon olarak isimlendirilen atlı arabalardan oluşan sağlık ekipleri kurulmuştur.

Ülkemizde acil sistemlerinin tarihçesine baktığımızda Alman hekimler tarafından Gülhane Askeri Hastanesinde 1898 yılında sıhhiyelik eğitimi verilmeye başlanmıştır. Böylelikle Türk ordusunda eğitim alan sağlık erleri ve hekimler, savaş sırasında yaralanan askerleri tedavi etmeye başlamışlardır. Daha öncesinde Kırım savaşı sırasında Florence Nightingale İstanbul’a gelerek yaralı askerlerin tedavi ve bakımında çalışmıştır.

Savaş ve kaza durumları sonrasında acil servise başvuran hastaların hızlı artışı ve dünya savaşlarının getirdiği deneyimler, ilkyardımın önemi, gelişen tıbbi teknoloji ve kaynak artışı acil servislerin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. Acil

servisler 1960'lı yıllarda yalnızca kritik hastalara hizmet vermiştir. 1960 ve 70'li yıllarda acil servis ve ambulans merkezlerinde hızlı bir gelişim başlamıştır (Heckman, 1991).

4.5.Dünyadaki Acil Tıp Sistemleri

Dünyadaki acil tıp sistemleri temel iki model üzerine kurulmuştur: Anglo-Amerikan sistemi ve Fransız-Alman sistemi. Avrupa'da 1990 yılına kadar acil durumlar için kullanılabilir bir model bulunmazken, bu tarihten itibaren ülkeler kendi tıbbi olanaklarına göre farklı acil tıp modellerini benimsemişlerdir.

Anglo-Amerikan sistemi hastane öncesi dönemde başlayan acil tıp hizmetleridir. Bu hizmetler acil tıp teknisyenleri ve paramedikler tarafından sağlanır, olay yerinde başlar, hızlı ve güvenli bir şekilde acil servise taşınmasına kadar devam eder. Daha sonrasında ise acil tıp hekimlerinin sorumluluğu başlar (Dick, 2003). Acil tıp hizmetlerinin bu şekilde sunulduğu ülke ve bölgeler arasında Avustralya, Çin, İrlanda, Kanada, Hong Kong, Japonya, Yeni Zelanda, Tayvan, Güney Kore, İsrail, Birleşik Krallık, Filipinler ve Amerikan Birleşik Devletleri bulunur (Al-Shaqsi, 2010).

Fransız-Alman modelinde ise, olay yerinde “kal ve stabilize et” felsefesi benimsenmiş olup, hastanın hastaneye getirilmesinden önce hekim ve teknoloji acil bakım sağlamak için olay yerine gönderilir (Arnold, 1999). Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmı bu sistemi benimsemekte ve olay yerine hastanın durumuna göre hekim göndermektedir (Totten ve Bellou, 2013). Genelde bu sistemde acil servisi gelişmemiş bölgelerde, hastanın triyajı olay yerinde yapılarak gerekli sevk hizmeti veya ilgili servise yatışı yapılmaktadır. Acil tıbbi bakımı bu şekilde veren ülkeler ise; Almanya, Yunanistan, Malta, Fransa ve Avusturya gibi ülkelerdir (Al-Shaqsi, 2010).

Dünya genelinde birçok ülke ve yeni kurulan acil tıp sistemlerinin çoğu Anglo-Amerikan sistemini benimsemişlerdir. Böylelikle ileri düzeyde acil tıp hizmeti sunulmuş ve acil tıp bir uzmanlık alanı olmaya başlamıştır (Al-Shaqsi, 2010).

Türkiye de acil tıp hizmetleri bakımından Anglo-Amerikan modelini uygulamaya çalışmıştır (Altuntaş, 2014).

4.6. Türkiye’deki Acil Tıp Sistemleri ve Acil Servis Hizmetleri

Dünyadaki hızlı gelişimine devam eden acil sağlık hizmetleri; ülkemizde de bu gelişimlere ayak uydurarak son yıllarda büyük ilerleme göstermiştir. Doğal afetlerin sonucu özellikle de Marmara depremi sonrasında acil sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi kavranmıştır (Eryılmaz, 2005).

Ülkemizde acil servis hizmetleri acil tıp hekimleri, hemşireler ve yardımcı sağlık personelleri tarafından yürütülmektedir.

4.7.Acil Servislerde Triyaj

Trijaj Fransızca “trier” kelimesinin kökünden türetilmiştir ve “sınıflama, seçme, ayıklama” anlamı taşımaktadır. Hastaların aciliyetlerine ve tedavi ihtiyaçlarına göre hangi düzen ve sıra ile alınacaklarına karar verme sürecidir. Triyaj süreci hızlı uygulanmalı ve acil servisin tüm çalışanları triyajı kolaylıkla uygulayabilir olmalıdır. Hastalar genellikle başvuru yakınmaları, fiziki muayeneleri ve vital bulguları dikkate alınarak sınıflandırılır (Çanakçı, 2016)

Acil servise başvuran hastaların hızlı bir şekilde sağlık bakımı alabilmesi triyaj sisteminin etkinliği, hastanın değerlendirilmesi, tedavi sürecinin başlaması ve ilerlemesi için yeterli alan, destek birimleri, iletişim sistemleri ve farklı disiplinlerden profesyonel ekip üyeleri ile olasıdır. Tüm hastalar için en uygun alanın belirlenmesi ve tedavinin başlaması, öncelikli bakıma ihtiyacı olanın bakım girişimlerinin belirlenmesi, hasta akışının düzenli şekilde yapılması triyaj sisteminin tamamlayıcı amaçlarındandır (Akyolcu, 2001; Bracken, 2003; Selfridge-Thomas, 2001).

Trijaj sisteminin uygulanabilirlik sınırları, günlük acil birime başvuran hasta sayısı, çalışanların yeterliliği, polikliniklerin ya da gününbirlik bakım veren kliniklerin bulunması, sağlık bakım çalışanlarının niteliği ve uygunluğu, çevresel yasal düzenlemelere bağlı olarak değişiklik gösterebilir (Ganley ve Gloster, 2011).

4.7.1. Acil Serviste Triyaj Sistemleri

Dünya genelinde acil servislerin hizmet farklılıklarının bulunması nedeniyle farklı triyaj sistemleri ortaya çıkmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servisler genellikle üç seviyeli triyaj sistemini kullanmaktadır (Tanabe et al., 2004; Travers et al., 2002). Kanada, Avustralya, İngiltere ve İspanya gibi diğer ülkeler ise daha güvenilir olduğu belirtilen beş seviyeli triyaj sistemini kullanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen Acil Ciddiyet Endeksi, durumu çok acil olanları 1-2 şeklinde, diğer hastaları da 3,4,5 şeklinde sınıflandırmaktadır (Tanabe et al., 2004). En yaygın kullanılan triyaj sistemleri Manchester Triyaj Sistemi, Avustralya Triyaj Sistemi, Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi ve Aciliyet Şiddeti İndeksidir.

İngiltere ve İskoçya'da hastanın başlıca şikayetine dayalı 52 algoritma üzerinden triyaj düzeyi belirlenmekte olup, yaygın olarak Manchester Triyaj Sistemi kullanılmaktadır (Fernandez et al., 2010). Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi klinik değerlendirmelerin olduğu geniş bir liste kullanarak hastaları 5 seviyeden birine yerleştirmektedir (Chip-Jin et al., 2005). Aciliyet Şiddeti İndeksi (ESI) acil bakım ihtiyacı olanları hızlı bir şekilde belirlemeyi amaçlar. Acil müdahale ihtiyacı olan hastaları belirledikten sonra kaynak miktarı tahminine göre triyaj kategorisini belirler. Klinik tabloyu belirlemede kullanımı çok basit olan 4 basamaklı 5 seviyeli bir triyaj uygulamasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği'ne göre; acil servislerde etkili ve verimli bir hizmet verilebilmesi için kendi içinde beş kategorisi olan üç seviyeli renk kodlaması uygulanmaktadır. Başvuru sırasında triyaj uygulaması yapılırken triyaj için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişim gerektiren sağlık problemleri açısından aciliyet durumuna göre kırmızı, sarı, yeşil renkler kullanılmaktadır. Triyaj hekimler, acil tıp teknisyenleri, hemşireler, sağlık memurları ve benzer niteliği olan sağlık personelleri tarafından yapılır. Buna göre;

Kırmızı renk kodu alan hastalar; hayati tehdit eden ve hemen değerlendirilerek acil tedavi verilmesi gereken kritik hasta grubunu,

Sarı renk kodu alan hastalar; çok acil hastalara göre belirli bir süre bekleyebilir hasta grubunu,

Yeşil renk kodu alan hastalar; acil servise ayakta başvuran, acil olmayan sağlık problemleri olan, tetkik ve tedavileri ayakta yapılabilen hasta grubunu oluşturmaktadır. Tablo 4.1., Tablo 4.2., Tablo 4.3' de bu sınıflamaya uyan durumlar bazı örneklerle verilmiştir (Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009).



Tablo 4. 1. Üçlü Triyaj Sistemi Kırmızı Alan

ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
Kategori 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	• Kardiyak arrest • Solunumarrest • Havayolu tıkanıklığı riski • Majör çoklu travma • Solunum sayısı < 10/dakika • Sistolik Kan Basıncı < 80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar • Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtız olan hastalar • Devam eden veya uzamış nöbet • İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilasyonda olması
Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	• Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı • Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetre değerinin < %90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar • Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski • Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı < 50 veya > 150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon • Akut hemiparazi/disfazi • Letarji ile birlikte ateş (her yaş) • İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması • Majör fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma • Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı • Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı • Davranışsal/Psikiyatrik -Şiddet içeren agresif davranışlar -Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

Tablo 4. 2. Üçlü Triyaj Sistemi Sarı Alan

ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	• Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği • Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı • Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı • Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) • Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta • İnatçı kusma • Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta • Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı • 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta • Şiddetli karın ağrısı olan hasta • Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması • Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk • Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.	• Basit kanamalar • Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları • Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu • Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları • Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller • Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim • Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular • Şiddetli olmayan karın ağrısı • Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar

Tablo 4. 3. Üçlü Triyaj Sistemi Yeşil Alan

ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	• Yüksek risk taşımayan ve akut yakınması bulunan hafif derecedeki her türlü ağrı • Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü • Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti • Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler • Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

4.7.2. Triyaj Çalışanları

Acil birimler, triyaj uygulamalarını kolaylaştıracak eğitimli sağlık çalışanına ve bu uygulamayı yapabilecek fiziksel donanımına sahip olmalıdır. 1985'te ABD'de Consolidated Omnibus Reconciliation Act (COBRA) olarak bilinen kongrede, acil servise gelen hastaların maddi durumu, sağlık sigortası, ödeme gücü varlığına bakılmaksızın sağlık taramalarının yapılması kararı alınmıştır (Bracken, 2003). Tıbbi bakımın ve önceliklerin belirlenmesi için hastayı değerlendirmede çoğunlukla uzman bir hemşirenin sorumluluğu olması gerektiği önerilmektedir. Acil hemşireleri standartlarında, acil birime gelen her bir hastanın triyajının uzman bir hemşire tarafından yapılması gerektiği belirtilmektedir. Ancak, sadece hekimlerin ya da hekim ve hemşirelerin birlikte işbirliği yaptığı triyaj uygulamaları da bulunmaktadır.

Trijaj değerlendirmesi bu bölüm için görevlendirilmiş bir hemşire tarafından yapılabileceği gibi acil birimde çalışan tüm hemşireler tarafından da yapılabilir. Triyaj hemşiresi acil birime başvuran hastaların sağlık bakım hizmetlerinden etkin ve verimli bir şekilde yararlanmasını sağlamalı, hasta akışını olabildiği kadar hızlı sağlamalı, triyaj uygulamaları sürekli olarak geliştirilmeli ve deneyimleri ile çalıştığı acil birimine özgü özellikler belirlenmelidir (Bracken, 2003; Cronin and Wright, 2005; Selfridge-Thomas, 2001).

4.7.2.1. Triyaj Hemşiresinin Nitelikleri

Trijaj rolünün doğası gereği, hemşirelerin kararlar üzerinde etkili olması gerekmektedir. Triyaj hemşiresi, yoğunlukla karmaşık, kalabalık, gürültülü ve yüksek stresli bir ortam olan acil birimlerde, etkilenmeden, profesyonelce hızla öncelikleri belirleyebilmelidir. Ayrıca gelişmiş tanılama becerisine, iyi bir görüşmeci ve etkin bir iletişim becerisine, organizasyon yeteneğine, hastalıklara ilişkin detaylı temel bilgiye, aciliyetin gizli olduğu durumlarda ipuçlarını belirleyebilme becerisine sahip olması gerekmektedir (Akyolcu, 2001; Bracken, 2003; Cronin and Wright, 2005; Selfridge-Thomas, 2001).

Acil birimlerde hasta ve ailesinin karşılaştığı ilk kişi triyaj hemşiresi olduğundan, triyaj hemşiresi hasta ve yakınlarına karşı güler yüzlü, sevecen ve insancıl yaklaşımla destek sağlarken, aynı zamanda hasta verilerini hızlı bir şekilde yorumlayabilmeli, hasta ve yakınlarını kriz durumunda sakinleştirmeli, benzeri durumları profesyonelce karşılayabilmelidir. Bu tür durumlarda hasta ve yakınlarının psikososyal açıdan rahatlamasını sağlamalıdır. Böylelikle de acil birimlerin toplumdaki imajı olumlu şekilde etkilenecektir.

ENA (Emergency Nursing Association) triyaj işlevinin karmaşıklığı nedeni ile en az 6 ay acil birimde çalışma deneyimine sahip hemşire tarafından yapılmasını önermiş ve bu rolün ileri düzeyde, alana özgü geliştirilmiş bilgi ve beceri gerektirdiğini belirtmiştir (Bracken, 2003).

Trijaj rolü için hazır olma kriterleri, acil birimde çalışan her bir hemşireye, kurumun standartlarına, triyaj sisteminin karmaşık olmasına, hemşirenin klinik yargı ve karar verme yetkinliğine, triyaj adaptasyon sürecinin niteliğine göre değişiklik göstermektedir. Literatürde elde edilen bilgilere göre triyaj hemşiresinin bu role ilişkin güvenirliliğini ve etkinliğini artırmada, özel eğitim ve oryantasyon programlarının etkili olacağı belirtilmektedir (Bracken, 2003; Cronin and Wright, 2005; Selfridge-Thomas, 2001; Newbary, 2000).

4.7.3. Triyajda Kayıt

Trijaj sistemine elektronik kayıt ya da yazılı olarak veri girişı yapılır. Kayıt işleminin ilk basamağını çoğunlukla acil hemşiresi oluşturur. Yazılı kayıt işlemi hastanın basit ya da kapsamlı şekilde değerlendirilmesi ile oluşturulabilir.

Diğer kayıt işlemi olan elektronik kayıt triyaj verilerinin kayıt sistemine aktarımını sağlayan yöntemdir. Bu işlem tıbbi kayıt boyunca veri akışını sağlar, bilginin tekrarlanma riskini en aza indirir (Bracken, 2003; Bucher, 2004; Cronin and Wright, 2005).

4.7.4. Hastanın Değerlendirilmesi

Trijaj sisteminin amacı, acil birime gelen her hastanın durumunun ciddiyetini belirlemek için yeterli veri toplamak, acil ihtiyacını belirlemek, hasta ve ailesine dostça yaklaşım verimli, etkili iletişim kurmak ya da uyum sağlamaktır. Bu kapsamda her bireye özgü bakımda;

- Veri toplama
- Tanılama
- Planlama
- Uygulama
- Değerlendirme, aşamalarından oluşan hemşirelik süreci kullanılır (Bracken, 2003).

4.7.4.1. Veri Toplama

Her bir bireye özgü ve sistematik olarak objektif ve sübjektif verilerin toplanmasını içerir. Sübjektif veriler hasta ya da yakınları tarafından söylenen bilgiler, objektif veriler ise, gözle görülüp değerlendirilen ve ölçülebilen bilgilerden oluşur.

4.7.4.2. Tanılama

Yaşamı tehdit edecek durumların varlığı ya da oluşabilecek olası riskleri belirlemek, veri toplama işleminden sonra elde edilen bilgilerin analizi ile

gerçekleşir. Mevcut şikayete odaklı tanılama, hastanın uygun tedaviyi zamanında alması için gereklidir. Hasta ile ilk karşılaşıldığında ya da hastane öncesinde telefonla görüşüldüğünde başlayan tanılama hastanın olası durumundaki değişiklikleri saptamak amacıyla düzenli aralıklarla tekrar edilip değerlendirilmeli ve uygulanan bu yöntemdeki kriterler acil birime başvuran tüm hastalar için uygulanabilir özellikte olmalıdır. Acil birime gelen tüm hastalar 2-5 dakika içerisinde triyaj hemşiresi tarafından değerlendirilmelidir. Tanılama işlemi birincil ve ikincil tanılama olmak üzere iki bölümden oluşur (Akyolcu, 2001; Bracken, 2003; Croninand Wright, 2005; Selfridge-Thomas, 2001).

Birincil tanılamada, triyaj hemşiresi hastanın genel durumunu, yaşamı tehdit eden havayolu, solunum ya da dolaşım (ABC) ile ilgili riskleri tanılar. Hastanın acil birime girişinden itibaren bu işlemi başlatır ve hastanın uygun tedavi alanına transportunu sağlar.

Yaşamı tehdit eden acil bir durum yoksa triyaj hemşiresi ikincil tanılama aşamasına geçer. Triage hemşiresi hastanın şikayetine bağlı belirti ve bulguları araştırmaya yönelmelidir. Hasta tanılama sırasında triyaj hemşiresi sistematik yaklaşmalı; sırasıyla hasta şikayetinin uyarısını, niteliğini, yayılımını, şiddetini ve zamanını sorgulamalıdır.

Hastanın temel şikayetleri ve belirtileri hakkında bilgiler alındıktan sonra, alerji öyküsü, kronik rahatsızlıkları, varsa sürekli kullandığı ilaçlar, tetanoz profilaksisi, gebelik durumu vb. durumları içine alan sağlık öyküsü sorgulanır. Görüşme sırasında yaşam bulguları ve fiziksel değerlendirmeleri içeren objektif veriler toplanır. Dokunma ile hastanın kalp hızı, beden ısısı ve nem değerlendirilirken; koklama ile kokular, enfeksiyon ve hijyene ilişkin bilgiler değerlendirilir. Dinleme yöntemiyle toplanan fiziksel bulgular ise öksürüğün niteliği, solunum sesleri, ses tonu, mantıklı düşünce ve ifade şekline ilişkin verileri sağlar. Yüz ifadesi, beden hareketleri, cilt rengindeki değişiklikler, korku ve kaygılı haller, uygun giyim ve bireysel hijyen de fiziksel durumu ile ilgili bilgileri verir (Akyolcu, 2001; Bracken, 2003; Bucher, 2004; Newbary, 2000; Selfridge-Thomas, 2001).

Triyaj hemşiresi doğru soru sormalı ve en küçük ayrıntılara bile dikkat ederek verimli bir görüşme yapabilmelidir. Bu süreçte triyaj kuralları, hastane protokolleri ve algoritmalarından destek alabilir (Selfridge-Thomas, 2001).

Hastanın demografik özelliklerindeki farklılıklar ve başvuru sırasındaki tıbbi durumu tanılama sürecinde etkin iletişimi engelleyebilir. Yaş, cinsiyet, dil, din, ırk, kültürel farklılıklar, kaygı düzeyi, korku, ağrı, anksiyete ve çevresel faktörler sebebiyle görüşmenin kesilmesi gibi nedenler iletişimi olumsuz etkileyen faktörlerdir. Triyaj hemşiresi bu engelleri kontrol altına tam olarak alamasa da en aza indirmek için üstün çaba harcamalıdır. Dostça ilgi, önemseyici tutum, güler yüzlü konuşma ve dinleme, hasta ve ailesinin triyaj hemşiresine güvenmesine ve kayıt tutulmasına kolaylık sağlar (Newbary, 2000; Selfridge-Thomas, 2001).

