



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİL KENT ŞEHİR HASTANESİ**

ÇOCUK SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA
YATIŞ RİSKİNİ BELİRLEMEDE ‘PEDIATRİK GÖZLEM
ÖNCELİK SKORUNUN’ ETKİNLİğİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hasan Salih Yüzdemir

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA BİL KENT ŞEHİR HASTANESİ**

ÇOCUK SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

**ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARDA
YATIŞ RİSKİNİ BELİRLEMEDE ‘PEDIATRİK GÖZLEM
ÖNCELİK SKORUNUN’ ETKİNLİğİNİN
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Hasan Salih Yüzdemir

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Funda Kurt

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2024

TEŞEKKÜR

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'ndeki 4 yıllık eğitim sürecim boyunca her zaman desteğini hissettiğim, pediatrist olma yolunda mesleki vizyonumu geliştiren, önüme ışık tutan ve kendime örnek aldığım eğitim ve idari sorumlumuz Prof. Dr. Emine DİBEK MISIROĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini her zaman hissettiğim, tez çalışmamın tüm aşamalarında tecrübesini, deneyimlerini ve bilgisini paylaşıp, ilgi ve desteğini her daim hissettiren çok değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Funda KURT'a,

Bana yol gösteren, hayatıma dokunan çok değerli hocalarıma, uzmanlık süresince birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum, üzerimde çokça emekleri olan beraber çalışma şansı yakaladığım tüm başasistanlarıma, uzmanlarıma, eşkıdem arkadaşlarıma ve diğer meslektaşlarıma,

Yalnızca zorlu asistanlık sürecinde ve tez döneminde değil, her daim yanımda olan, aldığım tüm kararlarda desteğini arkamda hissettiğim, beni cesaretlendiren ve varlığıyla bana güç katan değerli yol arkadaşım, eşim Dr. Kübra ÖZTÜRK YÜZDEMİR'e,

Tüm hayatım boyunca koşulsuz sevgisini ve desteğini benden esirgemeyen, beni yetiştirip bugünlere gelmemi sağlayan, annem Sermin YÜZDEMİR, babam Ali YÜZDEMİR ve ablam Ayşenur YÜZDEMİR AYAYDIN'a,

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Hasan Salih YÜZDEMİR

Ankara, 2024

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
SİMGELER ve KISALTMALAR	iv
TABLO DİZİNİ.....	vi
ŞEKİL DİZİNİ.....	xiii
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ÇOCUK ACİL TARİHÇESİ	3
2.2. ÇOCUK ACİL SERVİSİNE HASTA BAŞVURU NEDENLERİ	3
2.2.1. Acil Gözlem Üniteleri	4
2.3. TRİYAJ	4
2.4. ÇOCUK ACİLDE SİSTEMATİK DEĞERLENDİRME	5
2.4.1. Pediatrik Değerlendirme Üçgeni.....	5
2.4.2. Birincil Değerlendirme	6
2.4.2.1. Hava yolu.....	7
2.4.2.2. Solunum.....	8
2.4.2.3. Dolaşım.....	8
2.4.2.4. Hızlı nörolojik değerlendirme	9
2.4.2.5. Soyma ve baştan ayağa inceleme.....	9
2.4.3. İkincil Değerlendirme	10
2.4.4. Üçüncül Değerlendirme.....	10
2.5. ACİL SERVİS, PEDIATRİ SERVİSİ VE YOĞUN BAKIM YATIŞLARINDA KLİNİK TAKİP SKORLARI.....	11
2.5.1. Erken Uyarı Skorlama Sistemleri.....	11
2.5.1.1. Erken uyarı skorlama sistemlerinin tarihi.....	11
2.5.2. Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS).....	12
2.5.2.1. Pediatrik gözlem öncelik skoru tanımı ve tarihçesi	12
2.5.2.2. PGÖS'ün değerlendirilmesi ve uygulama akışı	13
2.5.3. Pediatrik Erken Uyarı Skoru (PEUS)	15

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
3.1. GÖZLEM ALANLARINDA İZLENEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	19
3.2. KLİNİK DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN PARAMETRELER	22
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22
4. BULGULAR	24
4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
4.2. HASTALARIN TRİYAJ ANINDA BAKILAN SKORLARININ (DT) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
4.3. HASTALARIN GÖZLEME ALINIŞ ANINDA BAKILAN SKORLARININ (D0) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	37
4.4. HASTALARIN GÖZLEMDE 6. SAATE BAKILAN SKORLARININ (D6) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	46
4.5. HASTALARIN GÖZLEM ALANLARINDAN ÇAYBÜ'YE ALINIŞ ANINDA BAKILAN SKORLARININ(DY) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	55
4.6. HASTALARIN HASTANE YATIŞI ANINDA BAKILAN SKORLARININ (DS) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	62
4.7. SKORLAR İLE SERVİS YATIŞLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.....	71
4.8. SKORLAR İLE YBÜ YATIŞLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	72
4.9. SKORLAR İLE TABURCULUKLARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ	73
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	86
7. KAYNAKÇA	89
8. ÖZGEÇMİŞ.....	94
9. EKLER.....	95
EK-1. HASTA TAKİP VE VERİ FORMU	95
EK-2. ETİK KURUL ONAYI.....	99

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACEP	: Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians)
AHA	: Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association)
ANOVA	: Varyans analizi (Analysis Of Variance)
APA	: Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics)
ATS	: Avusturalya Triyaj Skalası
CTAS	: Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası
ÇAP	: Çocuk Acil Polikliniği
ÇAYBÜ	: Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi
ENA	: Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association)
ESİ	: Acil Ciddiyet Skoru (Emergency Severity Index)
GBS	: Guillian-Barre Sendromu
GİS	: Gastrointestinal sistem
GKS	: Glasgow Koma Skoru
HFS	: Hemofagositik Sendrom
HSP	: Henoch-Schönlein purpurası
İM	: İntramusküler
İV	: İntravenöz
KDZ	: Kapiller Dolum Zamanı
LMA	: Larengeal maske hava yolu
ManChEWS	: Manchester Çocuk Erken Uyarı Skoru
MTS	: Manchester Triaj Skalası
PDÜ	: Pediatrik Değerlendirme Üçgeni
PEUS	: Pediatrik Erken Uyarı Skoru
PEWS	: Pediatric Early Warning Score
PGÖS	: Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru
POPS	: Pediatric Observation Priority Score
PRISA II	: Pediatrik Yatış Riski Skoru II (Pediatric Risk of Admission II)
PRISA	: Pediatrik Yatış Riski Skoru (Pediatric Risk of Admission)
ROC	: İşlem karakteristik eğri analizi (Receiver operating characteristic)

UADHS : Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı
USAY : Uyanık, Sese yanıt, Ağrılı uyarana yanıt, Yanıtsız
YBÜ : Yoğun Bakım Ünitesi



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS).....	15
Tablo 2. Pediatrik Erken Uyarı Skoru (PEUS).....	16
Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların (n=968) Demografik Özellikleri ve Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı	25
Tablo 4. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların (n=968) Çocuk Acil Gözlem Alanlarına Alınma Nedenleri	26
Tablo 5. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Başvuru, Yatış ve Taburculuk Bilgileri	27
Tablo 6. Hastaların Yatış Yerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	27
Tablo 7. Hastaların Cinsiyete Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	28
Tablo 8. Hastaların Yaş Gruplarına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	28
Tablo 9. Hastaların Uyruklarına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	28
Tablo 10. Hastaların Şikâyet Sürelerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	29
Tablo 11. Gözleme Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	30
Tablo 12. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	31
Tablo 13. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 14. Kronik Hastalık Varlığına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 15. Sürekli İlaç Kullanımına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	32
Tablo 16. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	33

Tablo 17. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	33
Tablo 18. Triyaj Düzeylerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	33
Tablo 19. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	34
Tablo 20. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	34
Tablo 21. Başvuru Şekline Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	35
Tablo 22. Gözlem Alanlarında Kalış Süresine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	35
Tablo 23. İzlem Sonlanma Şekillerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	36
Tablo 24. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	36
Tablo 25. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	37
Tablo 26. Hastaların Yatış Yerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	37
Tablo 27. Hastaların Cinsiyete Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	37
Tablo 28. Hastaların Yaş Gruplarına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	38
Tablo 29. Hastaların Uyruklarına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	38
Tablo 30. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	39
Tablo 31. Gözlem Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	39
Tablo 32. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	40

Tablo 33. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	41
Tablo 34. Kronik Hastalık Varlığına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	41
Tablo 35. Sürekli İlaç Kullanımına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	41
Tablo 36. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	42
Tablo 37. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	42
Tablo 38. Triyaj Düzeylerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	42
Tablo 39. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	43
Tablo 40. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	43
Tablo 41. Başvuru şekline göre DT skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması	44
Tablo 42. Gözlem Alanlarında Kalış Süresine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	44
Tablo 43. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	45
Tablo 44. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	45
Tablo 45. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	46
Tablo 46. Hastaların Yatış Yerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	46
Tablo 47. Hastaların Cinsiyete Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	46
Tablo 48. Hastaların Yaş Gruplarına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	47

Tablo 49. Hastaların Uyruklarına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	47
Tablo 50. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	48
Tablo 51. Gözlem Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	48
Tablo 52. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	49
Tablo 53. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	50
Tablo 54. Kronik Hastalık Varlığına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	50
Tablo 55. Sürekli İlaç Kullanımına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	50
Tablo 56. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	51
Tablo 57. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	51
Tablo 58. Triyaj Düzeylerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	51
Tablo 59. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	52
Tablo 60. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	52
Tablo 61. Başvuru Şekline Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	53
Tablo 62. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	53
Tablo 63. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	54
Tablo 64. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre D6 Skorlarının Dağılımı Ve Karşılaştırılması	54
Tablo 65. Hastaların Cinsiyete Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	55

Tablo 66. Hastaların Yaş Gruplarına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	55
Tablo 67. Hastaların Uyruklarına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	56
Tablo 68. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	56
Tablo 69. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	57
Tablo 70. Kronik Hastalık Varlığına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	57
Tablo 71. Sürekli İlaç Kullanımına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	57
Tablo 72. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	58
Tablo 73. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	58
Tablo 74. Triyaj Düzeylerine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	58
Tablo 75. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	59
Tablo 76. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	59
Tablo 77. Başvuru Şekline Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	60
Tablo 78. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	60
Tablo 79. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	61
Tablo 80. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	61
Tablo 81. Hastaların Yatış Yerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	62

Tablo 82. Hastaların Cinsiyete Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	62
Tablo 83. Hastaların Yaş Gruplarına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	62
Tablo 84. Hastaların Uyruklarına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	63
Tablo 85. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	63
Tablo 86. Gözlem Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	64
Tablo 87. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	65
Tablo 88. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	65
Tablo 89. Kronik Hastalık Varlığına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	66
Tablo 90. Sürekli İlaç Kullanımına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	66
Tablo 91. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	66
Tablo 92. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	67
Tablo 93. Triyaj Düzeylerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	67
Tablo 94. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	67
Tablo 95. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	68
Tablo 96. Başvuru Şekline Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	68
Tablo 97. Gözlem Alanlarında Kalış Süresine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	69
Tablo 98. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	69

Tablo 99. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	70
Tablo 100. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış süresine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması	70
Tablo 101. Skorların Servis/Yoğun Bakım Ünitesi Yatışları ve Taburculukta Kullanımının Değerlendirilmesi	74



ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Pediatrik Değerlendirme Üçgeni (PDÜ).....	6
Şekil 2. Çocuk Acil İşleyiş Şeması.....	20
Şekil 3. Değerlendirme Skorlarının Servis Yatışı ile İlişkisi.....	72
Şekil 4. Değerlendirme Skorlarının Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış ile İlişkisi.....	73
Şekil 5. Değerlendirme Skorlarının Taburculuk ile İlişkisi.....	74



ÖZET

Amaç: Çocuk acil polikliniklerinde artan hasta sayısı nedeni ile hastaların hızlı ve etkin değerlendirilmesi gün geçtikçe zorlaşmaktadır. Bu nedenle hasta ciddiyetinin değerlendirilmesi için bazı parametreler ve skarlama sistemleri kullanılmaktadır. Bu skarlama sistemlerinden biri olan Pediatrik Gözlem Öncelik Skorunun (PGÖS) servis ve yoğun bakım yatışları ile taburculuğu öngörmedeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, 1 Ağustos 2023 ile 31 Temmuz 2024 tarihleri arasında herhangi bir sebeple hastanemizin çocuk acil servisine başvuru acil gözlem alanları ya da çocuk acil yoğun bakım ünitesinde izleme alınan 968 hasta; triyajda, gözleme ya da yoğun bakıma alınma anında, izlemin 6. saatinde ve servise ya da yoğun bakıma yatış anında değerlendirilerek PGÖS skorları hesaplandı. Bu skorları etkileyen parametreler ve skorlar ile servise yatış, yoğun bakıma yatış ve taburculuk arasındaki ilişkiler analiz edildi.

Bulgular: Hastalardan %44,8'inin servise, %2,4'ünün yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı görüldü. Hesaplanan PGÖS skorları ile servise yatış, yoğun bakıma yatış ve taburculuk durumları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Belirlenen kesilme noktaları; triyajdaki skarlara göre servise yatış için ≥ 3 , yoğun bakıma yatış için ≥ 4 ve taburculuk için ≤ 3 şeklinde bulundu. 6. saat skoru için ise bu değerler servise yatış için ≥ 3 , yoğun bakıma yatış için ≥ 5 ve taburculuk için ≤ 3 şeklindeydi. Servise ve yoğun bakıma yatış ile PGÖS skorları arasındaki ilişki için yapılan ROC analizlerinde puan arttıkça duyarlılığın azaldığı ve özgülüğün arttığı görüldü. Taburculuk ve PGÖS skorları arasındaki ilişki için yapılan ROC analizlerinde ise puan azaldıkça duyarlılığın azalıp özgülüğün arttığı görüldü.

Sonuç: PGÖS skoru, fizyolojik parametrelerin yanı sıra gözlemsel parametrelerin de kullanıldığı, yatışları ve taburculukları öngörmede etkili bir skordur. Herhangi bir zamanda bakılan PGÖS skoru ≥ 5 ise hastalar mutlaka yatış ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir. Acil gözlem odalarında kullanımı uygun,

basit ve sürdürülebilir olup etkinliğinin değeriendirilmesi ve kullanımının yaygınlaşması için gelecekte yapılacak yüksek hasta sayılı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Çocuk Acil Servis, PGÖS, Yatış



ABSTRACT

Aim: Due to the increasing number of patients in pediatric emergency clinics, rapid and effective patient evaluation is becoming challenging. Therefore, some scoring systems are used to assess patient severity. This study aimed to evaluate the impact of one such scoring system, the Pediatric Observation Priority Score (POPS), on predicting ward and intensive care admissions as well as discharge.

Materials and Methods: A total of 968 patients who presented to the pediatric emergency department between August 1, 2023, and July 31, 2024, and were monitored in the observation unit were included in the study. POPS values were calculated at triage, upon admission to the observation unit, at the 6th hour of follow-up, and at the time of admission to the ward or intensive care unit. Parameters affecting these scores, and the relationship between scores and ward/intensive care admissions and discharge, were analyzed.

Findings: It was observed that 44.8% of patients were admitted to the ward, and 2.4% required intensive care. A significant relationship was found between POPS and both ward/intensive care admissions and discharge. The cut-off points determined for triage were ≥ 3 for ward admission, ≥ 4 for intensive care admission, and ≤ 3 for discharge. For the 6th-hour score, these values were ≥ 3 for ward admission, ≥ 5 for intensive care admission, and ≤ 3 for discharge. ROC analyses indicated that as the score increased, sensitivity decreased, and specificity increased for admissions. For discharge, as the score decreased, sensitivity decreased, and specificity increased.

Conclusion: POPS is an effective tool for predicting hospital admissions and discharges in pediatric emergencies. If POPS is ≥ 5 at any point, the need for hospitalization should be considered. POPS is suitable and easy to use in emergency observation rooms. Further multi-center studies with larger patient populations are recommended to assess its effectiveness and promote widespread use.

Keywords: Child, Pediatric Emergency Department, POPS, hospitalisation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çocuk acil servisleri, sağlık hizmetlerinin önemli ve hayati bir basamağını oluşturmaktadır. Hasta sayısının giderek artmasıyla birlikte kritik hastaların değerlendirilmesi oldukça büyük önem taşımakta ancak bu hastaların kısa sürede tespit edilmesi ve en uygun değerlendirmenin yapılması acil servislerde zaman ve kaynak sıkıntısı nedeni ile her zaman mümkün olmamaktadır. Bu nedenle hastanın daha uygun bir sürede değerlendirilip muayene edilebileceği, gerektiğinde daha uzun gözlenebileceği ve uygun tedavinin hastaya en hızlı şekilde ulaştırılabileceği bir alan arayışına girilmiş olup Acil Gözlem Üniteleri oluşturulmuştur (1, 2). Bu birimler, kendilerine ayrılmış bir alanda rutin acil servis muayene süresinden daha uzun ancak hastaneye yatış süresinden daha kısa bir süreliğine gözlem imkânı tanımaktadır (3).

Bir hastanın hastaneye yatırılması veya taburcu edilmesi konusunda profesyonel bir yargıda bulunmak acil serviste çalışan doktorların temel rollerinden birisi olmuştur. Bu karar verilirken detaylı bir klinik değerlendirme ve klinik gidişata dair bir tahmin gerekir. Fakat acil servise başvuran hasta sayısındaki yıllar içerisindeki artış bu değerlendirmeyi ve beraberinde güvenli sağlık hizmetini zorlaştırmaktadır. Bu durumda sağlık hizmetinin sınırlı kaynaklarının en uygun ve verimli şekilde kullanımının sağlanması, bu doğrultuda ölüm oranının ve tedavi gecikmelerinin azaltılması önemlidir. Son yıllarda hastaların kötüleşme ihtimallerini önceden görebilmek ve doğru zamanda doğru müdahaleyi yapabilmek için bazı araçlar kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları hastaların fizyolojik verilerden elde edilen skorelama sistemleridir. Yapılan çalışmalarda bu skorlamaların bazılarının özellikle yoğun bakımlara yatışları öngörmede başarılı olduğuna dair veriler elde edilmiştir (4). Pediatrik Erken Uyarı Skoru (PEUS), bunlardan biridir ve hastanelerde yatan hasta servislerinde hali hazırda kullanılmakta olup temel amacı kötüleşen hastayı erken tespit etmektir (5). Hastalarda genel görünüm, bilinç, solunum ve kardiyovasküler sistem değişiklikleri gibi fizyolojik parametrelerin değerlendirilmesiyle ortaya çıkar. PEUS'un pediatri servislerinde kullanımının etkinliğini değerlendiren pek çok çalışma vardır ancak acil serviste değerlendirilen hastalarda kullanımı ile ilgili veri sınırlıdır. Farklı erken uyarı sistemleri acil servis

hasta serilerinde denenmiş ancak yatış olasılığını belirlemede zayıf ile orta düzeyde bir etkinlikleri olduğu görülmüştür (6). Bunun üzerine 2000’li yılların başında öykü, fizyolojik parametreler ve uygulanan tedavileri içeren daha kapsamlı bir skor olan Pediatrik Yatış Riski Skorlaması (PRISA) geliştirilmiştir ve acil servisten hastaneye yatış riskinin belirlenmesi için kullanılmıştır. Bu skor 2004 yılında ikinci kuşak Pediatrik Yatış Riski Skorlaması II (PRISA II) olarak tekrar düzenlenmiştir. 2010 yılında Birleşik Krallık’ta geliştirilen Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS) ise hem yatırılması gereken ciddi hastaları hem de acil gözlem alanlarından taburcu edilebilecek nispeten iyi hastaları belirlemede daha faydalı bulunmuştur (7).

Bu çalışmanın amacı, çocuk acil gözlem ünitelerinde izlenen hastalarda PGÖS’ün çocuk servis ve yoğun bakım ünitesine yatışlarını öngörmedeki etkinliğini değerlendirmektir. Elde edilen bilgilerle bu skorun acil gözlem ünitelerinde izlenen hastalar için yatışları belirlemede kullanılabilirliğini değerlendirilerek bu sayede yatışların güvenli ve nesnel bir skorlama yoluyla daha hızlı gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ÇOCUK ACİL TARİHÇESİ

Yüzyıllardır; tıbbi ve cerrahi, travmatik ve travmatik olmayan, kazayla ve kazayla olmayan, ani ve beklenmedik hastalıkları olan çocuklar acil servise ebeveynleri tarafından triyaj, değerlendirme ve tedavi için getiriliyordu. Uzun yıllar boyunca bu çocukların değerlendirilmesi, tedavisi ve bakımı genel acil servis doktorları ve gerektiğinde destek veren çocuk doktorları tarafından yapılıyordu (8). Zaman içinde acil servise başvuran hasta spektrumundaki genişlik göz önüne alınarak bu konuda uzmanlaşmış kişiler olması gerektiği öne sürüldü ve ilk olarak 1980'lerin başında Kuzey Amerika'da Pediatrik Acil Tıp alanındaki kariyer resmileştirildi (8). Pediatrik Acil Tıp, ülkemizde de 2009 yılında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları anabilim dalı altında bir yan dal olarak kabul edildi (9). O günden bu yana ülkemizde pek çok hastanede çocuk acil poliklinikleri açıldı ve çok geniş bir hasta potansiyeline hizmet etmeye devam etmektedir. Tam donanımlı bir hastanedeki çocuk acil polikliniğinde triyaj, muayene alanı ve acil gözlem ünitesi bulunmalıdır; ülkemizde bu konuda çalışmalar devam etmektedir.

2.2. ÇOCUK ACİL SERVİSİNE HASTA BAŞVURU NEDENLERİ

Acil servise başvuran tüm hastaların yaklaşık % 30'unu çocuk hastalar oluşturmaktadır (10). Çocuk acile başvuran hastalardaki en büyük zorluk, çocuk hastaların hızla kötüleşebilmeleri ve bu hasta grubunun yaşamsal bulgularının güvende olmayışıdır. Acile başvuru sebepleri arasında yüksek ve inatçı ateş, solunum sıkıntısı, enfeksiyonlar, ishal, kusma, ağrı, nöbet, alerjik reaksiyonlar, travma ve kazalar, yanık, doğumsal ya da metabolik hastalıkların şiddetli komplikasyonları, zehirlenmeler ve kronik hastalıkların akut komplikasyonları yer almaktadır (11). Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunda acil başvurularının en sık sebebinin ateş olduğu görülmüştür (10, 12). Başvuran hastaların yaş dağılımı incelendiğinde ise 1 ay ile 6 yaş arasının en sık başvuru yaşı olduğu görülmüştür (10, 13, 14).

2.2.1. Acil Gözlem Üniteleri

Acil gözlem üniteleri, acil alanının içinde belirlenmiş bir bölümde hastaların belirli bir süre boyunca izlenebilecekleri ve tedavi alabilecekleri özel alanlardır (2). Günümüzde ciddi bir sorun olarak nitelendirilen kalabalık acil servislerde hasta döngüsünün sağlanabilmesi için tasarlanmış olan bu alanlarda hem daha uzun gözlem gereken hastalar izlenebilmekte hem de hastaneye yatış süresinden daha kısa bir süre için tedavi verilebilmektedir. Ayrıca yapılan bazı çalışmalarda, acil gözlem ünitelerinin bakım maliyetlerini yarı yarıya azaltabileceği bildirilmiştir (15).

Son 10 yılda gözlem üniteleri ile ilgili yapılan çalışmalar artmış olmakla birlikte, çocuk hastalarda yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Literatürde astım, krup, enterit, zehirlenme ve nöbet gibi klinik durumların acil gözlem ünitelerinde izlenmeye uygun olduğu bildirilmiştir (16).

2.3. TRIYAJ

Triyaj (trier), Fransızca kökenli bir kelimedir ve “seçmek, ayıklamak” anlamlarına gelmektedir. İlk kez 18. yy.’da savaş alanında yaralanmaların ağırlığını belgelemek ve askerlerin tıbbi gereksinimlerine göre savaş alanına hızla dönebilmeleri için kullanılmıştır. Günümüzde uygulanan anlamıyla tıbbi triyaj, hastaların ve hastalıklarının aciliyeti belirlenerek durumu daha acil olan hastalara öncelikli ve hızlı tıbbi destek verilmesi anlamına gelir (17). Triyaj kavramının acil servislerde ilk sistematik tanımlaması Weinerman ve arkadaşları tarafından 1964 yılında yapılmıştır (18).

Acil servislerde yapılan triyaj kapsamında her hasta başvuru anında hızla değerlendirilir, şikâyet ve başvuru şekillerine göre öncelik belirlenir ve hasta güvenliği öncelenerek hızla gereken müdahaleler yapılır. Acil servislerde uygulanan triyaj sisteminin hastaların bekleme süresini ve hastanede kalış süresini azalttığı bildirilmiştir (19). Giderek artan hasta sayısı ve kaynakların sınırlı olması nedeni ile acil servisteki hasta döngüsünü hızlandırmak ve mevcut hastaların arasından potansiyel ciddi vakaları belirlemek için etkili ve gerekli bir basamaktır.

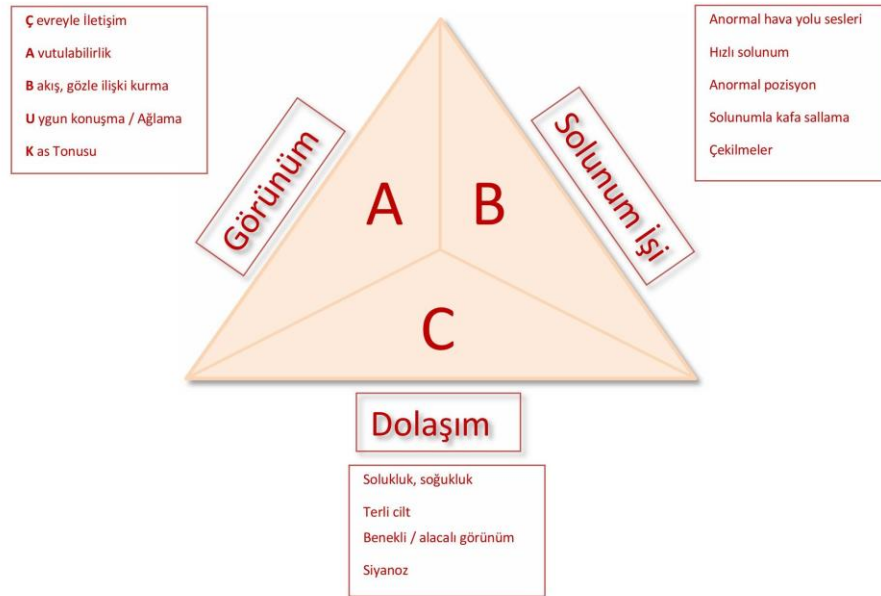
Triyaj sisteminin etkin çalışması basitlik, zaman açısından etkinlik ve güvenilirlik ile mümkündür. Dünyada 3, 4 ve 5 basamaklı triyaj sistemleri bulunmaktadır. 2003 yılından bu yana, Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians, ACEP) ve Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association, ENA) tarafından geçerlilik ve güvenilirliğinin daha fazla olduğu düşünülen beş basamaklı triyaj sisteminin (1- en acil, 2- çok acil, 3- acil, 4- daha az acil, 5- acil değil) kullanılması önerilmektedir (20). Beş basamaklı en sık kullanılan triyaj sistemleri arasında Manchester Triyaj Skalası (MTS), Avusturalya Triyaj Skalası (ATS), Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası (CTAS) ve Acil Ciddiyet Skoru (Emergency Severity Index, ESI) sayılabilir. Ülkemizde acil servis triyajı amacıyla kullanılan ülkemize ait özel araçlar bulunmamaktadır ancak acil servislerin yoğunluğunda üç aşamalı triyaj sistemi kullanılmaktadır ve Sağlık Bakanlığı tarafından resmi gazetede yayımlanan tebliğde kırmızı (çok acil), sarı (acil) ve yeşil (acil olmayan) renk kodları kullanılmaktadır (21).

2.4. ÇOCUK ACİLDE SİSTEMATİK DEĞERLENDİRME

2.4.1. Pediatrik Değerlendirme Üçgeni

Çocuk acil tıbbında tanı konulmasından daha öncelikli olan şey hastanın stabilize edilmesidir. Bu nedenle hızlı bir ön değerlendirmeyi sağlayan ve çözüm sunulması gereken sorunu tanımlayan bir araç kullanılması gereklidir (22). Ancak kritik durumda olan hasta bir çocuğun ilk değerlendirmesi her zaman düşünüldüğü kadar kolay olmamaktadır. Acil bir durumda çocuk hastanın ilk değerlendirmesi için ideal olan “odanın diğer ucundan” gözlem ve değerlendirme yapılmasıdır (23). 2000 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics, APA), Pediatrik Değerlendirme Üçgeni (PDÜ) adı verilen yeni bir hızlı değerlendirme aracını tanıttı (22). PDÜ bir tanı aracı olmamakla birlikte, klinisyenin hasta çocuğun genel durumu ile ilgili genel bir izlenim edinmesini, halinin ciddiyetini, hastalık kategorisini, müdahale türünü ve aciliyeti belirlemesini sağlamak amacıyla tasarlanmıştır (24). Bu değerlendirme yapılırken yalnızca görsel ve işitsel veriler kullanılır, ekipman gerekmez ve yaklaşık olarak 1 dakikadan kısa sürer. PDÜ, üç bileşenden oluşur: Genel görünüm, solunum ve dolaşım. Genel görünüm

değerlendirilirken hastanın çevreyle etkileşime, avutulabilirliğine, hastanın bakışları değerlendirilerek göz teması kurup kurmamasına, uygun konuşmasına/ağlamasına ve kas tonusuna dikkat edilir. Değerlendirilen parametrelerin ilk harfleriyle 'ÇABUK' kısaltması ortaya çıkar ve hatırlatma olarak kullanılabilir. Solunum için anormal hava yolu sesi olup olmamasına, solunumu rahatlatmak için anormal pozisyonda durup durmadığına, çekilme varlığına, burun kanadı solunumu varlığına, siyanoza ve solunumun hızlı olup olmamasına bakılabilir. Dolaşım için ise solukluk, alacalı görünüm varlığı ve yine siyanoz gözlemlenebilir. Her bir bileşen ayrı ayrı değerlendirilir ve üçü birlikte çocuğun genel olarak oksijenizasyon, ventilasyon, perfüzyon ve beyin fonksiyonu açısından durumunu gösterir. PDÜ kullanımının mortalite, güvenlik, bakımın etkinliği, bakımın zamanında yapılması ve iletişim üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (25).



Şekil 1. Pediatrik Değerlendirme Üçgeni (PDÜ)

2.4.2. Birincil Değerlendirme

Hasta bir çocuğun değerlendirilmesi için sistematik bir yaklaşım ve kritik durumların belirtilerine aşinalık olmazsa olmazdır. Hasta hakkında pediatrik değerlendirme üçgeni yardımı ile hızlıca bilgi edinildikten sonra hastayı biraz daha

kapsamlı şekilde tekrar değerlendirmek gerekir. Bu aşamada yaşamsal fonksiyonlar değerlendirilir ve sorunların acil yönetimine odaklanılır. Amaç çocuğun hastalık veya yaralarına yönelik odaklanmış sistematik bir değerlendirme yapabilmektir (26).

Öncelikli olarak havayolu (Airway, A) değerlendirilir. Havayolunun açık ve temiz olduğundan emin olunur. Sonrasında solunum (Breathing, B) gözlenir. Hastanın solunum sayısına, mümkünse satürasyonuna bakılır. Ardından dolaşım (Circulation, C) değerlendirmesi yapılır. Hastanın nabzına, kapiller dolum zamanına (KDZ) bakılır ve kan basıncı ölçülür. Nörolojik durum (Disability, D) değerlendirmesi yapılırken bilinç durumu ve motor hareketleri kontrol edilmelidir. Maruziyet (Exposure, E) açısından da hasta mutlaka tamamen soyularak kontrol edilmelidir. Vücut sıcaklığının ölçülmesi ve hastanın döküntüsünün olup olmadığına dikkat edilmesi oldukça önemlidir. Kardiyopulmoner resüsitasyon gereksinimi olmayan bir çocukta Amerikan Kalp Derneği (American Heart Association, AHA), Pediatrik İleri Yaşam Desteği müfredatında yapılandırılmış acil yaklaşımında birincil değerlendirmedeki ABCDE formatını desteklemektedir (26, 27). Tüm bunlar yapılırken her aşamada karşılaşılan problemin ilk ve doğru çözümü zaman kaybetmeden uygulanmaya başlanır.

2.4.2.1. Hava yolu: Çocuk hasta popülasyonunda kardiyopulmoner yetersizliğin en temel sebebi solunum yetmezliğidir. Bu sebeple, solunum yetersizliğinin erken tespiti ve yeterli oksijen ile ventilasyonun sağlanması, hastanın yönetiminde en önemli adımlardır. Ayrıca, hava yolunun açık ve güvenli olduğunun sistematik bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir (27, 28). Hava yolu açıklığının uygun şekilde sürdürülebilmesi için bilinci açık çocuklar pozisyonel şekilde hava yolunu konumlandırabilir. Bu nedenle bu değerlendirme sırasında çocuğun mevcut konumunu korumasına izin verilmelidir (26). Hava yolu güvenliği mevcut konum ile sağlanamıyorsa baş geri-çene yukarı pozisyonu verilir. Travma ihtimali mevcut ise boyun tespitine ek olarak güvenli hava yolunu sağlamak amacıyla çene itme manevrası ilk tercih olarak seçilir (28, 29). Temel girişimler ile güvenli hava yolu açıklığı sağlandıysa göğüs hareketleri kontrol edilir. Gerekli durumlarda aspirasyon yapılmalıdır. Temel girişimler ile hava yolu açıklığı sağlanamıyorsa orofarengeal/nazofarengeal hava yolu, larengeal maske hava yolu

(LMA) yerleştirilmesi, endotrakeal entübasyon ve bazı durumlarda krikotomi ile güvenli hava yolu sağlanması gerekebilir (28, 30-32)

2.4.2.2. Solunum: Solunum hızı, çabası, anormal solunum sesleri ve oksijen saturasyonu dikkatlice değerlendirilmelidir. Solunum hızını belirlemek için göğüs hareketleri asgari 30 saniye boyunca sayılmalıdır. Ancak, solunum hızının normal olması solunum yetmezliğini tek başına dışlayamaz. Bu nedenle görünüm, solunum iş yükü ve hava giriş çıkışının bu aşamada birlikte değerlendirilmesi doğru olacaktır (30, 33). Solunum hızının normalden fazla olması genellikle solunum sistemi ile ilgili olsa da metabolik bozukluklar, sepsis, intoksikasyon gibi durumlara ek olarak anksiyete, heyecan, ateş ya da ağrı gibi durumlarla da ilişkili olabilir. Solunum hızının normalden az olması da yine solunum sistemi ile ilgili durumlara ek olarak metabolik bozukluklar, hipotermi, beyin hasarı, intoksikasyon ya da solunum kaslarındaki yetersizliğe bağlı olabilir. Retraksiyonlar solunum iş yükünün arttığını gösteren bulgulardan biridir. Solunum sesleri dinlenirken her alanda seslerin normal olmasına dikkat edilmelidir. Özellikle tansiyon pnömotoraksın dışlanması önemlidir.

2.4.2.3. Dolaşım: Pediatrik değerlendirme üçgeni ile cilt dolaşımına dair edinilen bilgilere ek olarak fizik muayene ile kalp hızı, santral ve periferik nabızlar, vücut sıcaklığı, kapiller geri dolum zamanı ve kan basıncı gibi unsurlar da değerlendirilmelidir. Hastanın mevcut durumu stabil değilse ya da kötüleşme ihtimali mevcut ise hasta monitörize edilerek yakın izlenmelidir. Taşikardi; ateş, heyecanlanma, ağrı, endişe gibi birçok durumda gözlenebilmektedir (30). Ateş olmadan taşikardi bulunması veya ateş varlığında beklenen sınırların (vücut sıcaklığındaki her 1°C için kalp hızında %10 artış) dışındaki taşikardi sıklıkla aciliyet gerektiren bir durumu işaret eder (34). Bu durum hipoksi veya perfüzyon bozukluğunun erken belirtilerinden biri olabilir ve şokun başlangıç dönemine işaret edebilir. Pediatrik hasta grubunda hipotansiyon şokun geç bulgularından biri olduğu için şok tanısı için kan basıncı düşüklüğünün beklenmemesi elzemdir; çünkü kompanse şok döneminde kan basıncı normal aralıkta kalabilir. Kalp hızındaki artış veya azalma, kritik hasta yönetiminde tedaviye yanıtı değerlendirmek açısından da önemli bir bulgudur. Periferik nabızların zayıflığı kompanse şoku düşündürürken; santral nabız zayıflığı dekompanse şoku akla getirir (30). Uzamış KDZ'nin (>2

saniye) perfüzyonun bozulmaya başladığına dair bir bulgu olabileceği unutulmamalıdır. Ayrıca ortam sıcaklığının düşük olmasına bağlı olarak KDZ'nin uzaması bazı durumlarda normal kabul edileceğinden çevresel etmenler de akılda tutulmalıdır (35).

2.4.2.4. Hızlı nörolojik değerlendirme: Bilinç değişikliği ve nörolojik defisitler santral sinir sistemi işlev bozukluğunu gösteren bulgular olabilir. Kafa içi basınç artışı, intrakraniyal kanama ve status epileptikus gibi birincil nedenlerin yanı sıra, solunum ve dolaşım yetersizliklerine bağlı olarak bu bulgular ortaya çıkabilir. Acil serviste bilinç düzeyini değerlendirmeyi standardize etmek için Glasgow Koma Skoru (GKS) gibi sayısal puanlama sistemleri veya pratik ve hızlı bir nörolojik değerlendirme sunan USAY (Uyanık, Sese yanıt, Ağrılı uyarana yanıt, Yanıtsız) ölçeği kullanılmaktadır (30, 35). USAY ölçeğinde uyarılara verilen basit yanıtlar motor yanıt olarak kabul edilir ve bilinç durumu buna göre sınıflandırılır. Uyanıklık, sözel uyarıya yanıt, ağrılı uyarana yanıt ve yanıtsız olarak baş harflerle ölçeklendirme yapılır. USAY ölçeği hastanın yanıtı için hangi uyarının verilmesi gerektiğini değerlendirirken, GKS uyarıya verilen yanıtı değerlendirir (26). Kritik hasta yönetiminde sık sık birincil değerlendirme yaparak hastanın verdiği yanıtla göre tedavi planını güncellemek önemlidir.

2.4.2.5. Soyma ve baştan ayağa inceleme: Birincil değerlendirmenin son basamağında hasta soyularak anatomik ve fizyolojik bozuklukların değerlendirilmesi amaçlanır. Ciltte mevcut olabilecek bulgular olası hastalıklar için yol gösterici olabilir. Özellikle bebeklerde bu muayene hızlı bir şekilde yapılmalı ve oluşabilecek ısı kayıplarının önüne geçilmelidir.

Birincil değerlendirme sürecinin önemli bir bileşeni olarak yaşamsal bulguların değerlendirilmesi hastalığın ciddiyetini ve hastanın kompanseasyon durumunu belirlemede önemli bir rol oynar. Yaşamsal bulgular yaşa uygun ekipmanlar ile ölçülmeli ve yaş gruplarına uygun referans değerler ile değerlendirilmelidir.

Birincil değerlendirme sırasında basamakların birinde bir sorun saptanması halinde bu sorunu düzeltilecek adımlar atılmalı, sonrasında diğer basamaklara geçilmelidir. Birincil değerlendirme bitiminde belirli aralıklarla bulgular tekrar gözden geçirilmelidir (30).

2.4.3. İkincil Değerlendirme

Hastanın birincil değerlendirmesi tamamlandıktan sonra olası ön tanılar elde edilmiş olunur ve bu ön tanılar doğrultusunda hastadan öykü alınıp detaylı fizik muayene yapılmalıdır. Mevcut durumdaki bulgu ve belirtiler sorgulanır, zaman ve sıklık dikkate alınarak detaylı öykü alınır. Alerji varlığı, son alınan gıda ve zamanı, kullanılan ilaçlar ve medikal öykü sorulur. Alınan cevaplarla birlikte ön tanılar sınıflandırılır ve yine karşılaşılan probleme yönelik öncelikli tedavi başlanır. Ayrıca yine ikincil değerlendirmenin bir parçası olarak ayrıntılı fizik muayene yapılması ve fizyolojik durumun tümüyle gözden geçirilmesi de gerekir.

2.4.4. Üçüncül Değerlendirme

Üçüncül değerlendirme tanısal basamaklardan ve sürecin tekrarından oluşur. Birincil ve ikincil değerlendirme sırasında yapılan girişim ve tanısal testlere hastanın verdiği olumlu veya olumsuz yanıtlar ve yanıtsız bulgular değerlendirilir. Öncelikli tedavisi başlanan hasta için üçüncül değerlendirme aşamasında olası tanılar için ileri laboratuvar tetkikleri ve görüntülemeler yapılır. Bu tetkikleri hastanın mevcut durumuna göre konsültasyonlar ve gerekli görülürse transfer süreci takip eder. Bu yaklaşım hastanın acil servisteki izlemi süresince sık sık tekrarlanabilir. Acil serviste değerlendirilen ve gözlenen hastaların bahsedilen adımlara uygun şekilde sistematik değerlendirilmesi, hastalar için hayati önem taşımakta olup verimliliği üst düzeye çıkarmaktadır. Ayrıca tüm bu süreçte ebeveynlerin kaygıları dikkate alınmalı ve onları sürece dahil ederek değerlendirme sürecinin etkin bir parçası olmaları sağlanmalıdır (36).

2.5. ACİL SERVİS, PEDIATRİ SERVİSİ VE YOĞUN BAKIM YATIŞLARINDA KLİNİK TAKİP SKORLARI

2.5.1. Erken Uyarı Skorlama Sistemleri

Dünya genelinde ciddi hastalıklara sahip hastalar için bekleme sürelerinin artması büyük bir sorundur. Bu tür durumlarda bakımda gecikme, tedaviye geç başlanması ve yanlış yönlendirme, artan morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Triyajın ana amacı acil bakıma ihtiyaç duyan hastalara öncelikli tedavi sağlamak ve ihtiyaç duydukları bakım türünü doğru şekilde tanımlamaktır. Çocuk acil servislerine başvuran hastaların bir kısmı ilk değerlendirme ve muayene sonrası gerekli akut tedavi ve uygun yönlendirme yapıldıktan sonra taburcu edilirken bir kısmı acil gözlem ünitelerine veya pediatri servislerine yatırılmaktadır. Yatan hastaların bir kısmı başlangıçta gözlem ünitesinde izlenir ve hastaneye yatışına gözlem süresince yapılan değerlendirmelerden sonra karar verilebilir. Bu gözlem süresince hastaların kötüleşme potansiyellerini öngörebilmek ve zamanında müdahale edebilmek için bazı fizyolojik belirteçler kullanılarak çeşitli erken uyarı skorları geliştirilmiştir. Yüksek riskli hastaların tespiti için geliştirilen bu skorlama sistemleri ile verimlilik düzeyini en üste çıkarmak ve riskleri azaltmak amaçlanmaktadır (37).

Erken uyarı skorları birçok doktor ve diğer sağlık çalışanları tarafından bilinmektedir; ancak çocuklar acil servislere geldiklerinde ateş veya ajitasyon nedeniyle düzensiz fizyolojik parametrelere sahip olabilirler ve bu durum geleneksel sistemlerin uygulamasını yetersiz hale getirebilir, gereksiz tetkikler yapılmasına yol açabilir veya gereksiz yatışlara yol açabilecek birçok yanlış pozitif sonuç ortaya çıkarabilir. Dolayısıyla bu skorlama sistemlerin idealize edilmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi için pek çok çalışma yapılmaktadır.

2.5.1.1. Erken uyarı skorlama sistemlerinin tarihi: Yetişkinler için erken uyarı skorları ilk olarak 1990'ların sonlarında tanımlanmış olup 2005 yılına kadar olan süreçte herhangi bir pediatrik erken uyarı skoru tanımlanmamıştır. Brighton Pediatrik Erken Uyarı Skoru (Brighton PEWS), çocukların davranış, kardiyovasküler ve solunumsal durumunu değerlendiren 3x3 skorlama matrisine sahip bir yetişkin

aracından türetilmiştir (38). Sonrasında sürekli nebulizatör kullanma ihtiyacı ve operasyon sonrası kusma bu skorlamaya dahil edilmiştir. Uzman görüşüne, ani olaylara ve başarısız tanımlanan vakalara bir tepki olarak geliştirilen bu yöntem, sonraki yıllarda pediatrik hastalarda kullanılan erken uyarı skorlarının gelişimine katkıda bulundu.

2008 yılında çocuk ölümleri üzerine yapılan bir soruşturmada, hastanede hayatını kaybeden 89 çocuğun vaka notları incelenmiş ve incelenen ölümlerden %21'inde önlenabilir, %49'unda ise potansiyel olarak önlenabilir faktörler tespit edilmiştir (39). Çocuklardaki ciddi hastalıkların teşhisindeki yetersizlikler özel bir kaygı kaynağı olarak öne çıkmış ve hastanelere, pediatrik erken uyarı sistemini içeren standardize edilmiş bir izleme yöntemi benimsemeleri önerilmiştir. Bu rapor, İngiltere'de pediatrik erken uyarı skorlarının benimsenmesine önemli bir etki sağlamıştır (40).

2013 yılı itibarı ile Birleşik Krallık'taki hastanelerin büyük çoğunluğu pediatrik erken uyarı skorlarının uygulamaya alındığını bildirmiştir. Bununla birlikte, bu hastanelerin yaptıkları uygulamaların yalnızca üçte biri daha önce yayımlanmış bir pediatrik erken uyarı skoru modeline dayanmaktadır, geri kalanlar ise diğer hastanelerden uyarlanan sistemler ile spesifik üniteler için özel olarak tasarlanmış sistemlerin bir bileşimini kullanmaktadır (41). Bu skor modelleri incelendiğinde toplamda 47 farklı bileşen parametresi belirlenmiş olup, bu parametreler arasında solunum hızı ve nabız en yaygın olarak kullanılanlar olarak öne çıkmaktadır (40).

2.5.2. Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS)

2.5.2.1. Pediatrik gözlem öncelik skoru tanımı ve tarihçesi: Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS), Birleşik Krallık Leicester'da Dr. Damian Roland ve Dr. Ffion Davies tarafından 2010 yılında çocukları acil serviste değerlendirmek için geliştirilen bir risk sınıflandırma ölçeğidir. Bu ölçek fizyolojik ve davranışsal risk belirleyicileri içeren bazı verileri kullanarak ciddi sağlık sorunları olan hastaları belirlemeyi ve hafif semptomları olan hastaların hastaneden taburcu edilmesini kolaylaştırmayı hedefler. Ayrıca bu skorlama sistemi, personelin deneyimsiz olsa

dahi ciddi sağlık sorunları olan çocukların değerlendirilmesini önceliklendirmesine ve bu çocukları tedavi etmesine olanak tanır, bununla birlikte yoğun klinik alanlarda riskin yönetilmesine yardımcı olur (42). Kritik hasta çocukların hızlı tespiti dışında muhtemel mali ek yük oluşturabilecek gereksiz tetkiklerin yapılmasının engellenmesine ve ciddi hastalıkların kaçırılmamasına katkı sağlar.

2.5.2.2. PGÖS'ün değerlendirilmesi ve uygulama akışı: PGÖS, 8 alanda skortlama yapan bir değerlendirme ölçeğidir. Dört tane objektif belirteç; kalp hızı, dakikadaki solunum sayısı, vücut sıcaklığı, oksijen satürasyonu ve dört tane subjektif belirteç; çocuğun solunum çabası ve işi, USAY skalası, sağlık profesyonellerinin endişe düzeyi ve herhangi bir geçmiş tıbbi öykü; değerlendiricinin yargısı ve eğitimine göre değerlendirilir. PGÖS'ün her bir parametresi 0 ile 2 arasında bir puan alır ve puanı 8'den yüksek olan hastaların gerekli durumlarda resüsitasyon alanında değerlendirilmesi önerilmiştir (43).

Subjektif Belirteçler:

Hasta;

- Stridor veya şiddetli çekilmesi varsa '2' puan,
- Duyulabilir hırıltı veya hafif/orta çekilmesi varsa '1' puan,
- Herhangi bir solunum eforu yoksa '0' puan alır.

Hasta;

- Yalnızca ağrılı uyarana yanıt veriyorsa '2' puan,
- Sözlü uyarana yanıt veriyorsa '1' puan,
- Tamamen uyanık haldeyse '0' puan alır.

Hasta için;

- Sağlık profesyoneli tarafından duyulan endişe düzeyi yüksekse ya da çocuk kötü görünüyorsa '2' puan,
- Sağlık profesyoneli tarafından duyulan endişe düzeyi düşükse '1' puan,
- Endişe yoksa '0' puan alır.

Hasta;

- Onkolojik bir hastaysa ya da konjenital kalp hastalığı varsa '2' puan,
- Öyküsünde onkolojik durumlar ve konjenital kalp hastalıkları haricinde prematür doğum, kardiyak problemler, sendromik durumlar, astım, diyabet, uzun dönem steroid kullanımı ve diğer kronik durumlardan herhangi biri bulunan bir hastaysa '1' puan,
- Herhangi bir hastalık öyküsü bulunmayan bir hastaysa '0' puan alır.

Objektif Belirteçler:

Hastanın saturasyon değeri;

- < % 90 ise '2' puan,
- % 90-94 arasındaysa '1' puan,
- > % 95 ise '0' puan alır.

Kalp hızı, solunum sayısı ve vücut sıcaklığı için **Tablo 1**'de gösterildiği şekilde yaşa göre normal aralıklar ve bu aralıklardan sapmalara göre puanlamalar yapılmaktadır.

PGÖS ölçeğinde puan arttıkça hastanın kötüleştiği kabul edilir ve 8 ve üzerinde skoru olan hastaların zaman kaybetmeksizin resüsitasyon alanına yönlendirilmesi önerilir.

Tablo 1. Pediatrik Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS)

Pediatric Gözlem Öncelik Skoru (PGÖS)

Bu tablo iyi bir klinik muhakemenin yerine geçmez ve çocuğun durumuyla ilgili her türlü durum

Kıdemli bir hemşire veya doktorun dikkatine sunulmalıdır.

Yaş	Skor	2	1	0	1	2	Toplam Skor	Öncelik
Herhangi bir	Satürasyon	<%90	%90-94	>%95	%90-94	<%90		
Herhangi bir	Solunum	Stridor	Homurdanma yada hırıltı	Sakin	Hafif yada orta çekilme	Şiddetli Çekilme	0-1	Hızlı Değerlendir
Herhangi bir	USAY	Ağrı	Sözel	Uyanık	Sözel	Ağrı	2-3	
Herhangi bir	Endişe Düzeyi	Yüksek Endişe	Düşük Endişe	Normal	Düşük Endişe	Kötü görünümlü çocuk	4-7	
Herhangi bir	Diğer	Onkolojik Hastalık	Önemli GTÖ*		Önemli GTÖ*	Konjenital kalp hastalığı	8+	
0-1	Nabız	<90	90-109	110-160	161-180	180+	Skoru 8 üzerinde olan her çocuk resüsitasyona transfer konusunda değerlendirilmeli.	
	SS	<25	25-29	30-40	41-50	50+		
	Ateş	<35	35-35.9	36-37.5	37.6-39	39+		
1-2	Nabız	<90	90-99	100-150	151-170	170+	*Önemli Geçmiş Tıbbi Öykü (GTÖ) şunları içerir: Prematürite, Sendromik durumlar, Kardiyak problemler, Astım, Diyabet, Uzun dönem steroid kullanımı, Diğer tüm kronik durumlar	
	SS	<20	20-24	25-35	36-50	50+		
	Ateş	<35	35-35.9	36-37.9	38.0-40	40+		
2-4	Nabız	<80	80-94	95-140	141-160	160+		
	SS	<20	20-24	25-30	31-40	40+		
	Ateş	<35	35-35.9	36-37.9	38.0-40	40+		
5-12	Nabız	<70	70-79	80-110	111-150	150+		
	SS	<15	15-19	20-25	26-40	40+		
	Ateş	<35	35-35.9	36-37.9	38.0-40	40+		
13-16	Nabız	<50	50-59	60-100	101-110	110+		
	SS	<12	12-14	15-20	21-25	25+		
	Ateş	<35	35-35.9	36-37.9	38.0-40.0	40+		

2.5.3. Pediatrik Erken Uyarı Skoru (PEUS)

Pediatrik erken uyarı skoru (PEUS), genellikle servislerde kullanılan, çocuk hastaların klinik kötüleşmeleri konusunda uyanık olmak ve önceden fark etmek için geliştirilmiş bir skora sistemidir. Puanlamada fizyolojik parametreler kullanılır. 1990'lı yıllarda Britanya'da hastane ölüm oranlarının yüksek bulunması ve sebepler incelendiğinde önlenabilir sebepler olduğunun görülmesi sonrası, fizyolojik parametreler ile hesaplanan skora sistemleri geliştirilmiştir. Başlangıçta erişkinlere yönelik olan bu skorlamalardan modifiye edilerek pediatrik skorlamalar da geliştirilmeye başlanmıştır (44). 2005 yılında İngiltere'de ortaya çıkarılan PEUS skoru, üç ana (genel görünüm, kardiyovasküler değerlendirme, solunum durumu) ve

iki ek (sürekli nebulizasyon -15 dakika arayla- ve cerrahi sonrası persistan kusma) olmak üzere toplam 5 parametreden oluşur (38).

PEUS, hastaların sürekli olarak değerlendirilmesine ve yüksek skor doğrultusunda kötüleşme potansiyeli olan hastaya daha yakın vital bulgu takibi ve monitörizasyon yapılmasına olanak sağlar. Parametreler nesneldir, uygulaması kolaydır. Başlangıçta servise kullanılan bu skorlama sistemi, yıllar içinde acil polikliniklerinde ve acil gözlem ünitelerinde de yerini almıştır.

Tablo 2. Pediatrik Erken Uyarı Skoru (PEUS)

PEDİATRİK ERKEN UYARI SKORU (PEUS)				
	0	1	2	3
Genel görünüm	İlgili, uygun davranış	Uykuya meyilli, ajite, ama avutulabiliyor	İrrite ve ajite fakat avutulamıyor	- Letarjik / konfüze veya - Ağrılı uyarana yanıt azalmış
Kardiyovasküler	- Pembe veya - KDZ: 1-2sn	- Soluk veya - KDZ: 3sn	- Gri renkte / siyanotik veya - KDZ: 4 sn veya - Kalp tepe atımı normal hızından 20 fazla	- Gri renkte / siyanotik VE benekli görünüm - KDZ: ≥ 5 sn veya - Kalp tepe atımı normal hızından 30 fazla veya - Bradikardi
Solunum	- Solunum sayısı normal - Retraksiyon yok - O₂ ihtiyacı yok	- Solunum sayısı normalin >10 üzeri veya - Hafif retraksiyon veya >30 FiO₂ veya >3lt/dk	- Solunum sayısı normalin >20 üzeri veya - Retraksiyon veya >40 FiO₂ veya >6lt/dk	- Retraksiyon ile birlikte solunum sayısı normalin ≥ 5 altında veya inleme veya >50 FiO₂ veya >8lt/dk
- Skorlamaya en ağır parametreden başlanır - Cerrahi sonrası persistan kusma veya her 20 dakika (devamlı nebulizasyon dahil) nebulizasyon için ek olarak 2 puan ver - Regüler nazal kanül için lt/dk, yüksek akımlı nazal kanül için FiO₂ kullan.				
KDZ: Kapiller dolum zamanı				

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya 1 Ağustos 2023 ile 31 Temmuz 2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniğine başvuran hastalardan gözlem alanlarında ve Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi (ÇAYBÜ)'nde izleme alınan 1 ay-18 yaş arası çocuk hastalar dahil edildi. Prospektif, gözlemsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Çalışma için Ankara Bilkent Şehir Hastanesi 2 numaralı Etik Kurulundan onay (Etik Kurul Karar No: E2-23-4502) alındı.

Çalışmaya primer araştırmacının acil serviste çalıştığı shift ve nöbetlerde (08:00-16:00, 16:00-08:00 ya da 08:00-08:00) triyaj değerlendirmesi sonrası Çocuk Acil Gözlem alanlarında ve Çocuk Acil 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi'nde izleme alınan çocuk hastalar dahil edildi. Hastalar başvuru zamanlarına göre 08:00-16:00, 16:00-00:00 ve 00:00-08:00 şeklinde gruplandırıldı. Yenidoğanlar (postnatal 0-28. Gün), düzeltilmiş yaşı 28 günden küçük olan preterm hastalar ve ev tipi mekanik ventilatör ile takip edilen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların triyaj değerlendirmeleri pediatri asistan hekimleri tarafından yapıldıktan sonra gözlem alanları ve yoğun bakım ünitesinde yine pediatri asistan hekimleri, pediatri uzman hekimleri ve çocuk acil uzman hekimleri tarafından takiplerine devam edildi. Hastaların ilk ve sonraki değerlendirmelerine, tanı ve tedavi süreçlerine çalışma karakteri nedeniyle müdahale edilmedi.

Hastanemiz Çocuk Acil Polikliniğine (ÇAP) 2023 yılında 174244 adet hasta başvurmuştur. Aynı yıl acil gözlem alanlarında 11875, ÇAYBÜ'de 3418 hasta takip edilmiştir.