4.7.4.2.1.Hemşirelik Tanıları

Acil birime başvuran hasta bireylerin akut gereksinimlerinin belirlenmesi için, tanılama aşamasında toplanan tüm veriler analiz edilir. Triyaj hemşiresi, hastanın şikayetlerini yorumlama ve doğru değerlendirme için geniş bilgiye sahip olmalıdır. Yetersiz triyajı önlemek için acil hastada aksi kanıtlanıncaya kadar durumun ciddi olarak kabul edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Tanılama aşamasından sonra ilk adım olarak hemşirelik tanıları ortaya çıkar ve ilk veri tabanını oluşturur. Bu durumda her hastaya özgü hedef belirlemede hemşirenin eleştirel düşünme becerisinin olması gerekmektedir. Eleştirel düşünme, bilgi toplamayı, başvuru nedenlerini akılcı bir şekilde yorumlamayı, verileri disiplinli bir şekilde bir temele dayandırıp gözden geçirmeyi, olabildiğince hızlı davranarak doğru karar vermeyi sağlar (Bracken, 2003).

4.7.4.3. Planlama

Planlama belirlenen hedeflere ve beklenen sonuçlara ulaşmak için, gereksinimler doğrultusunda, uygulamanın yönlendirilmesi olarak tanımlanır. Triyaj hemşiresi başvuran bireylerin mevcut sorunlarını ve acil bakım düzeyini saptayarak öncelikli bakımı belirlemeli, hastanın uygun tedaviyi zamanında almasına yardımcı olmalı, gerekli olan tüm bilgiyi ekip arkadaşları ile paylaşmalıdır. Böylelikle

hedeflere ulaşmak için etkin girişimler planlanır (Bracken, 2003; Cronin and Wright, 2005).

4.7.4.4.Uygulama

Uygulama planlanan bakımı gerçekleştirme aşaması olarak tanımlanır. Bu aşamada hemşireler uygun girişimleri başlatır, tedavi uygular, hasta ve ailesine bilgi verir, varsa kullanabilecek ek kaynakları harekete geçirir, hastanın tüm aktivitelerini rapor eder (Bracken, 2003; Cronin and Wright, 2005).

4.7.4.5. Değerlendirme

Değerlendirme, hastanın tanı, tedavi ve bakımından sonra verdiği tepkinin yorumlanma sürecidir.

4.8. Acil Servislerin Kullanımı

Acil durumlar, müdahale edilmediği takdirde yaşamsal tehlikenin veya uzun süreli bir rahatsızlığın ortaya çıktığı durumlardır. Acil servislerin çıkış amacı yaşamsal tehlikesi olan kişilere bir an önce müdahalede bulunmaktır. Fakat gerçek anlamı dışında kullanımı oldukça fazladır. Ülkemizde 2017 yılı içerisinde 115 milyon acil servis kaydı bulunmaktadır. Ülke nüfusundan çok acil servise gelen kişi vardır. Bu durum acil servislerin yanlış kullanıldığının göstergesidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4.8.1. Acil Servislerin Kullanımını Etkileyen Unsurlar

Acil servis ünitelerine talep tüm dünyada giderek artış göstermektedir (Pines et al. 2011). Avustralya’da 2012/13 dönemine göre 2013/14 dönemi arasında acil başvurularında %7.2 artış olmuştur (www.apo.org.au, Erişim Tarihi:12.04.2019). Yeni Zelanda’da 2004/05 ile 2006/07 yılları arasında acil servise başvuru oranı %20 artmıştır (Lowthian et al., 2011). İngiltere’de 2004/05 ile 2011/13 yılları arasında nüfus artış oranı %6.6 iken acil servise başvuru oranı %21.9 oranında artış göstermiştir (www.hscic.gov.uk, Erişim Tarihi:12.04.2019). Bu artış ülkelerin sağlık sistemlerinin, sosyodemografik yapısının ve yaşanan sağlık problemlerinin sonucunda ortaya çıkangereksinimlerin etkileşiminin bir sonucudur

(He et al., 2011; Lowthian et al., 2011; www.hscic.gov.uk, Erişim Tarihi: 12.04.2019).

Sosyodemografik  zellikler acil servislerin kullanımını etkileyen önemli bir unsurdur. Kişilerin gelir durumu, eēitim durumu, sosyal destek kurumlarının varlıēı gibi durumlar acil saēlık kurumlarına başvurmasında etkilidir (He et al., 2011; www.apo.org.au, Erişim Tarihi: 12.04.2019). Yapılan çalışmalarda bu durumlar göz önüne alındıēında toplumların özel bir kesimini oluşturan evsizlerin, acil servisleri kullanma oranı, toplumun diēer kesimine göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Rodriguez et al., 2009; Moore et al., 2007; Greene, 2007; Hwong ve Henderson, 2010).

Acil servisler her yaş grubundaki hastaya hizmet vermektedir. Verilen hizmetler yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Bu sebeple yaşlılar genellikle kronik hastalıklar, gençler ise ani oluşan kaza veya yaralanma ile acil servise başvurmaktadırlar (Hoot et al., 2008). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılı acil servis verilerine bakıldıēında en yoēun başvuru 15 yaş altında yüksek ateş, 15-65 yaş aralıēında kadınlarda midede aērı, kramp, spazm; erkeklerde g ē s aērısı, 65 yaş ve üzerinde cinsiyet ayrımı yapılmaksızın g ē s aērısı sebebiyle olmuştur (www.cdc.gov, Erişim Tarihi: 12.04.2019).

Yaşlı bireylerin nüfus içerisindeki oranı tüm dünyada artış göstermiştir. İngiltere'de 2002/12 yılları arasında 65 yaş üstü nüfus artışı %21 olup, 2013 istatistiēine göre tüm nüfus için bu oran %17.4'tür (www.ons.gov.uk, Erişim Tarihi: 12.04.2019). Türkiye'de ise 2013 yılında toplam nüfus artış hızı %13.7 iken, yaşlı nüfusun artış hızı %36.2 olarak belirtilmiştir (www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 12.04.2019). Bu artışa paralel olarak acil saēlık hizmetlerine başvuru sıklıēı da artmıştır. Dünya geneline bakılacak olursa acil servislere başvuran hasta potansiyelinin beşte biri 65 yaş üstünden oluşmaktadır (Kaldırım ve ark., 2013; Jamaras et al., 2010; Roberts et al., 2008).

Acil servisler farklılık gösteren aciliyet durumlarına sahip birçok saēlık problemi için tıbbi bakım hizmeti saēlamaktadır. Bu nedenle saēlık sorunlarının gelişmesinde rol oynayan unsurlar, acil bakım hizmetlerine duyulan ihtiya ı da

etkilemektedir. Benimsenen yaşam tarzının bu faktörler arasında önemli bir yeri vardır. Çünkü yaşam tarzı özellikleri, acil sağlık hizmetlerini sıkça kullanma eğilimine yol açan kronik hastalıkların yaygınlığı ve alkol, madde kullanım düzeyi ile yakından ilişkilidir (Johar et al., 2013; Dent et al., 2010, Knowlton et al., 2013).

Hastaların sağlık hizmeti kullanımını etkileyen birçok neden bulunmaktadır. Anderson ve Newman, sağlık hizmeti kullanım modelinde sağlık hizmeti kullanımını etkileyen nedenleri üç gruba ayırmış “toplumsal belirleyiciler, sağlık hizmet sistemi ve bireysel belirleyiciler” olarak adlandırmıştır (Anderson ve ark., 2005). Ancak sağlık ihtiyaç faktörleri arasında bulunan bireylerin hastalık algısı, acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini etkileyen nedenlerdendir (He ve ark., 2011).

Acil sağlık hizmetlerinin kullanım gereksiniminin yanında, aciliyet algılarının da önemli bir rolü vardır (Öztürk, 2014). Yürütülen sağlık kampanyaları ve sağlık konusunda medyada yayımlanan programlar da bu algının şekillenmesine, acil servis kullanımı üzerinde etkili olmasına neden olmaktadır (Wolker et al., 2005; Hodgson et al., 2007). Ülkelerin geliştirmiş olduğu sağlık sistemleri ve sürdürdükleri politikaları acil sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerinde etkili olan ana unsurlardan birisidir. Bu unsurların temel iki bileşeni sağlık sigorta sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu acil sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımı üzerinde birincil etki sunmaktadır (Callen et al., 2008; Rust et al., 2009, www.acep.org, Erişim Tarihi: 12.04.2019).

Günümüzde bireylerin hastalık algısını birçok neden etkileyebilmektedir. Toplumda yaygın olarak görülen ve bireysel özellik olarak adlandırılan sürekli kaygının bireylerin algısal özelliklerini etkileyerek acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini etkileyebileceği değerlendirilmektedir. Sürekli kaygı, bir kişilik özelliğini göstermektedir. Bireyin öz değerlerinin zarar göreceğini düşünmesi ya da içinde bulunduğu durumu stresle yorumlaması sonucu kaygı duymaktadır. Bu tür kaygıya “sürekli kaygı” denilmektedir (Spielberger ve ark., 1970). Tanımdan da ulaşılabileceği gibi kişinin içinde bulunduğu durumu daha tehlikeli algılaması, sağlık sorunlarına yüklediği anlamları büyük ölçüde etkileyecektir. Sürekli kaygılı olmadurumunun bireylerin algılarında yaratacağı değişkenlernedeniyle acil sağlık hizmetlerine başvuru eğilimlerini etkileyeceği düşünülmektedir.

4.8.2. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı

Acil servisler etkin bakım ve tedavinin niteliğine bakılarak sağlık hizmeti için önemli bir konumda yer almaktadır. Aynı zamanda sunulan hizmet sadece acil bakımı gerektirecek vakalara değil bu durum dışında kalan sağlık sorunlarına da cevap vermektedir. Sağlık sektöründeki aşırı yoğunluk nedeni ya da yakınmaların başlayış zamanı gibi nedenlerle başka bir birimden bakım sağlanamadığı durumlarda bireyler sağlık hizmeti için yine acil servislere yönelmektedir (www.tatd.org.tr, Erişim Tarihi: 10.04.2019).

Acil servislere yapılan başvurular genellikle tedavi, tanı testlerinin yaptırılması ve yakınmaların hafifletilmesi amacına yönelik olabilmektedir. Ancak bazı durumlarda sağlık sorunlarının düzenli aralıklarla takip edilmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda acil sağlık hizmetleri önemli bir konumda olmakla birlikte yetersiz kalmaktadır (Carret et al., 2007). Aynı zamanda acil servisler tetkik, tedavi ve acil bakım gerektirmeyen durumlar için de kullanılmaktadır. Bu durum acil bakıma ihtiyacı olan vakalara gecikme ve yetersiz bakım sunulmasına neden olup iş yükünü artırmakta ve kalabalıklaşmayı ortaya çıkarmaktadır (www.acep.org, Erişim Tarihi: 10.04.2019; Tang et al. 2010; Brim 2008). Acil servislerin kullanımına ilişkin bu durumları göz önüne alırsak “uygunsuz kullanım” kavramı ortaya çıkmaktadır.

1849 yılında ilk kez Lanset dergisinde yayınlanan Joseph Hodson’a ait bir belgede “Hayır kurumuna gelişigüzel ayaktan hasta kabulü” olarak nitelendirilen uygunsuz kullanım; yapılan araştırmalarda acil sağlık hizmetlerine uygun olmayan başvurular, acil servislerin kötüye kullanımı, birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi olabilecek hastaların acil servisi kullanımı olarak da ifade edilmektedir (Jones, 2011).

Bilim dünyası uygunsuz acil kullanım tanımı için ortak bir görüşe varamamıştır. Bu durumun temel sebebi konunun öznel değerlendirmeye açık oluşu ve aciliyet algısını ölçen nicel bir ölçünün bulunmamasına dayanmaktadır (Breen ve McCann, 2012; Mc Hale et al., 2013; Field ve Lantz, 2006). Birkaç saat beklediğinde olumsuz bir sonuç gelişme durumu olmayan sağlık sorunlarına yönelik başvurular acil olmayan başvuru durumu olarak kabul edilmektedir (Uscher-Pines et al., 2013).

Acil olmayan başvurular, sağlık sorunlarının ciddiyet düzeyini yansıtan bir terim olarak ele alınırken uygunsuz kullanım, sağlık sorununun ciddiyet düzeyi ile beraber sağlık sisteminin ulaşılabilirliğinin kolay olması ve hastaların acil servislere yönelme nedenlerini de kapsayan sosyal ve psikolojik boyutlarını da içine alan bir kavram olarak kabul edilmektedir (Durand et al.,2012). Bu durumların yanında bilimsel zeminde, genel olarak benimsenen yaklaşım başvuruların uygunluğunun aciliyet düzeyi ile paralellik gösterdiği ve acil bakım gerektirmeyen başvuruların uygunsuz kullanım olduğu şeklindedir (Bruni et al., 2013).

Yapılan araştırmalarda uygunsuz kullanım tanımı birçok ölçüte dayandırılmakla birlikte ölçütlerin belirlenmesinde genellikle Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) ve Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolü (Hospital Urgency Appropriatenes Protocol: HUAP) kullanılmaktadır (Carret et al., 2009). Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolünde, başvuru durumlarının acil olarak değerlendirilmesinde çeşitli belirleyiciler kullanılmaktadır. Bu belirleyiciler bilinç düzeyinin, başlıca yakınmaların ve vital bulguların değerlendirilmesiyle ya da aktif kanama, ani güç kaybı gibi şikayetlerin varlığıyla değerlendirilen ciddiyet düzeyi; başka bir sağlık kurumuna nakli, ihtiyaç duyulan tanı ve tedavi işlemleri şeklindedir (Carret et al., 2007; Bezzine et al., 2005). Kullanılan uygunluk ölçütleri farklılık göstermektedir. Bununla birlikte tüm dünyada acil servislerin uygunsuz kullanım prevalansı %4.8 ile %90 arasında değişiklik göstermektedir (Durand et al., 2011). Araştırmalarda kullanılan acil servislere başvuru uygunluk ölçütleri şöyle sıralanabilir (Carret et al., 2009; Tang et al., 2010, Uscher-Pines et al., 2013; Bezzine et al., 2005).

1. Hastanın mevcut durumunda olumsuz bir sonuç gelişmeksizin tıbbi bakım alınca kadar geçen zaman
2. Ölüm riski ya da organ hasarı varlığı
3. Acil tedavi, takip ve gözlem ihtiyacı
4. Tıbbi bakım için acil servis kaynaklarının gerekliliği
5. Özel tanı ve tedavi yönteminin gerekliliği
6. Tedavi için başka bir hizmet biriminin uygunluğu
7. Yakınmaların akut olarak gelişip gelişmediği

8. Sağlık sisteminin bir başka alanına nakil edilme durumu

Ülkemizde acil servislerin uygunsuz kullanımı ile ilgili olarak yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bu araştırmalarda uygunluk kavramı farklı kıstaslarla değerlendirilmiştir. Kısa süreli hastanede bekletilen hastaların hastaneye yatışının ya da tutulmasının acil servise uygunluk ölçütü olarak nitelendirildiği bir çalışmada başvuruların %19.5'i; uzman kararı ve kullanılan uygunluk ölçütünün dikkate alındığı başka bir araştırmada ise başvuruların %32.2'si aciliyet açısından uygun bulunmamıştır (Ersel ve ark., 2006; Edirne ve ark., 2008). Ülkemizde yapılan araştırmalarda acil servislere acil olmayan durumlar için başvuruda bulunulmasında sunulan sağlık hizmetinin güvenilir, hızlı ve kaliteli olmasının rol oynadığı; uygunsuz kullanımın maliyeti aşırı derecede arttırdığı, çalışanlar üzerinde iş yüküne ve strese neden olduğu bildirilmiştir (Ersel ve ark., 2006; Edirne ve ark., 2008; Köse ve ark., 2011).

4.8.3. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri

Acil bakıma ihtiyacı olmayan sağlık problemleri için acil servisin tercih edilmesinde çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörlerin temelinde birinci basamak sağlık kuruluşlarının nasıl kullanılacağına bilinmemesi ve toplumun farkındalığının eksikliği yatmaktadır (Brim, 2008; Carret et al., 2009). Birinci basamak sağlık kuruluşlarının acil servis yakınında bulunması, hekime ulaşılabilirliğinin kolay olması, toplumun bilinçlendirilmesi acil servislerin uygunsuz kullanımını azaltır. Ayrıca bu uygulama hasta ve çalışan memnuniyetinin ve sağlanan sağlık hizmetinin kalitesini artırır (Jones, 2011; Kool et al., 2008).

Acil servislere uygunsuz başvurunun başlıca nedenlerinden biri; konumunun merkezi olması ve ulaşım rahatlığıdır. (Ersel ve ark., 2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin veriliş şekli ve sağlık sigortası durumu da acillerin uygunsuz kullanımını etkilemektedir. Sağlık sigortasının olmaması ve diğer sağlık kuruluşlarından yararlanamama nedeniyle acil servislerin tercih edilmesibir diğer uygunsuz başvuru nedenidir (Raven et al., 2013).

Hastaların sağlık sorunları konusunda aciliyet algılarının farklı olması ve kurumları hangi sıra ile kullanacaklarını bilmemesi uygunsuz kullanımı ortaya çıkaran bir diğer nedendir. Hastaların tanı ve tedavi için hangi sağlık kuruluşuna başvuracaklarını bilmemeleri, danışmak, yönlendirilmek amacı ile de acil servisleri uygunsuz ve sürekli kullanım üzerinde etkili olmuştur (Callen et al., 2008). Bütün bunlara ek olarak acil sağlık bakımı ihtiyacı olmamasına rağmen hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının sağlık sorunları için acil servisleri önermesi, kalacak yerleri olmayan ve açlık problemi çekenlerin güvenilir yer olarak acil servisleri tercih etmesi ve sağlık hizmeti adı altında uygun olmayan kullanımları ise diğer sebepler arasındadır (Rodriguez et al., 2009).

4.8.4. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımının Sonuçları

Acil servislerin uygunsuz kullanımı birincil ihtiyacı olanların hastane kaynaklarından en iyi şekilde yararlanmasını engellemekte, aynı zamanda hasta ve çalışan memnuniyetini olumsuz etkilemektedir (Brim, 2008). Başvuran hasta sayısındaki artış, iş yükünü fazlası ile arttırmakta, hasta muayenesinde hızlıca davranılmasına ve hasta bekleme süresinin uzamasına neden olmaktadır. Bu durum değerlendirme, tanılama ve tedavi sürecinde aksamalara yol açmaktadır. Sunulan hizmetin kalitesini, özellikle yaşamsal olasılıkların kontrol altına alınması için zamana karşı gösterilen mücadelenin başarısını olumsuz etkilemektedir (Jamaras et al., 2010). Diğer yandan mevcut kronik rahatsızlıkların izlemi için acil sağlık hizmetlerinin kullanılması, bu hastalıkların gerektirdiği özel, koruyucu ve sürekli bakıma yönelik hizmetlerden uzak kalınmasına neden olmaktadır (Tsai et al., 2010).

Acil servis hizmetleri, tanı ve tedavi süresince konsültasyonların, klinik laboratuvar testleri ve ileri görüntüleme yöntemlerinin gerekli görüldüğü; detaylı uygulamaların sağlandığı pahalı hizmetlerdir (Bamezai et al., 2005). Bu nedenle uygunsuz kullanım sağlık hizmet sunumunda ülkelere maliyeti artırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre 2007 yılında acil servise yapılan bir başvuru maliyeti yaklaşık olarak 767 dolar iken birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşları için bu rakam 187 dolar olarak belirlenmiştir. Bu durumda birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi görebilecekken hastaların acil servis hizmetlerini tercih etmesi, 580 dolarlık bir maliyet artışı ile sonuçlanırken bu artış yıl

için 38 milyar olarak belirlenmiştir (Bamezai et al., 2005; Gammans, 2014). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanı ve tedavi süreci için yeterli olduğu durumlarda acil servislerin kullanılmamasının maliyeti %69-%80 oranında azalttığı bildirilmektedir (McWilliams et al., 2011). Uygunsuz kullanım verilen hizmetin kalitesini düşürmekte ve maliyetin artmasının yanında kalabalıklaşmaya neden olarak sunulan hizmetlerin sağlanmasını güçleştirmektedir (Olshaker, 2009).

4.8.4.1. Kalabalıklaşma

Türkiye genelinde hatta dünya genelinde acil servislere başvuru oranı son yıllarda giderek artmaktadır. Bireylerin birinci basamak sağlık kuruluşlarından yeterli verimi alamamaları, poliklinik için ise randevu alıp beklemeyi tercih etmemeleri, iş yerinden izin alamayıp poliklinik saatleri içinde başvuramamaları sebebiyle acil servisleri tercih etmeleri acil servislerde kalabalıklaşmayı arttırmaktadır. Bir diğer önemli kalabalıklaşma nedeni ise acil birimlerde tetkiklerin kısa sürede sonuçlanması ve bakımın hızla sağlanması sebebiyle hastaların acil servislere yönelmesidir. Aynı zamanda kaygı düzeyi yüksek olan ve aciliyet kavramını tam bilmeyen hastaların hastanelere sık başvurusu da ülkemizde acil servise başvurunun sayısında artışa neden olmaktadır.

Kalabalıklaşma, uygunsuz kullanımın yol açtığı en önemli problemlerden biridir (Tsai et al.,2010; Gammans, 2014; Olshaker, 2009). Yıllardır üzerinde durulan özellikle son 25 yıldır gündemde olan bu konunun terminolojisi ve ölçümü konusunda bilim dünyası ortak bir görüş sağlayamamıştır. Avustralya Acil Tıp Kurulu (The Australian College For Emergency Medicine: ACEM) kalabalıklaşmayı muayene, tedavi ve taburculuk için bekleyen hasta sayısının acil servis fiziki yapı ve/veya personel kapasitesini aşması nedeniyle acil servis işlevlerinin engellenmesi olarak tanımlamıştır (Richadson ve Mountain, 2009).

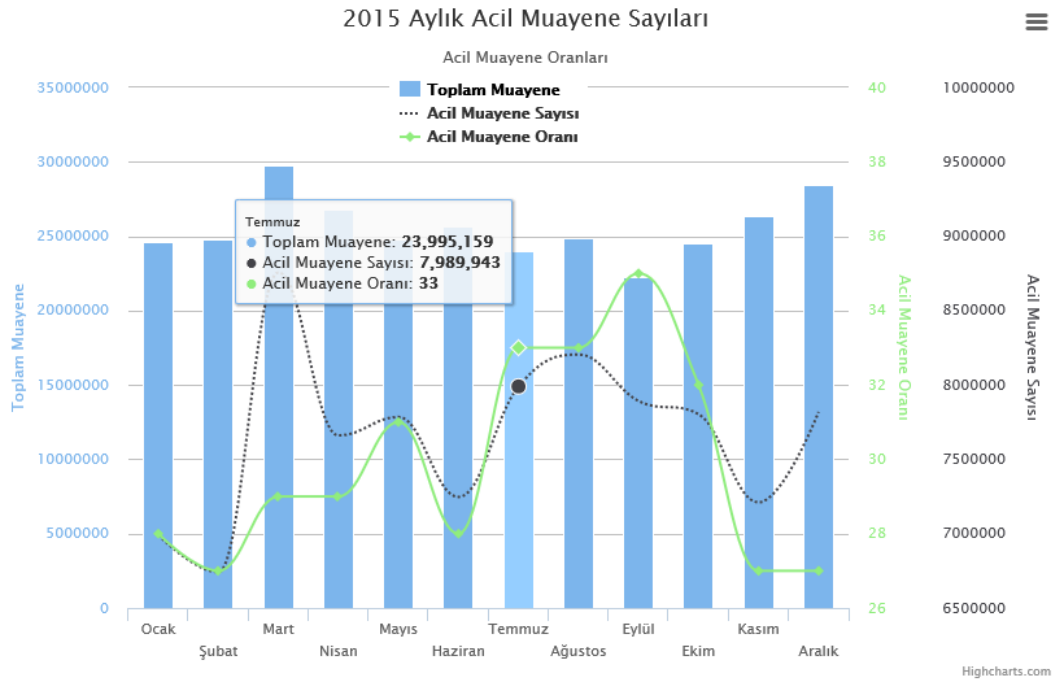
Kalabalıklaşma, acil sağlık hizmetleri üzerinde birçok olumsuz sonuca yol açan önemli bir problem olarak konu edilmektedir (Mumma et al., 2014; Crowford et al., 2014; Handel et al., 2010). Triyaj uygulamasında aksamalar, serviste etkin iletişimin engellenmesi, tıbbi hata gelişme riskinin artması, gerekli tedavi ve bakımın gecikmesi, uygun ağrı kontrolünün yapılamaması gibi durumlar olumsuz sonuçların

başında gelmektedir (Hoot et al.,2008; Tsai et al., 2010; Sun et al., 2013). Bunların yanı sıra kalabalıklaşma etik normlara uymayı zorlaştırmakta, hasta mahremiyeti ve gizliliğinin sürdürülmesini tehlikeye atmaktadır (Hoot et al., 2008). Diğer yandan zamanın etkisiz kullanılmasına yol açarak hasta ve personel memnuniyetini azaltmaktadır (Erenler ve ark., 2014; Abu-Laban, 2006). Ayrıca kalabalıklaşma ile hasta mortalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu da görülmektedir (Richardson 2006; Guttmann et al., 2011; Sprivulis et al., 2006).

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2015 yılı içinde yaklaşık olarak 306 milyon muayene yapılmıştır, bu sayının yaklaşık 92 milyonu acil servise başvurusu olarak belirlenmiştir (raporsaglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 10.04.2019). Acil servislerin bu derece yoğun olması sağlık bakım ekibinin çok acil ve acil vaka grubuna yeteri kadar vakit ayıramamalarına neden olmaktadır.

Şekil 1.

SAĞLIK BAKANLIĞI 2015 YILI ACİL MUAYENE SAYISI VE ORANI



(Kaynak: www.raporsaglik.gov.tr, Erişim Tarihi: 10.04.2019).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Acil olmayan şikayetlerle yapılan başvuruların acil servis kalabalığını ve iş yükünü arttırması tüm dünyada yaygın bir sorundur. Bu durum, acil olmayan şikayetlerle başvuran hastaların neden acil servisleri tercih ettikleri sorusunu gündeme getirmektedir. Bu çalışmada aciliyet kategorisi düşük olan ve yeşil alana giren acil servis hastalarının acil servisi tercih nedenlerinin ve özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma, prospektif kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ilinin Anadolu yakasında bulunan bir kamu hastanesinin üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan Acil Servis biriminde 01.01.2019-28.02.2019 tarihleri arasında yapıldı.

Araştırmanın yapıldığı dönemde acil servis bünyesinde; 8 uzman hekim, 12 pratisyen hekim, 88 hemşire, 14 veri giriş elemanı bulunmaktadır. Acil serviste triyaj ünitesi, EKG-kan alma bölümü, enjeksiyon bölümü, yeşil alan gözlem odası, sarı alan, sarı alan gözlem odası, kırmızı alan ve resüsitasyon odası bulunmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 01.01.2019-28.02.2019 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü hastanenin acil servisine başvuran ve yeşil alan kategorisine giren tüm hastalar oluşturdu.

Örneklem ise araştırmanın yürütüldüğü hastanede 01.01.2018-28.02.2018 tarihleri arasında yeşil alana başvuran hasta sayısı üzerinden hesaplandı. Bu tarihler arasında acil servis yeşil alana kabul edilen 20.000 hasta mevcuttur.

Basit Rastgele Örneklemede Örneklem Genişliği Tahmini

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeşi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen +/- sapma

$$n = \frac{(20000)(1.96)^2(0.50)(0.50)}{(0.0435)^2(20000-1) + (1.96)^2(0.50)(0.50)} = 377 \text{ hasta sayısı}$$

Örneklem minimum 377 hasta alınması gerektiği belirlendi. Araştırma iki ay boyunca hastaneye başvuran toplam 505 hasta ile yapıldı.

5.3.1. Araştırmaya alınma ölçütleri

- 15 yaş ve üstü olma
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

5.3.2. Araştırmadan çıkartılma ölçütleri

- Araştırma sırasında araştırmaya katılmaktan vazgeçme.

5.4. Araştırma Soruları

- Acil serviste yeşil alan hastalarının başvuruları triyaj kriterlerine uygun mudur?
- Acil servis yeşil alan kriterlerine uygun olmayan hastaların acil servisi tercih nedenleri nelerdir?

- Yeşil alan kategorisine uygun olmayan hastaların sosyo demografik özellikleri nelerdir?
- Yeşil alan kategorisine uygun olmayan hastaların tıbbi özellikleri ve sağlık sorunları nelerdir?

5.5. Araştırma Değişkenleri

Bağımlı değişkenler hastaların acil servise başvuru nedenlerinin triyaj kategorisine uygunluğu ve tercih nedenleridir. Hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi tanıtıcı özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler Görüşme Formu (Ek 2) ile toplandı.

Görüşme Formu (Ek 2):

Görüşme Formu araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup tanıtıcı özellikler ve başvuru nedenleri hakkında bilgi edinmeye yönelik 32 sorudan oluşmaktadır.

5.7. Veri Toplama Yöntemi ve Süreci

Veri toplamada yüz yüze görüşme yöntemi kullanıldı. Hastalar acil servis yeşil alan kategorisinde tanı ve tedavi sürecini tamamladıktan ve araştırma hakkında bilgilendirilip, onamları alındıktan sonra Görüşme Formu uygulandı. 18 yaş altındaki hastalarla yapılan görüşmelere ebeveynleri de dahil edildi. Her bir hasta ile yapılan görüşme ortalama 15 dakika sürdü.

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile yapıldı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, birinci çeyreklik, üçüncü çeyreklik, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk

testi ve grafiksel incelemeler ile sınıandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Normal Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi, elde edilen verilerin öz bildirime ve hasta beyanlarına dayalı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

- Gönüllülük ilkesi gereği çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Hastalara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verildi (Ek-3). Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, bilgilendirilmiş yazılı onam alındı (Ek-4). 18 yaş altı (15 yaş üstü erişkin acil kabul edilmektedir) hastaların kendilerinden bilgilendirilmiş sözlü onam, ebeveynlerinden ise bilgilendirilmiş yazılı onam alındı (Ek-6). Gizlilik ilkesine bağlı kalınarak araştırmaya katılan hastaların kimlik bilgileri kullanılmadı.
- Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan izin alındı (Ek-7).
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın yapılabilmesi için kurum izni alındı (Ek-8).
- Araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındı (Ek-9).
- Araştırma süresince etik ilkelere bağlı kalındı.

6.BULGULAR

Yeşil alana giren acil servis hastalarının acil servisi tercih nedenlerinin ve hasta özelliklerinin araştırıldığı çalışmada elde edilen bulgular tablolar halinde verildi;

Tablo 4: Demografik Özelliklerin Dağılımı (N=505)

Özellikler		Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)
Yaş		39,99±18,17	15-88 (35)
		n	%
Cinsiyet	Kadın	288	57,0
	Erkek	217	43,0
Uyruk	Türkiye Cumhuriyeti	491	97,2
	Mülteci	12	2,4
	Diğer Yabancı	2	0,4
Medeni Durumu	Bekar	129	25,5
	Evli	338	66,9
	Eşinden Ayrılmış	5	1,0
	Eşi Vefat Etmiş	33	6,5
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	65	12,9
	Okuryazar	32	6,3
	İlkokul	130	25,7
	Ortaokul	83	16,4
	Lise	134	26,5
	Önlisans – Lisans	52	10,3
	Yüksek Lisans – Doktora	9	1,8

Yaş ortalaması 39,99±18,17 olan hastaların %57'si (n=288) kadın, %66,9'u (n=338) evli, %97,2'si (n=491) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı idi. Diğer demografik özellik olan eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde hastaların %12,9 (n=65) okuryazar değil iken, %48,4'ü (n=245) okuryazar, ilk ve ortaokul, % 37,6 (n=195) lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir.

Tablo 5: Sosyal Belirteçlerin Dağılımı (N=505)

Özellikler		n	(%)
Yaşam Çevresi	Yalnız	35	6,9
	Aile	456	90,3
	Bakıcı – Bakımevi	2	0,4
	Diğer	12	2,4
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Yok	35	6,9
	1 Kişi	63	12,5
	2 Kişi	58	11,5
	3 Kişi	125	24,8
	4 Kişi	117	23,2
	≥5 Kişi	107	21,2
Çalışma Durumu	Evet	243	48,1
	Hayır	262	51,9
Çalışılan Sektör	Kamu	45	18,5
	Özel	163	67,1
	Serbest	35	14,4
Aylık Gelir	0-1600 TL	71	14,1
	1601-2500 TL	180	35,6
	2501-3500 TL	140	27,7
	≥3501 TL	114	22,6
Gelir Durumu	Düşük	171	33,9
	Orta	225	44,6
	İyi	89	17,6
	Yüksek	20	4,0
Sosyal Güvence	Yok	62	12,3
	Yeşil Kart	29	5,7
	SGK	382	75,6
	Özel Sigorta	32	6,3

Acil servis yeşil alan hastaları sosyal belirteç açısından değerlendirildiğinde; %90,3'ü (n=456) ailesi ile yaşadığını, %21,2'si (n=107) evde yaşayan kişi sayısının 5 ve üzerinde olduğunu belirtti. Hastaların %48,1'inin (n=243) çalıştığı, %12,3'ünün (n=62) hiçbir sosyal güvencesinin olmadığı, %14,1'inin (n=71) aylık gelirinin 0-1600 TL olduğu ve %33,9'unun (n=171) gelir durumunu düşük olarak nitelediği belirlendi.

Tablo 6: Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=505)

Özellikler		n	%
Ek Hastalık Varlığı	Evet	138	27,3
	Hayır	367	72,7
Hastalıklar (n=138)	Hipertansiyon	51	37,0
	Diyabet	31	22,5
	KOAH-Astım	26	18,8
	Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları	9	6,5
	Kalp Hastalıkları	7	5,1
	Romatizmal Hastalıklar	5	3,6
	Kanser Türleri	5	3,6
	Ruh ve Sinir Hastalıkları	4	2,9

Acil servis yeşil alan hastalarının %27,3'ünün (n=138) ek hastalığı olduğu ve bu hastaların büyük çoğunluğunun (%78,3; n=107) KOAH-astım, diyabet ve hipertansiyon hastalıklarından en az birine sahip olduğu görüldü.

Tablo 7: Aile İlişkilerindeki Sorun Yaşama Durumunun Dağılımı (N=505)

Özellikler		n	%
Aile İlişkilerinde Sorun	Var	25	5,0
	Yok	396	78,4
	Bazen	84	16,6

Hastaların %78,4'ü (n=396) aile ilişkilerinde sorun olmadığını belirtti.

Tablo 8: Başvuruya İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N=505)

Özellikler		Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)
Ev ile Hastane Arası Mesafe (km)		5,85±4,35	0,3-28(5)
		n	%
Hastaneye Başvuru Günü	Pazartesi	75	14,9
	Salı	68	13,5
	Çarşamba	75	14,9
	Perşembe	76	15,0
	Cuma	84	16,6
	Cumartesi	61	12,1
	Pazar	66	13,1
Başvuru Saati	08.00 – 16.00	160	31,7
	16.01 – 00.00	181	35,8
	00.01 – 07.59	164	32,5
Başvuru Şekli	Ayaktan	473	93,7
	Tekerlekli Sandalye	18	3,6
	Ambulans	14	2,8
Acil Servisi Tercih Nedeni	Daha Hızlı Bakım	243	48,1
	Daha Kaliteli Bakım	51	10,1
	İş Yerinden İzin Alamama	44	8,7
	Daha Ucuz Bakım	42	8,3
	Randevu Alamama	34	6,7
	Diğer	91	18,0

Hastaların evi ile hastane arasındaki mesafe ortalama 5,85±4,35 km olup, hastaların %16,6'sının (n=84) Cuma günü, %35,8'inin (n=181) 16.01-00.00 saat dilimleri arasında hastaneye başvurduğu gözlemlendi.

Hastaların %93,7'sinin (n=473) ayaktan başvuru yaptığı belirlendi. Acil servisi tercih nedeni açısından değerlendirildiğinde %6,7'si polikliniklerden randevu alamadığı, %48,1'i (n=243) daha hızlı bakım sağlandığını düşündüğü için acil servise başvurduğunu bildirdi.

Tablo 9: Şikayete İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=505)

Özellikler		n	%
Ön Tanı	Üst Solunum Yolu Enf., Ateş, Öksürük	193	38,2
	Baş Ağrısı, Baş Dönmesi	100	19,8
	Karın Ağrıları, Bulantı-Kusma, İshal	106	21,0
	İdrar Yolu Enf., Hafif Yan Ağrıları	19	3,8
	Eklem Ağrıları	29	5,7
	Vücut Ağrıları, Bel-Sırt Ağrıları	39	7,7
	Alerji, Kaşıntı	14	2,8
	Diş ve Kulak Ağrıları	5	1,0
Şikayetin Aciliyet Algısı	Çok Acil	211	41,8
	Acil	231	45,7
	Acil Değil	35	6,9
	Bilmiyor	28	5,5
Şikayetin Başlangıcı	0-2 Saat	42	8,3
	3-4 Saat	69	13,7
	5-12 Saat	78	15,4
	13-24 Saat	56	11,1
	Birkaç Gün	186	36,8
	Birkaç Hafta	74	14,7
Şikayetin Başlangıç Süresine Göre “Aciliyet Kriterlerine Uygunluğu”	0-24 saat (Uygun)	245	48
	24 saatten fazla (Uygun Değil)	260	52

Hastalarının %38,2’sinin (n=193) üst solunum yolu enfeksiyonu-ateş-öksürük ön tanısı aldıkları görüldü. %41,8’inin (n=211) şikayetlerini “çok acil” olarak nitelediği, şikayet başlangıç zamanı değerlendirildiğinde hastaların %36,8’inin (n=186) şikayetinin birkaç gün ve %14,7’sinin (n=74) şikayetinin birkaç hafta önce başladığı belirlendi. Şikayetin başlangıç süresine göre incelendiğinde yeşil alan triyaj kategorisine kabul edilen hastaların %52’sinin başvurusunun aciliyet kriterlerine uygun olmadığı görüldü.

Tablo 10: Mevcut Şikayet İçin Acil Dışı Başvuru Durumlarının Dağılımı (N=505)

Özellikler		n	%
Aile Hekimi	Var	476	94,3
	Yok	29	5,7
Aile Hekimine Başvuru	Evet	61	12,8
	Hayır	415	87,2
Aile Hekimi Sonuç	İlaç Tedavisi	45	73,8
	Takip – Kontrol	9	14,8
	Hastaneye Sevk	7	11,5
İş Yeri Hekimi	Var	98	40,3
	Yok	145	59,7
İş Yeri Hekimine Başvuru	Evet	5	5,1
	Hayır	93	94,9
İş Yeri Hekimi Sonuç	İlaç Tedavisi	2	40,0
	Takip – Kontrol	2	40,0
	Hastaneye Sevk	1	20,0
Mevcut Şikayet İçin Daha Öncesinde Polikliniğe Başvuru	Evet	118	23,4
	Hayır	387	76,6

Hastaların %94,3'ünün (n=476) aile hekimi olduğu, aile hekimi olan hastaların %12,8'inin (n=61) mevcut şikayetleri için hastaneye gelmeden önce aile hekimine başvurduğu, başvuran olguların %11,5'inin (n=7) hastaneye ayaktan sevkinin olduğu belirlendi.

Çalışan hastaların %40,3'ünün iş yeri hekimi olduğu, %5,1'inin (n=5) mevcut şikayeti için iş yeri hekimine başvurduğu, başvuran hastaların %20,0'sinin (n=1) hastaneye ayaktan sevkinin olduğu tespit edildi.

Hastaların %23,4'ünün (n=118) mevcut şikayeti için daha önce polikliniğe başvurduğu belirlendi.

Tablo 11: Mevcut Şikayete Bağlı Kaygı Durumu Dağılımı (N=505)

Kaygı Durumu	n	%
Kaygısı Yok	218	43,2
Endişeli	213	42,2
Sürekli Kaygılı	55	10,9
Ölüm Korkusu Var	19	3,8

Hastaların %43,2'si (n=218) mevcut şikayetlerine bağlı bir kaygılarının olmadığını, %10,9'u (n=55) sürekli kaygılı olduklarını ifade etti.