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği temel olarak 1) Triage, 2) Hasta Muayene Odaları, 3) Çocuk Acil Gözlem Alanları ve 4) Çocuk Acil 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi olmak üzere dört kısımdan oluşmaktadır:

1. Triage: Hastanemizin açıldığı 2019 yılından bu yana kliniğimizde triyaj sistemi uygulanmaktadır. Triage alanında bir pediatri asistan hekimi ve triyaj konusunda eğitilmiş bir hemşire sürekli olarak görev yapmaktadır. Çocuk Acil

Polikliniğine başvuran tüm hastalar ilk önce triyaj alanında değerlendirilip yeşil, sarı ya da kırmızı olarak triyaj öncelik planına uygun şekilde polikliniklere dağıtılır. Kırmızı alan hastaları triyaj hekim refakatinde doğrudan resüsitasyon alanına alınır ve bir pediatri uzman hekimi ya da çocuk acil uzman hekimi ile birlikte bir pediatri kıdemli asistanı tarafından değerlendirilip gerekli tedavi planı oluşturulduktan sonra doğrudan gözlem alanlarına, Çocuk Acil 2. Basamak Yoğun Bakım Ünitesi'ne ya da 3. Basamak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne alınır. Triage'da hastanın ateş, nabız, tansiyon, solunum sayısı, saturasyon gibi vital bulguları kontrol edilir ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Servis Triage Formu'na kaydedilir.

2. Hasta Muayene Odaları: Bu alan hastaların öykülerinin alındığı, ayrıntılı fizik muayenelerinin yapıldığı, ön tanıların oluşturulduğu ve yapılması gereken tetkik ve tedavilerin planlandığı yerlerdir. Hastanemizde üç yeşil, iki sarı alan polikliniği mevcuttur. Hasta yoğunluğuna göre yeşil poliklinik sayısı yediye kadar çıkarılabilmektedir. Buradaki değerlendirme sonucunda bazı hastalar çocuk acil polikliniğinden taburcu edilirken bazı hastaların gözlem alanlarına ya da Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatışı yapılmakta, bazı hastalarinsa doğrudan çocuk servislerine yatışı planlanabilmektedir.

3. Çocuk Acil Gözlem Alanları: Hastalar yeşil ve sarı alan polikliniklerinde ya da resüsitasyon alanındaki değerlendirmelerinden sonra klinik durumun izlenmesi, ileri tetkiklerin yapılması ya da tedavilerin uygulanması için çocuk acil gözlem alanlarına alınabilmektedir. Kliniğimizde toplamda 24 yataklı (2 izole odası bulunan) iki gözlem alanı mevcuttur. Ayrıca ayaktan inhaler tedavilerin verildiği bir gözlem alanı daha mevcuttur. Hastanemize başvuran travma hastaları yaşları ne olursa olsun ilk önce erişkin acil servisi içerisinde bulunan travma bölümünde değerlendirilir. Sonrasında klinik izlemlerine devam edilmesi amacıyla bu hastalar gözlem alanlarına devralınabilmektedir.

4. ÇAYBÜ: Hastaların ilk değerlendirmeden sonra uzman hekimler kararıyla gerekli görülürse tetkik, tedavi ve takiplerine devam edilen 2. Basamak yoğun bakım ünitesidir. ÇAYBÜ toplam 12 yataklı (1 izole odası da olmak üzere) bir alandır. İhtiyacı olan hastalara bu alanda gözlem alanlarından farklı olarak yüksek

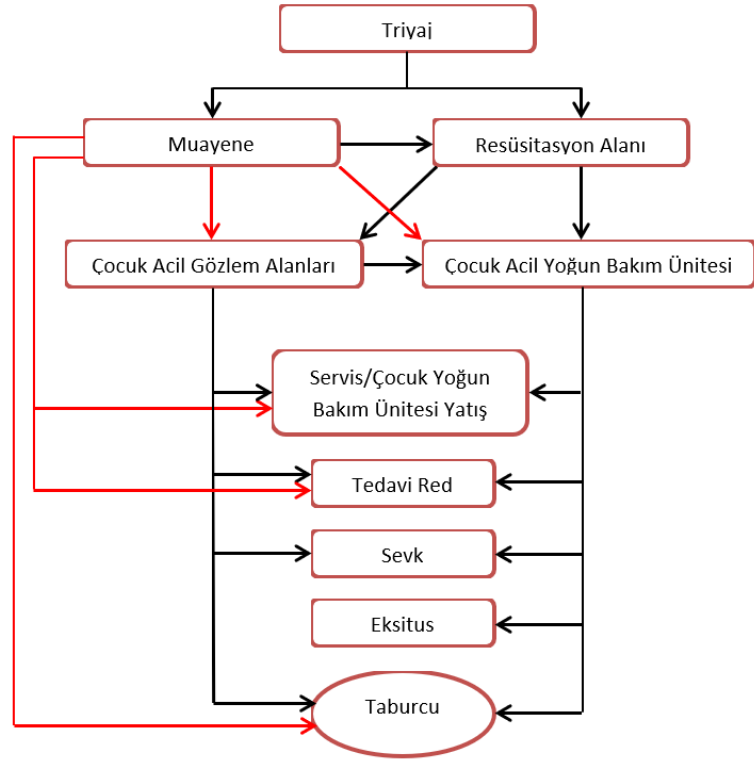
akışlı nazal oksijen tedavisi, invaziv olmayan mekanik ventilasyon desteği ve kan ürünleri de verilmektedir.

Hastanemiz Çocuk Acil Kliniği'nde bu alanlara ek olarak hasta yakınlarının beklemesi için oluşturulan bekleme alanı, klinik hastalarına 24 saat hizmet verebilen acil radyoloji bölümü, dekontaminasyon ünitesi, hasta kayıt kabul birimi, izolasyon odaları ile kan alma, enjeksiyon ve bazı tedavilerin yapıldığı tedavi ünitesi bulunmaktadır.

3.1. GÖZLEM ALANLARINDA İZLENEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yatış sebepleri yoğun bakım takibi gerektirmeyen hastalar, gözlem alanlarına alındı. Gözlem alanlarında izlenen hastalar, gözlem alanına alınma sebeplerine göre gruplandırıldı. Hastalara triyaj anında, gözlem alanlarına alınış anlarında, takiplerine devam ediliyorsa 6. saatte, servis yatışı gerekiyorsa yatış anında ya da herhangi bir sebeple Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi'ne devri gerektiye devir anında tekrar değerlendirme yapıp skor verildi. Hastaların ÇAP'a başvuru anından itibaren yatış ya da taburculuğa kadar olan süreçleri **Şekil 2**'de şema biçiminde gösterildi.

Çalışmaya dahil edilen hastalara ait dosya bilgileri, demografik veriler, başvuru tarihi, başvuru şikâyeti, şikâyet süresi, özgeçmiş verileri, triyaja başvuru saati, triyaj düzeyi, son 72 saat içerisinde hastane başvurusunun olup olmadığı ve başvuru şekli çalışma için hazırlanan veri formuna kaydedildi (EK-1). Ayrıca veri formuna acil muayenesi sonrasında kullanılan hastane kaynakları (monitörizasyon, kan tetkikleri, idrar tetkikleri, nazofarengeal sürüntü, boğaz kültürü, gaita tetkikleri, radyolojik görüntülemeler, elektrokardiyografi, ekokardiyografi, oral tedavi, inhaler tedavi, intravenöz (IV)/intramüsküler (IM) tedaviler, trakeostomi kanül değişimi, entübasyon, lomber ponksiyon, nazogastrik sonda uygulaması, rektal lavman, mesane sonda uygulaması, aspirasyon, balon-maske ventilasyon uygulaması, intraosseöz girişim, santral kateterizasyon, apse drenajı, göğüs tüpü takılması vb.) kaydedildi.



Şekil 2. Çocuk Acil İşleyiş Şeması

Hastalara ait önceden tanısı konmuş kronik hastalıklar; allerjik hastalık, endokrin hastalık, enfeksiyöz hastalık, gastrointestinal hastalık, genetik hastalık, genitoüriner hastalık, hematolojik hastalık, immünolojik hastalık, kardiyolojik hastalık, metabolik hastalık, nörolojik hastalık, onkolojik hastalık, psikiyatrik hastalık, pulmoner hastalık ve romatolojik hastalık olarak alt gruplara ayrıldı.

Hastalar gözlem alanlarına alınma sebepleri bakımından akut batın şüphesi, dehidratasyon, genel durum bozukluğu, gastrointestinal sistem (GİS) kanama şüphesi, intravenöz antibiyoterapi ihtiyacı, intravenöz diğer tedavilere ihtiyaç, ileri tetkik, intoksikasyon, kan ürünü transfüzyon ihtiyacı, laboratuvar değerlerinde bozukluk, nöbet takibi, oral alım bozukluğu, solunum sıkıntısı, travma takibi ve klinik izlem olarak 15 grupta incelendi.

Hastaların bilinen kronik hastalıklarının haricinde acil servise mevcut başvuruları sonrasında aldıkları tanılar anormal uterin kanama, adrenal yetmezlik, afebril nöbet, akut batın, anafilaksi, anjiyoödem, akut post streptokokkal

glomerulonefrit, astım atak, böbrek yetmezliği, cilt/yumuşak doku enfeksiyonu, derin boyun enfeksiyonu, döküntü, elektrolit bozukluğu, enfeksiyöz mononükleoz, epistaksis, fasiyal paralizi, febril nöbet, febril nötropeni, gastroenterit, gastroözofageal reflü, Guillian-Barre Sendromu (GBS), GİS kanama, hemofagositik sendrom (HFS), hidrosefali, hiperglisemi, hipertansiyon, Henoch-Schönlein purpurası (HSP), intoksikasyon, koagülopati, konjunktivit, konuşma bozukluğu, lenfadenit, malnütrisyon, mastoidit, metabolik atak, miyoperikardit, miyozit, nonspesifik göğüs ağrısı, optik nörit, otit, psikiyatrik hastalık, psödötümör serebri, ritim bozukluğu, romatolojik atak, sepsis, uygunsuz antidiüretik hormon salınımı (UADHS-SIADH), sinir sistemi enfeksiyonu, sitopeni, solunum yolu enfeksiyonu, şok, tip 1 diyabetes mellitüs, transaminaz yüksekliği, travma, üriner sistem enfeksiyonu, ürtiker, yabancı cisim yutma olarak gruplandı ve incelendi.

Hastalar çocuk acil takipleri sonrasında aldıkları tanı ve hastaneye yatırılma sebepleri bakımından; medikal tedavi gereksinimi olan hastalar, cerrahi gereksinimi olan hastalar, travma ve intoksikasyon hastaları olarak dört ana başlığa ayrıldı. Medikal tedavi gereksinimi olan hastaların hastalıkları, adölesan hastalıkları, allerjik hastalıklar, endokrinolojik hastalıklar, enfeksiyöz hastalıklar, gastrointestinal hastalıklar, hematolojik/onkolojik hastalıklar, kardiyak hastalıklar, metabolik hastalıklar, nöromusküler hastalıklar, psikolojik/psikiyatrik hastalıklar, romatolojik hastalıklar, solunumsal hastalıklar ve üriner sistem hastalıkları olarak 13 alt grupta incelendi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların acil gözlem alanlarında ve Çocuk Acil 2. basamak Yoğun Bakım Ünitesi'nde toplam geçirdikleri süre, pediatri servisi ya da 3. basamak Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatışının olup olmadığı, hastaların herhangi bir nedenle sevk olup olmadığı, tedaviyi reddedip hastaneden ayrılma durumları, servisi ya da 3. basamak Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatışı yapılan hastaların bu alanlarda toplam kalış süreleri kaydedildi.

3.2. KLİNİK DEĞERLENDİRMEDE KULLANILAN PARAMETRELER

Çalışmaya dahil edilen hastaların PGÖS skorları, kişiler arasındaki uygulama farklarını ortadan kaldırmak amacıyla primer araştırmacının acil serviste bizzat çalıştığı şiftlerde araştırmacı tarafından belirlendi.

Primer araştırmacının çalıştığı şiftlerde acil servise başvuran hastaların triyaja başvuru anındaki PGÖS skoru (DT), çocuk acil gözlem alanı yada çocuk acil yoğun bakıma alındıkları andaki PGÖS skoru (D0), hastaların eğer gözlem alanı yada çocuk acil yoğun bakımda takipleri devam ediyorsa takiplerinin 6. Saatindeki PGÖS skorları (D6), hastaların çocuk servislerine yada 3. Basamak çocuk yoğun bakım ünitelerine yatışı gerçekleştiyse yatış anındaki PGÖS skorları (DS) ve eğer bir hastanın gözlem alanlarına alınmasını takiben sonrasında herhangi bir sebepten ÇAYBÜ'ye transferleri gerektiye bu andaki PGÖS skorları (DY) belirlendi.

Bunun için hastaların nabız, solunum sayısı, vücut sıcaklığı, oksijen saturasyonu, solunum durumu, bilinç düzeyi, endişe düzeyi ve geçmiş tıbbi öyküleri değerlendirildi (Tablo 1).

Hastaların geçmiş tıbbi öykülerine ait bilgiler, onam veren ebeveynlerinden ve daha önce hastanemizde değerlendirilen hastaların sistem notlarından edinildi. Hastaların bilinç değerlendirmesi USAY ölçeği kullanılarak belirlendi. Hastaların yaşamsal bulguları bizzat primer araştırmacı tarafından ölçüldü ya da hemşire gözlem formlarından alındı.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Analizler SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı (yüzde) / ortalama (standart sapma) / medyan (çeyrekler arası açıklık) / minimum-maximum değer şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında Kolmogorov Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile belirlenen normal dağılıma uygunluğa göre iki grubun karşılaştırılmasında Student-t ve Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve

Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İleri analiz için Post-hoc Tamhane's T2 testi kullanılmıştır. Geçerlilik analizi için ROC eğrisi oluşturulmuş ve eğri altında kalan alan, sensitivite (duyarlılık), spesifite (özgüllük) ve kesim noktaları hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ 'tir.



4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi Çocuk Acil Kliniğinde yürütüldü. Çalışmada primer araştırmacı tarafından triyajda değerlendirilen hastalardan çocuk acil gözlem alanları ya da ÇAYBÜ’de izleme alınan 1001 hasta değerlendirildi. Çalışma süresince değerlendirilen hastalardan 12 hasta yaşamın ilk 28 gününde olması ya da düzeltilmiş yaşının 28 günden küçük preterm hasta olması sebebiyle, 17 hasta trakeostomisi olduğu için, 6 hasta 18 yaşından büyük olması sebebiyle çalışmadan çıkarıldı. İstatiksel analizler 968 hasta üzerinden yapıldı. Veri eksikliği nedeniyle çalışmaya alınamayan hasta olmadı.

Çalışmaya dahil edilen 968 hastanın 437’si kız (% 45,1), 531’i (% 54,9) erkek cinsiyette olup ortalanca yaş (IQR), 49,0 (16,0-115,0) ay idi. Hastaların 193’ünün (% 19,9) 0-12 ay arasında, 136’sının (% 14,0) 13-24 ay arasında, 153’ünün (% 15,9) 25-48 ay arasında, 315’inin (% 32,5) 49-144 ay arasında, 171’inin (% 17,7) >145 aylık olduğu görülmüştür. Hastaların 228’i (% 23,6) 08:00-16:00 saatleri arasında, 525’i (% 54,2) 16:00-00:00 saatleri arasında ve 215’i (% 22,2) 00:00-08:00 saatleri arasında hastaneye başvurdu. Kronik hastalığı olan 373 (% 38,5) hasta, prematürite öyküsü olan 80 (% 8,3) hasta vardı. Hastaların 815’inde (% 84,2) medikal problemler mevcut iken, 80 (% 8,3) hastada cerrahi problemler, 41 (% 4,2) hastada travma ve 32 (% 3,3) hastada intoksikasyon mevcuttu. Medikal hastalıklar 13 alt gruba ayrıldı. Medikal hastalıklardan en sık solunumsal hastalığı olanların (n=325, % 33,6) gözleme alındığı görüldü.

Hastaların % 78,4’ü gözlem alanlarında, % 21,6’sı çocuk acil yoğun bakım ünitesinde izleme alındı. İzleme alınan bu hastaların şikâyet süreleri incelendiğinde % 30,9’unun 360 dakikadan daha kısa süreli, % 10,2’sinin 3 günden daha uzun süreli şikâyetleri olduğu görüldü. Hastaların % 22,7’sinde sürekli ilaç kullanım öyküsü mevcuttu. % 36,2’sinin hastaneye yatış öyküsü, % 10,5’inin ise yoğun bakıma yatış

öyküsü vardı. Triyaj ve başvuru şekilleri incelendiğinde, hastaların % 29,8'inin yeşil, % 10'unun kırmızı olarak sınıflandırıldığı görüldü.

Hastaların demografik özellikleri ve hastalık grupları Tablo 3'de gösterildi.

Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların (n=968) Demografik Özellikleri ve Hastalık Gruplarına Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n (%)
Yaş (Ay)*	49,0 (16,0-115,0)
• 0-12	193 (19,9)
• 13-24	136 (14,0)
• 25-48	153 (15,9)
• 49-144	315 (32,5)
• >145	171 (17,7)
Cinsiyet	
• Erkek	531 (54,9)
• Kadın	437 (45,1)
Uyruk	
• Türk	928 (95,9)
• Yabancı	40 (4,1)
Hastalık Grupları	
• Medikal	815 (84,2)
• Cerrahi	80 (8,3)
• Travma	41 (4,2)
• İntoksikasyon	32 (3,3)
Medikal Hastalık Alt Gruplar	
• Solunumsal Hastalıklar	325 (33,6)
• Enfeksiyöz Hastalıklar	225 (23,2)
• Nöromusküler Hastalıklar	87 (9,0)
• Hematolojik/Onkolojik Hastalıklar	35 (3,6)
• Romatolojik Hastalıklar	26 (2,7)
• Üriner Sistem Hastalıkları	26 (2,7)
• Allerjik Hastalıklar	24 (2,5)
• Gastrointestinal Hastalıklar	22 (2,3)
• Adölesan Hastalıkları	14 (1,4)
• Endokrinolojik Hastalıklar	11 (1,1)
• Kardiyak Hastalıklar	11 (1,1)
• Metabolik Hastalıklar	7 (0,7)
• Psikiyatrik Hastalıklar	2 (0,2)

*Ortanca, IQR

Hastaların % 27,4'ünün solunum sıkıntısı, % 11,8'inin akut batın şüphesi, % 10,8'inin oral alım bozukluğu, % 9,6'sının dehidratasyon ve % 8'inin nöbet takibi nedeni ile gözleme kabul edildiği görülmektedir. Bu sebepler Tablo 4'de belirtilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların (n=968) Çocuk Acil Gözlem Alanlarına Alınma Nedenleri

Gözlem Alanına Alınma Nedeni	n (%)
Solunum Sıkıntısı	265 (27,4)
Akut Batın Şüphesi	114 (11,8)
Oral Alım Bozukluğu	105 (10,8)
Dehidratasyon	93 (9,6)
Nöbet Takibi	77 (8,0)
Klinik İzlem	71 (7,3)
IV Antibiyoterapi İhtiyacı	59 (6,1)
Travma Takibi	39 (4,0)
Laboratuvar Değerlerinde Bozukluk	37 (3,8)
İntoksikasyon	30 (3,1)
İleri Tetkik İhtiyacı	24 (2,5)
GİS Kanama Şüphesi	15 (1,5)
IV Diğer Tedaviler	15 (1,5)
Kan Ürünü Transfüzyon İhtiyacı	14 (1,4)
Genel Durum Bozukluğu	10 (1,0)

Elde edilen veriler sonucunda hastaların %49,2'sinin taburcu olduğu, %44,8'inin servise ve %2,4'ünün yoğun bakıma yatışının yapıldığı görüldü. Gözlem ünitelerinde ve çocuk acil yoğun bakım ünitesinde ortalama bekleme süresi 652 dakika idi. Ayrıca hastaların %34,3'ünün son 3 günde hastane başvuruları olduğu bulundu. Çalışmaya dahil edilen hastaların başvuru, yatış ve taburculuk bilgileri Tablo 5'te özetlenmiştir.

Tablo 5. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Başvuru, Yatış ve Taburculuk Bilgileri

Başvuru, Yatış ve Taburculuk Özellikleri	n (%)
Son Üç Gün İçerisinde Hastane Başvurusu	
• Var	332 (34,3)
• Yok	636 (65,7)
Sonuç	
• Taburcu	476 (49,2)
• Servis Yatışı	434 (44,8)
• 3. Basamak YBÜ Yatışı	23 (2,4)
• Tedavi Red	31 (3,2)
• Sevk	3 (0,3)
• Eksitus	1 (0,1)
Hastaların Gözlem Alanları ve ÇAYBÜ’de Toplam İzlem Süresi (dakika)*	652 ± 489
• 0-120	89 (9,2)
• 121-360	209 (21,6)
• 361-720	293 (30,3)
• 721-1440	335 (34,6)
• >1440	42 (4,3)
Hastanede İzlem Süresince Serviste Yatış Süresi (gün)	
• 1-3	154 (15,9)
• 4-7	178 (18,4)
• 8-14	80 (8,3)
• >14	43 (4,4)
Hastanede İzlem Süresince YBÜ’de Yatış Süresi (gün)	
• 1-3	11 (1,1)
• 4-7	14 (1,4)
• 8-14	8 (0,8)
• >14	6 (0,6)

*Ortalama ± SS

4.2. HASTALARIN TRİYAJ ANINDA BAKILAN SKORLARININ (DT) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 6. Hastaların Yatış Yerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yatış Yeri	n (%)	DT Ort (± SS)	Min-Max	p
Gözlem	759 (78,4)	2,53 (±1,22)	0-7	< 0,001
ÇAYBÜ	209 (21,6)	3,64 (±1,93)	0-12	
Toplam	968 (100)	2,77 (±1,48)	0-12	

Çalışmaya dahil edilen hastaların % 78,4’ü (759) gözlem alanlarına alınmış, % 21,6’sı (209) ise ÇAYBÜ’de takip edilmiştir. Gözlem alanları, ÇAYBÜ’de izleme alınan hastaların ortalama DT skorları sırasıyla 2,53±1,22; 3,64 ±1,93 olarak bulunmuştur. ÇAYBÜ’de izleme alınan hastaların DT skoru gözlem alanlarında

izleme alınan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların Cinsiyete Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Cinsiyet	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Erkek	531 (54,9)	2,85 ($\pm$ 1,55)	0-12	0,096
Kız	437 (45,1)	2,68 ($\pm$ 1,38)	0-10	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Erkek ve kız hastaların DT skoru ortalaması sırasıyla 2,85 ($\pm$ 1,55); 2,68 ($\pm$ 1,38) olarak bulunmuştur. DT skoru, cinsiyet dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,096$) (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Yaş Gruplarına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaş (Ay)	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-12	193 (19,9)	3,10 ($\pm$1,46)	0-8	<0,001
13-24	136 (14,0)	2,96 ($\pm$ 1,58)	0-10	
25-48	153 (15,9)	2,72 ($\pm$ 1,70)	0-12	
49-144	315 (32,5)	2,64 ($\pm$ 1,41)	0-8	
>145	171 (17,7)	2,54 ($\pm$ 1,25)	0-7	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Hastaların DT skoru ortalamaları yaş gruplarına göre değerlendirildi. DT skor ortalamaları 0-12 ay **3,10 ($\pm$ 1,46)**, 13-24 ay 2,96 ($\pm$ 1,58), 25-48 ay 2,72 ($\pm$ 1,70), 49-144 ay 2,64 ($\pm$ 1,41), >145 ay 2,54 ($\pm$ 1,25) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde 0-12 ay arasındaki hastaların DT skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,001$). (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Uyruklarına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Uyruk	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Türk	928 (95,9)	2,73 ($\pm$ 1,45)	0-12	0,003
Yabancı	40 (4,1)	3,60 ($\pm$ 1,91)	1-10	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Gözlem alanları ve ÇAYBÜ’de takip edilen hastaların uyruklarına göre dağılımına bakıldığında, 928 hastanın (%95,9) Türk, 40 hastanın (%4,1) yabancı olduğu görülmüştür. Türk ve yabancı hastaların ortalama DT skoru sırasıyla 2,73 ($\pm 1,45$); 3,60 ($\pm 1,91$) olarak bulunmuştur. Yabancı hastaların DT skorlarının Türk hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (**p =0,003**). (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Şikâyet Sürelerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Şikâyet Süresi (dakika)	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-360	299 (30,9)	2,54 ($\pm 1,29$)	0-7	<0,001
361-1440	335 (34,6)	2,73 ($\pm 1,53$)	0-12	
1441-2880	149 (15,4)	2,97 ($\pm 1,59$)	0-8	
2881-4320	86 (8,9)	3,30 ($\pm 1,78$)	0-9	
>4321	99 (10,2)	2,84 ($\pm 1,16$)	1-7	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Hastalar şikâyet sürelerine göre gruplara ayrıldığında 0-360 dakika arasındaki hastaların ortalama DT skoru 2,54 ($\pm 1,29$), 361-1440 dakika arasındaki hastaların ortalama DT skoru 2,73 ($\pm 1,53$), 1441-2880 dakika arasındaki hastaların ortalama DT skoru 2,97 ($\pm 1,59$)'dur. 2881-4320 dakika arasındaki hastaların ortalama DT skoru 3,30 ($\pm 1,78$), >4321 dakika olan hastaların ortalama DT skoru 2,84 ($\pm 1,16$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde şikâyet süresi 0-360 dakika arasında olan hastaların DT skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 10).

Tablo 11. Gözleme Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözlem Alanlarına Alınma Sebebi	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Akut Batın Şüphesi	114 (11,8)	2,15 ($\pm$ 0,94)	0-5	<0,001
Dehidratasyon	93 (9,6)	2,27 ($\pm$ 1,12)	1-7	
Genel Durum Bozukluğu	10 (1,0)	5,00 ($\pm$ 2,62)	1-10	
GİS Kanama Şüphesi	15 (1,5)	2,80 ($\pm$ 0,86)	1-4	
IV Antibiyoterapi İhtiyacı	59 (6,1)	2,95 ($\pm$ 1,85)	0-8	
IV Diğer Tedaviler	15 (1,5)	1,40 ($\pm$0,63)	0-2	
İleri Tetkik	24 (2,5)	1,92 ($\pm$ 1,06)	1-5	
İntoksikasyon	30 (3,1)	2,30 ($\pm$ 1,11)	1-5	
Kan Ürünü Transfüzyon İhtiyacı	14 (1,4)	3,29 ($\pm$ 1,77)	1-7	
Klinik İzlem	71 (7,3)	2,21 ($\pm$ 1,13)	1-7	
Laboratuvar Değerlerinde Bozukluk	37 (3,8)	2,24 ($\pm$ 1,34)	0-6	
Nöbet Takibi	77 (8,0)	3,09 ($\pm$ 1,19)	1-7	
Oral Alım Bozukluğu	105 (10,8)	2,14 ($\pm$ 0,93)	1-5	
Solunum Sıkıntısı	265 (27,4)	3,81 ($\pm$1,44)	1-12	
Travma Takibi	39 (4,0)	1,69 ($\pm$ 0,97)	0-4	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Hastalar gözlem alanlarına alınma sebeplerine göre gruplara ayrıldığında akut batın şüphesi olan hastaların ortalama DT Skoru 2,15 ($\pm$ 0,94), dehidratasyonu saptanan hastaların ortalama DT Skoru 2,27 ($\pm$ 1,12), genel durum bozukluğu olan hastaların ortalama DT Skoru 5,00 ($\pm$ 2,62), GİS kanama şüphesi olan hastaların ortalama DT Skoru 2,80 ($\pm$ 0,86), IV antibiyoterapi ihtiyacı olan hastaların ortalama DT Skoru 2,95 ($\pm$ 1,85), IV Diğer tedavilere ihtiyacı olan hastaların ortalama DT Skoru **1,40 ($\pm$ 0,63)**, ileri tetkik ihtiyacı nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru 1,92 ($\pm$ 1,06), intoksikasyon nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru 2,30 ($\pm$ 1,11), kan ürünü transfüzyon ihtiyacı olan hastaların ortalama DT Skoru 3,29 ($\pm$ 1,77), klinik izlem nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru 2,21 ($\pm$ 1,13), laboratuvar değerlerinde bozukluk nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru 2,24 ($\pm$ 1,34), nöbet takibi nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru 3,09 ($\pm$ 1,19), oral alım bozukluğu nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru 2,14 ($\pm$ 0,93), solunum sıkıntısı nedeniyle alınan hastaların ortalama DT Skoru **3,81**

($\pm 1,44$), travma takibi için alınan hastaların ortalama DT Skoru 1,69 ($\pm 0,97$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde IV diğer tedavileri almak için gözlemde izlenen hastaların DT skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunum sıkıntısı nedeniyle gözlemde izlenen hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanı	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Adölesan Hastalıkları	14 (1,4)	2,36 ($\pm 1,33$)	1-5	<0,001
Allerjik Hastalıklar	24 (2,5)	3,33 ($\pm 1,46$)	1-6	
Cerrahi Hastalık	80 (8,3)	2,25 ($\pm 0,86$)	0-4	
Endokrinolojik Hastalıklar	11 (1,1)	4,36 ($\pm 1,69$)	2-7	
Enfeksiyöz Hastalıklar	225 (23,2)	2,07 ($\pm 1,23$)	0-10	
Gastrointestinal Hastalıklar	22 (2,3)	2,86 ($\pm 1,35$)	0-7	
Hematolojik/Onkolojik Hastalıklar	35 (3,6)	3,31 ($\pm 1,64$)	1-6	
İntoksikasyon	32 (3,3)	2,34 ($\pm 1,12$)	1-5	
Kardiyak Hastalıklar	11 (1,1)	3,00 ($\pm 1,09$)	2-5	
Metabolik Hastalıklar	7 (0,7)	4,14 ($\pm 1,06$)	3-6	
Nöromusküler Hastalıklar	87 (9,0)	2,79 ($\pm 1,11$)	1-7	
Psikiyatrik Hastalıklar	2 (0,2)	2,00 ($\pm 1,41$)	1-3	
Romatolojik Hastalıklar	26 (2,7)	1,73 ($\pm 0,87$)	0-3	
Solunumsal Hastalıklar	325 (33,6)	3,46 ($\pm 1,51$)	0-12	
Travma	41 (4,2)	1,76 ($\pm 1,01$)	0-4	
Üriner Sistem Hastalıkları	26 (2,7)	2,77 ($\pm 1,98$)	1-8	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Hastaların aldıkları tanılara göre gruplara ayrıldığında ortalama DT skoru sırasıyla adölesan hastalıkları grubu 2,36 ($\pm 1,33$), allerjik hastalıklar grubu 3,33 ($\pm 1,46$), cerrahi hastalıklar grubu 2,25 ($\pm 0,86$), endokrinolojik hastalıklar grubu 4,36 ($\pm 1,69$), enfeksiyöz hastalıklar grubu 2,07 ($\pm 1,23$), gastrointestinal hastalıklar 2,86 ($\pm 1,35$), hematolojik/onkolojik hastalıklar 3,31 ($\pm 1,64$), intoksikasyon grubu 2,34 ($\pm 1,12$), kardiyak hastalıklar 3,00 ($\pm 1,09$), metabolik hastalıklar 4,14 ($\pm 1,06$), nöromusküler hastalıklar 2,79 ($\pm 1,11$), psikolojik/psikiyatrik hastalıklar 2,00 ($\pm 1,41$), romatolojik hastalıklar 1,73 ($\pm 0,87$), solunumsal hastalıklar 3,46 ($\pm 1,51$), travma hastaları 1,76 ($\pm 1,01$), üriner sistem hastalıkları 2,77 ($\pm 1,98$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde romatolojik hastalık tanısı alan hastaların DT skorundan

istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunumsal hastalık tanısı alan hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Prematürite	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	888 (91,7)	2,74 ($\pm 1,48$)	0-12	0,003
Var	80 (8,3)	3,16 ($\pm 1,36$)	1-7	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Prematürite öyküsü olan hastaların ortalama DT Skoru 3,16 ($\pm 1,36$), olmayan hastaların ortalama DT Skoru 2,74 ($\pm 1,48$) olarak bulunmuştur. Prematürite öyküsü olan hastaların DT skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,003$) (Tablo 13).