Tablo 12: Sağlık Kurumlarına Son Bir Yıldaki Başvuru Sayılarının Dağılımı (N=505)

Özellikler	Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)
Acile Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	6,58±7,97	1-100 (4)
Aile Hekimine Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	3,02±4,40	0-35 (2)
İşyeri Hekimine Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	0,39±1,48	0-20 (0)
Polikliniklere Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	3,76±5,37	0-50 (2)

Hastaların sağlık kurumlarına son bir yıl içindeki başvuru durumu incelendiğinde; acil servise başvuru sayısının 1-100 arasında değiştiği, ortalama 6,58±7,97 olduğu; aile hekimine başvuru sayısının 0-35 arasında değiştiği, ortalama 3,02±4,40 olduğu; iş yeri hekimine başvuru sayısının 0-20 arasında değiştiği, ortalama 0,39±1,48 olduğu; polikliniğe başvuru sayısının 0-50 arasında değiştiği, ortalama 3,76±5,37 olduğu belirlendi.

Tablo 13: Demografik Özelliklere Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)			
Yaş	Min-Maks (Medyan)	15-88 (38)		15-87 (34)		Z:-2,257 ^a	0,024*
	Ort±Ss	41,99±19,01		37,88±17,03			
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	135	53,1	135	46,9	χ ² :0,722 ^b	0,396
	Erkek	107	49,3	110	50,7		
Medeni Durumu	Bekar	61	47,3	68	52,7	χ ² :5,417 ^c	0,137
	Evli	173	51,2	165	48,8		
	Eşinden Ayrılmış	4	80,0	1	20,0		
	Eşi Vefat Etmiş	22	66,7	11	33,3		
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	44	67,7	21	32,3	χ ² :10,495 ^b	0,105
	Okuryazar	17	53,1	15	46,9		
	İlkokul	70	53,8	60	46,2		
	Ortaokul	37	44,6	46	55,4		
	Lise	65	48,5	69	51,5		
	Önlisans- Lisans	23	44,2	29	55,8		
	Yüksek Lisans- Doktora	4	44,4	5	55,6		

^aMann Whitney U Test

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher Freeman Halton Test

*p<0,05

Acil servis yeşil alana başvuru durumu uygun olmayan hastaların yaş ortalaması ile başvuru durumu uygun olan hastaların yaş ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu (p=0,024; p<0,05); başvuru durumu uygun olmayan hastaların yaş ortalamasının (41,99), başvuru durumu uygun olan hastaların yaş ortalamasından (37,88) yüksek olduğu saptandı.

Cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeylerine göre başvuru uygunluk durumu incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

Tablo 14: Sosyal Belirteçlere Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)			
		n	%	n	%		
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	Yok	15	42,9	20	57,1	χ^2 :10,242	0,069
	1 Kişi	39	61,9	24	38,1		
	2 Kişi	27	46,6	31	53,4		
	3 Kişi	64	51,2	61	48,8		
	4 Kişi	51	43,6	66	56,4		
	≥5 Kişi	64	59,8	43	40,2		
Çalışma Durumu	Evet	117	48,1	126	51,9	χ^2 :2,088	0,148
	Hayır	143	54,6	119	45,4		
Çalışılan Sektör	Kamu	18	40,0	27	60,0	χ^2 :2,338	0,311
	Özel	79	48,5	84	51,5		
	Serbest	20	57,1	15	42,9		
Aylık Gelir	0-1600 TL	39	54,9	32	45,1	χ^2 :2,230	0,526
	1601-2500 TL	98	54,4	82	45,6		
	2501-3500 TL	70	50,0	70	50,0		
	≥3501 TL	53	46,5	61	53,5		
Gelir Durumu	Düşük	100	58,5	71	41,5	χ^2 :8,141	0,043*
	Orta	108	48,0	117	52,0		
	İyi	46	51,7	43	48,3		
	Yüksek	6	30,0	14	70,0		
Sosyal Güvence	Yok	31	50,0	31	50,0	χ^2 :5,397	0,145
	Yeşil Kart	21	72,4	8	27,6		
	SGK	192	50,3	190	49,7		
	Özel Sigorta	16	50,0	16	50,0		

Pearson Chi-Square Test

*p<0,05

Acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumu sosyal belirteçlere göre değerlendirildiğinde; evde yaşayan kişi sayısı, çalışma durumu, çalışılan sektör, aylık gelir düzeyi ve sosyal güvencenin varlığı açısından başvuru uygunluk durumunda anlamlı bir fark olmadığı bulundu(p>0,05).

Acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumu hastaların gelir durumu algısına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p=0,043$; $p<0,05$), gelir durumunu düşük olarak niteleyen hastalarda uygun olmayan başvuru oranının, gelir durumunu yüksek olarak niteleyen hastalarda ise uygun başvuru oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 15: Ek Hastalık Varlığına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)			
		n	%	n	%		
Ek Hastalık Varlığı	Evet	74	53,6	64	46,4	χ^2 :0,348	0,556
	Hayır	186	50,7	181	49,3		

Pearson Chi-Square Test

* $p<0,05$

Hastaların başvuru uygunluk durumu ek hastalık varlığına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 16: Aile İlişkilerinde Sorun Varlığına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)			
		n	%	n	%		
Aile İlişkilerinde Sorun	Var	16	64,0	9	36,0	$\chi^2:1,816$	0,403
	Yok	203	51,3	193	48,7		
	Bazen	41	48,8	43	51,2		

Pearson Chi-Square Test

* $p<0,05$

Hastaların başvuru uygunluk durumu aile ilişkilerinde sorun olma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 17: Başvuruya İlişkin Özelliklere Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)			
Ev ile Hastane Arası Mesafe	Min-Maks (Medyan)	0,3-25 (5)		0,3-28 (5)		Z:-1,386 ^a	0,166
	Ort±Ss	6,10±4,51		5,58±4,17			
		n	%	n	%		
Acil Servisi Tercih Nedeni	İş yerinden izin alamama	19	43,2	25	56,8	χ^2 :7,090 ^b	0,214
	Daha ucuz bakım	21	50,0	21	50,0		
	Poliklinik Randevusu Alamama	23	67,6	11	32,4		
	Daha kaliteli bakım	31	60,8	20	39,2		
	Daha hızlı bakım	122	50,2	121	49,8		
	Diğer	44	48,4	47	51,6		

^aMann Whitney U Test

^bPearson Chi-Square Test

* $p<0,05$

Hastaların acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumu hastane ile ev arasındaki mesafe ve acil servisi tercih nedenleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 18: Şikayetin Özelliklerine Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

Özellikler		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar(24 saat ↑)(n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar(0-24 saat)(n=245)			
		n	%	n	%		
Ön Tanı	Üst Solunum Yolu Enf., Ateş, Öksürük	118	61,1	75	38,9	χ^2 :26,049	0,001*
	Baş Ağrısı, Baş Dönmesi	43	43,0	57	57,0		
	Karın Ağrıları, Bulantı-Kusma, İshal	38	35,8	68	64,2		
	İdrar Yolu Enf., Hafif Yan Ağrıları	8	42,1	11	57,9		
	Eklem Ağrıları	19	65,5	10	34,5		
	Vücut Ağrıları, Bel-Sırt Ağrıları	21	53,8	18	46,2		
	Alerji, Kaşıntı	9	64,3	5	35,7		
	Diş ve Kulak Ağrıları	4	80,0	1	20,0		
Şikayetin Aciliyeti	Çok Acil	93	44,1	118	55,9	χ^2 :8,566	0,036*
	Acil	129	55,8	102	44,2		
	Acil Değil	22	62,9	13	37,1		
	Bilmiyor	16	57,1	12	42,9		

Pearson Chi-Square Test

*p<0,05

Acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumu hastaların ön tanılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p=0,001; p<0,01), ön tanısı üst solunum yolu enfeksiyonu, ateş, öksürük olan hastaların polikliniğe başvurması gerekirken acil servise başvurma oranı karın ağrısı, bulantı-kusma, ishal şikayetiyle başvuranlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumunun; hastaların şikayetlerinin aciliyet algısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği (p=0,036; p<0,05),

şikayeti için çok acil olduğunu düşünen olguların polikliniğe başvurması gerekirken acil servise başvurma oranının diğer hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

Tablo 19: Mevcut Şikayet İçin Acil Dışı Başvuru Durumlarına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup				Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar(24 saat ↑)(n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar(0-24 saat)(n=245)			
		n	%	n	%		
Aile Hekimi	Var	250	52,5	226	47,5	χ^2 :3,561	0,059
	Yok	10	34,5	19	65,5		
İş Yeri Hekimi	Var	39	39,8	59	60,2	χ^2 :4,589	0,032*
	Yok	78	53,8	67	46,2		
Şikayet İçin Daha Öncesinde Polikliniğe Başvuru	Evet	74	62,7	44	37,3	χ^2 :7,770	0,005**
	Hayır	186	48,1	201	51,9		

Pearson Chi-Square Test

*p<0,05

Aile hekimi olmayan hastalarda acil servise başvurulardaki uygunluk oranı diğerlerine göre daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,059; p>0,05).

İş yeri hekimi olan hastaların polikliniğe başvurması gerekirken acil servise başvurma oranı, iş yeri hekimi olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptandı (p=0,032; p<0,05).

Şikayeti için daha öncesinde polikliniğe başvuran hastaların tekrar polikliniğe başvurması gerekirken acil servise başvurma oranı şikayeti için daha öncesinde polikliniğe başvuru yapmamış hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptandı(p=0,005; p<0,01).

Tablo 20: Mevcut Şikayete Bağlı Kaygı Durumuna Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

Kaygı Durumu	Grup				Test	p
	Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)		Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)			
	n	%	n	%		
Kaygısı Yok	116	53,2	102	46,8	χ^2 :0,989	0,804
Endişeli	105	49,3	108	50,7		
Sürekli Kaygılı	28	50,9	27	49,1		
Ölüm Korkusu Var	11	57,9	8	42,1		
Pearson Chi-Square Test			*p<0,05			

Hastaların acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumu şikayetlerinebağlı kaygı duyma durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 21: Sağlık Kurumlarına Son Bir Yıldaki Başvuru Sayılarına Göre Başvuru Uygunluk Durumunun Karşılaştırılması (N=505)

		Grup		Test	p
		Acil Servise Başvurması Uygun Olmayanlar (24 saat ↑) (n=260)	Acil Servise Başvurması Uygun Olanlar (0-24 saat) (n=245)		
Acile Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	1-100 (4)	1-40 (3)	Z:-2,055	0,040*
	<i>Ort±Ss</i>	7,13±9,11	6,00±6,52		
Aile Hekimine Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-35 (2)	0-30 (1)	Z:-1,906	0,057
	<i>Ort±Ss</i>	3,10±4,10	2,93±4,72		
Polikliniklere Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	0-50 (2)	0-30 (2)	Z:-1,893	0,058
	<i>Ort±Ss</i>	4,07±6,06	3,42±4,50		

Mann Whitney U Test

**p<0,05*

Acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumusun bir yıldaki acil servise başvuru sayılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p=0,040$; $p<0,05$). Başvurusu uygun olmayan hastaların acil servise son bir yıldaki başvuru sayılarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı.

Acil servis yeşil alana başvuru uygunluk durumunun aile hekimine ve polikliniklere son bir yıl içindeki başvuru sayılarına göre ise istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 22: Acil Servise Son Bir Yıldaki Başvuru Durumunun Değerlendirilmesi (N=505)

		Acile Son Bir Yıldaki Başvuru Sayısı		Test	p
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss		
Cinsiyet	Kadın (n=288)	1-45 (4)	6,96±7,65	Z:-1,016 ^a	0,310
	Erkek (n=217)	1-100 (4)	6,08±8,38		
Çalışma Durumu	Evet (n=243)	1-40 (4)	5,39±5,60	Z:-2,874 ^a	0,004**
	Hayır (n=262)	1-100 (4)	7,69±9,55		
Ek Hastalık Varlığı	Evet (n=138)	1-100 (6)	9,58±11,54	Z:-4,960 ^a	0,001**
	Hayır (n=367)	1-40 (3)	5,46±5,75		
Şikayete Bağlı Kaygı Durumu	Kaygısı Yok (n=218)	1-25 (3)	4,61±4,57	χ^2 :46,773 ^b	0,001**
	Endişeli (n=213)	1-45 (4)	6,38±6,24		
	Sürekli Kaygılı (n=55)	1-40 (8)	11,67±10,80		
	Ölüm Korkusu Var (n=19)	1-100 (10)	16,79±22,00		
Ön Tanı	Üst Solunum Yolu Enf., Ateş, Öksürük (n=193)	1-40 (3)	6,01±6,79	χ^2 :12,588 ^b	0,083
	Baş Ağrısı, Baş Dönmesi (n=100)	1-45 (5)	7,55±8,03		
	Karın Ağrıları, Bulantı-Kusma, İshal (n=106)	1-30 (3)	6,09±6,83		
	İdrar Yolu Enf., Hafif Yan Ağrıları (n=19)	1-15 (4)	5,74±3,90		
	Eklemler Ağrıları (n=29)	1-100 (4)	8,86±18,07		
	Vücut Ağrıları, Bel-Sırt Ağrıları (n=39)	1-25 (6)	7,72±6,27		
	Alerji, Kaşıntı (n=14)	1-20 (4,5)	5,93±6,34		
	Diş ve Kulak Ağrıları (n=5)	1-5 (2)	2,80±2,05		
Yaş		r	p		
		0,111	0,012*		

^aMann Whitney U Test

^bKruskal Wallis Test

r=Spearman's Korelasyon Katsayısı

*p<0,05

**p<0,01

Hastaların acil servise son bir yıl içindeki başvuru sayıları çeşitli değişkenlere göre incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklar belirlendi. Buna göre çalışmayan ve ek hastalığı olan hastaların başvuru sayıları diğer hastalara göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$).

Hastaların şikayetleri nedeniyle duydukları kaygı düzeyine göre de başvuru sayılarının farklılık gösterdiği ($p=0,001$; $p<0,01$) saptandı. Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; kaygısı olmayan hastaların başvuru sayısı, endişesi olan, sürekli kaygısı olan ve ölüm korkusu olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,002$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Aynı şekilde endişesi olan hastaların başvuru sayısı, sürekli kaygısı ve ölüm korkusu olan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,007$; $p=0,013$; $p<0,05$).

Hastaların yaşları ile acil servise son bir yıldaki başvuru sayıları arasındaki korelasyona bakıldığında; pozitif yönlü, çok zayıf bir ilişki olduğu, yaş arttıkça acile başvuru sayısının arttığı belirlendi ($r=0,111$; $p=0,012$; $p<0,05$).

Hastaların cinsiyetine ve triyaj ünitesinde aldıkları ön tanıya göre ise acil servise son bir yıldaki başvuru sayılarının anlamlı fark göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 23: Hastaların Cinsiyetine Göre Başvuru Günü ve Başvuru Saatinin Karşılaştırılması (N=505)

Özellikler		Cinsiyet				Test	p
		Kadın		Erkek			
		n	%	n	%		
Başvuru	Pazartesi	38	13,2	37	17,1	χ^2 :3,107	0,795
Günü	Salı	37	12,8	31	14,3		
	Çarşamba	41	14,2	34	15,7		
	Perşembe	45	15,6	31	14,3		
	Cuma	49	17,0	35	16,1		
	Cumartesi	39	13,5	22	10,1		
	Pazar	39	13,5	27	12,4		
Başvuru	08.00 – 16.00	85	29,5	75	34,6	χ^2 :1,564	0,458
Saati	16.01 – 00.00	108	37,5	73	33,6		
	00.01 – 07.59	95	33,0	69	31,8		

Pearson Chi-Square Test

*p<0,05

Hastaların cinsiyetlere göre acil servise başvurdıkları günlerin dağılımları ve başvurdıkları saatlerin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Acil servisler hızlı ve doğru karar verme özelliğinin yanında, bu kararların biran önce uygulanmasını gerektiren, diğer sağlık alanları dışında kendine özel sorunları ve işlevi olan birimlerdir. Acil servislerin en önemli özelliğinden biri her yerde ve her saatte ulaşılan bir alan olmasıdır. Hasta çeşitliliği bakımından geniş bir kapsama sahiptir ve başvuran her hastanın bir değerine göre tamamen farklı şikayetleri olabilir. Bu durumda acil serviste bulunan sağlık çalışanlarının tüm vakalara şüpheli ve dikkatli yaklaşması gerekmektedir.

Acil servise başvuran tüm hastalar diğer tüm hastalar gibi hızlı ve kaliteli bakım beklemektedirler. Kaliteli ve hızlı bakımın sağlanması doğru müdahalenin yanı sıra başvuran her hastanın şikayet ve belirtilerinin eksiksiz alınıp kaydedilmesi ve yorumlanmasıyla mümkün olmaktadır.

Acil servislere başvuran hastaların aciliyet durumlarına göre sıralama yapılması triyaj ünitesinde gerçekleşmektedir. Ülkemizde triyaj değerlendirmesi genellikle hemşire tarafından yapılmaktadır. Çalışmamızdaki triyaj değerlendirmesi ve ön tanı triyaj eğitimi alan triyaj hemşireleri tarafından yapılmıştır. Öncelik sırası belirlemek için yapılan triyaj renk kodlaması en acil olandan olmayana doğru sırasıyla kırmızı, sarı ve yeşil alan hastalarını içermektedir. Çalışmamızın yapıldığı hastanede 2 aylık süreç içinde acil servise başvuran tüm hastaların dağılımı%2,5 çok acil kırmızı alan, %46 acil sarı alan, %57,5 acil olmayan yeşil alan olarak belirlendi.

Başka bir çalışmada, triyaj değerlendirmesi rutin olarak hemşireler tarafından yapılan bir üniversite hastanesinde hemşire ve hekimlerin değerlendirmelerinin birbirine benzerliği karşılaştırılmış, hemşireler ve acil servis asistan hekimlerinin 495 hastanın %71,5'ini çok acil kategorisinde değerlendirdiklerini ve aralarında fark olmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada acil ve acil olmayan triyaj değerlendirmeleri açısından hemşire ve hekimler karşılaştırıldığında da aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Aydın ve ark., 2010). Aydın ve arkadaşlarının üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan acil serviste yaptığı bir araştırmada triyaj kodlamasının hemşireler tarafından yapıldığı belirlenmiş, çok acil olarak kodlanan hasta oranı %16,5; acil hasta oranı %21,2 ve acil olmayan başvuru olarak

değerlendirilen yeşil alan hasta oranı %62,3 olarak bildirilmiştir (Aydın,2010). Ülkemizde Selçuk Üniversitesi Hastanesinde yapılan başka bir çalışmada ise bu oranlar sırasıyla %0,27; 31,27 ve 68,52 olarak bildirilmiştir (Çelikten, 2016). Çalışmamızın bulgusu ülkemizde yapılan diğer araştırmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamız acil servis yeşil alan hasta grubu için başvuruların uygunluğunu ve hasta özelliklerini değerlendirmek, acil olmayan şikayetler için neden acil servisi tercih ettiklerini belirlemek amacıyla yapıldı. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda uygunsuz acil kullanımı birçok farklı ölçütlerle tanımlanmıştır. Bu çalışmada; “Hiçbir hayati risk olmaksızın sağlık sisteminin başka bir basamağında daha uygun şekilde değerlendirilip tedavi edilebilecek ve bakım için en az 24 saat beklenebilecek başvurular” acil olmayan hasta; “Acil olmayan hastaların sağlık hizmeti almak için acil servislere başvurması” ise acil servislerin uygunsuz kullanımı olarak kabul edildi.

Çalışmamızda acil servise başvuran ve acil olmayan hasta grubu olarak nitelendirdiğimiz yeşil alana yönlendirilen, acil servis hastalarının tamamının %57,5’ini oluşturan hastaların %52’sinin mevcut şikayetlerinin başlangıcından itibaren 24 saatten fazla zaman geçtiği ve acil servise başvurmalarının uygun olmadığı, %48’inin ise şikayetlerinin başlangıç süresinin 24 saati geçmediği ve zaman ölçütü açısından uygun olmakla birlikte acil olmayan sebebler ile başvurduğu görüldü (Tablo 9).

Literatürde dünya genelinde yapılmış benzer araştırmalara bakıldığında hastaların güvenle bekleyebilecekleri sürenin uygunluk ölçütünün 24 saat olarak kabul edildiği birçok araştırma vardır. 2011 yılında Harris ve ark., mesai içerisindeki başvuruları değerlendirdikleri çalışmada, prevalansın %21’inin tedavi ve bakım için en az 24 saat bekleyebileceğini ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının yeterli olabileceğini bildirmiştir (Harris et al., 2011). Garcia ve arkadaşlarının tıbbi kayıtlara dayanan çalışmasında 2-24 saat bekleme süresine göre acil servise tüm başvuruların %10’unun uygunsuz olduğu bildirilmektedir (Garcia et al., 2010). Amerika’da yapılan başka bir çalışmada 12 saat güvenle bekleme süresine göre acil servis prevalansının %31’i uygunsuz başvuru olarak kabul edilmiştir (Michelen et al., 2006). Tayvan’da Tsai ve ark.’nın yapmış olduğu bir diğer çalışmada hekim

muayenesi için en az 2 saat bekletilebilecek hastaların acil olmadığı kabul edilmiş ve bir haftalık başvuru verileri değerlendirildiğinde %52'sinin uygunsuz başvuru olduğu belirlenmiştir (Tsai et al., 2010). Triyaj değerlendirmeleri acil servis hekimleri tarafından yapılmış olan başka bir çalışmada da acil servise uygunsuz başvuru oranının %52,94 olduğu ve bu hastalarda hiçbir tedavi ve ileri bir incelemeye gerek olmadığı bildirilmiştir (Cooke ve ark., 2003).

Ülkemiz dışında yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında uygunsuz başvuru sıklığı %10,0 ile %59,4 oranlarında değişiklik göstermektedir (McWilliams et al., 2011; Carret et al., 2007; Penson et al., 2012; Doty ve Holmgren, 2006; Nagre et al., 2013; Gentile et al., 2010).

Ülkemizde konu ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ersel ve arkadaşlarının (2006) acil servisin kullanım özelliklerini belirlemeyi amaçladıkları araştırmada hastaların %67,8'inin aciliyet kategorisi açısından uygun olduğu, %32,2'sinin uygun olmadığını belirtmişlerdir. Triyaj kategorilerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada Kılıçarslan ve arkadaşları başvuruların %47,2'sinin uygunsuz acil başvurusu olduğunu bildirmiştir (Kılıçarslan ve ark., 2005). Aydın ve ark.'nın çalışmasında 3000 hasta acil tıp asistan hekimler tarafından değerlendirilmiş, çalışma sonucunda %62,3'ünün acil başvurusunun uygun olmadığı sonucuna varılmıştır (Aydın ve ark., 2010). Acil servislerin uygunsuz kullanımı, acil servislerde aşırı bir yoğunluğa ve sağlık giderlerinde artışa sebep olmaktadır. Van ilinde bir üniversite hastanesinde acil servisteki hastaların özelliklerinin incelendiği çalışmada başvuran hastaların %19,5'inin acil servise başvurusunun uygun olmadığı belirlenmiştir (Edirne ve ark., 2008). Acil servise başvuran hasta profili ve uygunluğu adlı bir çalışmada başvuran hastaların büyük çoğunluğunun birinci basamak sağlık hizmetlerinde ve polikliniklerde rahatlıkla tedavi ve takip edilebileceği görüşüne varıldığı bildirilmiştir (Köse ve ark., 2011). Uludağ Üniversitesi'nde yapılan çalışmada hastaların %62,3'ünün acil servise uygun olmayan durumlar yüzünden başvurduğu bildirilmiştir (Aydın ve ark., 2010). Avrupa Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi 2005 yılındaki verilere bakacak olursak başvuruların sadece %5,5'inin acil hasta grubu olarak tespit edildiği bildirilmiştir (Köse ve ark., 2011). Akdeniz Üniversitesi'nde ise acil olmayan başvuruların oranı %47,24 olarak bildirmiştir

(Kılıçaslan ve ark., 2005). Bir devlet hastanesinde acil servise başvuran hastaların analizi adlı bir çalışmada hastaların %47,7'sinin acil olmadığı ve başvuru sebebinin uygun olmadığı bildirilmiştir (Cinaver ve ark., 1999). Acil servise başvuru uygunluk kriteri olarak başka hastaneden sevk, yatış oranı, tanısal test ve uygulanan tedavilerin incelendiği ayrıntılı çalışmada tüm hastaların %68,7'sinin uygun olduğu görülmüştür (Pereira et al., 2001).

Literatür incelendiğinde acil servislerin uygunsuz kullanımına yönelik büyük farklılıklar görülmektedir. Bunun temel sebebi aciliyeti ölçecek, aciliyeti kesin sınırlarla belirleyecek standart bir ölçütün olmayışı olarak düşünülebilir.

Çalışmamızda acil servis yeşil alan hastalarının yaş ortalaması $39,99 \pm 18,17$ olarak saptandı (Tablo 4). Yeşil alan başvurusu uygun olmayan hastaların yaş ortalaması $41,99 \pm 19,01$ iken, acil servise başvurması uygun olan hastaların yaş ortalaması $37,88 \pm 17,03$ olarak saptandı. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 13).

Acil servislere başvuru uygunluğunu araştıran başka bir çalışmada; acil servise başvuran tüm hastaların yaş grupları incelendiğinde; hastaların %77'sinin 17-65 yaş arasında olduğu bildirilmiştir. Bunu sırasıyla %14,7 ile 1-16 yaş arasındaki, %7,1 ile 65 yaş üstündeki ve %1,2 ile 0-1 yaş arasındaki hastalar izlemektedir. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi acil servis verileri değerlendirildiğinde başvuran hastaların %24,6'sı 14-30 yaş arasında, %13'ü 31-40 yaş arasında, %16,2'si 41-50 yaş arasında, %41'i ise 50 yaş ve üstü hastalardan oluşmaktadır (Polat ve ark., 2005). Ersel ve arkadaşlarının çalışmasında ise %43,4'ünün 17-39 yaş grubunda, %39,0'unun 40-64 yaş grubunda ve %17,6'sının 65 yaş üstünde olduğu bildirilmiştir (Ersel ve ark., 2006). 2011 yılında ABD'de Ulusal Hastane Ayaktan Bakım Araştırması (NHAMCS) verilerine göre; 25-44 ve 45-64 yaş aralıklarında başvuruların en yüksek olduğu belirlenmiştir (NHAMCS 2011). Acil servise başvuran hastalarımızın büyük bir bölümü orta yaş hasta grubunda olup yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda acil servis yeşil alana başvuran hastaların toplamda %57'si (n=288) kadın, %43'ü (n=217) erkektir (Tablo 4). Acil servise başvurusu uygun

olmayan hastaların %53,1'i (n=135) kadın, %49,3'ü (n=107) erkektir (Tablo 13). Cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık bulunmasa da kadın hastaların acil servisi daha fazla oranda uygunsuz kullandığı görülmektedir.

Çalışmamıza benzerlik gösteren ve 2016 yılında yapılan bir çalışmada acil servis başvuru bulguları incelendiğinde erkek başvuru oranı %51,03 iken, kadın başvuru oranı %48,97 olarak tespit edilmiş, çalışmada cinsiyet açısından fark bulunamamıştır (Çelikten, 2016). Bir başka çalışmada ise kadın oranı %56,8 iken, erkek oranı %43,2 olarak bildirilmiştir (Edirne ve ark., 2008). Oktay ve ark.'nın (2003) yapmış olduğu çalışmada acil başvurularının %43,5'inin erkek; %56,5'inin kadın hastalar olduğu bildirilmiştir.

Cinsiyete göre tüm triyaj kategorilerini içine alan bir çalışmada çok acil grubunda olan hastalarda erkeklerin başvuru oranının, acil olmayan hasta grubunda ise kadın hastaların başvuru oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Çelikten, 2016). Ülkemizde yapılan başka çalışmaların sonuçları da benzer şekilde olup, acil servise uygunsuz başvurularda kadın hasta oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir (Kılıçaslan ve ark., 2005; Oktay ve ark., 2003). ABD'de yapılan bir başka çalışmada acil servisi uygunsuz kullanımda cinsiyet açısından fark bulunamadığı bildirilmiştir (Horwitz et al., 2010). Buna göre; hastaların başvurularının uygunluk durumunun çok genel olmamakla birlikte kadın hastalarda daha fazla olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda acil servis yeşil alana başvuran hastaların toplamda %25,5'i bekar, %66,9'u evlidir (Tablo 4). Çalışmamızda acil servise başvuruların uygunluk durumunu medeni durumuna göre değerlendirdiğimizde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte bekarların %47,3'ünün (n=61), evlilerin ise %51,2'sinin (n=173) acil servise başvurularının uygun olmadığı bulundu (Tablo 13).

Çalışmamızda acil servis yeşil alana başvurusu uygun olmayan hastalardan yalnız yaşayan kişi sayısı 15 iken, acil servise başvurması uygun olan hastalardan ise sadece 20 hastanın yalnız yaşadığı tespit edildi. Acil servise başvurusu uygun olmayan 245 hastanın evde birden fazla kişi ile yaşadığı, başvurusu uygun olan 225 hastanın ise evde birden fazla kişi ile yaşadığı bulundu (Tablo 14). Acil sağlık

hizmetlerini kullanma eğilimlerini arttıran faktörleri araştıran bir çalışmada başvuran hastaların %62'sinin evli, %33'ünün bekar, %2,6'sının dul ve %2,4'ünün eşinden boşandığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada hastaların %3,1'inin yalnız yaşadığı bilinmektedir (Uğrak ve ark., 2016). Buna göre; hastaların başvurularının uygunluk durumunun medeni durum ve yaşadığı ortam değişkenine göre farklılık göstermediğini söyleyebiliriz.

Çalışmamızda acil servise başvurularının uygunluk durumu eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte başvurusu uygun olmayan hastalarda okuryazar olmayan, okuryazar ve ilkökul mezunu oranının, başvurusu uygun olan hastalarda ortaokul, lise, önlisans, lisans ve üstü mezun oranının daha fazla olduğu saptandı. Diğer bir deyişle başvurusu uygun olmayan grupta ilkökul ve altı, başvurusu uygun olan grupta ortaokul ve üstü eğitim düzeyine sahip hasta oranının daha fazla olduğu saptandı (Tablo 13).

Acil servis hastalarının özelliklerini araştıran benzer bir çalışmada 190 kişi ile yapılan değerlendirme sonucunda hastaların %17,9'unun okuryazar olmadığı, %32,6'sının ilkökul mezunu olduğu, %25,8'inin ortaokul mezunu olduğu, %14,7'sinin lise mezunu ve %8,9'unun lisans mezunu olduğu bildirilmiştir (Edirne ve ark., 2008). Acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerini arttıran faktörleri araştıran bir diğer çalışmada başvuruların geneline bakıldığında eğitim düzeyi düşük olanların acil servise başvurusunun daha fazla olduğu bildirilmiştir (Uğrak ve ark., 2016). Buna göre; acil servisi uygunsuz kullanan hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu, eğitim düzeyi artıka uygun olmayan başvuru sayılarının azaldığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda acil servis yeşil alana başvuran hastaların toplamda %48,1'inin çalıştığı, çalışan hastaların %67,1'inin özel sektörde görev aldığı görüldü. 2018 yılı asgari ücreti baz alınarak aylık gelir aralıkları belirlendi. Buna göre hastaların %35,6'sının aylık gelirinin 1601-2500 TL olduğu, %44,6'sının gelir durumunu orta olarak nitelendirdiği saptandı (Tablo 5).

Çalışmamızda acil servise başvuruların uygunluk durumu bireylerin çalışma durumu açısından değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,

başvurusu uygun olmayan hastaların %48,1'inin çalıştığı, %48,5'inin özel sektörde görev aldığı, %54,4'ünün aylık gelirinin orta düzeyde olduğu saptandı (Tablo 14). Gelir durumuna göre değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte gelir durumu düşük olan hastaların acil servise başvurularının uygun olmadığı saptandı (Tablo 14).

Ersel ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada acil servise başvuran hastalardan sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların uygunsuz kullanım oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Ersel ve ark., 2006). Bir başka çalışmada eğitim düzeyi ve gelir durumu düşük olan kesimin acil servisi kullanım oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Uğrak ve ark. 2016). Literatür taraması yapıldığında yoksulluk seviyesinin altındaki hastaların acil birimleri sağlık sorunları için daha sıklıkla kullandığı belirlenmiştir (De Lia ve ark., 2009). Ülkemizde sağlık okur yazarlığının eksik, sınırlı ve yetersiz oluşu acil servis kullanım eğilimini arttıran en önemli etkenlerdendir (Tanrıöver ve ark., 2014). Buna göre; acil servisi uygunsuz kullanan hastaların büyük oranının çalışmadığını, eğitim düzeyinin düşük olduğunu ve gelir durumlarının düşük olduğunu söyleyebiliriz.

Acil servise başvuru uygunluğunu değerlendirdiğimiz çalışmamızda tüm hastaların %12,3'ünün (n=62) sosyal güvencesinin olmadığı (Tablo 5), sosyal güvencesi olmayan hastaların %50'sinin acil servisi uygunsuz kullandığı belirlendi (Tablo14). Hastaların %5,7'sinin (n=29) yeşil kartlı olduğu (Tablo 5), yeşil kartlı hastaların % 72,4'ünün (n=21) acil servise başvurularının uygunsuz olduğu görüldü (Tablo 14). Hastaların %75,6'sının (n=382) SGK'ya bağlı olduğu (Tablo 5), sosyal güvencesi olan hastaların %50,3'ünün acil servise başvurularının uygunsuz olduğu saptandı (Tablo 14). Hastaların 56,3'ünün özel sigortasının olduğu (Tablo 5), özel sigortalı hastaların %50'sinin acil servise başvurularının uygunsuz olduğu belirlendi(Tablo 14).

Acil servise başvuru uygunluk durumunu araştıran diğer çalışmalara bakıldığında; Van Devlet Hastanesi acil servis hastalarının sosyal güvencelerine bakıldığında başvuran hastaların %64,4'ünün yeşil kartlı olduğu bildirilmiştir (Köse ve ark.,2011). Ankara'da yapılan bir çalışmada ise İbn-i Sina Üniversite Hastanesi başvurularına bakıldığında hastaların %89'unun Emekli Sandığı'na bağlı, %4'ünün

ücretli, %5'inin SSK'lı, %2'sinin ise medikososyal ve yeşil kartlı hastalardan oluştuğu belirlenmiştir (Polat ve ark., 2011). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise hastaların büyük bir bölümünün SSK bünyesinde (%55,37) ve Emekli Sandığı bünyesinde (%20,57) olduğu bildirilmiştir (Çelikten, 2016). Ersel ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan araştırmada, diğer çalışmalardan farklı sonuç elde edilmesi çalışmanın yapıldığı dönemde genel sağlık sigortasına geçilmemesi nedeni ile sigorta bünyesi dışında olan hastaların büyük çoğunluğunun sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerden oluşmasına bağlanmıştır (Ersel ve ark., 2006). Ayrıca yapılan çalışmaların geneline bakıldığında sigorta bünyesinde olan bireylerin acil sağlık hizmetini daha çok kullandığı sonucu üzerinde fikir birliğine varılmıştır. (DeLia et al., 2009). Başka bir araştırmada ise, acil olmayan sağlık sorunlarıyla acil servisi kullanan hastaların sağlık sigortası kapsamı dışında olduğu belirlenmiştir (Cunningham, 2011).

Sosyal güvence varlığına göre başvuru oranlarında değişiklik görülmesi yaşanan bölge, sosyoekonomik düzey ve kültürel durumlardaki farklılıkların bir sonucu olarak düşünülebilir.

Kronik hastalıkların tedavi süreci boyunca sürekli koruyucu bir izleminin olması gerekmektedir. Kronik hastalığı olan hastaların poliklinikte tedavi olmak yerine sürekli hizmet veren ve hızlı bakım sağlayan acil servisleri tercih etmeleri çalışanlar üzerinde olumsuz iş yükü, hastane açısından fazla maliyet gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Diğer yandan acil servislerin uygunsuz kullanımı gündeme gelmekte, esas aciliyeti olan hastaların öncelik sırasında gecikmeye uğradığı görülmektedir (McWilliams et al., 2011).

Çalışmamıza alınan acil servis yeşil alan hastaların %27,3'ünün ek hastalığı olduğu, bunların içinde de diyabet, astım-KOAH, hipertansiyon ve kalp hastalığı olanların oranının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Hastaların başvuru uygunluk durumu değerlendirildiğinde de ek hastalığı olan hastaların %53,6'sının acil servise başvurularının uygun olmadığı saptandı (Tablo 15). Araştırmamızda 45-50 yaş ve üstü hastaların acil servisi daha sık kullandıkları gözlemlendi. Doğası gereği yaşla birlikte artış gösteren sağlık sorunlarının bu kullanım oranını arttırdığı değerlendirilmektedir.

İzmir’de bir üniversite hastanesinin acil servisinde yapılan benzer bir çalışmada özgeçmişlerinde astım/KOAH, onkolojik hastalıklar ve nefrolitiasis gibi hastalıkları olan hastaların başvuru oranının akut sağlık sorunu olan hastalardan daha fazla olduğu bildirilmiştir (Bıçakçı, 2014).

Buna göre; kronik hastalığı bulunan hastaların ilgili bölümlerde daha sık ve detaylı izlem ve tedavilerinin sağlanması ile acil servise uygun olmayan başvuruların önüne geçilebileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamıza alınan acil servis yeşil alan hastalarının %5’inde (n=25) aile ilişkilerinde sorun olduğu saptandı (Tablo 7). Acil servise başvurusu uygun olmayan hastaların %64,0’ünün aile ilişkilerinde sorun olduğu saptandı (Tablo 16). Araştırma planlanırken, araştırmacının daha önceki gözlem ve deneyimlerine göre acil servise uygunsuz başvuru yapan hastalar arasında aile ilişkilerinde problem yaşayan hastaların oranının daha fazla olabileceği öngörüldü. Fakat çalışma sonucunda bunu doğrulayacak bir bulguya ulaşılamadı.

Hastaların evi ile hastane arasındaki mesafenin 300 m. ile 28 km arasında değiştiği saptandı (Tablo 8). Acil servis başvuru uygunluğu durumunda ev ile hastane arasındaki mesafenin her iki grupta da ortalama 5 km. olduğu saptandı (Tablo 17). Acil sağlık hizmetlerinin merkezi konumda olması, ulaşım kolaylığının olması ve günün her saatinde kesintisiz hizmet vermesinden dolayı mesafenin acil servisi tercih nedenini etkilemediğini düşünebiliriz.

Hastaların hastaneye en fazla Cuma günü (%16,6), en az cumartesi günü (12,1) başvurduğu saptandı (Tablo 8). Hastaların cinsiyetine göre başvuru günleri değerlendirildiğinde kadın hastaların erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte her gün daha fazla başvuru yaptığı saptandı (Tablo 23).

Ersel ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında başvuru günleri incelendiğinde en yoğun başvurunun cumartesi günü olduğu, bunun temel nedeninin de acil olsun veya olmasın mesai saatleri içerisinde sağlık hizmeti alamamaları sebebiyle hafta sonu acil servise her türlü problem için başvurabildikleri, bu nedenle acil servise yöneldikleri bildirilmiştir. Başka bir çalışmada acil servise başvuru günleri

incelendiğinde pazartesi günü en fazla başvurunun olduğu, Perşembe ve Cuma günleri de en az başvurunun olduğu bildirilmiştir (Çelikten, 2016). 2002 yılında yapılan bir çalışmada da benzer şekilde pazartesi günü başvuru sayısının en fazla olduğu görülmüştür (Mc Caig et al., 2004). Massachusetts Emergency Department Database değerlendirmelerine göre ise pazartesi ve pazar günleri yoğunluk olduğu belirlenmiştir (Baker et al., 1995). Yapılan diğer çalışmalara bakılacak olursa, pazartesi gününün yoğunluğu tatil günlerinden sonraki ilk gün olması sebebiyle polikliniklerden randevu alınamamasına bağlanabilir.

Buna göre; acil birimlerinde kesintisiz ve etkin sağlık hizmeti sağlayabilmek için başvuru günleri değerlendirilmeli ve bunun doğrultusunda her merkezde başvuru günlerinin yoğun olduğu günlerde hizmetin eksiksiz sürdürülebilmesi için ek sağlık personeli desteği alınmalıdır.

Çalışmamızda hastaneye 16-01-00.00 saatleri arasında başvuran hasta oranı (%35,8; n=181) diğer saatlerde başvuran hasta oranlarından fazlaydı (Tablo 8).