Tablo 14. Kronik Hastalık Varlığına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	595 (61,5)	2,50 ($\pm 1,38$)	0-8	<0,001
Var	373 (38,5)	3,20 ($\pm 1,53$)	1-12	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Bilinen kronik hastalığı olan hastaların ortalama DT Skoru 3,20 ($\pm 1,53$), olmayanların 2,50 ($\pm 1,38$) olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastaların DT skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 14).

Tablo 15. Sürekli İlaç Kullanımına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sürekli İlaç Kullanımı	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	748 (77,3)	2,57 ($\pm 1,36$)	0-8	<0,001
Var	220 (22,7)	3,44 ($\pm 1,64$)	1-12	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Öyküsünde sürekli ilaç kullanımı olan hastaların ortalama DT skoru 3,44 ($\pm 1,64$), olmayan hastaların 2,57 ($\pm 1,36$) olarak bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanan

hastaların DT skoru kullanmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Hastaneye Yatış Öyküsü	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	618 (63,8)	2,46 ($\pm$ 1,33)	0-8	<0,001
Var	350 (36,2)	3,32 ($\pm$ 1,56)	0-12	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların ortalama DT Skoru 3,32 ($\pm$ 1,56), olmayanların ortalama DT Skoru 2,46 ($\pm$ 1,33) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların DT skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 16).

Tablo 17. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış Öyküsü	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	866 (89,5)	2,66 ($\pm$ 1,39)	0-8	<0,001
Var	102 (10,5)	3,75 ($\pm$ 1,80)	1-12	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların ortalama DT Skoru 3,75 ($\pm$ 1,80), olmayanların ortalama DT Skoru 2,66 ($\pm$ 1,39) olarak bulunmuştur. YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların DT skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 18. Triyaj Düzeylerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Trijaj Düzeyi	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yeşil	288 (29,8)	2,09 ($\pm$ 0,98)	0-5	<0,001
Sarı	583 (60,2)	2,83 ($\pm$ 1,32)	0-8	
Kırmızı	97 (10,0)	4,45 ($\pm$ 2,08)	1-12	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Hastalardan kırmızı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DT Skoru 4,45 ($\pm$ 2,08), sarı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DT Skoru 2,83 ($\pm$ 1,32),

yeşil triyaj kategorisinde yer alanların ise ortalama DT Skoru 2,09 ($\pm 0,98$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde triyaj düzeyi kırmızı olarak değerlendirilen hastaların DT skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 18).

Tablo 19. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Son 72 Saatte Hastane Başvurusu	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	636 (65,7)	2,71 ($\pm 1,42$)	0-12	0,164
Var	332 (34,3)	2,89 ($\pm 1,57$)	0-8	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Son 72 saat içinde hastaneye başvuran hastaların ortalama DT skoru ($2,89 \pm 1,57$), son 72 saat içinde hastaneye başvurmeyen hastaların ortalama DT skoru ($2,71 \pm 1,42$) olarak bulunmuştur. DT skoru, son 72 saatte hastane başvurusu dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,164$) (Tablo 19).

Tablo 20. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÇAP'a Başvuru Saati	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
08:00-16:00	228 (23,6)	2,81 ($\pm 1,47$)	0-9	0,911
16:01-00:00	525 (54,2)	2,75 ($\pm 1,44$)	0-12	
00:01-08:00	215 (22,2)	2,79 ($\pm 1,58$)	0-8	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm 1,48$)	0-12	

Hastalar ÇAP'a başvuru zamanına göre gruplandırıldığında saat 08:00-16:00 saatlerinde başvuran hastaların DT skoru ortalaması 2,81 ($\pm 1,47$), 16:01-00:00 saatlerinde başvuran hastaların DT skoru ortalaması 2,75 ($\pm 1,44$), 00:01-08:00 saatlerinde başvuran hastaların DT skoru ortalaması ise 2,79 ($\pm 1,58$) olarak bulunmuştur. Farklı başvuru saatleri arasında DT skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 0,911$) (Tablo 20).

Tablo 21. Başvuru Şekline Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Başvuru Şekli	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Kendi	896 (92,6)	2,69 ($\pm$ 1,42)	0-12	<0,001
112	72 (7,4)	3,74 ($\pm$ 1,80)	1-9	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

112 ile başvuran hastaların ortalama DT skoru ($3,74 \pm 1,80$), kendi imkanlarıyla başvuran hastaların ortalama DT skoru ($2,69 \pm 1,42$) olarak bulunmuştur. 112 ile başvuran hastaların DT skoru kendi imkanları ile başvuran hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 22. Gözlem Alanlarında Kalış Süresine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözlem Alanında Kalış Süresi (dakika)	n (%)	DT Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-120	89 (9,2)	2,20 ($\pm$ 2,00)	0-12	<0,001
121-360	209 (21,6)	2,23 ($\pm$ 1,39)	0-9	
361-720	293 (30,3)	2,82 ($\pm$ 1,26)	1-7	
721-1440	335 (34,6)	3,07 ($\pm$ 1,37)	0-7	
>1440	42 (4,3)	3,95 ($\pm$ 1,51)	1-8	
Toplam	968 (100)	2,77 ($\pm$ 1,48)	0-12	

Hastalar çocuk acil gözlem alanları ve ÇAYBÜ’de toplam kalış sürelerine göre gruplara ayrıldığında 0-120 dakika arası kalanların ortalama DT skoru 2,20 ($\pm$ 2,00), 121-360 dakika arası kalanların ortalama DT skoru 2,23 ($\pm$ 1,39), 361-720 dakika arası kalanların ortalama DT skoru 2,82 ($\pm$ 1,26), 721-1440 dakika arası kalanları ortalama DT skoru 3,07 ($\pm$ 1,37), >1440 dakika kalanların ortalama DT skoru 3,95 ($\pm$ 1,51) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde gözlem alanlarında >1440 dakika kalan hastaların DT skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 22).

Tablo 23. İzlem Sonlanma Şekillerine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sonuç	n (%)	DT Ort (± SS)	Min-Max	p
Taburcu	476 (49,2)	2,23 (±1,04)	0-6	<0,001
Servis	434 (44,8)	3,25 (±1,46)	0-8	
YBÜ	23 (2,4)	5,30 (±2,54)	1-12	
Sevk	3 (0,3)	4,00 (±3,60)	0-7	
Eksitus	1 (0,1)	.	.	
Tedavi Red	31 (3,2)	2,10 (±1,32)	0-5	
Toplam	968 (100)	2,77 (±1,48)	0-12	

Servis yatışı yapılan hastaların ortalama DT skoru 3,25 (±1,46), 3. Basamak YBÜ'ye yatışı yapılan hastaların ortalama DT skoru 5,30 (±2,54), Çocuk Acil Servis'ten taburcu edilen hastaların ortalama DT skoru 2,23 (±1,04), sevk olan hastaların ortalama DT skoru 4,00 (±3,60), tedavi red ile hastaneden ayrılan hastaların ortalama DT skoru 2,10 (±1,32) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde servise ve YBÜ'ye yatan hastaların DT skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür (**p <0,001**). (Tablo 23)

Tablo 24. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Servis Yatış (Gün)	n (%)	DT Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	154 (15,9)	2,82 (±1,42)	0-8	<0,001
4-7	178 (18,4)	3,41 (±1,51)	0-12	
8-14	80 (8,3)	3,75 (±1,66)	0-9	
>14	43 (4,4)	4,30 (±1,73)	1-8	

Servise yatış günü ortalama DT skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 2,82 (±1,42), 4-7 gün olan hastaların 3,41 (±1,51), 8-14 gün olan hastaların 3,75 (±1,66), >14 gün olan hastaların 4,30 (±1,73) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde hastaneye yatan hastalardan serviste 1-3 gün arası yatan hastaların DT skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 24).

Tablo 25. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış (Gün)	n (%)	DT Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	11 (1,1)	3,82 (±1,72)	1-7	0,265
4-7	14 (1,4)	4,71 (±2,30)	2-8	
8-14	8 (0,8)	4,50 (±2,00)	3-9	
>14	6 (0,6)	6,67 (±3,20)	3-12	

YBÜ’de yatış günü ortalama DT skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 3,82 (±1,72), 4-7 gün olan hastaların 4,71 (±2,30), 8-14 gün olan hastaların 4,50 (±2,00), >14 gün olan hastaların 6,67 (±3,20) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatan hastalarda YBÜ yatışı olan hastaların YBÜ’de yatış yaptığı süreler arasında DT skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p = 0,265**) (Tablo 25).

4.3. HASTALARIN GÖZLEME ALINIŞ ANINDA BAKILAN SKORLARININ (D0) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 26. Hastaların Yatış Yerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yatış Yeri	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Gözlem	759 (78,4)	2,90 (±1,25)	0-7	<0,001
ÇAYBÜ	209 (21,6)	3,90 (±1,98)	0-12	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Gözlem alanlarında takip edilen hastaların D0 skoru ortalaması 2,90 (±1,25) olarak belirlenirken, ÇAYBÜ grubundaki hastalarda bu skor ortalaması 3,90 (±1,98) olarak bulunmuştur. ÇAYBÜ’de izleme alınan hastaların D0 skoru gözlem alanlarında izleme alınan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p < 0,001**) (Tablo 26).

Tablo 27. Hastaların Cinsiyete Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Cinsiyet	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Erkek	531 (54,9)	3,21 (±1,54)	0-12	0,038
Kız	437 (45,1)	3,00 (±1,43)	0-10	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Erkek hastaların D0 skoru ortalaması 3,21 ($\pm 1,54$) olarak belirlenirken, kız hastaların DT skoru ortalaması 3,00 ($\pm 1,43$) olarak bulunmuştur. Erkek hastaların D0 skoru kız hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,038**) (Tablo 27).

Tablo 28. Hastaların Yaş Gruplarına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaş (ay)	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-12	193 (19,9)	3,63 ($\pm 1,48$)	0-9	<0,001
13-24	136 (14,0)	3,20 ($\pm 1,54$)	0-10	
25-48	153 (15,9)	3,08 ($\pm 1,73$)	0-12	
49-144	315 (32,5)	2,97 ($\pm 1,41$)	0-8	
>145	171 (17,7)	2,76 ($\pm 1,25$)	1-7	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm 1,50$)	0-12	

Hastaların yaşlara göre gruplara ayrıldıktan sonra değerlendirildiğinde 0-12 ay arasındaki hastaların D0 skoru ortalaması 3,63 ($\pm 1,48$), 13-24 ay arasındaki hastaların D0 skoru ortalaması 3,20 ($\pm 1,54$), 25-48 ay arasındaki hastaların D0 skoru ortalaması 3,08 ($\pm 1,73$), 49-144 ay arasındaki hastaların D0 skoru ortalaması 2,97 ($\pm 1,41$), >145 aylık hastaların D0 skoru ortalaması 2,76 ($\pm 1,25$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde 0-12 ay arasındaki hastaların D0 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**). (Tablo 28)

Tablo 29. Hastaların Uyruklarına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Uyruk	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Türk	928 (95,9)	3,08 ($\pm 1,47$)	0-12	0,006
Yabancı	40 (4,1)	3,90 ($\pm 1,93$)	1-10	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm 1,50$)	0-12	

Hastalar uyruklarına göre ayrıldığında Türk hastaların ortalama D0 skoru 3,08 ($\pm 1,47$), yabancı hastaların ortalama D0 skoru 3,90 ($\pm 1,93$) olarak bulunmuştur. Yabancı hastaların D0 skorları Türk hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (**p =0,006**) (Tablo 29).

Tablo 30. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Şikayet Süresi (Dakika)	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
0-360	299 (30,9)	2,73 (±1,28)	0-7	<0,001
361-1440	335 (34,6)	3,11 (±1,57)	0-12	
1441-2880	149 (15,4)	3,45 (±1,57)	0-8	
2881-4320	86 (8,9)	3,73 (±1,71)	1-9	
>4321	99 (10,2)	3,28 (±1,22)	1-7	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Hastalar şikayetin başlangıç zamanına göre gruplara ayrıldığında 0-360 dakika arasındaki hastaların ortalama D0 skoru 2,73 (±1,28), 361-1440 dakika arasındaki hastaların ortalama D0 skoru 3,11 (±1,57), 1441-2880 dakika arasındaki hastaların ortalama D0 skoru 3,45 (±1,57), 2881-4320 dakika arasındaki hastaların ortalama D0 skoru 3,73 (±1,7), >4321 dakika olan hastaların ortalama D0 3,28 (±1,22) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde şikayet süresi 0-360 dakika arasında olan hastaların D0 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 30).

Tablo 31. Gözlem Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözleme Alınma Sebebi	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Akut Batın Şüphesi	114 (11,8)	2,46 (±0,95)	1-5	<0,001
Dehidratasyon	93 (9,6)	2,55 (±1,09)	1-7	
Genel Durum Bozukluğu	10 (1,0)	5,20 (±2,61)	1-10	
GİS Kanama Şüphesi	15 (1,5)	3,20 (±0,77)	2-4	
IV Antibiyoterapi İhtiyacı	59 (6,1)	3,41 (±1,77)	1-9	
IV Diğer Tedaviler	15 (1,5)	1,87 (±0,74)	1-3	
İleri Tetkik	24 (2,5)	2,46 (±1,25)	1-5	
İntoksikasyon	30 (3,1)	2,37 (±1,15)	1-5	
Kan Ürünü Transfüzyon İhtiyacı	14 (1,4)	3,50 (±1,87)	1-7	
Klinik İzlem	71 (7,3)	2,54 (±1,06)	0-5	
Laboratuvar Değerlerinde Bozukluk	37 (3,8)	2,51 (±1,34)	0-6	
Nöbet Takibi	77 (8,0)	3,19 (±1,19)	1-7	
Oral Alım Bozukluğu	105 (10,8)	2,41 (±0,99)	1-5	
Solunum Sıkıntısı	265 (27,4)	4,35 (±1,28)	1-12	
Travma Takibi	39 (4,0)	1,69 (±0,97)	0-4	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Tablo, hastaların gözleme alınma sebeplerine göre D0 değerlendirme skorlarını göstermektedir. Gözlem alanlarına genel durum bozukluğu sebebiyle alınan hastalar ortalama 5,20 ($\pm 2,61$) puan, solunum sıkıntısı sebebiyle alınan hastalar ortalama 4,35 ($\pm 1,28$) puan olarak en yüksek D0 skorunu almışlardır. Travma takibi için gözlem altına alınan hastalar ise ortalama 1,69 ($\pm 0,97$) puanla en düşük skora sahiptir. Yapılan post-hoc analizde travma takibi için gözlemde izlenen hastaların D0 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunum sıkıntısı nedeniyle gözlemde izlenen hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p < 0,001**) (Tablo 31).

Tablo 32. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanı	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Adölesan Hastalıkları	14 (1,4)	2,71 ($\pm 1,26$)	1-5	<0,001
Allerjik Hastalıklar	24 (2,5)	3,63 ($\pm 1,40$)	0-6	
Cerrahi Hastalıklar	80 (8,3)	2,56 ($\pm 0,84$)	0-4	
Endokrinolojik Hastalıklar	11 (1,1)	4,27 ($\pm 1,67$)	2-7	
Enfeksiyöz Hastalıklar	225 (23,2)	2,41 ($\pm 1,23$)	1-10	
Gastrointestinal Hastalıklar	22 (2,3)	3,36 ($\pm 1,29$)	1-7	
Hematolojik/Onkolojik Hastalıklar	35 (3,6)	3,51 ($\pm 1,75$)	1-7	
İntoksikasyon	32 (3,3)	2,41 ($\pm 1,16$)	1-5	
Kardiyak Hastalıklar	11 (1,1)	3,00 ($\pm 1,09$)	2-5	
Metabolik Hastalıklar	7 (0,7)	4,43 ($\pm 1,61$)	2-7	
Nöromusküler Hastalıklar	87 (9,0)	2,94 ($\pm 1,06$)	1-7	
Psikiyatrik Hastalıklar	2 (0,2)	2,00 ($\pm 1,41$)	1-3	
Romatolojik Hastalıklar	26 (2,7)	2,08 ($\pm 1,01$)	0-4	
Solunumsal Hastalıklar	325 (33,6)	3,97 ($\pm 1,44$)	1-12	
Travma	41 (4,2)	1,76 ($\pm 1,01$)	0-4	
Üriner Sistem Hastalıkları	26 (2,7)	3,23 ($\pm 1,98$)	1-9	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm 1,50$)	0-12	

Tablo, hastaların aldıkları tanılara göre D0 değerlendirme skorlarını göstermektedir. Gözleme alınan hastalar tanılara göre gruplandırıldıktan sonra ortalama D0 skorlarına bakıldığında en yüksek skoru 4,43 ($\pm 1,61$) ile Metabolik hastalıklar grubu alırken, en düşük skoru 1,76 ($\pm 1,01$) ile Travma hastalarının aldığı görülmüştür. Yapılan post-hoc analizde travma hastalarının D0 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunumsal hastalık tanısı alan

hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 32)

Tablo 33. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Prematürite	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	888 (91,7)	3,06 ($\pm$ 1,49)	0-12	<0,001
Var	80 (8,3)	3,80 ($\pm$ 1,41)	1-7	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm$ 1,50)	0-12	

Prematürite öyküsü olan hastaların ortalama D0 Skoru 3,80 ($\pm$ 1,41) iken olmayan hastaların 3,06 ($\pm$ 1,49) olarak bulunmuştur. Prematürite öyküsü olan hastaların D0 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 33).

Tablo 34. Kronik Hastalık Varlığına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	595 (61,5)	2,86 ($\pm$ 1,41)	0-8	<0,001
Var	373 (38,5)	3,53 ($\pm$ 1,54)	0-12	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm$ 1,50)	0-12	

Bilinen kronik hastalığı olan hastaların ortalama D0 Skoru 3,53 ($\pm$ 1,54), olmayanların ortalama D0 Skoru 2,86 ($\pm$ 1,41) olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastaların D0 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 34)

Tablo 35. Sürekli İlaç Kullanımına Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sürekli İlaç Kullanımı	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	748 (77,3)	2,95 ($\pm$ 1,40)	0-8	<0,001
Var	220 (22,7)	3,68 ($\pm$ 1,66)	1-12	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm$ 1,50)	0-12	

Öyküsünde sürekli ilaç kullanımı olan hastaların ortalama D0 skoru 3,68 ($\pm$ 1,66), olmayan hastaların ortalama D0 skoru 2,95 ($\pm$ 1,40) olarak bulunmuştur.

Sürekli ilaç kullanan hastaların D0 skoru kullanan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 35).

Tablo 36. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Hastaneye Yatış Öyküsü	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Yok	618 (63,8)	2,79 (±1,36)	0-8	<0,001
Var	350 (36,2)	3,70 (±1,56)	0-12	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların ortalama D0 Skoru 3,70 (±1,56), olmayanların ortalama D0 Skoru 2,79 (±1,36) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların D0 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 36).

Tablo 37. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış Öyküsü	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Yok	866 (89,5)	2,98 (±1,41)	0-8	<0,001
Var	102 (10,5)	4,25 (±1,72)	1-12	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların ortalama D0 Skoru 4,25 (±1,72), olmayanların ortalama D0 Skoru 2,98 (±1,41) olarak bulunmuştur. YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların D0 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 37).

Tablo 38. Triyaj Düzeylerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Trijaj	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Yeşil	288 (29,8)	2,52 (±1,12)	0-6	0,001
Sarı	583 (60,2)	3,18 (±1,38)	0-8	
Kırmızı	97 (10,0)	4,48 (±2,09)	1-12	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Hastalardan kırmızı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama D0 4,48 (±2,09), sarı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama D0 Skoru 3,18 (±1,38), yeşil

triyaj kategorisinde yer alanların ortalama D0 Skoru 2,52 ($\pm 1,12$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde triyaj düzeyi kırmızı olarak değerlendirilen hastaların D0 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,001$) (Tablo 38).

Tablo 39. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Son 72 Saatte Hastane Başvurusu	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	636 (65,7)	3,09 ($\pm 1,45$)	0-12	0,852
Var	332 (34,3)	3,16 ($\pm 1,58$)	0-9	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm 1,50$)	0-12	

Son 72 saat içinde hastaneye başvuran ve başvurmayan hastaların triyaj değerlendirme skorları karşılaştırılmıştır. Son 72 saat içinde hastaneye başvuran hastaların ortalama D0 skoru 3,16 ($\pm 1,58$) olurken, başvurmayan hastaların 3,09 ($\pm 1,45$) olarak belirlenmiştir. D0 skoru, son 72 saatte hastane başvurusu dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,852$) (Tablo 39).

Tablo 40. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DT Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÇAP'a Başvuru Saati	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
08:00-16:00	228 (23,6)	3,12 ($\pm 1,50$)	0-9	1
16:01-00:00	525 (54,2)	3,11 ($\pm 1,46$)	0-12	
00:01-08:00	215 (22,2)	3,13 ($\pm 1,59$)	0-9	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm 1,50$)	0-12	

Hastalar ÇAP'a başvuru zamanına göre gruplandırıldığında saat 08:00-16:00 saatlerinde başvuran hastaların D0 skoru ortalaması 3,12 ($\pm 1,50$), 16:01-00:00 saatlerinde başvuran hastaların D0 skoru ortalaması 3,11 ($\pm 1,46$), 00:01-08:00 saatlerinde başvuran hastaların D0 skoru ortalaması 3,13 ($\pm 1,59$) olarak bulunmuştur. Farklı başvuru saatleri arasında D0 skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p = 1$) (Tablo 40).

Tablo 41. Başvuru şekline göre DT skorlarının dağılımı ve karşılaştırılması

Başvuru Şekli	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
Kendi	896 (92,6)	3,06 (±1,45)	0-12	0,002
112	72 (7,4)	3,78 (±1,84)	1-9	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

112 ile başvuran hastaların ortalama D0 skoru 3,78 (±1,84), kendi imkanlarıyla başvuran hastaların ortalama 3,06 (±1,45) olarak bulunmuştur. 112 ile başvuran hastaların D0 skoru kendi imkanları ile başvuran hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,002**) (Tablo 41).

Tablo 42. Gözlem Alanlarında Kalış Süresine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözlem Alanında Kalış Süresi (Dakika)	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
0-120	89 (9,2)	2,42 (±2,01)	0-12	<0,001
121-360	209 (21,6)	2,55 (±1,41)	0-9	
361-720	293 (30,3)	3,17 (±1,69)	0-7	
721-1440	335 (34,6)	3,46 (±1,36)	1-7	
>1440	42 (4,3)	4,29 (±1,43)	2-9	
Toplam	968 (100)	3,12 (±1,50)	0-12	

Hastalar çocuk acil gözlem alanları ve ÇAYBÜ’de toplam kalış sürelerine göre gruplara ayrıldığında 0-120 dakika arası kalanların ortalama D0 skoru 2,42 (±2,01), 121-360 dakika arası kalanların ortalama D0 skoru 2,55 (±1,41), 361-720 dakika arası kalanların ortalama D0 skoru 3,17 (±1,69), 721-1440 dakika arası kalanları ortalama D0 skoru 3,46 (±1,36), >1440 dakika kalanların ortalama D0 skoru 4,29 (±1,43) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde gözlem alanlarında >1440 dakika kalan hastaların D0 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür (**p <0,001**). (Tablo 42).

Tablo 43. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sonuç	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Taburcu	476 (49,2)	2,47 ($\pm$ 1,07)	0-5	<0,001
Servis	434 (44,8)	3,74 ($\pm$1,38)	1-8	
YBÜ	23 (2,4)	5,70 ($\pm$2,40)	2-12	
Sevk	3 (0,3)	4,00 ($\pm$ 3,60)	0-7	
Eksitus	1 (0,1)	.	.	
Tedavi Red	31 (3,2)	2,13 ($\pm$ 1,31)	0-5	
Toplam	968 (100)	3,12 ($\pm$ 1,50)	0-12	

Hastalar izlem sonlanma şekillerine göre gruplara ayrıldığında servis yatışı yapılan hastaların ortalama D0 skoru 3,74 ($\pm$ 1,38), 3. Basamak YBÜ'ye yatışı yapılan hastaların ortalama D0 skoru 5,70 ($\pm$ 2,40), Çocuk Acil Servis'ten taburcu edilen hastaların ortalama D0 skoru 2,47 ($\pm$ 1,07), sevk olan hastaların ortalama D0 skoru 4,00 ($\pm$ 3,60), tedavi red ile hastaneden ayrılan hastaların ortalama D0 skoru 2,13 ($\pm$ 1,31) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde servise ve YBÜ'ye yatan hastaların D0 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 43).

Tablo 44. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Servis Yatış (gün)	n (%)	D0 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
1-3	154 (15,9)	3,28 ($\pm$1,36)	1-8	<0,001
4-7	178 (18,4)	3,89 ($\pm$ 1,45)	1-12	
8-14	80 (8,3)	4,34 ($\pm$ 1,50)	1-9	
>14	43 (4,4)	4,67 ($\pm$ 1,58)	1-8	

Hastaların ortalama D0 skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 3,28 ($\pm$ 1,36), 4-7 gün olan hastaların 3,89 ($\pm$ 1,45), 8-14 gün olan hastaların 4,34 ($\pm$ 1,50), >14 gün olan hastaların 4,67 ($\pm$ 1,58) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde hastaneye yatan hastalardan serviste 1-3 gün arası yatan hastaların D0 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 44).

Tablo 45. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre D0 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış (Gün)	n (%)	D0 Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	11 (1,1)	4,36 (±1,74)	2-7	0,177
4-7	14 (1,4)	5,29 (±2,19)	2-9	
8-14	8 (0,8)	4,88 (±1,95)	3-9	
>14	6 (0,6)	6,83 (±2,99)	4-12	

Hastaların ortalama D0 skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 4,36 (±1,74), 4-7 gün olan hastaların 5,29 (±2,19), 8-14 gün olan hastaların 4,88 (±1,95), >14 gün olan hastaların 6,83 (±2,99) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatan hastalarda YBÜ yatışı olan hastaların YBÜ’de yatış yaptığı süreler arasında D0 skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p = 0,177**) (Tablo 45).

4.4. HASTALARIN GÖZLEMDE 6. SAATE BAKILAN SKORLARININ (D6) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 46. Hastaların Yatış Yeri Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yatış Yeri	n (%)	D6 Ort (± SS)	Min-Max	p
Gözlem	500 (51,7)	2,21 (±1,75)	0-8	<0,001
ÇAYBÜ	175 (18,1)	3,10 (±2,16)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 (±1,90)	0-9	

Hastalardan 675’inin gözlemde 6 saat yada daha fazla süreyle kaldığı görüldü. Gözlem alanlarında izleme alınan hastaların D6 skoru ortalaması 2,21 (±1,75), ÇAYBÜ’de izleme alınan edilen hastalarda bu skor ortalaması 3,10 (±2,16) olarak bulunmuştur. ÇAYBÜ’de izleme alınan hastaların D6 skoru Gözlem alanlarında izleme alınan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p < 0,001**) (Tablo 46).