Ersel ve ark'nın (2006) yaptığı çalışmaya göre aciliyet durumu açısından değerlendirildiğinde uygun olmayan başvuruların 12:00-13:59 saat dilimleri arasında en sık olduğu bildirilmiştir. Başvuru uygunluğunu inceleyen bir diğer araştırmada en yoğun başvurunun mesai saatleri içerisinde 08:00-17:00 (60,5) olduğu gözlemlenmiştir. 17:00-00:00 saat dilimleri arasındaki başvuru oranının %35,9 olduğu, 00:00-08:00 saatleri arasında hasta sayısında azalma görüldüğü ve %3,6 olduğu belirtilmiştir (Köse ve ark., 2011). Başka bir çalışmaya bakıldığında acil servise en sık başvurunun (53,3) 14:00-16:00 arasında olduğu belirlenmiştir (Aydın ve ark., 2010). Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde yapılan çalışmada acil servis başvuru saatlerine bakıldığında en yoğun 19:00-22:59 saat dilimleri arasında olduğu, gece saatlerinde ise başvuran hastaların giderek sayısının azaldığı görülmüştür. Özellikle gece 02:00'dan sonra başvuruların çok acil kategorisinde oldukları, bu başvuruların dikkatle değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir (Kılıçaslan ve ark., 2005). Yapılan bir başka çalışma da uygunsuz başvurunun en sık 07:00-19:00 saat dilimleri arasında olduğu bildirilmiştir (Morgans ve Burgess, 2012). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi kayıtlarına bakıldığında acil servislere en yoğun başvurunun sabah saatlerinde 10:00-12:00 arasında ve akşam saatlerinde 16:00-20:00

arasında olduğu bildirilmektedir (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, 2005). Bazı ülkelerde ise uygunsuz başvuruların mesai saatleri içerisinde daha sıklıkla olması birinci basamak sağlık kuruluşlarının ulaşım, randevu hizmeti ve benzeri durumlar açısından daha güç oluşuna bağlanabilir (Gentile et al., 2010; Howard et al., 2005; Callen et al., 2008).

Çalışmamızda başvuru saat dilimleri arasında anlamlı farklılık bulunmasa da akşam saatlerinde başvurunun fazla olması çalışan bireylerin mesai saatleri dışında başvurmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza alınan hastaların %93,7'sinin (n=473) hastaneye ayaktan başvurduğu tespit edildi (Tablo 8).

Çalışmamıza benzerlik gösteren yeşil alan hastalarının geliş şekillerini inceleyen bir çalışma bulunamamıştır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi kayıtlarına göre acil servise gelen tüm hastalar incelendiğinde ambulansla başvuru oranı%55,5 olarak bildirilmiştir (Nawar ve ark., 2005). Ülkemizde üniversite hastanesinde yapılan bir araştırmada hastaların geliş şekilleri incelendiğinde büyük bir kısmının evden (%70) ve bu hastaların özel araçla (%89) acil servise ulaşım sağladığı görülmüştür. Ambulansa başvuru oranı ise %10,2 olarak kayıta geçmiştir. Akdeniz üniversitesinde yapılan 27712 hastanın dahil edildiği bir çalışmada bu oran %6,3 olarak bildirilmiştir (Kılıçaslan ve ark., 2005).

Hastaların başvuru uygunluk durumuna göre acil servisi tercih nedenleri incelendiğinde; istatistiksel fark olmamakla birlikte, başvurusu uygun olmayan hastaların daha çok poliklinik randevusu alamama (%67,6) ve daha kaliteli bakım (%60,8) için, başvurusu uygun olan hastaların ise daha çok iş yerinden izin alamadıkları için acil servisi tercih ettikleri saptandı (Tablo 17).

Çalışmamıza katılan yeşil alan hastalarının acil olmayan şikayetlerle acil servise başvuru yapanlar tarafından en sık ifade edilen uygunsuz kullanım nedenleri “acil servislerin her türlü sağlık problemi için hizmet veren bir bilim dalı olarak görülmesi, muayene günü ve sırası beklemek istenmemesi, mesai dışı başvuruların kabul edilmesi yani kesintisiz hizmetin olması ve tetkik ve tedavi işlemlerinin en kısa

sürede halledilebilir olması” şeklindedir. Ersel ve ark.’nın (2006) yaptığı çalışmada 2114 hastadan oluşan bir gruba acil servisi neden tercih edildikleri sorulmuş, katılımcıların %39,9’u tarafından ulaşım açısından yakın olması en yüksek tercih nedeni olarak gösterilmiş. 2014 yılında Öztürk ve ark.’nın yaptığı bir diğer çalışmada ise acil servise başvuruların %23’ünün aciliyet algısının tamamen dışında sebeplerle yapıldığı gözlemlenmiştir (Öztürk, 2014).

Acil servisler doğası gereği birçok hastalığın aynı anda görülebileceği yerlerdir (Aydın ve ark., 2010). Çok kısa zamanda birçok ön tanının ekarte edilmesi söz konusu olabilir. Araştırmamızın yürütüldüğü hastanede triyaj hemşiresi tarafından hasta şikayet ve belirtileri değerlendirilip ön tanı konulmaktadır.

Hastaların başvuru şikayetleri triyaj hemşireleri tarafından değerlendirildiğinde hastaların %38,2’sinin (n=193) üst solunum yolu enf., ateş ve öksürük, %21,0’inin (n=106) karın ağrısı, bulantı-kusma, ishal, %19,8’inin (n=100) baş ağrısı ve baş dönmesi şikayeti ile acil servise başvurduğu ve diğer hastaların %21’inin ise çeşitli şikayetlerden dolayı acil servise başvurdıkları saptandı (Tablo 9). Hastaların başvuru uygunluk durumuna göre acil servise başvurdıkları şikayetler incelendiğinde; istatistiksel fark anlamlı olmakla birlikte, %61,1’inin üst solunum yolu enf., ateş, öksürük tanılarından birini aldığı ve şikayet yönünden en çok bu tanı ile uygun olmayan başvuruda bulunduğu saptandı (Tablo 18). Diğer ön tanıları açısından değerlendirildiğinde; başvurusu uygun olmayan hasta grubunun eklem ağrıları- genel vücut ağrısı, bel-sırt ağrıları, alerji-kaşıntı, diş ve kulak ağrıları gibi şikayetlerden uygun olanlara göre daha fazla başvurdıkları fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (Tablo 18).

CDC verilerine göre 1992 yılı ile 2002 yılları arasında 44 yaş ve üstü hasta başvurusunda belirgin şekilde artış gözlenmektedir. Üst solunum yolları hastalıkları tanısı alan hasta popülasyonunun en yüksek oranda olduğu bildirilmiştir. Karın ağrısı, ateş, öksürük ve göğüs ağrısı tüm acil başvuruların beşte birini oluşturmaktadır. Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların tanıları incelendiğinde en çok üst solunum yolları tanısı (%7,43) aldığı belirlenmiştir (Kılıçaslan ve ark., 2005).

Ülkemizde 1999 yılında yapılan bir çalışmada acil olmayan başvuru nedeninin en çok reçete yenileme olduğu gözlemlenmiştir (Cinaver, 1999). Ersel ve ark'ının yapmış olduğu bir başka çalışmada cilt hastalıkları ile ilgili uygunsuz başvuruların olduğu bildirilmiştir (Ersel ve ark., 2006). 2010 yılında Gentile ve ark'nın çalışmasında ise %66.0'sının ağrı şikayeti ile acil servise uygunsuz başvuru yaptığı belirlenmiştir (Gentile et al., 2010). Bir başka çalışmada ise uygunsuz başvurular incelendiğinde karın ağrıları, ÜSYE ve kronik baş ağrılarında fazlaca başvuru olduğu bildirilmiştir (McWilliams et al., 2011).

Çalışmamız sonucunda araştırmaların genelinde olduğu gibi üst solunum yolları hastalığı bulunan hastaların yüksek oranda uygunsuz başvuru yaptığı gözlemlenmiştir. Hastaların kendi ifadelerine bakıldığında, şikayetlerinin acil olmadığına farkında olmalarına rağmen yine de acil servisi tercih ettiği bulundu. Acil olmayan nedenlerle acil servisin kullanım oranının fazla olması birinci basamak sağlık kuruluşlarının tam olarak aktif çalışmadığını, hastaların aile hekimine başvurmak yerine hastanelerin acil kliniklerine daha hızlı ve iyi sağlık hizmeti alabilmek amacıyla başvurdukları akıllara getirmektedir. Buna göre; tedavi maliyetleri çok yüksek olan acil servislerin uygunsuz kullanımı sonucu sağlık giderlerinde artış olması ve acil servislerde kalabalıklaşmayı arttırdığını düşünebiliriz.

Acil servise başvuran hastalar değerlendirildiğinde tanı ve tedavi için özel bir bakımın ve ileri düzey sağlık kurumlarına ihtiyacın olmadığı durumlarda, hastaların hastalıklarına ilişkin aciliyet algılarının uygunsuz kullanımı etkileyen faktörlerden biri olduğunu göstermektedir (Brice ve Zou, 2005).

Çalışmamıza baktığımızda acil olmayan hasta grubu olarak nitelendirdiğimiz yeşil alana yönlendirilen hastaların mevcut şikayetleri için aciliyet algılarını sordüğümüzda %41,8'i (n=211) çok acil olduğunu, %45,7'si (n=231) acil olduğunu belirtirken, sadece %6,9'u (n=35) şikayetinin acil olmadığını ifade etti (Tablo 9). Acil servise başvurusu uygun olmayan hastaların uygun olan hastalara göre aciliyet algı düzeylerinin yüksek olduğu, %44,1'inin (n=93) mevcut şikayetleri için çok acil ve %55,8'inin (n=129) acil olarak nitelendirdiği saptandı (Tablo 18). Ulaştığımız

sonuçlar doğrultusunda hastaların şikayetlerine yönelik aciliyet algıları, kaygı düzeylerine göre değişiklik göstermektedir.

Hastaların mevcut şikayetleri için %42,2'sinin (n=213) endişeli olduğu, %10,9'unun mevcut şikayet ve genel durum itibarı ile sürekli kaygılı bir yapıya sahip olduğu, %3,8'inin (n=19) ise ölüm korkusu olduğu saptandı (Tablo 11). Hastaların başvuru uygunluk durumuna göre kaygı durumları incelendiğinde; istatistiksel fark olmamakla birlikte, başvurusu uygun olmayan hastaların sürekli kaygılı olduğu (%50,9) ve ölüm korkusu olduğu (%57,9) için, başvurusu uygun olan hastaların ise endişeli olduğu için acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 20). Başvuran hastaların uygunluk durumuna göre kaygı düzeylerine bakıldığında başvuruları uygun olmayan hastaların başvurusu uygun olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamakla birlikte kaygı düzeylerinin yüksek olduğu saptandı (Tablo 17).

Olsson ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada acil servisi sıklıkla kullanan hastaların acil servise başvurdıkları sağlık sorunlarını acil olarak algıladıklarını ve genel olarak stresli bir yaşam tarzına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yurt dışında yapılan bir çalışmada son altı ay içerisinde acil servise sık başvuran olguların sürekli kaygı düzeyinin yüksek bulunduğu belirtilmektedir (Mann, 2014).

Buna göre; sürekli kaygı içerisinde olan bireylerin aciliyet algıları yüksektir. Dolayısıyla, yapılan bakım ve tedavilerden tatminsizlik yaşayabilir ve acil sağlık hizmetlerini gereksiz yere kullanma eğiliminde olabilirler.

Hastaların mevcut şikayet için acil dışı başvurabilecekleri kurumlar değerlendirildiğinde, hastaların %94,3'ünün aile hekiminin olduğu, aile hekimi olan hastaların %12,8'inin aile hekimine başvurduğu, aile hekimine başvuran hastaların %73,8'ine ilaç tedavisi başlandığı ve %14,8'inin takip edildikleri ve kontrole çağrılmalarına rağmen acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 10). Başvuru uygunluk durumu değerlendirmesinde; aile hekimi olan hastaların polikliniğe başvurması gerekirken acil servise başvurma oranı %52,5 ve aile hekimi olmayan hastaların acil servisi uygunsuz kullanımı %34,5 olarak saptandı (Tablo 19). Aile hekimi olan hastalar ile aile hekimi olmayan hastalar arasında istatistiksel

olarakan anlamlı fark olmamakla birlikte aile hekimi olanların acil servisi uygunsuz kullandığını söylenebilir. Buna göre; acil servisi tercih eden hastaların aile hekimlerinin sadece mesai saatleri içinde çalışıyor olması, randevu sisteminin olması ve ulaşım güçlükleri nedenleriyle de acil servise başvurdıklarını söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların %40,3'ünün iş yeri hekimi olduğu, iş yeri hekimi olan hastaların %5,1'inin iş yeri hekimine başvurduğu, iş yeri hekimine başvuran hastaların %40,0'ına ilaç tedavisi başlandığı ve %40,0'ının kontrole çağrılmalarına rağmen acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 10). Çalışan hasta grubunda iş yeri hekimi olan hastalar ile iş yeri hekimi olmayan hastalar arasında acil servise başvuru uygunluğu değerlendirildiğinde; iş yeri hekimi olan hastaların, iş yeri hekimi olmayan hastalara göre uygunsuz kullanımın daha düşük olduğu saptandı (Tablo 16). Bu durumda iş yerlerinde hekim ve hemşirelerin aktif çalışmaları ile mesai saatleri içerisinde çalışan kişilerin muayene ve tedavi edilebileceği, böylelikle de acil servis kalabalıklığının ve randevu alamama gibi yakınmaların azalabileceğini söyleyebiliriz.

Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda başlıca uygunsuz kullanım olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına ulaşımında sorun yaşamaları, mesai saatleri dışında çalışmıyor oluşu, randevu gerektirmesi gibi güçlüklerin olması gelmektedir. Acil servislerin gün boyu kesintisiz hizmet veriyor olması, acil servislerin ulaşımının kolay olması, tanı ve tedavi işlemlerin hızlı bir şekilde yapılması, gerekli durumlarda randevusuz acil dışı bilim dallarına kolay erişimi, evsizlerin barınak ihtiyaçlarını karşılaması yönünden acil birimlerin yoğunluğunun oluşması şeklinde bildirilmiştir (Callen et al., 2008; Howard et al., 2005; Van Der Linden et al., 2014). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin çalışma süresinin bir saatten daha az süre uzatılarak yapılan bir çalışmada acil olmayan şikayetlerle olan başvuruların azaldığı bildirilmiştir (Villani ve Montensen, 2013).

Başka bir çalışmada son altı ay içinde acil servis başvurularına bakıldığında 18-49 yaş grubunun %22,9'unun acil servisi 2-5 kez kullandığı ve bu oranın diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bildirildi. Çalışma kapsamına bakıldığında çalışan genç bireylerin aile hekimliğini kullanamaması ve bu yüzden mesai saatleri dışında acil servisi tercih ettiği belirlenmiştir (Uğrak ve ark., 2016).

Çalışmamızda hastaların %23,4'ünün (n=118) mevcut şikayetleri için daha önce polikliniğe başvurduğu saptandı (Tablo 10). Polikliniğe başvuran hastaların %62,7'sinin (n=74) poliklinik tedavisi devam etmesi gerekirken acil servise uygun olmayan başvuru yaptığı istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 19). Buna göre; hastaların poliklinikte uzun bir süreç geçirmek zorunda kalacakları düşüncesi, kontrol için tekrar randevu alma gerekliliği, acil servisin daha hızlı bakım olanağı sağladığı gibi nedenler yüzünden acil servisi uygun olmayan başvurular ile kullandıklarını düşünebiliriz.

Hastaların sağlık kurumlarına son bir yıldaki başvuru durumları değerlendirildiğinde; acil servise yıl boyu başvuru sayısı ortalama $6,58 \pm 7,97$, aile hekimine başvuru sayısı ortalama $3,02 \pm 4,40$, iş yeri hekimine başvuru sayısı ortalama $0,39 \pm 1,48$ ve polikliniklere son bir yıldaki başvuru sayısı $3,76 \pm 5,37$ olarak saptandı (Tablo 12).

Acil servise son bir yıldaki başvuru sayıları çalışma durumları açısından değerlendirildiğinde; çalışmayan hasta grubunun acil servisi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla kullandığı saptandı (Tablo 22). Acil servise son bir yıldaki başvuru sayıları ek hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde; ek hastalığı bulunan hastaların daha sıklıkla acil servise başvurdukları saptandı (Tablo 22). Bu durum kronik rahatsızlığı olan hastaların hastalık belirtilerindeki artış, randevu alamamaları veya randevu gününü beklemek istememeleri, ilaç yazdırma gibi işleri daha hızlı halletme düşüncesi ve çalışmayan hastaların herhangi bir hastalık belirtisi ortaya çıktığında beklemesi için bir engelin bulunmaması nedeniyle acil servisleri daha fazla kullandıklarını düşünebiliriz.

Acil servise son bir yıldaki başvuru sayıları şikayete ilişkin kaygı düzeyleri açısından değerlendirildiğinde; kaygısı olmayan hastaların, kaygısı olan, endişeli ve ölüm korkusu olan hastalara göre anlamlı şekilde daha az kullandığı saptandı (Tablo 22). Aynı zamanda mevcut şikayeti için endişeli olan hastaların sürekli kaygısı olan ve ölüm korkusu olan hastalara göre daha az sıklıkla acil servise başvurduğu saptandı (Tablo 22). Buna göre; sürekli kaygı içinde olan ve ölüm korkusu olan hastaların ciddi olmayan hastalık durumlarında korkuya kapılıp acil servise başvurduğu düşünülebilir.

Hastaların acil servise son bir yıldaki başvuru sayıları ve yaşları arasında pozitif yönde, çok zayıf fakat anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Buna göre yaş arttıkça acil servisi kullanım sıklığı artmaktaydı (Tablo 22).

Literatür incelendiğinde acil servislere tekrar başvuru tanımının değişiklik göstermektedir. Birinci başvurunun hastalığın ilk 24 saat içinde, ikinci başvurunun ilk bir ay içinde olmasını tekrar başvuru olarak değerlendiren yayınlar olsa da yaygın görüş olarak hastalığın ilk 72 saati içerisinde yapılan ikinci ve daha fazla başvurular tekrar başvuru olarak kabul edilmektedir. Tekrar başvuru süresini 72 saat kabul eden yayınlar incelendiğinde en düşük oran %0,4 ile Lerman ve Kobernick'in araştırmalarında, en yüksek oran ise %5,5 ile Wu ve ark.'nın yaptığı araştırmada bulunmuştur (Bıçakcı, 2014). Türkiye'de ise Ankara üniversite hastanesi acil serviste yapılan tekrar başvuru değerlendirmesinde bir yılda başvuran 46.800 hasta incelenmiş, sonuçta 429 (%0,9) tekrar başvuru oranı bulunduğu bildirilmiştir. İzmir'de yapılan bir başka çalışmada yine üniversite hastanesi acil servis verileri incelendiğinde tekrar başvuru hasta oranı %2,3 olarak belirlenmiştir (Bıçakcı, 2014). Brown ve arkadaşlarının çalışmasında acil servislere tekrar başvurular incelendiğinde son altı ay içerisinde 18-45 yaş aralığında acil servisi üç veya daha fazla kullanım oranı %35 olarak bildirmiştir (Brown ve ark., 2012). Bir başka çalışmada acil servisi son bir yıl içerisinde 50 yaş ve üstü hastaların sıklıkla kullandığı bildirilmiştir (Carret ve ark., 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise acil servise yapılan sık başvuruların çoğunlukla yaşlı nüfusta olduğu ve giderek artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Karadağ ve ark., 2010). Tekrar başvuruya en büyük etken olarak gösterilen yaş faktörünü araştıran çalışmada; başvuruların büyük çoğunluğunun (%70,8) 17-65 yaş arasında olduğu ve 65 yaş üzeri hastaların başvuru oranının %12,7 olarak tespit edildiği bildirilmiştir (Robinson ve Lam, 2013). Ulusal Hastane Ayaktan Bakım Araştırması (National Hospital Ambulatory Medical Care Survey-NHANCs)'na bakıldığında tekrar başvurunun çoğunlukla 24-45 yaş arasında olduğu belirtilmiştir (Adekoya, 2005).

Buna göre acil servise sıklıkla başvuran hastaların genellikle orta ve yaşlı nüfustan oluştuğunu, hastaların çoğunun kaygı düzeyinin yüksek olduğunu,

özgeçmişlerinde ek hastalık bulunduğu ve bu sebeplerle aşırı kullandıkları düşünülebilir.

Acil servis yeşil alan hastaların başvuru nedenlerinin uygunluğu ve hasta özelliklerini belirlemek amacıyla prospektif kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılan araştırmanın soruları ve ulaşılan sonuçlar şunlardır:

- **Acil servis yeşil alan hastalarının başvuruları triyaj kriterlerine uygun mudur?**

Acil servis yeşil alan hastalarınınınarıdan fazlasınıbaşvurularının triyaj kriterlerine uygun olmadığı görüldü.

- **Acil servis yeşil alan kriterlerine uygun olmayan hastaların acil servisi tercih nedenleri nelerdir?**

Yeşil alana başvurusu uygun olmayan hastaların acil servisi daha ucuz bakım sağladığını, daha kaliteli hizmet sunduğu, hastalıklara daha hızlı çözüm bulduğunu düşündüklerini ve poliklinik randevusu alamadıkları tercih ettikleri belirlendi.

- **Yeşil alan kategorisine uygun olmayan hastaların sosyo demografik özellikleri nelerdir?**

Acil servis yeşil alana başvurusu uygun olmayan hastaların eğitim düzeylerinin düşük olduğu, daha çok çalışmayan bireylerden oluştuğu, gelir durumlarının düşük olduğu, sosyal güvence varlığı açısından bir sorun olmadığı görüldü.

- **Yeşil alan kategorisine uygun olmayan hastaların tıbbi özellikleri ve sağlık sorunları nelerdir?**

Acil servis yeşil alana başvurusu uygun olmayan hastaların mevcut şikayetlerinin akut dönemi geçtiği; üst solunum yolu hastalıkları, vücut ve eklem ağrıları, kronik alerjik durumları, diş ağrısı ve kulak ağrısı gibi sağlık sorunları ile başvurduğu görüldü. Aynı zamanda da özgeçmişlerinde ek hastalığı olan bireylerin acil servisi uygunsuz kullandığı belirlendi.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- ✓ Acil servislerde hizmetin kaliteli olabilmesi için efektif ve bilinçli triyaj uygulaması sağlanmalıdır. Bu durumda hastane yönetimi gerekli düzenlemeler yapmalıdır.
- ✓ Acil servislerin işleyişi ve hasta kabulünün sağlandığı ilk bölüm olan triyajın önemi konusunda toplum bilgilendirilmelidir.
- ✓ İleri tetkik ve tedavi gerektirmeyen sağlık sorunları için aile hekimine başvurulması ve aile hekimliklerinin verdikleri hizmetler konusunda topluma eğitim yapılmalıdır.
- ✓ Acil servislere uygunsuz başvuruların önlenmesi için olası akut ve kronik sağlık problemlerinin tanı ve tedavi aşamasında hastaların izlemesi gereken yol haritaları oluşturulmalıdır. Bu yol haritaları hastalar için ulaşılabilir olmalı ve buna göre hareket etmeleri konusunda teşvik edilmelidirler.
- ✓ Acil servisin uygunsuz kullanımı hem yoğunluğu arttırmakta hem de hayati risk taşıyan hastaların hizmet aksamasına yol açmaktadır. Acil olmayan hastaların acil servis kullanımını önlemek için poliklinik hizmetlerinin daha etkin, doğru ve hizmet için donanımının yeterli olması sağlanmalıdır. Aynı zamanda bu hizmetten hastaların kolaylıkla yararlanması sağlanmalıdır.
- ✓ Acil servis yeşil alan hastalarının kalabalıklığı ve bu kalabalıklığın sonucunda oluşan sağlık harcamaları üzerindeki yükü için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
- ✓ İş yeri hekimlikleri tüm sektörlerde aktif hale getirilmeli, mesai saatleri içerisinde sürekliliği sağlanmalı ve bunun için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- ✓ Gelir durumu düşük ve sosyal güvencesi olmayan hastalar için poliklinik hizmetlerinden yararlanılması sağlanmalı ve bu durum için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

8. KAYNAKÇA

Abu-Laban R. The Junkyard Dogs Find Their Teeth: Addressing The Crisis Of Admitted Patients İn Canadian Emergency Departments. Can J Emerg Med 2006; 8: 388-391.

Acil Hizmetler Raporu. Eurasian J Emerg Med2015;14 (Özel Sayı 1): s:1-S38

Adekoya N, Patients Seen İn Emergency Departments Who Had A Prior Visit With İn The Previous 72 H-National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2002. Public Health 2005;119(10): 914-98.

Al-Shaqsi S. Models Of International Emergency Medical Services Systems, Oman Medical Journal 2010; Sayı: 25, S:320.

Altuntaş S. Dünyada ve Ülkemizde İlk Yardım, Acil Sağlık Hizmetleri ve Afetlerde Sağlık Organizasyonu, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları 2014; s: 3.

American College Of Emergency Physicians Board Of Directors. Bona Fide Emergency. In Policy Summaries, Dallas-Texas: ACEP 1994; 7-8.

American College Of Emergency Physicians. Model Of The Clinical Practice Of Emergency Medicine (Policy Statement);Approved August 2007.

Andersen R, Newman J. F. Societal And Individual Determinants Of Medical Care Utilization İn The United States, The Milbank Quarterly 2005; 83(4):128.

Andrulis D. P, Kellermann A, Hintz E. A, Hackman B. B, Weslowski V. B. Emergency Departments And Crowding İn United States Teaching Hospitals. Ann Emerg Med1991;20:980-986.

Aydın T, Aydın Ş. A, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin Ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi 2010; 9(4):163-8.

Baker DW, Stenes CD, Brook R. Determinants Of Emergency Department Use By Ambulatory Patients At An Urban Public Hospital. *Ann Emerg Med* 1995; 25:311-316.

Bamezai A, Melnick G, Nawathe A. The Cost Of An Emergency Department Visit And Its Relationship To Emergency Department Volume. *Ann Emerg Med* 2005; 45:483-490.

Berner A. R: Triage. In Harwood-Nuss A, Moore S, Hendry (eds): The clinical practice of emergency medicine. 2001; 1716–18.

Bezzina A. J, Smith P. B, Cromwell D, Eagar K. Primary Care Patients İn The Emergency Department: Who Are They? A Review Of The Definition Of The ‘Primary Care Patient’ İn The Emergency Department *Emergency Medicine Australasia* 2005; 17:472–479.

Bıçakçı S. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisine 72 Saat İçerisinde Aynı/İlişkili Şikayetle Yapılan Tekrar Başvuruların Özellikleri. İzmir 9 Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, İzmir.

Bracken J. Triage. Newberry L (Ed). *Emergency Nursing*. 5th. Ed., St. Louis, Mosby, 2003; 75-83.

Breen B. M, McCann M. Healthcare Providers Attitudes And Perceptions Of ‘Inappropriate Attendance’ İn The Emergency Department. *International Emergency Nursing* 2012; 21(3):180–5.

Brim C. A Descriptive Analysis Of The Non-Urgent Use Of Emergency Departments. *Journal of Nursing Research* 2008; 15(3):72-88.

Brown L. E, Burton R, Hixon B, Kakade M, Bhagalia P, Vick C, Edwards A, Hawn M. T. Factors Influencing Emergency Department Preference For Access To Healthcare, *Western Journal Of Emergency Medicine* 2012; 13(5):410-415.

Bruni, M. L, Mammi I, Ugolini C. Does The Extension Of Primary Care Practice Opening Hours Reduce İnappropriate Use Of Emergency Services? An IV Approach.

Bucher L. Emergency Care Situations. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds). Medical Surgical Nursing. 6th. Ed., Vol 2, Mosby 2005; 1845-1868.

Bullard M.J, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B and Members of the CTAS National Working Group. Revisionsto the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale(CTAS) Guidelines. 2008; 10(2):136-42.

Callen J. L, Blundell L, Prgomet M. Emergency Department Use İn A Rural Australian Setting: Are The Factors Prompting Attendance. Australian Health Review2008; 32(4):10-20.

Carret M. V, Fassa A. G, Domingues M. R. Inappropriate Use Of Emergency Services: A Systematic Review Of Prevalence And Associated Factors. Cad. Saúde Pública, Rio De Janeiro 2009; 25(1):7-28.

Carret M. V, Fassa A. G, Kawachi I. Demand For Emergency Health Service: Factors Associated With İnappropriate Use. BMC Health Services Research 2007;7-131.

Chip-Jin Ng Et Al.,Comparison Between Canadian Triage And Acuity Scale And Taiwan Triage System İn Emergency Departments Journal Of The Formosan Medical Associationvolume November 2010; 11:828–837.

Civaner M. Bir Devlet Hastanesinin Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi. Sağlık Ve Toplum Dergisi 1999; 1:3-7.

Crawford K, Morphet J, Jones T, Innes K, Griffiths D, Williams A. Initiatives To Reduce Overcrowding And Access Block İn Australian Emergency Departments: A Literature Review. Collegian: The Australian Journal Of Nursing Practice 2014; 21(4):359-366.

Cunningham P. Nonurgent Use Of Hospital Emergency Departments, National Institute For Health Care Reform 2011; 1-14.

Çelikten O. S. Bir Üçüncü Basamak Hastane Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri ve Acil Servis Klinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Beş

Yıllık Analiz. Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2016, Konya (Danışman: Prof. Dr. Ahmet Ak).

De Lia D, Cantor J. Emergency Department Utilization And Capacity, Robert Wood Johnson Foundation Reserach Synthesis Report 2009; 17:1-28.

Dent A, Hunter G, Philip A. The İmpact Of Frequent Attenders On A UK Emergency Department. Websterb European Journal Of Emergency Medicine 2010; 17:332–336.

Dick W. F. Anglo-American Vs. Franco-German Emergency Medical Services System. Prehosp Disaster Med2003; 18(1):29-35.

Doty M. M, Holmgren A. L. Health Care Disconnect: Gaps İn Coverage And Care For Minority Adults: Findings From The Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey 2006;21:1-12.

Durand A. C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent Patients İn Emergency Departments: Rational Or İrresponsible Consumers? Perceptions Of Professionals And Patients. BMC Research Notes 2012; 5:525-33.

Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Hastalarının Özellikleri. Van Tıp Dergisi 2008;15(4):107-11.

Erenler A. K, Akbulut S, Güzel M, Çetinkaya H, Karaca A, Türköz B, Baydın A. Acil Serviste Aşırı Kalabalığın Nedenleri: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Deneyimleri Ve Önerileri. Turk J Emerg Med 2014; 14(2):59-63.

Ersel M, Karcioğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2006; 6(1):25-35.

Eryılmaz M. Ulusal Acil Tıp Sistemi Üzerine Düşünceler, Akademik Acil Tıp Dergisi 2005; S:5.

Fernandes C. M, Tanabe P, Gilboy N, Johnson L. A, McNair R. S, Rosenau A. M, Sawchuk P, Thompson D. A, Travers D. A, Bonalumi N. & Suter R. E. Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five Level Triage Task Force. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31(1):39-50.

Field S, Lantz A. Emergency Department Use By CTAS Levels IV And V Patients. *CJEM* 2006;8:317-322.

Gammons, W. State Of Emergency: ER Overuse Is Costly. Massachusetts Municipal Association [Online]. Available From: [Http://Www.Mma.Org/Labor-AndPersonnel/13398-State-Of-Emergency-Er-Overuse-Is-Costly](http://www.mma.org/Labor-AndPersonnel/13398-State-Of-Emergency-Er-Overuse-Is-Costly) [Accessed 16 Kasım 2014].

Ganley L, Gloster A. An Overview Of Triage In The Emergency Department. *Nursing Standard* 2011; 26:49–57.

Garcia T.C, Bernstein A. B, Bush M. A. Emergency Department Visitors And Visits: Who Used The Emergency Room In 2007? Centers For Disease Control And Prevention [Online]. Available From: [Http://Www.Cdc.Gov/Nchs/Data/Databriefs/Db38.Htm](http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db38.htm) [Accessed 27 Şubat 2010].

Gentile S, Vignally P, Durand A. C, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent Patients In The Emergency Department? A French Formula To Prevent Misuse. *BMC Health Services Research* 2010; 10:66.

Greene J. Serial Inebriate Programs: What To Do About Homeless Alcoholics In The Emergency Department. *Annals Of Emergency Medicine* 2007; 49(6): 791-793.

Guttmann A, Schull M. J, Vermeulen M. J, Stukel T. A. Association Between Waiting Times And Short-Term Mortality And Hospital Admission After Departure From Emergency Department: Population Based Cohort Study From Ontario, Canada. *BMJ* 2006; 342: D2983. Doi: 10.1136/Bmj.D2983.

Handel D. A, Ginde A. A, Raja A. S, Rogers J, Sullivan A. F, Espinola J. A, Camargo C. A. Implementation Of Crowding Solutions From The American College

Of Emergency Physicians Task Force Report On Boarding. *Int J Emerg Med* 2010; 3:279– 286.

Harris M.S, Patel B, Bowen S. Primary Care Access And Its Relationship With Emergency Department Utilisation: An Observational, Cross-Sectional, Ecological Study. *British Journal of General Practice* 2011; 61(593):787–93.

He J, Hou X, Toloo S, Patrick J. R, Fitzgerald G. Demand For Hospital Emergency Departments: A Conceptual Understanding. *World J Emerg Med* 2011; 2(4):253-261.

HEJ, HouX, Toloo S, Patrick J. R, Gerald G. F. Demand For Hospital Emergency Departments: A Conceptual Understanding, *World J Emerg Med* 2011; 2(4):253-261.

Heckman J. D, Rosenthal R. E, Worsing R. A, Mcfree A. S. Hasta ve Yaralıların Acil Bakım: Hasta Taşınması ve Triyaj. Çevirenler: Minkari T, Perek S, Perek A, Yedida E, Kapan M, Paksoy M, Türkçe Üçüncü Baskı, Nasetti Limited, İstanbul1991; 456-478.

Hodgson C, Lindsay P, Rubini F. Can Mass Media Influence Emergency Department Visits For Stroke ? *Stroke* 2007;38:2115-2122.

Hoot N. R, Zhou C, Jones I, Aronsky D. Measuring And Forecasting Emergency Department Crowding in Real Time. *Annals Of Emergency Medicine* 2007; 49(6):747-55.

Hoot N.R, Aronsky D. Systematic Review Of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, And Solutions *Annals of Emergency Medicine* 2008; 52(2):126-36.

Howard M.S, Davis B. A, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D. Patients Perspective On Choosing The Emergency Department For Nonurgent Medical Care: A Qualitative Study Exploring One Reason For Overcrowding. *Journal Of Emergency Nursing* 2005; 31:429-435.

Hwang S.W, Henderson M. J. Health Care Utilization İn Homeless People: Translating Research Into Policy And Practice. Agency For Healthcare Research And Quality Working 2010;100-02

Johar M, Jones G, Savage E. The Effect Of Lifestyle Choices On Emergency Department Use İn Australia. Health Policy 2013; 110(2-3):280-290.

Jones D. How Gps Can Help Reduce İnappropriate Attendance. Journal Of Emergency Nursing 2011; 19(4):20-3.

Kaldırım Ü, Tuncer SK, Ardiç Ş, Tezel O, Eyi YE, Arzıman İ, Durusu M, Yıldırım AO, Eroğlu M. Acil Servise Ambulans İle Müracaat Eden Geriatrik Olguların Analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2013; 13(4):161-165.

Karadağ B, ÇatH, Öztürk A. O, Basat O, AltuntaşY. Acil Polikliniğine Başvuran Ve Gözleme Alınan Hasta Profili: Üç Yıllık İnceleme, Akad Geriatri 2010; 2(3):176-185.

Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(1);5-13.

Knowlton A, Weir B.W, Hughes B. S, Southerland R. J. H, Schultz C. W, Wissow L, Links J, Fields J, Mcwilliams J, Gaasch W. Patient Demographic And Health Factors Associated With Frequent Use Of Emergency Medical Services İn A Midsized City. Academic Emergency Medicine 2013; 20:1101–1111.

Kool R.B, Homberg D.J, Kamphuis H.C.M. Towards İntegration Of General Practitioner Posts And Accident And Emergency Departments: A Case Study Of Twointegrated Emergency Posts İn The Netherlands. BMC Health Services Research. 2008; 8: 225.

Köse A, Köse B, Öncü M. R, Tuğrul F. Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili ve Başvurunun Uygunluğu. Gaziantep Tıp Dergisi 2011; 17: 57-62.

Lilja G. Emergency Medical Services. In: Tintinalli J, Kelen G. D, Stapczynski J. S, editors. Emergency Medicine: a Comprehensive study guide. 6th ed. NewYork: McGraw Hill, 2004;1:1-5.

Lowthian J, Curtis A, Stoelwinder J, Mcneil J, Cameron P. Emergency Demand And Repeat Attendances By Older Patients. Internal Medicine Journal 2012; 43(5): 554–560.

Cooke M. W, Arora P, Mason P. Discharge From Triage: Modelling The Potential In Different Types Of Emergency Department. Emerg Med J 2003; 20: 131-3.

Mann C. Reducing Nonurgent Use Of Emergency Departments And Improving Appropriate Care In Appropriate Settings, CMCS Informational Bulletin 2014; 1-8.

Mccaig L. F, Burt C. W, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 Emergency Department Summary Adv Data 2004; Mar 18: 1-34. 3.

McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis M. A, Demnitz U, Wyke S. Who Uses Emergency Departments Inappropriately And When A National Cross-Sectional Study Using A Monitoring Data System. BMC Medicine 2013; 11:258.

McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. Cost Analysis Of The Use Of Emergency Departments For Primary Care Services In Charlotte, North Carolina. NC Med J 2011; 72(4):265-71.

Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler D. P. Reducing Frequent Flyer Emergency Department Visits. J Health Care Poor Underserved 2006; 17(1):59-69.

Moore G, Gerdtz M, Manias E. Homelessness, Health Status And Emergency Department Use: An Integrated Review Of The Literature. Australasian Emergency Nursing Journal 2007; 10:178-185.

Morgans A, Burgess S. Judging A Patient's Decision To Seek Emergency Healthcare: Clues For Managing Increasing Patient Demand. Australian Health Review 2012; 36:110–114.

Mumma B. E, Mccue J. Y, Li C. S, Holmes J. F. Effects Of Emergency Department Expansion On Emergency Department Patient Flow. *Academic Emergency Medicine* 2014; 21:504–509.

Nagree Y, Camarda V. J, Fatovich D. M, Cameron P. A, Dey I, Gosbell A.D, Mccarthy S. M, Mountain D. Quantifying The Proportion Of General Practice And Low-Acuity Patients In The Emergency Department. *MJA* 2013; 198: 612–615.

Nawar E. W, Niska R. W, Xu J, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 Emergency Department Summary, *Adv Data* 2007; 29: 1-32.

Newbary L. Emergency Care Situtations. Lewis SM, Heitkemper MM, Dirksen SR (Eds). *Medical Surgical Nursing*. 5th Ed. St. Louis, MO: Mosby;2005; 1958- 1976.

Northington W. E, Brice J. H, Zou B. Use Of An Emergency Department By Nonurgent Patients. *American Journal Of Emergency Medicine* 2005; 23:131–137.

Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. Appropriateness Of Emergency Department Visits In A Turkishuniversity Hospital. *Croat Med J* 2003;44(5):585-91.

Olshaker J. S. Managing Emergency Department Overcrowding. *Journal Emergency Medicine Clinics Of North America* 2009; 27:593–603.

Olsson M, Hansagi H. Repeated Use Of The Emergency Department: Qualitative Study Of The Patient’s Perspective. *Emerg Med J* 2001; 18:430–434.

Öztürk Y. Acil Servise Başvuran Olguların Aciliyet Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2014; 12(1):20-25.

Penson R, Coleman P, Mason S. Why Do Patients With Minor Or Moderate Conditions That Could Be Managed In Other Settings Attend The Emergency Department? *Emergency Medicine Journal* 2012; 29(6):487- 491.

Pereira S, Oliveira E Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, Et Al., Appropriateness Of Emergency Department Visits In A Portuguese University Hospital. *Ann Emerg Med*2001;37: 580-6.

Polat O, Kabaçam G, Güler İ, Ergişi K, Yıldız A. İbn-İ Sina Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Sürveyans Analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(2):7881.

Raven M, Lowe R. A, Maselli J, Hsia R. Y. Comparison Of Presenting Complaint Vs. Discharge Diagnosis For Identifying “Non-Emergency” Emergency Department Visits. JAMA 2013; 309(11): 1145–1153.