Tablo 47. Hastaların Cinsiyete Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Cinsiyet	n (%)	D6 Ort (± SS)	Min-Max	p
Erkek	372 (38,4)	2,61 (±1,95)	0-9	0,012
Kız	303 (31,3)	2,23 (±1,83)	0-8	
Toplam	675 (69,7)	2,44 (±1,90)	0-9	

Erkek hastaların D6 skoru ortalaması 2,61 ($\pm 1,95$), kız hastaların D6 skoru ortalaması 2,23 ($\pm 1,83$) olarak bulunmuştur. Erkek hastaların D6 skoru kız hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p =0,012**) (Tablo 47).

Tablo 48. Hastaların Yaş Gruplarına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaş (ay)	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-12	147 (15,2)	3,17 ($\pm 1,95$)	0-9	<0,001
13-24	93 (9,6)	2,46 ($\pm 2,05$)	0-8	
25-48	102 (10,5)	2,41 ($\pm 2,07$)	0-9	
49-144	225 (23,2)	2,23 ($\pm 1,81$)	0-8	
>145	108 (11,2)	1,91 ($\pm 1,41$)	0-6	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm 1,90$)	0-9	

Hastaların yaşlara göre gruplara ayrıldıktan sonra değerlendirildiğinde 0-12 ay arasındaki hastaların D6 skoru ortalaması 3,17 ($\pm 1,95$), 13-24 ay arasındaki hastaların D6 skoru ortalaması 2,46 ($\pm 2,05$), 25-48 ay arasındaki hastaların D6 skoru ortalaması 2,41 ($\pm 2,07$), 49-144 ay arasındaki hastaların D6 skoru ortalaması 2,23 ($\pm 1,81$), >145 aylık hastaların D6 skoru ortalaması 1,91 ($\pm 1,41$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde 0-12 ay arasındaki hastaların D6 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 48).

Tablo 49. Hastaların Uyruklarına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Uyruk	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Türk	646 (66,7)	2,41 ($\pm 1,90$)	0-9	0,035
Yabancı	29 (3,0)	3,14 ($\pm 1,94$)	0-8	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm 1,90$)	0-9	

Hastalar uyruklarına göre ayrıldığında Türk hastaların ortalama D6 skoru 2,41 ($\pm 1,90$), yabancı hastaların ortalama D6 skoru 3,14 ($\pm 1,94$) olarak bulunmuştur. Yabancı hastaların D5 skorları Türk hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (**p =0,035**) (Tablo 49).

Tablo 50. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Şikayet Süresi (dakika)	n (%)	D6 Ort (± SS)	Min-Max	p
0-360	215 (22,2)	1,70 (±1,54)	0-8	<0,001
361-1440	231 (23,9)	2,59 (±1,88)	0-8	
1441-2880	97 (10,0)	2,97 (±2,14)	0-9	
2881-4320	64 (6,6)	3,20 (±2,00)	0-9	
>4321	68 (7,0)	2,81 (±1,84)	0-6	
Toplam	675 (69,7)	2,44 (±1,90)	0-9	

Hastalar şikayetin başlangıç zamanına göre gruplara ayrıldığında 0-360 dakika arasındaki hastaların ortalama D6 skoru 1,70 (±1,54), 361-1440 dakika arasındaki hastaların ortalama D6 skoru 2,59 (±1,88), 1441-2880 dakika arasındaki hastaların ortalama D6 skoru 2,97 (±2,14)'dur. 2881-4320 dakika arasındaki hastaların ortalama D6 skoru 3,20 (±2,00), şikayetin başlangıç zamanı >4321 dakika olan hastaların ortalama D6 skoru 2,81 (±1,84) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde şikayet süresi 0-360 dakika arasında olan hastaların D6 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 50).

Tablo 51. Gözlem Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözleme Alınma Sebebi	n (%)	D6 Ort (± SS)	Min-Max	p
Akut Batın Şüphesi	50 (5,2)	1,46 (±1,47)	0-6	<0,001
Dehidratasyon	60 (6,2)	1,48 (±1,42)	0-6	
Genel Durum Bozukluğu	5 (0,5)	4,60 (±2,4)	2-8	
GİS Kanama Şüphesi	12 (1,2)	2,50 (±1,67)	0-6	
IV Antibiyoterapi İhtiyacı	38 (3,9)	2,95 (±1,94)	0-9	
IV Diğer Tedaviler	8 (0,8)	1,63 (±1,18)	0-3	
İleri Tetkik	16 (1,7)	1,63 (±1,40)	0-5	
İntoksikasyon	22 (2,3)	0,82 (±0,73)	0-3	
Kan Ürünü Transfüzyon İhtiyacı	11 (1,1)	3,18 (±2,22)	1-8	
Klinik İzlem	51 (5,3)	1,63 (±1,14)	0-4	
Laboratuvar Değerlerinde Bozukluk	24 (2,5)	1,67 (±1,43)	0-5	
Nöbet Takibi	68 (7,0)	1,91 (±1,46)	0-6	
Oral Alım Bozukluğu	64 (6,6)	1,42 (±1,41)	0-6	
Solunum Sıkıntısı	219 (22,6)	3,92 (±1,67)	0-9	
Travma Takibi	27 (2,8)	0,96 (±1,40)	0-4	
Toplam	675 (69,7)	2,44 (±1,90)	0-9	

Gözlem alanlarına genel durum bozukluğu sebebiyle alınan hastalar ortalama 4,60 ($\pm 2,4$) puan, solunum sıkıntısı sebebiyle alınan hastalar ortalama 3,92 ($\pm 1,67$) puan olarak en yüksek D6 skorunu almışlardır. Travma takibi için gözlem altına alınan hastalar ise ortalama 0,96 ($\pm 1,40$) puanla en düşük skora sahiptir. Yapılan post-hoc analizde intoksikasyon nedeniyle gözlemde izlenen hastaların D6 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunum sıkıntısı nedeniyle gözlemde izlenen hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p < 0,001**) (Tablo 51).

Tablo 52. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanı	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Adölesan Hastalıkları	10 (1,0)	2,00 ($\pm 1,33$)	0-4	<0,001
Allerjik Hastalıklar	22 (2,3)	2,73 ($\pm 1,90$)	0-6	
Cerrahi	36 (3,7)	1,47 ($\pm 1,52$)	0-6	
Endokrinolojik Hastalıklar	8 (0,8)	3,38 ($\pm 1,50$)	1-5	
Enfeksiyöz Hastalıklar	138 (14,3)	1,49 ($\pm 1,46$)	0-8	
Gastrointestinal Hastalıklar	13 (1,3)	2,92 ($\pm 2,01$)	0-8	
Hematolojik/Onkolojik Hastalıklar	22 (2,3)	3,14 ($\pm 1,75$)	1-6	
İntoksikasyon	24 (2,5)	0,79 ($\pm 0,72$)	0-3	
Kardiyak Hastalıklar	9 (0,9)	2,00 ($\pm 1,00$)	1-4	
Metabolik Hastalıklar	7 (0,7)	3,85 ($\pm 1,34$)	2-6	
Nöromusküler Hastalıklar	70 (7,2)	1,74 ($\pm 1,34$)	0-5	
Psikiyatrik Hastalıklar	1 (0,1)	.	.	
Romatolojik Hastalıklar	18 (1,9)	1,06 ($\pm 0,80$)	0-2	
Solunumsal Hastalıklar	255 (26,3)	3,52 ($\pm 1,83$)	0-9	
Travma	29 (3,0)	1,10 ($\pm 1,47$)	0-4	
Üriner Sistem Hastalıkları	13 (1,3)	3,08 ($\pm 2,53$)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm 1,90$)	0-9	

Gözleme alınan hastalar tanılarına göre gruplandırıldıktan sonra ortalama D6 skorlarına bakıldığında en yüksek skoru 3,85 ($\pm 1,34$) ile Metabolik hastalıklar grubu alırken, en düşük skoru 0,79 ($\pm 0,72$) ile intoksikasyon hastalarının aldığı görülmüştür. Yapılan post-hoc analizde intoksikasyon hastalarının D6 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunumsal hastalık tanısı alan hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p < 0,001**) (Tablo 52).

Tablo 53. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Prematürite	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	610 (63,0)	2,33 ($\pm$ 1,88)	0-9	<0,001
Var	65 (6,7)	3,45 ($\pm$ 1,83)	0-7	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Prematürite öyküsü olan hastaların ortalama D6 Skoru 3,45 ($\pm$ 1,83) iken olmayan hastaların 2,33 ($\pm$ 1,88) olarak bulunmuştur. Prematürite öyküsü olan hastaların D6 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 53).

Tablo 54. Kronik Hastalık Varlığına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	402 (41,5)	2,13 ($\pm$ 1,89)	0-9	<0,001
Var	273 (28,2)	2,90 ($\pm$ 1,82)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Bilinen kronik hastalığı olan hastaların ortalama D6 Skoru 2,90 ($\pm$ 1,82), olmayanların ortalama D6 Skoru 2,13 ($\pm$ 1,89) olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastaların D6 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 54).

Tablo 55. Sürekli İlaç Kullanımına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sürekli İlaç Kullanımı	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	506 (52,3)	2,29 ($\pm$ 1,91)	0-9	<0,001
Var	169 (17,5)	2,88 ($\pm$ 1,80)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Öyküsünde sürekli ilaç kullanımı olan hastaların ortalama D6 skoru 2,88 ($\pm$ 1,80), olmayan hastaların ortalama D6 skoru 2,29 ($\pm$ 1,91) olarak bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanan hastaların D6 skoru kullanmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 55).

Tablo 56. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Hastaneye Yatış Öyküsü	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	422 (43,6)	2,02 ($\pm$ 1,79)	0-9	<0,001
Var	253 (26,1)	3,15 ($\pm$ 1,88)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların ortalama D6 Skoru 3,15 ($\pm$ 1,88), olmayanların ortalama D6 Skoru 2,02 ($\pm$ 1,79) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların D6 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 56).

Tablo 57. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış Öyküsü	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	598 (61,8)	2,27 ($\pm$ 1,83)	0-9	<0,001
Var	77 (8,0)	3,75 ($\pm$ 1,96)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların ortalama D6 Skoru 3,75 ($\pm$ 1,96), olmayanların ortalama D6 Skoru 2,27 ($\pm$ 1,83) olarak bulunmuştur. YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların D6 skoru olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 57).

Tablo 58. Triyaj Düzeylerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Trijaj Düzeyi	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yeşil	179 (18,5)	1,80 ($\pm$ 1,60)	0-6	<0,001
Sarı	420 (43,4)	2,54 ($\pm$ 1,85)	0-8	
Kırmızı	76 (7,9)	3,39 ($\pm$2,31)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Hastalardan kırmızı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama D6 3,39 ($\pm$ 2,31), sarı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama D6 Skoru 2,54 ($\pm$ 1,85), yeşil triyaj kategorisinde yer alanların ortalama D6 Skoru 1,80 ($\pm$ 1,60) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde triyaj düzeyi kırmızı olarak değerlendirilen

hastaların D6 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 58).

Tablo 59. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Son 72 Saatte Hastane Başvurusu	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	441 (45,6)	2,38 ($\pm$ 1,80)	0-7	0,531
Var	234 (24,2)	2,56 ($\pm$ 2,08)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Son 72 saat içinde hastaneye başvuran hastaların ortalama D6 skoru 2,56 ($\pm$ 2,08) olurken, başvurmayan hastaların 2,38 ($\pm$ 1,80) olarak belirlenmiştir. D6 skoru, son 72 saatte hastane başvurusu dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,531**) (Tablo 59).

Tablo 60. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÇAP'a Başvuru Saati	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
08:00-16:00	147 (15,2)	2,42 ($\pm$ 2,01)	0-9	0,838
16:01-00:00	363 (37,5)	2,45 ($\pm$ 1,84)	0-8	
00:01-08:00	165 (17,1)	2,43 ($\pm$ 1,95)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Hastalar ÇAP'a başvuru zamanına göre gruplandırıldığında saat 08:00-16:00 saatlerinde başvuran hastaların D6 skoru ortalaması 2,42 ($\pm$ 2,01), 16:01-00:00 saatlerinde başvuran hastaların D6 skoru ortalaması 2,45 ($\pm$ 1,84), 00:01-08:00 saatlerinde başvuran hastaların D6 skoru ortalaması 2,43 ($\pm$ 1,95) olarak bulunmuştur. Farklı başvuru saatleri arasında D6 skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p =0,838**) (Tablo 60).

Tablo 61. Başvuru Şekline Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Başvuru Şekli	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Kendi	621 (64,2)	2,39 ($\pm$ 1,85)	0-9	0,12
112	54 (5,6)	3,00 ($\pm$ 2,36)	0-9	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

112 ile başvuran hastaların ortalama D6 skoru 3,00 ($\pm$ 2,36), kendi imkanlarıyla başvuran hastaların ortalama D6 skoru 2,39 ($\pm$ 1,85) bulunmuştur. D6 skoru, başvuru şekli dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,12**) (Tablo 61).

Tablo 62. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sonuç	n (%)	D6 Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Taburcu	337 (34,8)	0,98 ($\pm$ 0,81)	0-4	<0,001
Servis	312 (32,2)	3,90 ($\pm$ 1,41)	1-9	
YBÜ	10 (1,0)	6,10 ($\pm$1,72)	3-9	
Sevk	1 (0,1)	.	.	
Eksitus	.	.	.	
Tedavi Red	15 (1,6)	2,20 ($\pm$ 1,56)	0-6	
Toplam	675 (69,7)	2,44 ($\pm$ 1,90)	0-9	

Hastalar izlem sonlanma şekillerine göre gruplara ayrıldığında servis yatışı yapılan hastaların ortalama D6 skoru 3,90 ($\pm$ 1,41), 3. Basamak YBÜ'ye yatışı yapılan hastaların ortalama D6 skoru 6,10 ($\pm$ 1,72), Çocuk Acil Servis'ten taburcu edilen hastaların ortalama D6 skoru 0,98 ($\pm$ 0,81), tedavi red ile hastaneden ayrılan hastaların ortalama D6 skoru 2,20 ($\pm$ 1,56) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde servise ve YBÜ'ye yatan hastaların D6 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 62).

Tablo 63. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre D6 Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Servis Yatış (Gün)	n (%)	D6 Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	97 (10,0)	3,51 (±1,58)	1-9	<0,001
4-7	125 (12,9)	3,98 (±1,27)	1-8	
8-14	68 (7,0)	4,41 (±1,57)	1-9	
>14	31 (3,2)	4,45 (±1,26)	2-7	

Hastaların ortalama D6 skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 3,51 (±1,58), 4-7 gün olan hastaların 3,98 (±1,27), 8-14 gün olan hastaların 4,41 (±1,57), >14 gün olan hastaların 4,45 (±1,26) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde hastaneye yatan hastalardan serviste 1-3 gün arası yatan hastaların D6 skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 63).

Tablo 64. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre D6 Skorlarının Dağılımı Ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış (Gün)	n (%)	D6 Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	4 (0,4)	5,25 (±2,21)	3-8	0,807
4-7	10 (1,0)	4,80 (±2,04)	2-9	
8-14	5 (0,5)	5,40 (±1,34)	4-7	
>14	3 (0,3)	5,33 (±1,15)	4-6	
Toplam	675 (69,7)	2,44 (±1,90)	0-9	

Hastaların ortalama D6 skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 5,25 (±2,21), 4-7 gün olan hastaların 4,80 (±2,04), 8-14 gün olan hastaların 5,40 (±1,34), >14 gün olan hastaların 5,33 (±1,15) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatan hastalarda YBÜ yatışı olan hastaların YBÜ’de yatış yaptığı süreler arasında D6 skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p = 0,807**) (Tablo 64).

4.5. HASTALARIN GÖZLEM ALANLARINDAN ÇAYBÜ'YE ALINIŞ ANINDA BAKILAN SKORLARININ(DY) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 65. Hastaların Cinsiyete Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Cinsiyet	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Erkek	20 (2,1)	5,60 ($\pm$ 1,35)	4-8	0,475
Kız	19 (2,0)	5,26 ($\pm$ 1,36)	3-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Acil servis izlemi sırasında gözlem alanlarından ÇAYBÜ'ye transfer olan 39 hasta bulunmaktadır. Erkek hastaların DY skoru ortalaması 5,60 ($\pm$ 1,35), kız hastaların DY skoru ortalaması 5,26 ($\pm$ 1,36) olarak bulunmuştur. DY skoru, cinsiyet dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,475$) (Tablo 65).

Tablo 66. Hastaların Yaş Gruplarına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaş (Ay)	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-12	14 (1,4)	5,79 ($\pm$ 1,12)	4-8	0,256
13-24	9 (0,9)	5,56 ($\pm$ 1,23)	4-8	
25-48	5 (0,5)	5,00 ($\pm$ 1,41)	4-7	
49-144	7 (0,7)	4,71 ($\pm$ 1,49)	4-8	
>145	4 (0,4)	5,75 ($\pm$ 2,06)	3-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastaların yaşlara göre gruplara ayrıldıktan sonra değerlendirildiğinde 0-12 ay arasındaki hastaların DY skoru ortalaması 5,79 ($\pm$ 1,12), 13-24 ay arasındaki hastaların DY skoru ortalaması 5,56 ($\pm$ 1,23), 25-48 ay arasındaki hastaların DY skoru ortalaması 5,00 ($\pm$ 1,41),

49-144 ay arasındaki hastaların DY skoru ortalaması 4,71 ($\pm$ 1,49), >145 aylık hastaların DY skoru ortalaması 5,75 ($\pm$ 2,06) olarak bulunmuştur. DY skoru, yaş grupları dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,256$) (Tablo 66).

Tablo 67. Hastaların Uyruklarına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Uyruk	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Türk	37 (3,8)	5,38 ($\pm$ 1,36)	3-8	0,166
Yabancı	2 (0,2)	6,50 ($\pm$ 0,707)	6-7	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastalar uyruklarına göre ayrıldığında Türk hastaların ortalama DY skoru 5,38 ($\pm$ 1,36), yabancı hastaların ortalama DY skoru 6,50 ($\pm$ 0,707) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların uyruk dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,166**) (Tablo 67).

Tablo 68. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Şikayet Süresi (dakika)	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-360	3 (0,3)	4,67 ($\pm$ 1,52)	3-6	0,579
361-1440	15 (1,5)	5,40 ($\pm$ 1,54)	4-8	
1441-2880	10 (1,0)	6,00 ($\pm$ 1,41)	4-8	
2881-4320	8 (0,8)	5,25 ($\pm$ 0,88)	4-6	
>4321	3 (0,3)	5,00 ($\pm$ 1,00)	4-6	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastaların şikayetin başlangıç zamanına göre gruplara ayrıldığında 0-360 dakika arasındaki hastaların ortalama DY skoru 4,67 ($\pm$ 1,52), 361-1440 dakika arasındaki hastaların ortalama DY skoru 5,40 ($\pm$ 1,54), 1441-2880 dakika arasındaki hastaların ortalama DY skoru 6,00 ($\pm$ 1,41)'dur. 2881-4320 dakika arasındaki hastaların ortalama DY skoru 5,25 ($\pm$ 0,88), şikayetin başlangıç zamanı >4321 dakika olan hastaların ortalama DY skoru 5,00 ($\pm$ 1,00) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların şikayetlerinin süreleri dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,579**) (Tablo 68).

Tablo 69. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Prematürite	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	36 (3,7)	5,50 ($\pm$ 1,36)	3-8	0,299
Var	3 (0,3)	4,67 ($\pm$ 1,15)	4 (6)	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Prematürite öyküsü olan hastaların ortalama DY Skoru 4,67 ($\pm$ 1,15) iken olmayan hastaların 5,50 ($\pm$ 1,36) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların prematürite durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,299**) (Tablo 69).

Tablo 70. Kronik Hastalık Varlığına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	23 (2,4)	5,52 ($\pm$ 1,31)	3-8	0,515
Var	16 (1,7)	5,31 ($\pm$ 1,44)	4-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Bilinen kronik hastalığı olan hastaların ortalama DY Skoru 5,31 ($\pm$ 1,44), olmayanların ortalama DY Skoru 5,52 ($\pm$ 1,31) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların kronik hastalık durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,515**) (Tablo 70).

Tablo 71. Sürekli İlaç Kullanımına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sürekli İlaç Kullanımı	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	27 (2,8)	5,52 ($\pm$ 1,31)	3-8	0,752
Var	12 (1,2)	5,31 ($\pm$ 1,44)	4-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Öyküsünde sürekli ilaç kullanımı olan hastaların ortalama DY skoru 5,31 ($\pm$ 1,44), olmayan hastaların ortalama DY skoru 5,52 ($\pm$ 1,31) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların kronik sürekli ilaç kullanımı durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,752**) (Tablo 71).

Tablo 72. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Hastaneye Yatış Öyküsü	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	21 (2,2)	5,33 ($\pm$ 1,27)	3-8	0,737
Var	18 (1,9)	5,56 ($\pm$ 1,46)	4-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların ortalama DY Skoru 5,56 ($\pm$ 1,46), olmayanların ortalama DY Skoru 5,33 ($\pm$ 1,27) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların hastaneye yatış öykülerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,737**) (Tablo 72).

Tablo 73. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış Öyküsü	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	34 (3,5)	5,44 ($\pm$ 1,33)	3-8	0,811
Var	5 (0,5)	5,40 ($\pm$ 1,67)	4-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların ortalama DY Skoru 5,40 ($\pm$ 1,67), olmayanların ortalama DY Skoru 5,44 ($\pm$ 1,33) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastaların YBÜ'ye yatış öykülerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,811**) (Tablo 73).

Tablo 74. Triyaj Düzeylerine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Trijaj Düzeyi	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yeşil	6 (0,6)	5,00 ($\pm$ 0,89)	4-6	0,463
Sarı	28 (2,9)	5,43 ($\pm$ 1,42)	3-8	
Kırmızı	5 (0,5)	6,00 ($\pm$ 1,41)	4-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastalardan kırmızı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DY 6,00 ($\pm$ 1,41), sarı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DY Skoru 5,43 ($\pm$ 1,42), yeşil triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DY Skoru 5,00 ($\pm$ 0,89) olarak

bulunmuştur. DY skoru, hastaların triyaj düzeylerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,463**) (Tablo 74).

Tablo 75. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Son 72 Saatte Hastane Başvurusu	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	25 (2,6)	5,24 ($\pm$ 1,30)	3-8	0,268
Var	14 (1,4)	5,79 ($\pm$ 1,42)	4-8	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Son 72 saat içinde hastaneye başvuran hastaların ortalama DY skoru 5,79 ($\pm$ 1,42) olurken, başvurmeyen hastaların 5,24 ($\pm$ 1,30) olarak belirlenmiştir. DY skoru, son 72 saatte hastane başvurusu dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,268**) (Tablo 75).

Tablo 76. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Triyaja Başvuru Saati	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
08:00-16:00	3 (0,3)	5,67 ($\pm$ 0,57)	5-6	0,614
16:01-00:00	30 (3,1)	5,50 ($\pm$ 1,43)	3-8	
00:01-08:00	6 (0,6)	5,00 ($\pm$ 1,26)	4-7	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastalar ÇAP'a başvuru zamanına göre gruplandırıldığında saat 08:00-16:00 saatlerinde başvuran hastaların DY skoru ortalaması 5,67 ($\pm$ 0,57), 16:01-00:00 saatlerinde başvuran hastaların DY skoru ortalaması 5,50 ($\pm$ 1,43), 00:01-08:00 saatlerinde başvuran hastaların DY skoru ortalaması 5,00 ($\pm$ 1,26) olarak bulunmuştur. Farklı başvuru saatleri arasında DY skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p =0,614**) (Tablo 76).

Tablo 77. Başvuru Şekline Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Başvuru Şekli	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Kendi	36 (3,7)	5,44 ($\pm$ 1,38)	3-8	0,956
112	3 (0,3)	5,33 ($\pm$ 1,15)	4-6	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

112 ile başvuran hastaların ortalama DY skoru 5,33 ($\pm$ 1,15), kendi imkanlarıyla başvuran hastaların ortalama DY skoru 5,44 ($\pm$ 1,38) bulunmuştur. DY skoru, başvuru şekli dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,956**) (Tablo 77).

Tablo 78. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sonuç	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Taburcu	4 (0,4)	3,75 ($\pm$ 0,50)	3-4	0,007
Servis	28 (2,9)	5,32 ($\pm$ 1,12)	4-8	
YBÜ	5 (0,5)	6,80 ($\pm$ 1,30)	5-8	
Sevk	1 (0,1)	.	.	
Eksitus	.	.	.	
Tedavi Red	1 (0,1)	.	.	
Toplam	39 (4,0)	5,44 ($\pm$ 1,35)	3-8	

Hastalar izlem sonlanma şekillerine göre gruplara ayrıldığında servis yatışı yapılan hastaların ortalama DY skoru 5,32 ($\pm$ 1,12), 3. Basamak YBÜ'ye yatışı yapılan hastaların ortalama DY skoru 6,80 ($\pm$ 1,30), Çocuk Acil Servis'ten taburcu edilen hastaların ortalama DY skoru 3,75 ($\pm$ 0,50), olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde servise ve YBÜ'ye yatan hastaların DY skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür (**p=0,007**). (Tablo 78).

Tablo 79. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Servis Yatış (Gün)	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
1-3	7 (0,7)	5,57 ($\pm$ 1,27)	4-8	0,575
4-7	16 (1,7)	5,25 ($\pm$ 1,12)	4-8	
8-14	6 (0,6)	5,67 ($\pm$ 1,03)	4-7	
>14	3 (0,3)	6,67 ($\pm$ 2,30)	4-8	

Hastaların ortalama DY skorları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 5,57 ($\pm$ 1,27), 4-7 gün olan hastaların 5,25 ($\pm$ 1,12), 8-14 gün olan hastaların 5,67 ($\pm$ 1,03), >14 gün olan hastaların 6,67 ($\pm$ 2,30) olarak bulunmuştur. DY skoru, hastane yatışı yapılan hastaların serviste yattığı gün dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,575**) (Tablo 79).

Tablo 80. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış Süresine Göre DY Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış (gün)	n (%)	DY Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
1-3	1 (0,1)	.	.	0,264
4-7	.	.	.	
8-14	3 (0,3)	7,00 ($\pm$ 1,00)	6-8	
>14	1 (0,1)	.	.	

Hastaneye yatan hastalarda YBÜ yatışı olan hastaların YBÜ’de yatış yaptığı süreler arasında DY skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p = 0,264**) (Tablo 80).

4.6. HASTALARIN HASTANE YATIŞI ANINDA BAKILAN SKORLARININ (DS) DEĞİŞKENLERE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 81. Hastaların Yatış Yerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yatış Yeri	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Gözlem	327 (33,8)	3,63 ($\pm$ 1,39)	0-9	<0,001
ÇAYBÜ	131 (13,5)	4,44 ($\pm$ 1,86)	1-14	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Gözlem alanlarında izleme alınan hastaların DS skoru ortalaması 3,63 ($\pm$ 1,39), ÇAYBÜ’de izleme alınan edilen hastalarda bu skor ortalaması 4,44 ($\pm$ 1,86) olarak bulunmuştur. ÇAYBÜ’de izleme alınan hastaların DS skoru Gözlem alanlarında izleme alınan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 81).

Tablo 82. Hastaların Cinsiyete Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Cinsiyet	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Erkek	266 (27,5)	3,96 ($\pm$ 1,61)	0-14	0,135
Kız	192 (19,8)	3,72 ($\pm$ 1,52)	1-9	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Hastaneye yatışı yapılan erkek hastaların DS skoru ortalaması 3,96 ($\pm$ 1,61) olarak belirlenirken, kız hastaların DS skoru ortalaması 3,72 ($\pm$ 1,52) olarak bulunmuştur. DS skoru, cinsiyet dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir ($p=0,135$) (Tablo 82).

Tablo 83. Hastaların Yaş Gruplarına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Yaş (Ay)	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-12	122 (12,6)	4,34 ($\pm$ 1,47)	1-9	<0,001
13-24	60 (6,2)	4,18 ($\pm$ 1,33)	2-9	
25-48	63 (6,5)	4,14 ($\pm$ 2,03)	1-14	
49-144	140 (14,5)	3,54 ($\pm$ 1,49)	0-8	
>145	73 (7,5)	3,16 ($\pm$ 1,29)	1-8	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Hastaların yaşlara göre gruplara ayrıldıktan sonra DS skoru ortalamaları; 0-12 ay arasındaki hastaların 4,34 ($\pm 1,47$), 13-24 ay arasındaki hastaların 4,18 ($\pm 1,33$), 25-48 ay arasındaki hastaların 4,14 ($\pm 2,03$), 49-144 ay arasındaki hastaların 3,54 ($\pm 1,49$), >145 aylık hastaların 3,16 ($\pm 1,29$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde 0-12 ay arasındaki hastaların DS skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p < 0,001**) (Tablo 83).

Tablo 84. Hastaların Uyruklarına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Uyruk	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Türk	431 (44,5)	3,85 ($\pm 1,55$)	0-14	0,989
Yabancı	27 (2,8)	4,00 ($\pm 1,96$)	1-8	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm 1,58$)	0-14	

Hastalar uyruklarına göre ayrıldığında Türk hastaların ortalama DS skoru 3,85 ($\pm 1,55$), yabancı hastaların ortalama DS skoru 4,00 ($\pm 1,96$) olarak bulunmuştur. DS skoru, hastaların uyruk dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,989**) (Tablo 84).

Tablo 85. Hastaların Şikayet Sürelerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Şikayet Süresi (dakika)	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-360	103 (10,6)	3,29 ($\pm 1,34$)	1-8	<0,001
361-1440	164 (16,9)	3,80 ($\pm 1,71$)	0-14	
1441-2880	85 (8,8)	4,31 ($\pm 1,61$)	1-9	
2881-4320	52 (5,4)	4,48 ($\pm 1,50$)	1-9	
>4321	54 (5,6)	3,85 ($\pm 1,17$)	1-6	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm 1,58$)	0-14	

Hastalar şikayetin sürelerine göre gruplara ayrıldığında 0-360 dakika arasındaki hastaların ortalama DS skoru 3,29 ($\pm 1,34$), 361-1440 dakika arasındaki hastaların ortalama DS skoru 3,80 ($\pm 1,71$), 1441-2880 dakika arasındaki hastaların ortalama DS skoru 4,31 ($\pm 1,61$)'dur. 2881-4320 dakika arasındaki hastaların ortalama DS skoru 4,48 ($\pm 1,50$), şikayetin başlangıç zamanı >4321 dakika olan hastaların ortalama DS skoru 3,85 ($\pm 1,17$) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde

şikayet süresi 0-360 dakika arasında olan hastaların D6 skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 85).

Tablo 86. Gözlem Alanlarına Alınma Sebeplerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözleme Alınma Sebebi	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Akut Batın Şüphesi	57 (5,9)	2,75 ($\pm$ 1,09)	1-6	<0,001
Dehidratasyon	23 (2,4)	3,22 ($\pm$ 0,95)	1-5	
Genel Durum Bozukluğu	6 (0,6)	5,33 ($\pm$ 1,86)	3-8	
GİS Kanama Şüphesi	8 (0,8)	3,50 ($\pm$ 1,19)	2-6	
IV Antibiyoterapi İhtiyacı	48 (5,0)	3,46 ($\pm$ 1,85)	0-9	
IV Diğer Tedaviler	6 (0,6)	2,33 ($\pm$ 0,81)	1-3	
İleri Tetkik	12 (1,2)	2,75 ($\pm$ 1,54)	1-6	
İntoksikasyon	3 (0,3)	2,67 ($\pm$ 2,08)	1-5	
Kan Ürünü Transfüzyon İhtiyacı	11 (1,1)	3,64 ($\pm$ 1,91)	1-8	
Klinik İzlem	24 (2,5)	2,83 ($\pm$ 0,81)	2-4	
Laboratuvar Değerlerinde Bozukluk	15 (1,6)	2,80 ($\pm$ 1,32)	1-5	
Nöbet Takibi	32 (3,3)	3,44 ($\pm$ 1,10)	2-6	
Oral Alım Bozukluğu	20 (2,1)	3,60 ($\pm$ 1,27)	2-8	
Solunum Sıkıntısı	189 (19,5)	4,82 ($\pm$1,31)	2-14	
Travma Takibi	4 (0,4)	3,50 ($\pm$ 0,57)	3-4	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$1,58)	0-14	

Gözlem alanları ve ÇAYBÜ’de takip edilen hastaların gözlem alanlarına alınma sebeplerine göre gruplara ayrıldığında ortalama en yüksek DS skorunu 5,33 ($\pm$ 1,86) puan ile Genel Durum Bozukluğu ve 4,82 ($\pm$ 1,31) puan ile Solunum Sıkıntısı alırken, ortalama en düşük DS skorunu 2,75 ($\pm$ 1,09) ile Akut Batın Şüphesi ve 2,33 ($\pm$ 0,81) ile IV diğer tedaviler almıştır. Solunum sıkıntısı nedeniyle gözlemde izlenen hastaların, DS skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 86).

Tablo 87. Hastaların Aldıkları Tanılara Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Tanı	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Adölesan Hastalıkları	8 (0,8)	2,63 ($\pm$ 1,06)	1-4	<0,001
Allerjik Hastalıklar	10 (1,0)	4,40 ($\pm$ 1,17)	3-6	
Cerrahi	45 (4,6)	2,69 ($\pm$ 1,04)	1-6	
Endokrinolojik Hastalıklar	7 (0,7)	3,14 ($\pm$ 1,34)	1-5	
Enfeksiyöz Hastalıklar	65 (6,7)	3,03 ($\pm$ 1,43)	0-8	
Gastrointestinal Hastalıklar	16 (1,7)	3,69 ($\pm$ 1,44)	2-8	
Hematolojik/Onkolojik Hastalıklar	25 (2,6)	3,76 ($\pm$ 1,30)	1-6	
İntoksikasyon	3 (0,3)	2,67 ($\pm$ 2,08)	1-5	
Kardiyak Hastalıklar	5 (0,5)	2,60 ($\pm$ 0,89)	2-4	
Metabolik Hastalıklar	6 (0,6)	4,17 ($\pm$ 1,16)	3-6	
Nöromusküler Hastalıklar	37 (3,8)	3,27 ($\pm$ 1,09)	1-6	
Romatolojik Hastalıklar	9 (0,9)	1,78 ($\pm$0,66)	1-3	
Solunumsal Hastalıklar	199 (20,6)	4,73 ($\pm$1,35)	2-14	
Travma	6 (0,6)	3,33 ($\pm$ 0,81)	2-4	
Üriner Sistem Hastalıkları	17 (1,8)	3,94 ($\pm$ 2,30)	2-9	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$1,58)	0-14	

Hastalar aldıkları tanılara göre gruplara ayrıldığında en yüksek ortalama DS skorunu Solunumsal Hastalıklar (4,73 ($\pm$ 1,35)) alırken, en düşük ortalama DS skorunu Romatolojik Hastalıklar (1,78 ($\pm$ 0,66)) almıştır. Yapılan post-hoc analizde romatolojik hastalık tanısı alan hastaların DS skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük puan, solunumsal hastalık tanısı alan hastaların istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 87).

Tablo 88. Hastaların Prematürite Durumlarına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Prematürite	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	409 (42,2)	3,78 ($\pm$ 1,61)	0-14	<0,001
Var	49 (5,1)	4,51 ($\pm$ 1,06)	2-7	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$1,58)	0-14	

Prematürite öyküsü olan hastaların ortalama DS Skoru 4,51 ($\pm$ 1,06), Prematürite öyküsü olmayan hastaların ortalama DS Skoru 3,78 ($\pm$ 1,61) olarak bulunmuştur. Prematürite öyküsü olan hastaların DS skoru, olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**). (Tablo 88).

Tablo 89. Kronik Hastalık Varlığına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Kronik Hastalık Varlığı	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	249 (25,7)	3,69 ($\pm$ 1,54)	0-9	0,011
Var	209 (21,6)	4,06 ($\pm$ 1,60)	1-14	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Bilinen kronik hastalığı olan hastaların ortalama DS Skoru 4,06 ($\pm$ 1,60), olmayanların ortalama DS Skoru 3,69 ($\pm$ 1,54) olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastaların DS skoru, olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p=0,011**) (Tablo 89).

Tablo 90. Sürekli İlaç Kullanımına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sürekli İlaç Kullanımı	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	338 (34,9)	3,70 ($\pm$ 1,48)	0-9	0,001
Var	120 (12,4)	4,31 ($\pm$ 1,75)	1-14	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Öyküsünde sürekli ilaç kullanımı olan hastaların ortalama DS skoru 4,31 ($\pm$ 1,75), olmayan hastaların ortalama DS skoru 3,70 ($\pm$ 1,48) olarak bulunmuştur. Sürekli ilaç kullanan hastaların DS skoru, kullanmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**). (Tablo 90).

Tablo 91. Hastaneye Yatış Öyküsüne Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Hastaneye Yatış Öyküsü	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	244 (25,2)	3,59 ($\pm$ 1,51)	0-9	<0,001
Var	214 (22,1)	4,17 ($\pm$ 1,60)	1-14	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların ortalama DS Skoru 4,17 ($\pm$ 1,60), olmayanların ortalama DS Skoru 3,59 ($\pm$ 1,51) olarak bulunmuştur. Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların DS skoru, olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 91).

Tablo 92. Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış Öyküsüne Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış Öyküsü	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	386 (39,9)	3,71 ($\pm$ 1,50)	0-9	<0,001
Var	72 (7,4)	4,67 ($\pm$ 1,72)	2-14	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların ortalama DS Skoru 4,67 ($\pm$ 1,72), olmayanların ortalama DS Skoru 3,71 ($\pm$ 1,50) olarak bulunmuştur. YBÜ'ye yatış öyküsü olan hastaların DS skoru, olmayan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (**p<0,001**) (Tablo 92).

Tablo 93. Triyaj Düzeylerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Trijaj Düzeyi	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yeşil	78 (8,1)	3,44 ($\pm$ 1,24)	0-6	<0,001
Sarı	320 (33,1)	3,79 ($\pm$ 1,47)	1-9	
Kırmızı	60 (6,2)	4,80 ($\pm$2,12)	1-14	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Hastalardan kırmızı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DS Skoru 4,80 ($\pm$ 2,12), sarı triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DS Skoru 3,79 ($\pm$ 1,47), yeşil triyaj kategorisinde yer alanların ortalama DS Skoru 3,44 ($\pm$ 1,24) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde triyaj düzeyi kırmızı olarak değerlendirilen hastaların DS skorundan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek puan aldığı görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 93).

Tablo 94. Son 72 Saatte Hastane Başvurusu Olma Durumuna Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Son 72 Saatte Hastane Başvurusu	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Yok	280 (28,9)	3,85 ($\pm$ 1,57)	0-14	0,726
Var	178 (18,4)	3,88 ($\pm$ 1,59)	1-9	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm$ 1,58)	0-14	

Son 72 saat içinde hastaneye başvuran ve başvurmayan hastaların triyaj değerlendirme skorları karşılaştırılmıştır. Son 72 saat içinde hastaneye başvuran hastaların ortalama DS skoru 3,88 ($\pm 1,59$), son 72 saat içinde hastaneye başvurmayan hastaların ortalama DS skoruna 3,85 ($\pm 1,57$) kıyasla anlamlı bir fark göstermemektedir (**p = 0,726**) (Tablo 94).

Tablo 95. Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuru Zamanına Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Triyaja Başvuru Saati	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
08:00-16:00	94 (9,7)	3,99 ($\pm 1,44$)	1-8	0,23
16:01-00:00	258 (26,6)	3,77 ($\pm 1,60$)	1-14	
00:01-08:00	106 (11,0)	3,98 ($\pm 1,64$)	0-9	
Toplam	458 (47,3)	3,86 ($\pm 1,58$)	0-14	

Hastalar ÇAP'a başvuru zamanına göre gruplandırıldığında saat 08:00-16:00 saatlerinde başvuran hastaların DS skoru ortalaması 3,99 ($\pm 1,44$), 16:01-00:00 saatlerinde başvuran hastaların DT skoru ortalaması 3,77 ($\pm 1,60$), 00:01-08:00 saatlerinde başvuran hastaların DT skoru ortalaması 23,98 ($\pm 1,64$) olarak bulunmuştur. Farklı başvuru saatleri arasında DS skorlarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (**p = 0,23**) (Tablo 95).

Tablo 96. Başvuru Şekline Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Başvuru Şekli	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Kendi	418 (43,2)	3,81 ($\pm 1,54$)	0-14	0,058
112	40 (4,1)	4,45 ($\pm 1,86$)	1-9	

112 ile başvuran hastaların ortalama DS 4,45 ($\pm 1,86$), kendi imkanlarıyla başvuran hastaların ortalama DS skoru 3,81 ($\pm 1,54$) olarak bulunmuştur. DS skoru, başvuru şekli dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,058**) (Tablo 96).

Tablo 97. Gözlem Alanlarında Kalış Süresine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gözlem Alanında Kalış Süresi (dakika)	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
0-120	39 (4,0)	3,67 ($\pm$ 2,33)	1-14	<0,001
121-360	96 (9,9)	3,41 ($\pm$ 1,46)	0-8	
361-720	120 (12,4)	3,98 ($\pm$ 1,37)	1-8	
721-1440	173 (17,9)	3,91 ($\pm$ 1,49)	1-9	
>1440	30 (3,1)	4,83 ($\pm$ 1,57)	2-9	

Hastalar çocuk acil gözlem alanları ve ÇAYBÜ’de toplam kalış sürelerine göre gruplara ayrıldığında 0-120 dakika arası kalanların ortalama DS skoru 3,67 ($\pm$ 2,33), 121-360 dakika arası kalanların ortalama DS skoru 3,41 ($\pm$ 1,46), 361-720 dakika arası kalanların ortalama DS skoru 3,98 ($\pm$ 1,37), 721-1440 dakika arası kalanları ortalama DS skoru 3,91 ($\pm$ 1,49), >1440 dakika kalanların ortalama DS skoru 4,83 ($\pm$ 1,57) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde gözlem alanlarında >1440 dakika kalan hastaların DT skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 97).

Tablo 98. Hastaların İzlem Sonlanma Şekillerine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sonuç	n (%)	DS Ort ($\pm$ SS)	Min-Max	p
Servis	433 (44,7)	3,70 ($\pm$ 1,36)	0-9	<0,001
YBÜ	23 (2,4)	6,61 ($\pm$ 2,46)	3-14	

Hastalar izlem sonlanma şekillerine göre gruplara ayrıldığında servis yatışı yapılan hastaların ortalama DS skoru 3,70 ($\pm$ 1,36), 3. Basamak YBÜ’ye yatışı yapılan hastaların ortalama DS skoru 6,61 ($\pm$ 2,46), YBÜ’ye yatırılan hastaların DS skorları servise yatırılan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (**p <0,001**) (Tablo 98).

Tablo 99. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Servis Yatış Süresine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Servis Yatış (gün)	n (%)	DS Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	154 (15,9)	3,30 (±1,46)	1-9	<0,001
4-7	178 (18,4)	3,89 (±1,51)	0-14	
8-14	80 (8,3)	4,36 (±1,52)	1-9	
>14	43 (4,4)	4,70 (±1,53)	2-8	

Tablo, hastaların servis yatış süresi ile DS skorları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Hastaların ortalama DS skor ortalamaları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 3,30 (±1,46), 4-7 gün olan hastaların 3,89 (±1,51), 8-14 gün olan hastaların 4,36 (±1,52), >14 gün olan hastaların 4,70 (±1,53) olarak bulunmuştur. Yapılan post-hoc analizde hastaneye yatan hastalardan serviste 1-3 gün arası yatan hastaların DS skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşük olduğu görülmüştür (**p <0,001**) (Tablo 99).

Tablo 100. Hastaneye Yatırılan Hastaların Toplam Yoğun Bakım Ünitesi Yatış süresine Göre DS Skorlarının Dağılımı ve Karşılaştırılması

YBÜ Yatış (gün)	n (%)	DS Ort (± SS)	Min-Max	p
1-3	11 (1,1)	4,73 (±1,79)	3-8	0,132
4-7	14 (1,4)	5,43 (±2,17)	2-9	
8-14	8 (0,8)	5,75 (±1,75)	4-8	
>14	6 (0,6)	7,50 (±3,56)	4-14	

Tablo, hastaların YBÜ yatış süresi ile DS skorları arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Hastaların ortalama DS skor ortalamaları sırasıyla 1-3 gün olan hastaların 4,73 (±1,79), 4-7 gün olan hastaların 5,43 (±2,17), 8-14 gün olan hastaların 5,75 (±1,75), >14 gün olan hastaların 7,50 (±3,56) olarak bulunmuştur. DS skoru, Hastaların YBÜ yatış günü dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemektedir (**p=0,132**) (Tablo 100).

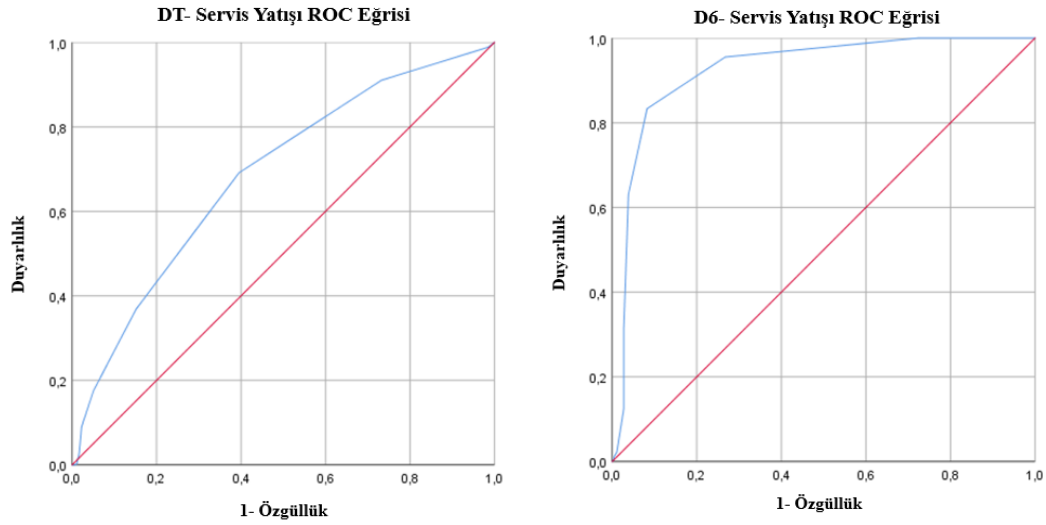
4.7. SKORLAR İLE SERVİS YATIŞLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

DT skorları ile servis yatışları arasındaki ilişki incelendiğinde $DT \geq 3$ puan almış olmanın %69,1 duyarlılık ve %60,5 özgüllük ile servise yatışı öngördüğü bulunmuştur. Yapılan geçerlilik analizi sonucunda DT - Servis Yatışı ilişkisinde ROC eğrisi altında kalan alan 0,68 ve %95 güven aralığı 0,65-0,71 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde skorlar arttıkça özgüllüğün arttığı ancak duyarlılığın azaldığı görülmektedir.

D6 skorları ile servis yatışları arasındaki ilişki incelendiğinde $DT \geq 3$ puan almış olmanın %83,3 duyarlılık ve %91,7 özgüllük ile servise yatışı öngördüğü bulunmuştur. Yapılan geçerlilik analizi sonucunda D6 - Servis Yatışı ilişkisinde ROC eğrisi altında kalan alan 0,92 ve %95 güven aralığı 0,90 – 0,94 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde skorlar arttıkça özgüllüğün arttığı ancak duyarlılığın azaldığı görülmektedir.

Hastaların diğer skorlarına bakıldığında, D0 skorunda ≥ 4 puan almış olmanın %55,5 duyarlılık ve %79,6 özgüllük ile servis yatışlarını öngördüğü bulunmuştur. ROC eğrisi altında kalan alan 0,73 , %95 güven aralığı 0,70 - 0,76 olarak hesaplanmıştır. DT, D0 ve D6 skoru ile servis yatışı arasında puan arttıkça yatışların da arttığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. ($p < 0,001$)

DY skorunun servis yatışı üzerine etkisine bakıldığında ise ROC eğrisi altında kalan alan 0,44, %95 güven aralığı ise 0,20 - 0,68 olarak hesaplanmıştır. Optimum kesme değeri hesaplanamamıştır. DY skoru ile servis yatışı arasında puan artışı ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. ($p=0,585$)



Şekil 3. Değerlendirme Skorlarının Servis Yatışı ile İlişkisi

4.8. SKORLAR İLE YBÜ YATIŞLARININ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

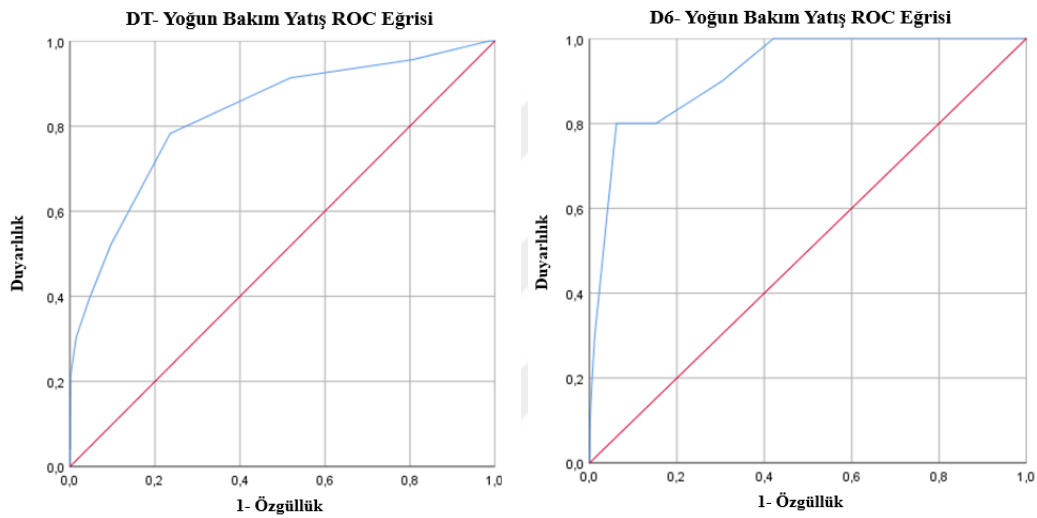
DT skorları ile YBÜ yatışları arasındaki ilişki incelendiğinde $DT \geq 4$ puan almış olmanın %78,3 duyarlılık ve %76,4 özgüllük ile servise yatışı öngördüğü bulunmuştur. Yapılan geçerlilik analizi sonucunda DT - YBÜ Yatışı ilişkisinde ROC eğrisi altında kalan alan 0,82 ve %95 güven aralığı 0,73-0,92 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde skorlar arttıkça özgüllüğün arttığı ancak duyarlılığın azaldığı görülmektedir.

D6 skorları ile YBÜ yatışları arasındaki ilişki incelendiğinde $DT \geq 5$ puan almış olmanın %80 duyarlılık ve %84,8 özgüllük ile servise yatışı öngördüğü bulunmuştur. Yapılan geçerlilik analizi sonucunda D6 - YBÜ Yatışı ilişkisinde ROC eğrisi altında kalan alan 0,92 ve %95 güven aralığı 0,84 – 0,99 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde DT skorunda olduğu gibi skorlar arttıkça özgüllüğün arttığı ancak duyarlılığın azaldığı görülmektedir.

Hastaların diğer skorlarına bakıldığında, D0 skorunda ≥ 4 puan almış olmanın %82,6 duyarlılık ve %65 özgüllük ile YBÜ yatışlarını öngördüğü bulunmuştur. ROC eğrisi altında kalan alan 0,83, %95 güven aralığı 0,75 - 0,92 olarak hesaplanmıştır.

DY skorunun YBÜ yatışı üzerine etkisine bakıldığında ise ≥ 6 puan almış olmanın %80 duyarlılık ve %55 özgüllük ile YBÜ yatışlarını öngördüğü bulunmuştur. ROC eğrisi altında kalan alan 0,80, %95 güven aralığı ise 0,60 - 0,99 olarak hesaplanmıştır.

DT, D0, DY ve D6 skoru ile YBÜ yatışı arasında puan arttıkça yatışların da arttığı yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur. (Sırasıyla $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p = 0,031$)



Şekil 4. Değerlendirme Skorlarının Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış ile İlişkisi

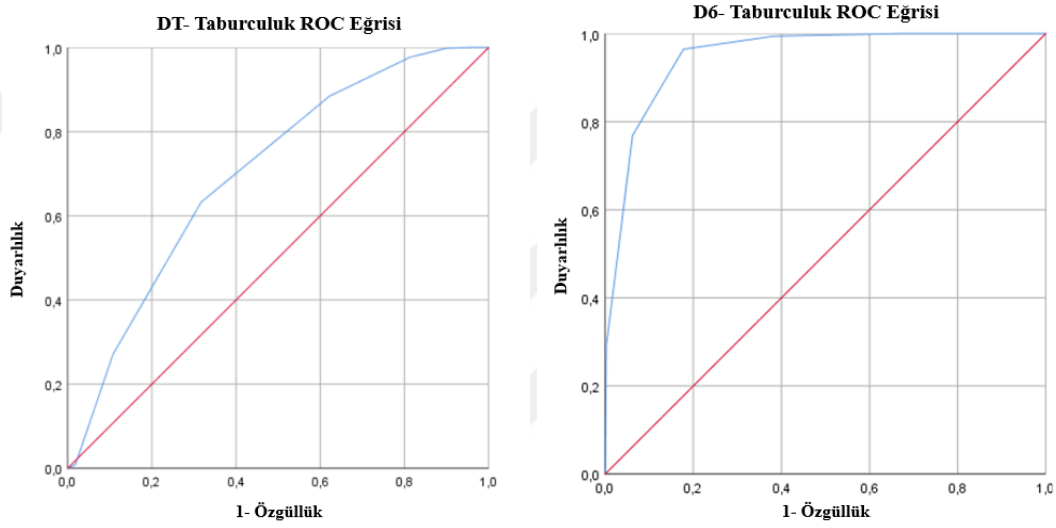
4.9. SKORLAR İLE TABURCULUKLARIN İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

DT skorları ile taburculuk arasındaki ilişki incelendiğinde $DT \leq 3$ puan almış olmanın %63,2 duyarlılık ve %68,3 özgüllük ile taburculuğu öngördüğü bulunmuştur. Yapılan geçerlilik analizi sonucunda DT - Taburculuk ilişkisinde ROC eğrisi altında kalan alan 0,70 ve %95 güven aralığı 0,66-0,73 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde skorlar azaldıkça özgüllüğün arttığı ancak duyarlılığın azaldığı görülmektedir.

D6 skorları ile taburculuk arasındaki ilişki incelendiğinde $D6 \leq 3$ puan almış olmanın %96,4 duyarlılık ve %82,2 özgüllük ile taburculuğu öngördüğü

bulunmuştur. Yapılan geçerlilik analizi sonucunda D6 - Taburculuk ilişkisinde ROC eğrisi altında kalan alan 0,94 ve %95 güven aralığı 0,93 – 0,96 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizde skorlar azaldıkça özgüllüğün arttığı ancak duyarlılığın azaldığı görülmektedir.

Hastaların diğer skorlarına bakıldığında, D0 skorunda ≤ 3 puan almış olmanın %52,7 duyarlılık ve %78,7 özgüllük ile taburculuğu öngördüğü bulunmuştur. ROC eğrisi altında kalan alan 0,74, %95 güven aralığı 0,70 - 0,77 olarak hesaplanmıştır.



Şekil 5. Değerlendirme Skorlarının Taburculuk ile İlişkisi

Tablo 101. Skorların Servis/Yoğun Bakım Ünitesi Yatışları ve Taburculukta Kullanımının Değerlendirilmesi

Skorlar	Kesilme Değeri	ROC / Güven aralığı (%95)	Duyarlılık	Özgüllük	p
DT					
Servis Yatışı	≥ 3	0,68 / (0,65 – 0,71)	%69,1	%60,5	<0,001
YBÜ Yatışı	≥ 4	0,82 / (0,73 – 0,92)	%78,3	%76,4	<0,001
Taburculuk	≤ 3	0,70 / (0,66 – 0,73)	%63,2	%68,3	<0,001
D0					
Servis Yatışı	≥ 4	0,73 / (0,70 – 0,76)	%55,5	%79,6	<0,001
YBÜ Yatışı	≥ 4	0,83 / (0,75 – 0,92)	%82,6	%65,4	<0,001
Taburculuk	≤ 3	0,74 / (0,70 – 0,77)	%52,7	%78,7	<0,001
D6					
Servis Yatışı	≥ 3	0,92 / (0,90 – 0,94)	%83,3	%91,7	<0,001
YBÜ Yatışı	≥ 5	0,92 / (0,84 – 0,99)	%80,0	%84,8	<0,001
Taburculuk	≤ 3	0,94 / (0,93 – 0,96)	%96,4	%82,2	<0,001
DY					
Servis Yatışı	-	0,44 / (0,20 – 0,68)	-	-	0,58
YBÜ Yatışı	≥ 6	0,80 / (0,60 – 0,99)	%80,0	%55,9	0,03
Taburculuk	≤ 5	0,91 / (0,81 – 1)	%100	%77,1	0,007

5. TARTIŞMA

Acil servislerde bakım verilirken kötüleşme potansiyeli olan hastanın belirlenmesi ve gerekli müdahalenin en uygun zamanda yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada acil gözlem ünitelerine yatan hastaların özellikleri, gözlem ünitelerinden hastaneye yatış ve taburculuk oranları, PGÖS skorunun hastaneye ve yoğun bakıma yatış üzerindeki etkisiyle birlikte düşük skorun taburculuk ile ilişkisi değerlendirildi. Çalışmanın sonuçlarına göre, çalışmaya dahil edilen 968 hastadan %44,8'inin servise, %2,4'ünün yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı; triyajda, hastaların gözleme alındıkları anda ve izlemelerinin 6. saatinde bakılan PGÖS skoru arttıkça hastaların servise ve yoğun bakım ünitesine yatırılma sıklığının arttığı görüldü. Aynı zamanda triyajda, hastaların gözleme alındıkları anda ve izlemelerinin 6. saatinde bakılan skorların ≤ 3 olması ile taburculuk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur.