Richardson D. B, Mountain D. Myths Versus Facts İn Emergency Department Overcrowding And Hospital Access Block. MJA 2009; 190: 369–374.

Richardson D. B. Increase İn Patient Mortality At 10 Days Associated With Emergency Department Overcrowding. Med J Aust 2006; 184:213-216.

Roberts D.C, Mckay P. M, Shaffer A. Increasing Rates Of Emergency Department Visits For Elderly Patients İn The United States, 1993 To 2003. Annals Of Emergency Medicine 2008; 51:69-774.

Robinson K, Lam B. Early emergency department representations. EMA 2013;25(2): 140-6.

Rodriguez R. M, Fortman J, Chee C, Food, N. V, Poon D. Shelter And Safety Needs Motivating Homeless Persons’ Visits To An Urban Emergency Department. Ann Emerg Med 2013;53:598-602.

Rust, G, Baltrus, P, Ye J, Daniels E, Quarshie, A, Boumbulian P, Strothers H. Presence Of A Community Health Center And Uninsured Emergency Department Visit Rates İn Rural Counties. Journal Of Rural Health 2009; 25(1): 8-16.

Sağlık Bakanlığı: Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ 2009.

Sağlık Bakanlığı: Acil Sağlık Hizmetlerinde Yeşil Alan Uygulaması Hakkında Genelge 2013.

Schull M. J, Kiss A, Szalal J. P. The Effect Of Low-Complexity Patients On Emergency Department Waiting Times. *Annals Of Emergency Medicine* 2007; 49(3):257-64.

Shiber J. R, Longley M. B, Brewer K. L. Hyper-Use Of The ED. *Am J Emerg Med*2009;27:588-594.

Spielberger C, Gorsuch R. L, Lushene R. E. STAI Manuel For State-Trait Inventory, Consulting Psychologist Press 1970; 1-18.

Sprivulis P. C, Dasilva J. A, Jacobs I. G, Frazer A. R. L, Jelinek G. A. The Association Between Hospital Overcrowding And Mortality Among Patients Admitted Via Western Australian Emergency Departments. *Med J Aust* 2006; 184: 208-212.

Sun B. C, Hsia R. Y, Weiss R. E, Zingmond D, Liang L. J, Han W, Mccreath H, Asch S. M. Effect Of Emergency Department Crowding On Outcomes Of Admitted Patients. *Ann Emerg Med* 2013; 61(6):605-611.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik, Analiz Ve Raporlama Daire Başkanlığı, Kamu Hastaneleriistatistikleri Yıllığı, 2014 Sağlık Bakanlığı Yayın Tarihi: ANKARA 2015,Yayın No: 1000

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstatistik, Analiz Ve Raporlama Daire Başkanlığı, Kamu Hastaneleriistatistikleri Yıllığı 2018.

Tanabe P, Gimbel R, Yarnold P. R, Et Al., Reliability And Validity Of Scores On The Emergency Severity Index Version 3. *Acad Emerg Med*2004;11:59-65.

Tang N, Stein J, Hsia R. Y, Maselli J. H, Gonzales R. Trends And Characteristics Of Us Emergency Department Visits, 1997–2007. *Journal Of The American Medical Association* 2010; 304(6): 664–670.

Tanrıöver M. D, Yıldırım H. H, ReadyN. D, ÇakırB, AkalınH. E. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, Sağlık Ve Sosyal Hizmet Çalışanları. Sendikası Sağlık-Sen Ankara Yayınları 2014; 25.

TC. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete: 16 Ekim 2009. Sayı; 27378.

Totten V. Ve Bellou A. Development Of Emergencymedicine İn Europe, Official Journal Of The Society For Akademik Emergency Medicine 2013; 20 (5): 512-516.

Travers D. A, Waller A. E, Bowling J. M, Et Al., Five-Level Triage System More Effective Than Three-Level İn Tertiary Emergency Department. J Emerg Nurs. 2002;28:395-400.

Tsai J. C. H, Liang Y. W, Pearson W. S. Utilization Of Emergency Department İn Patients WithNon-Urgent Medical Problems: Patient Preference And Emergency Department Convenience. J Formos Med Assoc 2010; 109(7):533–42.

Uğrak U, Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y, Teke A. Hastaların Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi. Gata Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2016; 208-228.

Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency Department Visits For Nonurgent Conditions: Systematic Literature Review. The American Journal Of Managed Care 2013; 19(1):47-59.

Van Der Linden M. C, Lindeboom R, Van Der Linden N, Van Den Brand C. L, Lam R. C, Lucas C, Haan R, Goslings J. C. Self-Referring Patients At The Emergency Department: Appropriateness Of Eduse And Motives For Self-Referral. International Journal Of Emergency Medicine 2014; 16:7-28.

Villani J, Mortensen K. Nonurgent Patients İn The Emergency Department? A French Formula To Prevent Misuse Nonemergent Emergency Department Use Among Patients With A Usual Source Of Care. J Am Board Fam Med 2013; 26:680–691.

Walker L, Jamrozik K, Wingfield D, Lawley G. Increased Use Of Emergency Services By Older People After Health Screening. Age And Ageing 2005; 34: 480–485.

9. EKLER

Ek-1. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı; yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin çağın gereklerine, günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet kıstasları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkânları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre seviyelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, hasta triyajı ve renk kodu sisteminin uygulama esaslarını göstermek ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslarını belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Tebliğ, Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere ve diğer kamu kuruluşlarına ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı sağlık tesisleri ile buralarda görev yapan personeli kapsar.

(2) Özel sağlık tesisleri, 27/3/2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinin acil servislere ilişkin hükümleri saklı kalmak kaydıyla bu Tebliğ hükümlerine tâbidir.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine, 13/1/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine, 11/5/2000 tarihli ve 24046 sayılı

Resmî Gazete’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 15 inci maddesine, 26/6/2008 tarihli ve 26918 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2008/13 sayılı Başbakanlık Genelgesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Tebliğde geçen;

a) Acil servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan acil servisleri,

b) Acil servis hizmetleri: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından tıbbi araç ve gereç desteği ile değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için yataklı sağlık tesislerinde sunulan acil sağlık hizmetlerini,

c) Acil ünitesi: Acil hastalara ilk yardım, temel yaşam desteği ve ileri kardiyak yaşam desteği hizmetlerinin verilebildiği, en az bir odadan oluşan acil sağlık birimini,

ç) ASKOM: İl genelinde acil sağlık hizmeti ile ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ve işbirliğini sağlamak üzere kurulan il Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunu,

d) Bakan: Sağlık Bakanını,

e) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

f) Baştabip: Bünyesinde acil servis hizmetleri verilen yataklı sağlık tesislerinin baştabibini,

g) Grup Başkanlığı: İlçe sağlık grup başkanlıklarını,

ğ) Komisyon: Müdürlük bünyesinde acil servislerin seviyelerini belirlemek üzere bu Tebliğin 6 ncı maddesine göre oluşturulan değerlendirme komisyonunu,

h) 112 KKM: 112 İl Ambulans Servisi Baştabipliğine bağlı Komuta Kontrol Merkezini,

ı) Müdürlük: İl sağlık müdürlüklerini,

i) Renk kodlaması: Acil servislerde, triyaj işlemi sırasında acil hastaların öncelik sırasının belirlenmesi amacıyla kırmızı, sarı ve yeşil renk şeklinde uygulanan kodlamayı,

j) Sağlık tesisi: Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, belediyelere, diğer kamu kuruluşlarına ve özel sektöre ait, bünyesinde acil sağlık hizmeti verilen tüm yataklı tedavi kurumlarını,

k) Triage: Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini ifade eder.

Ek-2.

GÖRÜŞME FORMU

ERİŞKİN TRIYAJ GÖRÜŞME FORMU

Triyaj Kategorisi:

Şikayet:

Ön Tanı:

1. Cinsiyetiniz?

☐

Kadın

☐

Erkek

2. Yaşınız?

.....

3. Uyuğunuz?

☐

T.C.

☐

Mülteci

☐

Diğer Yabancı

4. Medeni haliniz?

☐

Bekar

☐

Evli

☐

Eşinden ayrılmış

☐

Eşi vefat etmiş

5.Eğitim durumunuz?

☐

Okuryazar değil

☐

Okuryazar

☐

İlkokul

☐

Ortaokul

☐

Lise

☐

Lisans

☐

Yüksek lisans ve doktora

6. Yaşam çevreniz?

☐

Yalnız

☐

Aile

☐

Bakıcı-Bakımevi

☐

Diğer(.....)

7. Siz hariç evdeki kişi sayısı?

.....

8. Çalışıyor musunuz?

☐

Evet

☐

Hayır

9. Çalışıyor iseniz çalışılan sektör?

☐

Kamu

☐

Özel

☐

Serbest

10. Mesleğiniz?

.....

11. Ailenizin aylık geliri nedir?

☐ 0-1600 TL ☐ 1601-2500 TL ☐ 2501-3500 TL ☐ 3501 TL ve üstü

12. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi ☐ Yüksek

13. Hastane ile yaşadığınız yer arası yaklaşık kaç km?

.....

14. Hastaneye başvuru gününüz?

.....

15. Hastaneye başvurduğunuz saat aralığınız nedir?

☐ 08:00-16:00 ☐ 16:01-00:00 ☐ 00:01-07:59

16. Sosyal güvenceniz var mı?

☐ Sosyal güvencesi olmayan ☐ Yeşil kart
☐ Sosyal güvenlik kurumu ☐ Özel sigorta

17. Herhangi bir hastalığınız var mı?

☐ Evet(.....) ☐ Hayır

18. Aile hekiminiz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

19. Aile hekiminiz varsa şikayetiniz için aile hekimine başvurduğunuz mu? Başvurdu iseniz sonuç ne oldu?

☐ Evet(.....) ☐ Hayır

20. İş yeri hekiminiz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

21. İş yeri hekiminiz varsa şikayetiniz için iş yeri hekimine başvurduğunuz mu? Başvurdu iseniz sonuç ne oldu?

☐ Evet(.....) ☐ Hayır

22. Acil servise son 1 yılda kaç kere başvurdunuz?

.....

23. Aile hekimine son 1 yılda kaç kere başvurdunuz?

.....

24. İşyeri hekimine son 1 yılda kaç kere başvurdunuz?

.....

25. Son 1 yılda polikliniklere başvuru sayınız?

.....

26. Şikayetiniz için neden acil servise başvurdunuz?

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ İş yerimden izin alamadım | ☐ Daha ucuz bakım | ☐ Randevu alamadım |
| ☐ Daha kaliteli bakım | ☐ Daha hızlı bakım | ☐ Diğer |

27. Hastaneye başvuru şekliniz?

- | | | |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| ☐ Ayaktan | ☐ Tekerlekli sandalye | ☐ Ambulans |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|

28. Şikayetinizi ne kadar acil buluyorsunuz?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Çok acil | ☐ Acil |
| ☐ Acil değil | ☐ Bilmiyorum |

29. Şikayetiniz ne zaman başladı?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 0-2 saat | ☐ 3-4 saat | ☐ 5-12 |
| ☐ 13-24 | ☐ Birkaç gün | ☐ Birkaç hafta |

30. Şikayetiniz için daha öncesinden poliklinik başvurusunda bulundunuz mu?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Evet | ☐ Hayır |
|-------------------------------|--------------------------------|

31. Şikayetiniz için kaygı düzeyiniz?

- | | |
|---|--|
| ☐ Kaygım yok | ☐ Endişeliyim |
| ☐ Sürekli kaygım var | ☐ Ölüm korkum var |

32. Aile ilişkilerinizde sorun var mı?

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Evet | ☐ Hayır | ☐ Bazen |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

Ek-3.

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

“Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Eda GÜL ve danışmanı Dr. Öğr. Üy. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK tarafından planlanmıştır.

Bu araştırma kapsamında sizden bir görüşme formu doldurmanız istenecektir. Bu formu doldurmanız yaklaşık 15 dakika sürecektir.

Bu çalışmaya katılma ya da katılmama ya da istediğiniz zaman çıkma hakkına sahiptir. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden bildirmeniz daha uygun olacaktır.)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili sizden herhangi bir para talep edilmeyecek veya size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katıldığınız takdirde araştırmacılar ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında ve sonrasında büyük özen gösterilecektir. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler herhangi bir şekilde, herhangi bir kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Eda GÜL’dür.

Tel: 0534 767 60 36

e-posta: edagul3437@gmail.com

Gönüllü Adı Soyadı

Araştırmacının Adı Soyadı

İmza/Tarih

İmza/Tarih

Ek-4

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Sayın Dr. Öğr. Üy. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK ve Eda GÜL tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacılar ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitsel ve bilimsel amaçlar sırasında kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmenin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırma ile ilgili bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Eda GÜL' ü 0534 767 60 36 numaralı telefondan arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Eğer katılmayı red edersem, bu durumun muayene ve tedavi sürecime ilişkin herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süreci sonucunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

Rıza işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

Ek-5

EBEVEYN BİLGİLENDİRME FORMU

“Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğuve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Eda GÜL ve danışmanı Dr. Öğr. Üy. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK tarafından planlanmıştır.

Bu araştırma kapsamında çocuğunuzdan bir görüşme formu doldurması istenecektir. Çocuğunuzun bu formu doldurması yaklaşık 15 dakika sürecektir.

Çocuğunuz bu çalışmaya katılma ya da katılmama ya da istediği zaman çıkma hakkına sahiptir. Araştırmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle araştırmadan çıkarılmanız veya çıkmanız halinde, çocuğunuzun eğitim durumu ile ilgili hiçbir aksama olmayacaktır.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ücret talep edilmeyecek veya size ve çocuğunuza herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya çocuğunuz katıldığı takdirde araştırmacılar ile aranızda kalması gereken çocuğunuza ve size ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında ve sonrasında büyük özen gösterilecektir. Çocuğunuzun ve sizin kimlik bilgileriniz istenmeyecek ve kullanılmayacaktır. Araştırma kapsamında elde edilen bilgiler herhangi bir şekilde, herhangi bir kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Eda GÜL’dür.

Tel: 0534 767 60 36

e-posta: edagul3437@gmail.com

Ebeveyn Adı Soyadı

Araştırmacının Adı Soyadı

İmza/Tarih İmza/Tarih

Ek-6.

EBEVEYN ONAY FORMU

Sevgili Anne-Babalar,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Hemşirelik yüksek lisans tezi kapsamında “Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi”ni araştırmak amacıyla çocuklarınızın bu kapsamda verilen görüşme formunu doldurmasına ihtiyaç duymaktayız.

Katılmasına izin verdiğiniz takdirde çocuğunuz görüşme formunu hastanede dolduracaktır. Çocuğunuzun cevaplayacağı soruların onun psikolojik gelişimine olumsuz etkisi olmayacağından emin olabilirsiniz. Çocuğunuzun dolduracağı görüşme formunun cevapları kesinlikle gizli tutulacak ve bu cevaplar sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu formu imzaladıktan sonra çocuğunuz katılımcılıktan ayrılma hakkına sahiptir. Araştırma sonuçlarının özeti tarafımızdan okula ulaştırılacaktır. Formda sizin ya da çocuğunuzun kişisel bilgileri yer almamaktadır.

Araştırmayla ilgili sorularınızı aşağıdaki e-posta adresini veya telefon numarasını kullanarak bize yöneltebilirsiniz. Saygılarımızla,

Öğretim Üyesi: Dr. Öğr. Üy. Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

Marmara Üniversitesi, İstanbul

Diğer Araştırmacı: Eda GÜL

Tel: 0534 767 60 36

e-posta: edagul3437@gmail.com

Lütfen bu araştırmaya katılmak konusundaki tercihinizi aşağıdaki seçeneklerden size en uygun gelenin altına imzanızı atarak belirtiniz.

Bu araştırmaya tamamen gönüllü olarak çocuğum’nın katılımcı olmasına izin veriyorum izin vermiyorum.

Baba Adı-Soyadı..... Anne-Adı-Soyadı

Ek-7. Etik Kurul İzin Formu



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Etik Kurulu

PROJENİN ADI : Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu Ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR : Eda GÜL
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 10.09.2018-185

Sayın; Dr. Öğr. Üyesi Bilgi GÜLSEVEN KARABACAK

185 protokol nolu "Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu Ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

İ. Demirbükten
Doç.Dr. İlksen DEMİRBÜKEN

D. Save
Prof. Dr. Dilşad SAVE

H. Aşçı
Prof.Dr. Hülya AŞÇI

T. Akbay
Prof.Dr.Tuğba TUNALI AKBAY

N. Bahçeçik
Prof.Dr. Neşet BAHÇEÇİK

Prof.Dr. Hakkı ARIKAN

G. Sert
Doç.Dr.Gürkan SERT

Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU

B. Okuyan
Doç.Dr. Betül OKUYAN

Av. Funda IŞIK



Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampusu Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

Ayrıntılı bilgi için:
Süleyman
TÜRKMENOĞLU

Ek-8. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRLİĞİ
23.11.2018 OR.33 - 16867222 - 604.01.01 - E.3686



00081250537

Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Eda GÜL'ün
Tez İzni Hk.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
(Göztepe Yerleşkesi 34122 Kadıköy / İstanbul)

İlgi : a) 30/10/2018 tarihli ve 71211201-1800296996 sayılı yazı.
b) 19/11/2018 tarihli ve 30160612-604.01.02-7636 sayılı yazı

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi (T.C. 36244787674) Eda GÜL'ün, Dr. Öğr. Üyesi Bilgi Gülseven KARABACAK'ın danışmanlığında devam eden "Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, *Sultanbeyli Devlet Hastanesi'nin* ilgi b) sayılı yazısı ile yapılması Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır,
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:
1- Hastane Görüş Yazısı

EVENLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNIYDIR
26.11.2018

Permio GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Başkan Yardımcısı

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:
e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsağlik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK
Unvan: FIRMA
Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ab70d156-fb78-4ee4-825e-e77643a84677 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-9. Kurum Onayı

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SULTANBEYLİ DEVLET
HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SULTANBEYLİ
DEVLET HASTANESİ
19/11/2018 15:20 - 30160612 - 604.01.02 - E.7636
00080836438



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sultanbeyli Devlet Hastanesi

Sayı : 30160612-604.01.02
Konu : Eda GÜL'ün Tez İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Eda GÜL'ün "**Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Yeşil Alan Hastalarının Başvuru Nedenlerinin Uygunluğu ve Hasta Özelliklerinin İncelenmesi**" başlıklı tez çalışmasını; hastanemizde uygulaması idaremizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Mustafa BULUT
Başhekim.

KANSER BİRİMİ
Faks No:02163988970
e-Posta:senel.oz@saglik.gov.tr Int. Adresi: senel.oz@saglik.gov.tr

Bilgi için:Şenel ÖZ
Unvan:BİRİM SORUMLUSU
Telefon No:2165642400-1674

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 5411f9be-8874-4c0f-81ae-587452bd253e kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10.ÖZGEÇMİŞ

Adı	Eda	Soyadı	Gül
Doğum Yeri	Üsküdar	Doğum Tarihi	24.01.1993
Uyruğu	T.C.	Tel	05347676036
E-Mail	edagul3437@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik	Devam Ediyor
Lisans	Eskişehir Anadolu üniversitesi sağlık yönetimi	Devam Ediyor
Lisans	Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2015
Lise	İstanbul Orhangazi Lisesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Acil Servis-Hemşire	Sultanbeyli Devlet Hastanesi	2018-....
Acil Servis-Hemşire	Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2015-2018

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu [#]								
YDS	ÜDS	IEL TS	TOEL IBT	TOEFL PBT	TOEL CBT	FCE	CAE	CP E
-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	-	-	-
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım becerisi
Microsoft Office	İyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikalari/Ödülleri/Diğer:

- 3. Acil Hemşireliği Sempozyumu (İstanbul, 2015)
- Kişiler Arası İletişim Ve Gelişim Eğitimleri (İstanbul, 2015-2016-2017)
- İş Sağlığı Ve Çalışan Güvenliği Eğitimleri (İstanbul, 2015-2016-2017)
- Hasta Hakları Ve Çalışan Hakları Kursu (İstanbul, 2017)
- CPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) Kursu (İstanbul 2017)
- Hasta Güvenliği Eğitimi (İstanbul, 2015)
- Enfeksiyon Kontrolü Ve Önlenmesi Eğitimi (İstanbul, 2017)
- Acil Bakım Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı (İstanbul, 2018).