Günümüzde artan başvuru sayısı nedeni ile hastaların mümkün olan en hızlı şekilde değerlendirilmesi, tetkik ve tedavi edilmesi acil servislerdeki temel prensip haline gelmiştir. Öncelikli olarak hastanın güvenliği gözetilerek hastanın ve hastalığın ciddiyeti belirlenmelidir. Bu aşamada değerlendirilmesi gereken en önemli belirteçlerden biri hastanın servise veya yoğun bakıma yatış ihtiyacıdır. Bu nedenle hastalık ciddiyetinin değerlendirildiği çalışmalarda sıklıkla hastaneye yatış faktörü kullanılır (45). Fakat acil servislerdeki hızlı değerlendirme ve tetkik sürecinde hastaların bu ihtiyacını öngörmek her zaman kolay olmamaktadır. Ayrıca başvuran hastalar arasındaki komplike ve kronik hasta sayısındaki artış da bu durumu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle çocuk acil gözlem üniteleri günden güne önemli hale gelmekte ve izlenmesi gereken hastaların takip ve tedavi süreçlerinin yürütülmesinde büyük kolaylık sağlamaktadır. Gözlem ünitelerinde yatırılan hastalar için izlemde taburculuk, servise veya yoğun bakıma yatış ya da sevk kararları verilebilir. Ancak ne yazık ki literatürde hem gözlem ünitelerinde izlenmesi gereken hastalar hem de gözlem ünitelerinden servise ya da yoğun bakıma yatışı yapılması gereken hastalar ile ilgili kriterlerin belirlenmesi konusunda yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır.

Yaptığımız çalışmada triyajda değerlendirilme sonrası acil gözlem ünitelerine veya çocuk acil yoğun bakım ünitesine kabul edilen 968 hastadan %44,8'inin servise, %2,4'ünün yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı görüldü. Bir acil gözlem ünitesinden uygun bir hastane yatış oranı, bu ünitelerin etkinliği göstermektedir. Çok yüksek bir kabul oranı söz konusu olduğunda yatarak tedavide gecikmeler ve artan kaynak kullanımı akla gelebilir. Bu nedenle ideal olarak daha uzun süre takip ve tedavi gerekeceği öngörülen hastaların, bir süre gözlem ünitelerinde izlenip sonrasında servise yatırılması yerine, acil polikliniklerinden herhangi bir yatarak tedavi ünitesine devredilmesi önerilir (46). Buna karşılık, yataklı servislere kabul oranının çok düşük olması halinde de gözlem ünitelerinin gerekliliği sorgulanabilir. Ayrıca acil gözlem ünitelerinden taburcu olan hastalarda gelişen yeniden yatış ihtiyacı da değerlendirme sürecinde eksikliklere veya gözlem süresinin çok kısa olmasına dikkat çekebilir. Bu nedenle gözlem ünitelerinden servise veya yoğun bakıma yatış oranları düzenli olarak takip edilmelidir (47).

Çalışmamızda gözlem veya çocuk acil yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların gözleme alınma sebepleri arasında en sık solunum sıkıntısı (%27,4), akut batın şüphesi (%11,8), oral alım bozukluğu (%10,8), dehidratasyon (%9,6) ve nöbet takibi (%8,0) olduğu görüldü. Gözlem ünitelerine kabul edilen çocukların tanıları incelendiğinde, bu ünitelerin çok çeşitli yaygın pediatrik hastalıklar ve durumlar için etkili bakım sağlayabileceği ortaya konulmuştur. Astım, bronşiolit ve krup gibi solunum rahatsızlıkları; gastroenterit/dehidratasyon ve karın ağrısı; travma, potansiyel apandisit veya toksik madde alımı gibi durumları olan hastaların klinik izlem takibi amacıyla en sık gözleme alınma sebepleri olarak rapor edilmiştir (48). Başka bir çalışmada da bronşiolit, gastroenterit ve selülit en sık nedenler olarak belirtilmiştir (49). Gözlem ünitelerine kabul kriterleri genellikle yaşa, hastalık ciddiyetine ve derecesine, tanıya ve hastanın o anki durumuna dayanır. Belirli yönergeler kabul edilse de gözlem ünitelerine hasta seçiminde esnekliği korumak da önemli olabilir (50).

Solunum sıkıntısı ile acile başvuran çocuk hastaların büyük çoğunluğunun bronşiolit, astım veya krup gibi yaygın tanımlar ile başvurdukları bilinmektedir. Bronşiolit için hastaneye yatış oranları 1980'lerden bu yana artış göstermekte ve

ortalama hastanede kalış süresi 3,3 gün olarak belirtilmektedir (51). Yapılan bir çalışmada hastaların %26'sının yalnızca oksijen ihtiyacı nedeni ile hastanede uzun süre kaldığı bulunmuştur (52). Astım hastaları için de gözlem ünitelerinin kullanımı oldukça popülerdir ve literatürde bu hastaların büyük kısmının gözlem ünitelerinde izlenerek 24 saat içinde güvenli şekilde taburcu edilebildikleri, yaklaşık %25'inde beklenmedik servis yatışı gerekebileceği rapor edilmiştir (53). Gözlem ünitelerinin yaygınlaşmasından sonra acil polikliniklerden taburcu edilemeyecek krup tanılı hastalar için hastaneye yatış oranlarının ve kaynak kullanımının azaldığı da bilinmektedir (54). Dolayısıyla astım, bronşiolit veya krup gibi hastalıklar nedeni ile solunum sıkıntısıyla başvuran hastalar, gözlem ünitelerinde takip ve tedavi amacı ile seçilecek hasta gruplarının başında gelmektedir. Çalışmamızda gözlem ünitelerine kabul edilen hastaların en çok solunum sıkıntısı (%27,4) nedeni ile izleme alındığını bulduk. Çalışmamızdaki veriler de bu konuda literatürü destekler niteliktedir.

Son yıllarda yapılan bir çalışmada acil gözlem ünitelerinde izlenen karın ağrısı hastalarının yaklaşık yarısının gözlem süresinde cerrahi olarak değerlendirildiği, %84'ünün taburcu edildiği ve %9'una cerrahi müdahale yapıldığı rapor edildi (55). Aynı çalışmada bu hastaların %86'sında intravenöz hidrasyon verildiği ve %63'ünde ağrı kontrolü sağlandığı görülmektedir. Görüldüğü üzere gözlem ünitelerinde izlenen karın ağrısı hastaların çoğunda cerrahi olmayan sebepler mevcuttur ve bu hastalarda cerrahi sebeplerin ekartasyonu, hidrasyon ve ağrı kontrolü sağlanması için gözlem üniteleri servis yatışına makul bir alternatif oluşturmaktadır. Çalışmamızda da gözlem ünitelerinde izlenen hastaların en büyük ikinci grubunu %11,8 oranla akut batın şüphesi olan hastaların oluşturduğu görülmüştür.

Gastroenterit, oral alım bozukluğu ve dehidratasyon kliniğiyle yatarak tedavi gerektirebilen durumlardan biridir. Yapılan bir çalışmada bu çocukların ortalama yatış sürelerinin 2 gün olduğu belirtilmiştir (56). Literatürde gastroenterit nedeni ile yatırılarak izlenen hastaların gereksiz uzun yatış süreleri bildirilmiştir (57). Bu nedenle bu hastalar için acil gözlem üniteleri uygun bir alternatiftir. Çalışmamızda gözleme alınan hastaların %10,8'inin oral alım bozukluğu ve %9,6'sının

dehidratasyon nedeni ile gözlem ünitelerine kabul edildiği görüldü. Çalışmamız da bu hastaların gözlem ünitelerinde bakımının uygunluğunu desteklemektedir.

Acil gözlem ünitelerinde izlenen 968 hastanın %54,2'sinin triyaja 16.00 ile 00.00 arasındaki saatlerde başvurduğu görüldü. Bu sonuç akşam saatlerinde başvuran hastaların şikâyet ciddiyetinin artması sonucu ebeveynler tarafından akşam getirilmiş olmaları veya gündüz polikliniklerinin kapalı olması nedeni ile acil polikliniklerine başvuruların artması ile açıklanabilir. Dolayısıyla gözlem ünitelerinin beklenen yoğunluğunu mevcut birim personelle uzlaştırmak ve belirli saatlerdeki hekim / hemşire sayısını yapılan taramalarla düzenlemek gözlem ünitelerinin işlevselliği açısından faydalı olabilir (50).

Acil servislere başvuran hasta sayısı her geçen gün artmaktadır ve hasta güvenliğini riske atan bu aşırı kalabalıklaşma dünya çapında bir sorundur. Bakımda, tedavinin başlamasında ya da uygun merkeze sevk gerçekleşmesinde meydana gelen gecikmeler artan morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilir. Bu doğrultuda ciddi klinik rahatsızlıkları olan hastaların bekleme süresini minimumda tutarak onlara öncelik vermek giderek daha da önem kazanmaktadır. Aynı zamanda bu hastalardan erken müdahaleye veya yatarak tetkik ve tedavi edilmeye ihtiyacı olanların belirlenmesi de hayatidir. Ancak çocuk hastalarda klinik durum ve parametrelerin çok hızlı değişmesi, hastaların hızlı kötüleşme potansiyellerinin olması kritik hastaların doğru zamanda belirlenmesini zorlaştırabilir (58). Bu nedenle hastaların kötüleşme potansiyellerini öngörebilmek ve doğru zamanda uygun bakımı verebilmek için tüm sağlık hizmeti sağlayıcılar tarafından kolay uygulanabilecek, nesnel ve etkin skorlama sistemlerine ihtiyaç duyulmuştur (37, 45). Bu amaçlarla erişkinler için oluşturulan bir skorlama sisteminden modifiye edilmiş ve dünya genelinde yaygın olarak kullanımı olan PEUS, çocuklardaki klinik kötüleşmeyi öngörebilmek için fizyolojik parametreler esas alınarak geliştirilmiş bir skorlama sistemidir. Sıklıkla serviste yatan hastaların yoğun bakıma transferi sırasında kullanılan bu ölçek çocuk acil polikliniklerinde de servis ve yoğun bakım yatışlarını belirlemede kullanılmaya başlanmıştır (59, 60). Ancak bu çalışmalarda hastaların yalnızca triyajdaki puanları değerlendirilmiştir. Ayrıca Seiger ve arkadaşları tarafından yapılan bir retrospektif çalışmada bu skorlama sisteminin yoğun bakıma yatış ihtiyacı olan çocukları

belirlemede etkin olduğu ancak servise yatması gerekenleri yeterli düzeyde tespit edemediği bulunmuştur (6). Bradman ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada da PEUS skorlamasının servis yatış ihtiyacını öngörmeye düşük duyarlılığa sahip olduğu bildirilmiştir (61). Aynı çalışmada PEUS için ölçülen fizyolojik parametrelerin yaygın olarak karşımıza çıkan ağrı, ateş ve anksiyete gibi durumlara ikincil olarak yükselebileceğine ve tek seferlik puanlamanın karıştırıcı faktörler nedeni ile olumsuz etkisine dikkat çekilmiştir. Bununla beraber acil servislere başvuran hastaların büyük çoğunluğunun taburcu olacağı düşünüldüğünde kullanılan ölçeklerin hem yatış ihtiyacı olanları hem de güvenli şekilde taburcu olabilecekleri belirlemede yardımcı olması gerektiği savunulmaktadır (62).

Geliştirilen skorlama sistemlerinden bir diğeri de Birleşik Krallık'ta acil servisteki çocukları değerlendirmek için geliştirilen PGÖS risk sınıflama ölçeğidir. Hem ciddi sağlık sorunlarına sahip çocuk hastaları belirlemeyi hem de semptomları daha hafif olan hastaların taburculuğunu kolaylaştırmayı hedefler (63). Hastaların kalp hızı ve vücut sıcaklığı gibi nesnel fizyolojik parametreleri ve değerlendiricinin endişe düzeyi gibi öznel gözlemsel parametreler içerir. Bununla beraber kronik hastalık varlığını da dikkate alır. Roland ve arkadaşlarının, 2009-2011 yılların arasında 936 hastayı dahil ederek yaptıkları doğrulama kohortunda, değerlendiricinin endişe düzeyi ve hastanın görünümünün skorlama sistemine dahil edilmesiyle taburcu edilmeye uygun 261 hastayı belirledikleri rapor edilmiştir (62). PGÖS skoru literatürde görece yeni bir skorlama sistemidir ve hakkında yeterince çalışma bulunmamaktadır. Yaptığımız bu çalışmada PGÖS skorunun servise ve yoğun bakım ünitelerine yatışı, beraberinde de taburculuğu öngörmedeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Skorlama sistemlerinin ve triyaj araçlarının geçerlilikleri, belirtilen öncelik seviyesinin gerçek aciliyet derecesine karşılık gelmesi ile ölçülür (63) Gerçek aciliyet derecesi için genel geçer bir parametre olmadığından ölüm oranı, servise veya yoğun bakıma yatış oranı, insan ve mali kaynakların kullanımı, acil serviste kalış süresi ve acil serviste konsültasyon maliyeti gibi parametreler kullanılabilir (64). Bir skorlama sisteminin geçerliliği duyarlılık ve özgüllük ile de ölçülebilir (63). Çok düşük duyarlılığa sahip sistemler güvenli değildir. Ancak çok yüksek duyarlılık,

düşük özgüllükle birleştğinde yeterince acil olmayan çok fazla hasta çok acilmiş gibi değerlendirilip tedavi edilebilir. Bu durum da gerçek aciliyeti olan hastaların bekleme sürelerinin artmasına neden olacaktır. %100 duyarlılık ve özgüllüğe ulaşmak çok zordur bu nedenle aşırı triyaj ile yetersiz triyaj arasında bir denge oluşturulması büyük önem taşır (64, 65). Bu nedenlerle çalışmamızda PGÖS skorunun geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla duyarlılık ve özgüllük çalışmaları yapılmıştır.

Herhangi bir ölçüm aracının güvenilirliği ise benzer şartlarda farklı bireyler tarafından (değerlendiriciler arası güvenilirlik) ya da aynı birey tarafından farklı zamanlarda (değerlendirici içi güvenilirlik) yapılan ölçümlerinin sonuçlarının tekrarlanabilirliği ile ölçülebilir (64). Langton ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada acil serviste hasta çocukları değerlendirirken farklı sağlık profesyonellerinin PGÖS kullanımı arasında iyi bir ‘değerlendiriciler arası güvenilirlik’ olduğu ortaya koyulmuştur (42). Çalışmamızda bu skorum sistemi farklı zamanlarda aynı değerlendirici tarafından uygulanmış ve sonuçların güvenilirliğinin artırılması amaçlanmıştır.

Acil servislerle ilgili yapılan çalışmaların birçoğunda izlemin 6. saatinin hastanın takibi ve hastalığın seyri açısından eşik olarak kabul edildiği, pek çok hastalık için de ilk altı saatlik izlemin önemli olduğu vurgulanmaktadır (66, 67). Yapılan bir çalışmada PEUS skorunun servis ve yoğun bakıma yatışı öngörmedeki etkinliği araştırılırken servisten yoğun bakıma transfer ihtiyacı gelişen hastalar da değerlendirilmiş ve bu transferlerin önemli kısmının ilk 6 saatte gerçekleştiği belirtilmiştir (59). Biz de çalışmamızda triyajda, gözleme alınma anında, 6. Saatte ve servise ya da yoğun bakıma yatış anında skorlamalar yaptık ve bu çoklu ölçümlerin mevcut olması yönüyle çalışmamız literatürdeki pek çok diğer çalışmadan ayrılmaktadır.

Rowland ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada acil servisteki hastaların 72 saat içinde servise veya yoğun bakıma yatışlarını öngörmede PGÖS ve Manchester Çocuk Erken Uyarı Skoru (ManChEWS) etkileri incelendi (68). Bu çalışmada PGÖS’ün istatistiksel olarak anlamlı şekilde üstün olduğu, ROC eğrisinin

altında kalan alanın 0.72 olduğu ve ≥ 2 puan alanların yaklaşık %80'inin hastaneye yatış riskinin doğru sınıflandırıldığı belirtildi. Roland ve arkadaşları tarafında yapılan bir başka çalışmada ise 24068 hasta dahil edildi ve bu hastaların hastane yatışları incelendiğinde PGÖS skorunun 0, 1-2, 3-4, 5-7 ve 8+ olarak gruplanması halinde ROC eğrisinin altında kalan alanın 0.82 olduğu görüldü (43). Aynı zamanda bu çalışmada ortalama hastanede kalış süresi ile PGÖS skoru arasında da ilişki bulundu.

Roland ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka çalışmada 3323 hasta üzerinde 4 farklı acil departmanında PGÖS skoru uygulandı ve yatış, taburculuk ve 7 gün içinde yeniden başvuru incelendi (69). Sonuçlar değerlendirildiğinde PGÖS 0-4 iken merkezler arasında yatış ve taburculuk oranları ile ilgili anlamlı fark görülmedi. PGÖS>5 iken tüm merkezlerde anlamlı fark olduğu ortaya kondu. Bu çalışma ile PGÖS'ün acil servislerde kullanımının ve farklı merkezler arasında benzer performans sürdürmenin uygun ve mümkün olduğu öne sürüldü. Bahsedilen bu çalışmada da belirtildiği şekilde, PGÖS servislere yatırılması gereken hastaları güvenli bir şekilde tespit etmenin yanı sıra daha az hasta olan çocukların taburculuğunu desteklemesi ile öne çıkan ve diğer erken uyarı skorlarından ayrılan bir sistemdir.

Çalışmamızda hastaların %47,2'sinin triyajda bakılan PGÖS skoru 0,1 veya 2 idi. Taburcu olan hastaların DT PGÖS skorları 0 ve 6 arasında değişirken, servise yatanların 0 ile 8, yoğun bakıma yatanların ise 1 ile 12 arasında değişmekteydi. Hastaların %24,9'u DT ≥ 4 , yalnızca %0,7'si DT ≥ 8 idi. Çalışmamızda da hastaların triyajdaki, acil gözlem odasına girdikleri andaki, gözlemin 6. saatindeki ve yatış sırasındaki PGÖS skorlarının hastane ve yoğun bakım yatışı ile ilişkisini ayrı ayrı değerlendirdik. D0 ≥ 8 olan hastalar tüm hastaların %0,7'sini; D6 ≥ 8 olan hastalar %0,6'sını oluşturmaktaydı. Hesapladığımız PGÖS skorlarına göre önce DT, D0 ve D6 ve DS için hastane ve yoğun bakım yatışını göstermede, en yüksek duyarlılık ve özgüllüğe göre ayrı ayrı kesilme noktaları belirlendi. Buna göre DT ≥ 3 olmasının servise yatış, DT ≥ 4 olmasının ise yoğun bakıma yatış ile ilişkili olduğu görüldü. D0 ≥ 4 iken hem servis yatışı hem de yoğun bakıma yatış ile ilişki bulundu.

Triyaj puanları ile servis yatış ilişkisi incelendiğinde düşük puanlar için duyarlılığın %98,8'lere ulaştığı ancak özgüllüğün oldukça düşük olduğu görüldü. Puan ≥ 4 olduğunda duyarlılığın %36,9 ve özgüllüğün %84,8 olduğu bulundu. D0 ile servis yatışı incelendiğinde ise ≥ 4 puan için duyarlılık %55, özgüllük %79,6 olarak tespit edildi. D6 ve servis yatışı ilişkisinde ise duyarlılık ve özgüllük oranları ≥ 3 puan için sırasıyla %83,3 ve %91,7 olduğu görüldü. DY ve servise yatış oranları incelendiğinde ise hem istatistiksel olarak anlamlı olmadığı hem de güven aralığının geniş olduğu görüldü. Bu durum, acil gözlem ünitesinden acil yoğun bakım ünitesine devralınan hastaların bu devir sırasındaki puanlarının servise yatış ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Bu sonuçlar, gözlem ünitelerinde kötüleşen hastaların güvenli bir şekilde acil yoğun bakım ünitesine çekilmesi sonrası verilen solunum desteği, iv ve/veya inhaler tedaviler sonrası skorun etkilenmiş olabileceğini düşündürülebilir. Ayrıca acil servis içindeki bu yer değişikliklerinin tek sebebi hastaların klinik durumları olmayabilir; fiziksel şartlar, yer durumu, gözlem odalarında yer açmak için görece kötü hastayı acil yoğun bakım ünitesine devralmak gibi olayların gerçekleşmiş ve sonuçları etkilemiş olabileceği akılda tutulmalıdır. Diğer yandan DY ile yoğun bakıma yatış ilişkisi değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Tüm bu karıştırıcı faktörlerin varlığına rağmen acil gözlem ünitelerinden acil yoğun bakıma alınan hastaların skorları arttıkça anlamlı şekilde yoğun bakıma yatış ihtimalleri artmaktadır.

Genel olarak skorlar ile servis ve yoğun bakım yatış arasındaki ilişkiler incelendiğinde düşük eşik değerleri yüksek duyarlılık sağlarken, yüksek eşiklerde ise test daha özgül hale gelir. Yüksek değerlerde testin duyarlılığın azalıyor olması yüksek skora sahip hasta sayısının çok az olması ile açıklanabilir. Yine de hemen hemen bütün ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve yüksek genel doğruluk ve dar güven aralığı olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışmamız, PGÖS skorunun servise ve yoğun bakımlara yatışı öngörmede etkin olduğunu, farklı eşik değerlerinde kullanımının amaca göre optimize edilebileceğini ortaya koymaktadır.

Yaptığımız çalışmada $DT \geq 6$ olan yalnızca 1 hastanın taburcu edildiği; $D0 \geq 6$; $D6 \geq 5$ ve $DY \geq 5$ olan hiçbir hastanın taburcu edilmediği görülmüştür. Bu durum, Roland ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olduğu gibi, hastaların herhangi bir

zamanda bakılan PGÖS skoru ≥ 5 ise yatış açısından tekrar değerlendirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir (69).

Çalışmamızın çarpıcı sonuçlarından bir diğeri ise PGÖS skoru ile taburculuk arasındaki ilişkidir. DT, D0 ve D6 skorlarının taburculuk durumunu öngörmede etkisi incelendiğinde her biri için ≤ 3 puan almanın taburculuk ile istatistiksel olarak anlamlı ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına göre; DT ≤ 3 puan almak %63 duyarlılık, %68 özgüllük ile taburculuğu öngörebilirken D0 ≤ 3 puan almak %52 duyarlılık ve %78 özgüllük oranı ile taburculuğu öngörebilir. D6 ≤ 3 puan almak ise %96 duyarlılık ve %82 özgüllük oranı ile taburculuğu öngörmektedir. Ayrıca D6 skorları ile taburculuk ilişkisi için yapılan analizde ROC eğrisi altında kalan alan 0,94 bulunmuştur, bu da testin yüksek oranda doğruluğunu göstermektedir. Duyarlılık ve özgüllük oranlarının da D6 skoru için oldukça yüksek düzeyde olduğu göz önünde bulundurulduğunda hastaların izlemlerinin 6. saatinde değerlendirilmelerinin potansiyel kötüleşmeleri tespit etmede etkili olduğu kadar taburculuğu öngörmede de etkili olabileceği söylenebilir. Çalışma sonuçlarımız, PGÖS skorunun yalnızca klinik kötüleşmeyi ve yatış oranlarını öngörmediğini aynı zamanda da uygun hastaların taburculuğunu desteklediğini savunan literatür verilerini destekler niteliktedir (7, 62, 68, 69).

Çalışmamızda solunum sıkıntısı ile gözleme alınan hastaların DT, D0, D6 ve DS skorlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde diğer şikayetlerle başvuran hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum hem solunum sıkıntısının skorlamada yer alan iki parametreyi de (satürasyon ve solunum işi) etkiliyor olmasından hem de solunum sıkıntısı ile gelen hastada değerlendiricinin endişe düzeyinin daha yüksek olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda bu hastaların gözleme alınma anındaki skorları ortalama 4,35 iken 6. saatte bakılanın 3.92 olduğu görülmektedir. Acil gözlem ünitelerinde yapılan müdahale ve verilen tedavilerin bu hastaların semptomlarında iyileşme gösterdiği düşünülebilir.

Kronik hastalık, prematürite varlığı ve sürekli ilaç kullanımı ile DT, D0, D6 ve DS skorları arasında da anlamlı ilişki olduğu ve kronik hastalığı, prematürite öyküsü olan ya da sürekli ilaç kullanan hastaların skorlarının daha yüksek olduğu

görülmüştür. Skorlamanın içinde yer alan kronik hastalık ve prematürite parametrelerinin skorları yükseltmesi beklenen bir sonuçtur. İlaç kullanım öyküsü de kronik hastalık varlığının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Hastaneye yatış ve yoğun bakım yatış öyküsü de yine benzer sebeplerle istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek skor ile ilişkilidir. Acil servislere başvuran ve gözlem ünitelerinde izlenen hastalarda kronik hastalık ve komplike hasta varlığı giderek arttığından genelde puanı yüksek olan ve daha yüksek oranda yatış öngörülen bu hastaların dikkatli ve özenle değerlendirilmesi önemlidir.

Son 72 saatte hastane başvurusu olan ve 112 ile başvuran hastalarda DT, D0, D6 ve DS skorları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu durum yukarıda bahsedilen şekilde kronik hastalık varlığıyla ilişkili olabileceği gibi hastaların şikayetlerinde azalma olmayıp hastalık ciddiyetinde artış olması nedeni ile tekrarlayan hastane başvurularına ve ambulans yardımı ile hastaneye gelmelerine sebep olmuş olabilir. Bu doğrultuda acil servislerde öykü alınırken tekrarlayan başvurular sorgulanmalı, 112 ile gelen hastalar tam ve detaylı değerlendirilip yatış ihtiyacı ekarte edilmeden taburcu edilmemelidir. Aynı zamanda üçlü triyaj sistemi ile değerlendirilen bu hastalardan ‘kırmızı’ olarak nitelendirilenlerin skorlarının beklendiği şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde başlangıçta çocuk acil yoğun bakımda izlem kararı verilen hastaların skorları da anlamlı şekilde gözlem odalarındaki hastalardan yüksektir. Bu verilerden hareketle hastanemizde doğru triyaj yapıldığı ve triyaj sonuçlarına göre hastaların öncelendirilmesinin yanlış olmayacağı sonucuna varılabilir.

Servise yatan hastalar arasında 1-3 gün süreyle yatanların anlamlı şekilde skorlarının daha düşük, >14 gün yatanların ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumda acil serviste yapılan PGÖS skorlamasının yatış ihtiyacını öngörmeye etkili olduğu gibi, yatışın uzayacağını öngörmeye de etkili olabileceği savunulabilir. Ancak bu hipotezin desteklenmesi ve değerlendirilmesi için yatış nedenlerinin ve süreçlerinin detaylı incelendiği başka çalışmalara ihtiyaç vardır. Benzer bir ilişki yoğun bakım yatış süreleri ile skorlar arasında bulunamamıştır. Bunun sebebi de yoğun bakım endikasyonu ortadan kalkan hastaların zaman kaybetmeksizin servislere devredilmesi olabilir.

Çalışmamızın güçlü yanları arasında prospektif olarak yapılması ve hastalarla ilgili toplanan tüm verilerin (vital bulgular, fizik muayeneler, vb.) hastaların dosyalarından değil de araştırmacı tarafından kaydedilmesi sayılabilir. Ayrıca çalışmamız, hakkında kısıtlı sayıda çalışma yapılmış olan ve yalnızca acil servis koşullarından kolayca etkilenebilecek fizyolojik parametreleri değil değerlendiricinin endişe düzeyi gibi gözlemsel parametreleri de içeren PGÖS skoru hakkında değerli veriler sunmaktadır. Ancak çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Acil servise başvuran tüm hastaların tek bir araştırmacı tarafından değerlendirilmesi, gelen tüm hastalar yerine yalnızca gözlem alanlarına ve çocuk acil yoğun bakım ünitesine alınan hastaların dahil edilmesi başlangıç skorlarını etkilemiş olabilir. Bununla birlikte özellikle yüksek skorlu veya yoğun bakım ünitesine yatan hasta sayısının görece az olması, bazı hastaların gözlem alanlarına alınmadan yoğun bakım ünitesi ya da servislere yatması da bir kısıtlılık olarak kabul edilebilir.

Sonuç olarak, acil gözlem ünitelerinde yatış ve taburculuk kararlarının doğru verilmesi yetersiz bakım, kaynakların aşırı ve uygunsuz kullanımı, uzun hastane yatışlarına bağlı enfeksiyonlar ve iatrojenik durumlar gibi pek çok sorunun önüne geçecektir. PGÖS skorlaması da yatış ihtiyacı olabilecek çocukların öngörülmesine, taburcu olabilecek daha az hasta çocukların taburculuğunun desteklenmesine, kötüleşme potansiyeli olan hastaların belirlenmesine ve sürecin daha hızlı ve etkin yönetilmesine yardımcı olur. Yaptığımız bu çalışmada; acil gözlem ünitelerinde triyaj anında, gözleme alınma anında ya da izlemin 6. saatinde bakılan PGÖS skorlarının hastaların servise veya yoğun bakıma yatış ve acilden taburculuk kararları verilirken kullanılabileceği; herhangi bir zamanda bakılan PGÖS skoru ≥ 5 olan çocuk hastaların yatış açısından değerlendirilmesi gerektiği, son 3 gün içinde hastane başvurusu olan, kronik hastalığı olan veya acile 112 ile başvuran hastalara dikkatle yaklaşılması gerektiği görüldü. Ancak PGÖS skoru ile yatış süresi arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için gelecekte yapılacak yüksek hasta sayısına sahip çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

- Çalışmaya dahil edilen 968 hastanın %78,4'ü gözlem odalarında, %21,6'sı çocuk acil yoğun bakım ünitesinde izleme alındı.
- Hastaların şikâyet süreleri incelendiğinde %30,9'unun 360 dakikadan daha kısa süreli, %10,2'sinin 3 günden daha uzun süreli şikayetleri olduğu görüldü.
- Hastalardan %44,8'inin servise, %2,4'ünün yoğun bakım ünitesine yatışının yapıldığı görüldü.
- Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşları 1 ay ile 18 yıl arasında (ortalama: 5 yıl 10 ay, ortanca: 4 yıl) idi. En sık görülen hasta yaşı 4-12 yaş (%32,5) idi. Hastaların 437'si (%45,1) kadın, 531'i (%54,9) erkekti.
- Hastaların %84,2'si medikal şikayetlerle başvurdu.
- Hastalar gözleme alınma nedenlerine göre gruplandığında en sık görülen sebeplerin solunum sıkıntısı (%27,4), akut batın şüphesi (%11,8), oral alım bozukluğu (%10,8), dehidratasyon (%9,6) ve nöbet takibi (%8) olduğu görüldü. Bu tanılara sahip hastalar, gözlem ünitelerinde değerlendirilmeye uygun ve bu ünitelerdeki müdahalelerden fayda görmesi beklenen hastalardır.
- Hastaların %8,3'ünde prematürite öyküsü, %38,5'inde kronik hastalık öyküsü mevcuttu. Hastaların triyaj sisteminde %29,8'inin yeşil, %10'unun kırmızı olarak sınıflandırıldığı ve çoğunluğun (%54,2) 16.00 – 00.00 saatleri arasında başvurduğu görüldü.
- Üç gün içinde başka bir merkeze başvuru öyküsü ya da kronik hastalık varlığı durumunda PGÖS skoru arttığı görüldü.
- Şikâyet süresi 6 saatten kısa olanların PGÖS skoru diğerlerine göre anlamlı şekilde düşüktü.

- Solunum sıkıntısı ile gözleme alınan hastaların PGÖS skoru diğer hastalara göre anlamlı şekilde yüksek, yalnızca iv medikasyon için gözleme alınan hastaların skoru ise anlamlı şekilde düşüktü.

- 112 aracılığıyla hastaneye başvuran hastaların PGÖS skoru diğerlerine göre yüksekti.

- Gözlem alanında 24 saatten uzun süre kalan hastaların PGÖS skoru diğerlerine göre yüksekti.

- Servise yatışı 3 günden kısa süren hastaların triyaj PGÖS skoru anlamlı şekilde düşüktü, ancak yoğun bakım ünitesine yatan hastalar için bu ilişki incelendiğinde anlamlı fark görülmedi. PGÖS skoru ile servis yatışı arasında ilişki varlığının değerlendirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

- Hesaplanan PGÖS skorları ile servise yatış, yoğun bakıma yatış ve taburculuk durumları incelenerek belirlenen kesilme noktaları; triyajdaki skorlara göre servise yatış için ≥ 3 , yoğun bakıma yatış için ≥ 4 ve taburculuk için ≤ 3 şeklindeydi. 6. saat skoru için ise bu değerler servise yatış için ≥ 3 , yoğun bakıma yatış için ≥ 5 ve taburculuk için ≤ 3 şeklindeydi.

- Herhangi bir zamanda bakılan PGÖS skoru ≥ 5 ise hasta yatış açısından değerlendirilmelidir.

- PGÖS skoru servise ve yoğun bakıma yatışları öngörmede etkin olduğu gibi istatistiksel olarak taburculuk kararı açısından yardımcı olabilir.

- Servise ve yoğun bakıma yatış ile PGÖS skorları arasındaki ilişki için yapılan ROC analizlerinde puan arttıkça duyarlılığın azaldığı ve özgüllüğün arttığı görüldü.

- Taburculuk ve PGÖS skorları arasındaki ilişki için yapılan ROC analizlerinde ise puan azaldıkça duyarlılığın azalıp özgüllüğün arttığı görüldü.

- PGÖS skoru, fizyolojik parametrelerin yanı sıra acil servislerde büyük önem taşıyan ‘değerlendiricinin endişe düzeyi’ parametresi de kullanılarak yatışları

ve taburculukları öngörmeye etkili bir skordur. Acil gözlem odalarında kullanımı uygun, basit ve sürdürülebilir olup etkinliğinin değerlendirilmesi ve kullanımının yaygınlaşması için gelecekte yapılacak yüksek hasta sayılı ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.



7. KAYNAKÇA

1. Mace SE. Pediatric observation medicine. *Emerg Med Clin North Am*. 2001 Feb;19(1):239-54.
2. Zebrac M, Kadish H, Nelson D. The pediatric hybrid observation unit: an analysis of 6477 consecutive patient encounters. *Pediatrics*. 2005 May;115(5):e535-42.
3. Iannone P, Lenzi T. Effectiveness of a multipurpose observation unit: before and after study. *Emerg Med J*. 2009 Jun;26(6):407-14.
4. Chaiyakulsil C, Pandee U. Validation of pediatric early warning score in pediatric emergency department. *Pediatr Int*. 2015 Aug;57(4):694-8.
5. Department of Health (2016, V2). The Irish Paediatric Early Warning System (PEWS) (NCEC National Clinical Guideline No. 12). Available at: <http://health.gov.ie/national-patient-safety-office/ncec/>
6. Seiger N, Maconochie I, Oostenbrink R, Moll HA. Validity of different pediatric early warning scores in the emergency department. *Pediatrics*. 2013 Oct;132(4):e841-50.
7. Hannon C, Roland D, O'Sullivan R. Prediction of Pediatric Patient Admission/Discharge in the Emergency Department: Irish Pediatric Early Warning Score, Pediatric Observation Priority Score, and Irish Children's Triage System. *Pediatr Emerg Care*. 2022 Jun;38(6):e1320-e1326.
8. Mollen CJ, Brown N. Paediatric emergency medicine. *Arch Dis Child*. 2022 Mar;107(3):211.
9. Anıl, M. Türkiye'de "Akademik Çocuk Acil Tıbbın" Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Emergency Medicine - Special Topics*. 2016;2(3):32-7.
10. Karakaş NM, Özdemir B, Kılıç S, Akbulut Ö. Ebeveynleri Çocuk Acile Getiren Nedenler: 4 yıllık İzlem. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2020;42(1):67-74.
11. Öztürk MA, Güneş T. Acil hastanın özellikleri ve acil hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics Special Topics*. 2004;2(6):519-28.
12. Bazaraa HM, El Houchi S, Rady HI. Profile of patients visiting the pediatric emergency service in an Egyptian university hospital. *Pediatr Emerg Care*. 2012 Feb;28(2):148-52.
13. Giacalone T, Vanelli M, Zinelli C, Ndongko A, Ndaka J, Casadei A, et al.; Paediatricians on duty at The Children's Hospital of Parma. One year experience at the Emergency Unit of the Children's Hospital of Parma. *Acta Biomed*. 2003 Apr;74(1):34-7.
14. Alpern ER, Stanley RM, Gorelick MH, Donaldson A, Knight S, Teach SJ, et al.; Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Epidemiology of a pediatric emergency medicine research network: the PECARN Core Data Project. *Pediatr Emerg Care*. 2006 Oct;22(10):689-99.
15. Hostetler B, Leikin JB, Timmons JA, Hanashiro PK, Kissane K. Patterns of use of an emergency department-based observation unit. *Am J Ther*. 2002 Nov-Dec;9(6):499-502.
16. Scribano PV, Wiley JF 2nd, Platt K. Use of an observation unit by a pediatric emergency department for common pediatric illnesses. *Pediatr Emerg Care*. 2001 Oct;17(5):321-3.
17. Hartman RG. Tripartite triage concerns: issues for law and ethics. *Crit Care Med*. 2003 May;31(5 Suppl):S358-61.

18. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. 2007 Mar;49(3):275-81.
19. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ Publication No. 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011.
20. Fernandes CM, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *J Emerg Nurs*. 2005 Feb;31(1):39-50; quiz 118.
21. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 2022. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5.htm>
22. Fernandez A, Benito J, Mintegi S. Is this child sick? Usefulness of the Pediatric Assessment Triangle in emergency settings. *J Pediatr (Rio J)*. 2017 Nov-Dec;93 Suppl 1:60-67.
23. Almond, C. Issues in paediatric triage. *Australian Emergency Nursing Journal*. 2000;3(1):12-14.
24. Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatr Emerg Care*. 2010 Apr;26(4):312-5.
25. Fernández A, Ares MI, Garcia S, Martinez-Indart L, Mintegi S, Benito J. The Validity of the Pediatric Assessment Triangle as the First Step in the Triage Process in a Pediatric Emergency Department. *Pediatr Emerg Care*. 2017 Apr;33(4):234-238.
26. Stone CK, Humphries RL, Drigella D, Stephan M. Approach to the pediatric emergency department patient. In: Stone CK, editor. *Current Diagnosis and Treatment: Pediatric Emergency Medicine*. New York: McGraw Hill Education; 2015.
27. Hartman ME, Cheifetz IM. Pediatric emergencies and resuscitation. In: Kliegman RM, Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM, editors. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020. p. 530-547.
28. Tuygun N. Çocuk acil hastaya yaklaşım. In: Tuygun N, editor. *Çocuk Acilde Kritik Hasta ve Yönetimi*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p. 1-7.
29. Topjian AA, Raymond TT, Atkins D, Chan M, Duff JP, Joyner BL Jr, et al.; Pediatric Basic and Advanced Life Support Collaborators. Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2020 Oct 20;142(16_suppl_2):S469-S523.
30. Samuels M, Wieteska S. The seriously ill child. In: Samuels M, editor. *Advanced Paediatric Life Support: A Practical Approach to Emergencies*. 6th ed. New Jersey: Wiley Blackwell; 2016.
31. Corrales AY, Starr M. Assessment of the unwell child. *Aust Fam Physician*. 2010 May;39(5):270-5.
32. Hafeez W, Maldonado FM. Resuscitation. In: Gershel JC, editor. *Clinical Manual of Emergency Pediatrics*. Cambridge: Cambridge University; 2018. p. 1-8.

33. King WM. Approach to the child in the emergency department. In: Strange GR, Tenebein M, Sharieff GQ, Yamamoto LG, Schafermeyer RW, editors. *Strange and Schafermeyer's Pediatric Emergency Medicine*. China: McGraw Hill Education; 2019. p. 84-92.
34. Davies P, Maconochie I. The relationship between body temperature, heart rate and respiratory rate in children. *Emerg Med J*. 2009 Sep;26(9):641-3.
35. Farah MM, Tokarski TK, Lavelle J. A general approach to ill and injured children. In: Shaw KN, editor. *Fleisher and Ludwig's Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016. p. 1-8.
36. West A, Eagleton T. Approach to the pediatric patient. In: Cameron P, Mitra B, Dalziel S, Craig S, editors. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. London: Elsevier; 2019. p. 1-11.
37. Gottschalk SB, Wood D, DeVries S, Wallis LA, Bruijns S; Cape Triage Group. The Cape Triage Score: a new triage system South Africa. Proposal from the Cape Triage Group. *Emerg Med J*. 2006 Feb;23(2):149-53.
38. Monaghan A. Detecting and managing deterioration in children. *Paediatr Nurs*. 2005 Feb;17(1):32-5.
39. Pearson, G A (Ed) *Why Children Die: A Pilot Study 2006; England (South West, North East and West Midlands), Wales and Northern Ireland*. London: CEMACH. 2008.
40. Chapman SM, Maconochie IK. Early warning scores in paediatrics: an overview. *Arch Dis Child*. 2019 Apr;104(4):395-399.
41. Roland D, Oliver A, Edwards ED, Mason BW, Powell CV. Use of paediatric early warning systems in Great Britain: has there been a change of practice in the last 7 years? *Arch Dis Child*. 2014 Jan;99(1):26-9.
42. Langton L, Bonfield A, Roland D. Inter-rater reliability in the Paediatric Observation Priority Score (POPS). *Arch Dis Child*. 2018 May;103(5):458-462.
43. Roland, D, Davies F, Coats T. The Paediatric Observation Priority Score (POPS): outcomes Of 24000 patients. *Archives of Disease in Childhood*. 2014;99(Suppl 2):A24.
44. Duncan HP. Survey of early identification systems to identify inpatient children at risk of physiological deterioration. *Arch Dis Child*. 2007 Sep;92(9):828.
45. Green NA, Durani Y, Brecher D, DePiero A, Loiselle J, Attia M. Emergency Severity Index version 4: a valid and reliable tool in pediatric emergency department triage. *Pediatr Emerg Care*. 2012 Aug;28(8):753-7.
46. Daly S, Campbell DA, Cameron PA. Short-stay units and observation medicine: a systematic review. *Med J Aust*. 2003 Jun 2;178(11):559-63.
47. Holly J, Bledsoe J, Black K, Robbins R, Davis V, Bossart P, et al. Prospective evaluation of an ED observation unit protocol for trauma activation patients. *Am J Emerg Med*. 2012 Oct;30(8):1402-6.
48. Macy ML, Kim CS, Sasson C, Lozon MM, Davis MM. Pediatric observation units in the United States: a systematic review. *J Hosp Med*. 2010 Mar;5(3):172-82.
49. Yusuf S, Camp EA, Adekunle-Ojo AO. Characteristics of Admissions from the Pediatric Emergency Department Observation Unit. *South Med J*. 2024 Sep;117(9):543-548.

50. Conners GP, Melzer SM; Committee on Hospital Care; Committee on Pediatric Emergency Medicine; Betts JM, Chitkara MB, Jewell JA, Lye PS, Mirkinson LJ, Shaw KN, et al. Pediatric observation units. *Pediatrics*. 2012 Jul;130(1):172-9.
51. Carroll KN, Gebretsadik T, Griffin MR, Wu P, Dupont WD, Mitchel EF, et al. Increasing burden and risk factors for bronchiolitis-related medical visits in infants enrolled in a state health care insurance plan. *Pediatrics*. 2008 Jul;122(1):58-64.
52. Schroeder AR, Marmor AK, Pantell RH, Newman TB. Impact of pulse oximetry and oxygen therapy on length of stay in bronchiolitis hospitalizations. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Jun;158(6):527-30.
53. Miescier MJ, Nelson DS, Firth SD, Kadish HA. Children with asthma admitted to a pediatric observation unit. *Pediatr Emerg Care*. 2005 Oct;21(10):645-9.
54. Greenberg RA, Dudley NC, Rittichier KK. A reduction in hospitalization, length of stay, and hospital charges for croup with the institution of a pediatric observation unit. *Am J Emerg Med*. 2006 Nov;24(7):818-21.
55. Wai S, Ma L, Kim E, Adekunle-Ojo A. The utility of the emergency department observation unit for children with abdominal pain. *Pediatr Emerg Care*. 2013 May;29(5):574-8.
56. Effler PV, Holman RC, Parashar UD, Glass RI. Diarrhea-associated hospitalizations among children in Hawaii. *Hawaii Med J*. 2000 Sep;59(9):362-5.
57. Mallory MD, Kadish H, Zebrack M, Nelson D. Use of a pediatric observation unit for treatment of children with dehydration caused by gastroenteritis. *Pediatr Emerg Care*. 2006 Jan;22(1):1-6.
58. Ha DT, Dang TQ, Tran NV, Vo NY, Nguyen ND, Nguyen TV. Prognostic performance of the Rapid Emergency Medicine Score (REMS) and Worthing Physiological Scoring system (WPS) in emergency department. *Int J Emerg Med*. 2015 Jun 4;8:18.
59. Gold DL, Mihalov LK, Cohen DM. Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) system for admitted patients in the pediatric emergency department. *Acad Emerg Med*. 2014 Nov;21(11):1249-56.
60. Breslin K, Marx J, Hoffman H, McBeth R, Pavuluri P. Pediatric early warning score at time of emergency department disposition is associated with level of care. *Pediatr Emerg Care*. 2014 Feb;30(2):97-103.
61. Bradman K, Maconochie I. Can paediatric early warning score be used as a triage tool in paediatric accident and emergency? *Eur J Emerg Med*. 2008 Dec;15(6):359-60.
62. Roland D, Lewis G, Fielding P, Hakim C, Watts A, Davies F. The Paediatric Observation Priority Score: A System to Aid Detection of Serious Illness and Assist in Safe Discharge. *Open Journal of Emergency Medicine*. 2016;38-44.
63. Simon Junior H, Schwartsman C, Sukys GA, Farhat SCL. Pediatric emergency triage systems. *Rev Paul Pediatr*. 2022 Jul 15;41:e2021038.
64. Toll DB, Janssen KJ, Vergouwe Y, Moons KG. Validation, updating and impact of clinical prediction rules: a review. *J Clin Epidemiol*. 2008 Nov;61(11):1085-94.

65. Allen AR, Spittal MJ, Nicolas C, Oakley E, Freed GL. Accuracy and interrater reliability of paediatric emergency department triage. *Emerg Med Australas*. 2015 Oct;27(5):447-52.
66. Mosaddegh R, Ashayeri N, Rezai M, Masoumi G, Vaziri S, Mohammadi F, et al. Are serial hematocrit measurements sensitive enough to predict intra-abdominal injuries in blunt abdominal trauma? *Open Access Emerg Med*. 2019 Jan 7;11:9-13.
67. Moreira M, Buchanan J, Heard K. Validation of a 6-hour observation period for cocaine body stuffers. *Am J Emerg Med*. 2011 Mar;29(3):299-303.
68. Rowland A, Cotterill S, Lees H, Kelly J. The Paediatric Observation Priority Score (POPS): a more accurate predictor of admission risk from the Emergency Department than the Manchester Children's Early Warning System (ManChEWS). *Archives of Disease in Childhood* 2014;99:A8.
69. Roland D, Arshad F, Coats T, Davies F. Baseline Characteristics of the Paediatric Observation Priority Score in Emergency Departments outside Its Centre of Derivation. *Biomed Res Int*. 2017;2017:9060852

8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Hasan Salih YÜZDEMİR

Doğum yeri ve tarihi:

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

E-posta adresi:

Yabancı dili: İngilizce

II-Eğitim Bilgileri

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (2020-2024)

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (2014-2020)

Çankırı Süleyman Demirel Fen Lisesi (2010-2020)

III-Ünvanları

Doktor-2020

IV- Mesleki Deneyim

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Asistan Hekim

Çankırı Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Hekim

V- Bilimsel İlgi Alanları

Yayınları:

- 1- Aktoz F, Yalcin AC, Yüzdemir HS, Akata D, Gültekin M. Treatment of massive liver metastasis of breast cancer during pregnancy: first report of a complete remission with trastuzumab and review of literature. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020
- 2- Yigit M, Kalayci F, Yuzdemir HS, Kilic EK, Ince YE, Ozkaya-Parlakay A. Lyme serology in non-endemic countries: Why do we request it and what do we find? BMC Infect Dis. 2024
- 3- Kalayci F, Yigit M, Gulhan B, Kanik Yuksek S, Kilic EK, Ince YE, Demircioglu Kalayci B, Yuzdemir HS, Ozkaya Parlakay A. Securing long-term immunity: The possible necessity of supplementary measles vaccination. BMC Infect Dis. 2024

9. EKLER

EK-1. HASTA TAKİP VE VERİ FORMU

Hasta adı: **Kabul No:**

Cinsiyet: Kız/ erkek **Doğum tarihi (Gün/Ay/Yıl):**

Uyruk: **Acil Polikliniğine başvuru tarihi (Gün/Ay/Yıl):**

Başvuru şikayeti:

Şikayet süresi:..... (saat)

Prematürite (< 37 hafta) var mı?

Bilinen Hastalık:

Devamlı Kullandığı İlaç/ Kullanım Süresi:

Hastaneye yatış öyküsü var mı? Evet / Hayır

Yoğun bakım yatış öyküsü var mı? Evet / Hayır

Triyaj düzeyi: Yeşil / Sarı / Kırmızı

Son 72 saat içinde hastane başvurusu var mı? Evet / Hayır

Son 72 saat içinde hastane başvurusu varsa başvuru nedeni:

Triyaja başvuru saati:

- 08:00-16:00
- 16.01- 00:00
- 00:01-07:59

Başvuru Şekli:

- 112
- Kendi imkanlarıyla

Değerlendirme (Triyaj)

Saat:

Çevreyle iletişim:..... (Kötü görünüyor / İlgisi az / İyi görünüyor)

Retraksiyon: ☐ Yok ☐ Var (subkostal/interkostal/suprasternal)

Wheezing: ☐ Yok ☐ Var

Stridor ☐ Yok ☐ Var

Siyanoz: ☐ Yok ☐ Var

Solunum sayısı: /dk **SpO2:** % (oda havasında)

Kalp Hızı: /dk **Vücut ısı:** °C

Kapiller dolun zamanı:.....sn

Bilinç durumu: Uyanık / Sözlü uyarana yanıt var / Ağrılı uyarana yanıt var / Yanıtsız

Değerlendirme (Acil Gözlem Alanı'na/ Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi'ne

Yatış) Saat:

Çevreyle iletişim:..... (Kötü görünüyor / İlgisi az / İyi görünüyor)

Retraksiyon: ☐ Yok ☐ Var (subkostal/interkostal/suprasternal)

Wheezing: ☐ Yok ☐ Var

Stridor ☐ Yok ☐ Var

Siyanoz: ☐ Yok ☐ Var

Solunum sayısı: /dk

SpO2: % (oda havasında)

Kalp Hızı: /dk

Vücut ısısı: °C

Kapiller dolum zamanı:.....sn

Bilinç durumu: Uyanık / Sözlü uyarana yanıt var / Ağrılı uyarana yanıt var
/ Yanıtsız

Değerlendirme (Acil Gözlem Alanı'nda/ Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi'nde

6.saat) Saat:

Çevreyle iletişim: (Kötü görünüyor / İlgisi az / İyi görünüyor)

Retraksiyon: ☐ Yok ☐ Var (subkostal/interkostal/suprasternal)

Wheezing: ☐ Yok ☐ Var

Stridor ☐ Yok ☐ Var

Siyanoz: ☐ Yok ☐ Var

Solunum sayısı: /dk

SpO2: % (oda havasında)

Kalp Hızı: /dk

Vücut ısısı: °C

Kapiller dolum zamanı:.....sn

Bilinç durumu: Uyanık / Sözlü uyarana yanıt var / Ağrılı uyarana yanıt var
/ Yanıtsız

Değerlendirme (Acil Gözlem Alanı'ndan Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi'ne Yatış) Saat:

Çevreyle iletişim:..... (Kötü görünüyor / İlgisi az / İyi görünüyor)

Retraksiyon: ☐ Yok ☐ Var (subkostal/interkostal/suprasternal)

Wheezing: ☐ Yok ☐ Var

Stridor ☐ Yok ☐ Var

Siyanoz: ☐ Yok ☐ Var

Solunum sayısı: /dk

SpO2: % (oda havasında)

Kalp Hızı: /dk

Vücut ısısı: °C

Kapiller dolum zamanı:.....sn

Bilinç durumu: Uyanık / Sözlü uyarana yanıt var / Ağrılı uyarana yanıt var
/ Yanıtsız

Değerlendirme (Çocuk Servisi/Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Yatış)

Saat:

Çevreyle iletişim:..... (Kötü görünüyor / İlgisi az / İyi görünüyor)

Retraksiyon: ☐ Yok ☐ Var (subkostal/interkostal/suprasternal)

Wheezing: ☐ Yok ☐ Var

Stridor ☐ Yok ☐ Var

Siyanoz: ☐ Yok ☐ Var

Solunum sayısı: /dk

SpO2: % (oda havasında)

Kalp Hızı: /dk

Vücut ısısı: °C

Kapiller dolum zamanı:.....sn

Bilinç durumu: Uyanık / Sözlü uyarana yanıt var / Ağrılı uyarana yanıt var
/ Yanıtsız

Kullanılan Hastane Kaynakları:

Yapılan Tetkikler

Kan tetkiki	AC grafisi
Solunum yolu viral paneli	ADBG
TİT	EKG
İdrar kültürü	EKO
Gayta mikroskopisi	USG
Gayta kültürü	BT
Boğaz kültürü	MR
Kan kültürü	
Diğer:	

Yapılan İşlemler

Monitorizasyon	Trakeostomi kanül değişimi
IV mayi	Lomber ponksiyon
IV/IM ilaç	Entübasyon
Oral tedavi	Balon- maske ventilasyon
Lavman	İntraosseöz girişim
NG sonda uygulaması	Santral kateterizasyon
Mesane sonda uygulaması	Abse drenajı
Aspirasyon	Göğüs tüpü takılması
Diğer:	

Uygulanan Tedaviler

Monitorizasyon	
IV mayi	
IV/IM ilaç	
Kan ürünü	
Konsültasyon	
Pansuman	
Sedasyon	
Diğer:	

Acil Gözlem Alanı'nda / Çocuk Acil Yoğun Bakım Ünitesi'nde Toplam İzlem Süresi (saat):

Sonuç: ☐ Taburcu ☐ ÇAYBÜ yatış(saat)..... ☐ Servise yatış(gün).....

☐ Yoğun bakım yatış(gün)..... ☐ Tedavi Red ☐ Eksitus

EK-2. ETİK KURUL ONAYI



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

Sayı : E.Kurul –E2-23-4502 No’lu çalışma

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Acil Kliniği’nde planlanan; Doç. Dr. Funda KURT’nin sorumlu araştırmacısı olduğu “Çocuk Acil Servisinde Takip Edilen Hastalarda Yatış Riskini Belirlemede Pediatrik Gözlem Öncelik Skorunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliği ile uygun görülmüştür.

12/07/2023

Prof. Dr. Fatma Emre CANPOLAT
2 Nolu Etik Kurul Başkanı

Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara İrtibat; 2nolu Etik Kurul: B.Özkan
K.Çetindağ
G.Uzun

Tel: 0 (312) 552 66 00 Dahili:721197–721198

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Acil Servisinde Takip Edilen Hastalarda Yatış Riskini Belirlemede Pediatrik Gözlem Öncelik Skorunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul
	AÇIK ADRESİ:	Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 ÇANKAYA /ANKARA
	TELEFON	0312 552 66 00
	FAKS	0312 552 99 82
	E-POSTA	ankarash.etikkurul2@saglik.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Funda KURT
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Acil Kliniği
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-
	DESTEKLEYİCİ	-
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		Tıbbi cihaz klinik araştırması ☐
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☐
	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Çalışma (Dr. Hasan Salih YÜZDEMİR' in tezi)	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLARARASI ☐

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Acil Servisinde Takip Edilen Hastalarda Yatış Riskini Belirlemede Pediatrik Gözlem Öncelik Skorunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLE N BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
KARAR BİLGİLERİ	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
Diğer:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E2-23-4502	Tarih: 12/07/2023		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Sovadı: Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Çocuk Acil Servisinde Takip Edilen Hastalarda Yatış Riskini Belirlemede Pediatrik Gözlem Öncelik Skorunun Etkinliğinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	
Prof. Dr. İlkan TATAR	Anatomi	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☐	E ☐	
Prof. Dr. Dilek ŞAHİN	Kadın Hastalıkları ve Doğum /Perinatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Mehmet Ali Nahit ŞENDUR	Tıbbi Onkoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Bilgen BAŞGUT	Farmakoloji	Başkent Üniversitesi Eczacılık Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☐	E ☐	
Prof. Dr. Özlem Yılmaz TAŞDELEN	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Bedia DİNÇ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (S.B.Ü)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Prof. Dr. Gülhan KURTOĞLU ÇELİK	Acil Tıp	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi(YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Hayriye Gözde KANMAZ KUTMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Ayça Tuba DUMANLI ÖZCAN	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Dilek ÖZTAŞ	Halk Sağlığı	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi (YBÜ)	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	
Doç. Dr. Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU	Gastroenteroloji Cerrahisi	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	
Sağ. Mens. Olm. Üye, Mehmet Hilmi ŞEÇİLMİŞ	İktisat Maliye	Emekli	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	
Av. Mesut KELEKÇİBAŞI	Hukuk	Serbest Avukat	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	
Mühendis Bilal BECEREN	Biyomedikal Mühendis	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	

*:Toplantıda Bulunma

2 Nolu Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı:Prof. Dr. Fuat Emre CANPOLAT
İmza: