

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE TIBBİ NEDENLERLE BAŞVURAN
YETİŞKİNLERİN HİZMETİ TERCİH NEDENLERİ**

Serdar ULAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2019

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE TIBBİ NEDENLERLE BAŞVURAN
YETİŞKİNLERİN HİZMETİ TERCİH NEDENLERİ**

Serdar ULAK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman

Prof. Dr. Belgin AKIN

KONYA-2019

ONAY SAYFASI

S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Serdar ULAK tarafından savunulan bu çalışma, jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi Olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof. Dr. Filiz HİSAR
Necmettin Erbakan Üniversitesi



Danışman : Prof. Dr. Belgin AKIN
Selçuk Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Deniz TANYER
Selçuk Üniversitesi



ONAY:

Bu tez, Selçuk Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmenliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ender ERDOĞAN

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamda gerekli olan araştırma izni için destek sağlayan Karaman Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne anketlerin uygulandığı Karaman Devlet Hastanesi yöneticilerine ve acil servis çalışanlarına teşekkür ederim.

Araştırmanın yürütülmesinde profesyonel yardımlarıyla bana rehberlik eden, desteği ve sabrını esirgemeyen danışmanım Sayın Prof Dr. Belgin AKIN'a, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hocalarıma ve eğitimim süreci boyunca bana sürekli destek olan aileme teşekkür ederim.

Serdar ULAK

Konya -2019

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	5
ÖZET	6
SUMMARY	7
1.GİRİŞ	8
1.1.Araştırma Soruları.....	12
1.2. Acil Tıp Nedir?	12
1.3. Acil Sağlık Hizmetleri.....	13
1.3.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri	13
1.3.2. Hastane Acil Sağlık Hizmetleri	15
1.3.3. Hastane Acil Servislerinin Sınıflandırılması	16
1.4.Triyaj	18
2.YÖNTEM	23
2.1. Araştırmanın Türü	23
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	23
2.3. Araştırma Evreni.....	23
2.3.1. Örnek Büyüklüğü.....	24
2.3.2. Örnek Seçim Yöntemi	24
2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği	24
2.4.1. Anket Formu	24
2.4.2. Veri Toplama Tekniği.....	25
2.5. Ön Uygulama	26
2.6. Değişkenler.....	26
2.6.1. Bağımsız Değişkenler	26
2.6.2. Bağımlı Değişkenler	26
2.7. Verilerin Analizi	26
2.8. Etik Boyutu.....	27
2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27

3.BULGULAR	28
3.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık ve Acil Servis Deneyim Özellikleri ve Acil Servisi Tercih Nedenlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular	28
3.2. Acil Servis Hizmeti Tercih Nedenlerinin Sosyo Demografik, Sağlık, Acil Servis Hizmeti Deneyim ve Acil Servis Hizmeti Başvuru Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	34
4.TARTIŞMA	45
5.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	52
5.1. Sonuçlar	52
5.2. Öneriler	53
6. KAYNAKLAR	55
7.EKLER	58
7.1. EK A: ANKET FORMU	58
7.2. EK B: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Çalışma İzin Belgesi	62
7.3. EK C: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu İzin Belgesi	63
8. ÖZGEÇMİŞ	64

SİMGELER VE KISALTMALAR

GSYH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SPSS: Statistical Package for Social Sciences



ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Acil Servise Tıbbi Nedenlerle Başvuran Yetişkinlerin Hizmeti Tercih Nedenleri

Serdar ULAK
Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA 2019

Acil servisler ani gelişen hastalık, kaza ve yaralanma gibi durumlarda kesintisiz sağlık hizmetinin sunulduğu birimlerdir. Acil servislerin tercih nedenlerinin bilinmesi artan yoğunluğun nedenleri açısından önem arz etmektedir.

Araştırma bir devlet hastanesi acil servisine başvuran 1107 hasta/yakınının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı sosyo-demoğrafik özellikler, kronik hastalık durumu, acil servis deneyimleri, acil servis başvuru özellikleri ve acil servis tercih nedenlerini inceleyen anket formudur. Veriler araştırmacı tarafından hastaların bildirimine göre anket ile toplanmıştır.

Hastaların %80,9'nun 18-64 yaş aralığında, %67,7'sinin evli, %34,5'ünün ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %94'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %73,4 en uzun süre ile il merkezinde yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %74,6'sının kronik hastalığının olmadığı, %74,4 düzenli ilaç kullanmadığı ve %92,8 acil servis hizmet deneyimi olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların acil servise başvuru özellikleri incelendiğinde %66,7'sinin hafta içi, %57,5'i 16:00-07:59 saat diliminde, %62,5'inin başvuru sonucu taburcu edildiği, %82,4'ünün başvuru öncesi herhangi bir uygulama yapmadığı ve %67'inde acil servise hızlı ulaşım (özel araç/ambulans) araçlarıyla ulaşımını sağladığı görülmüştür.

Çalışmaya katılan hastaların acil servisi tercih nedenleri %38,8'i sağlık durumunun ciddiyeti, %33,1'i aile sağlığı merkezleri ve polikliniklerin özelliği ve %28,1'i acil servis hizmetinin özelliği olarak saptanmıştır. Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu ve algılanan gelir düzeyi ve en uzun süre yaşanan yer acil servis tercih nedeni ile anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışmamızda kronik hastalığın varlığı, düzenli ilaç kullanma ve daha önceden acil servis hizmeti alma ile acil servis hizmeti tercih nedenleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastaların acil servis hizmeti tercih nedenleri acil servise yapılan başvuru günü, başvuru saati, başvuru sonuçları, başvuru öncesi yapılan işlem ve başvuru şekliyle anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Acil servislerin başvuru nedenlerini sağlık durumunun ağırlığı dışındaki nedenlerin etkilediği görülmüştür. Acil servisler dışında aynı nitelikte ve her saat hizmet verilen acil olmayan hastaların başvurabileceği birimlerin oluşturulması, birinci basamak sağlık hizmetlerine hastaların yönlendirilmesi önerilmiştir. Yaşlılarda ve gençlerde acil servis tercih nedenleri farklı bulunduğundan yaş gruplarına göre başvuruların aciliyet durumunun değerlendirilebildiği, tercih nedenlerinin incelenebileceği araştırmalar yapılması önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Acil servis; sağlık hizmeti; tercih nedenleri;

SUMMARY
REPUBLIC of TURKEY
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

**Reasons to Preference The Service Among Adults Who Apply to
Emergency Service With Medical Causes**

Serdar ULAK
Department of Nursing

MASTER THESIS/KONYA 2019

Emergency departments are the units in which incessant health services are offered in cases of sudden illness, accident and injury. Knowing the reasons of preference of emergency services is important for the reasons of increasing density.

The study was carried out with the participation of 1107 patients / relatives who consult a state hospital emergency department. The data collection tool is a questionnaire which examines socio-demographic features, chronic disease status, emergency department experience, emergency department presentation features and the reasons for choosing emergency services. The data was collected by the researcher according to the notification of the patients.

Over 80.9% percent of the patients are between 18-64 age group, 67.7% are married and 34.5% are primary school graduates. It was found that 94% of the patients have social security and 73.4% live in the city center for a long time. It was found that 74.6% of the patients have no chronic disease, 74.4% don't use medicines regularly and 92.8% have emergency services. When the patients features who consult to the emergency department were examined, 66.7% consult on weekdays, 57.5% in 16: 00-07: 59, 62.5% are discharged after the application and 82.4% are discharged. It was observed that it doesn't perform any application before the application 67% of the patients came to the emergency service by means of fast transportation (private vehicle / ambulance).

The reasons of preference of the patients in the study were as follows: 38.8% severity of health status, 33.1% family health centers and polyclinics and 28.1% of emergency services. Age, educational status, working status, social security status and perceived income level and place of residence for a long period show a significant difference with respect to choice of emergency department. In our study, there is a significant relationship between the presence of chronic disease, regular use of medication, and emergency room service, and the reasons of choice of emergency services. The patients' choice of emergency services is determined to be related to the day of admission to the emergency department, admission time, admission results, admission procedure before and admission procedure.

It was seen that the reasons for referral of the emergency services are affected by the reasons other than the health status. In addition to the emergency departments, it has been proposed to establish units to which non-emergency patients who are given the same quality and service every hour, and to guide the patients to primary health care services. As the reasons for the choice of emergency services are different in the elderly and young people, it has been suggested that the urgency status of the applications can be evaluated according to age groups and the reasons for the preference can be examined.

Keywords:Emergency services; health care; reasons to choosing;

1. GİRİŞ

Bireyin ve toplumun sağlığının korunması, hastalıkların tedavi edilmesi, yeteneği ve becerisinde azalma olan bireylerin rehabilite edilmesi ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmalara sağlık hizmeti denir. Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılır (Öztek ve ark 2012). Tedavi edici sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti kuruluşları şeklinde gruplandırılır. İkinci basamak sağlık kuruluşlarını devlet ve özel hastaneler oluşturur (Aydın Avcı 2010, Öztek ve ark 2012). Acil servis sağlık hizmetleri ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında bireylerin, sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavisinin yapılması için verilen hizmetlerden oluşur (Resmi Gazete 2009).

Acil tıp, öngörölemeyen hastalıkların veya yaralanmaların teşhis ve tedavisine yönelik tıbbi uzmanlık alanıdır. Acil tıbbın uygulanması ilk değerlendirme, tanı, tedavi ve bakım koordinasyonunu sağlamayı içerir (American College of Emergency Physicians 2015). Acil servisler sağlık sistemi içinde yardım ve bakım isteyen hastalar için sürekli erişilebilir olan uzmanlık alanıdır (Schneider ve ark 1998). Acil tıbbi durumlar şiddetli akut semptomlar (ağrı vb) ya da ciddi yaralanmalar gibi acil tıbbi yardım gerektiren kişinin sağlık durumunu ciddi tehlikeye sokan, bedensel fonksiyonlara ciddi hasar veren ve herhangi bir bedensel organ veya dokularda işlev bozukluğu oluşturan durumları içerir (United Health Care 2016).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu yataklı tedavi kuruluşlarının bünyesinde yer alan, yedi gün 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti sunan birimlere acil servis denir (Resmi Gazete 2009, Weiss ve ark 2014). Acil servislerde düzeylerine göre muayene alanları, resisütasyon odası, müşahede odası, müdahale odası, triyaj alanı, primer tedavi birimi, görüntöleme ünitesi, izolasyon/ dekontaminasyon odası, travma odası ve kritik-yoğun bakım birimini bulundurur (Resmi Gazete 2009). Hastane acil servislerinde acil servis sorumlu hekimi, acil tıp uzmanı, acil tıp asistanı, pratisyen hekim, acil servis sorumlu ve klinik hemşiresi, acil servis triaj görevlisi, acil tıbbi teknisyen ve acil bakım teknikerleri gibi personeller görev almaktadır (Ekşi 2015).

Amerika’da 2014 yılında 18 yaş ve üstü nüfusun %18,6 ’sı en az bir kez ya da daha fazla acil servise müracaat etmiştir (Burwell ve ark 2015). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın verilerine göre ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru oranı 2002 yılından 2015 yılına kadar üç katından fazla artmış durumdadır. Kişi başı hekime başvuru sayısı 1,9 dan 5,3’e artmıştır. Acil servisler bu artıştan payını almıştır (Sağlık Bakanlığı 2016). Ülkemizde 2015 yılında yapılan toplam muayenelerin % 29,9’unu acil servislerde yapılan muayeneler oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015). Çevik ve Teki’nin yapmış olduğu çalışmada acil servise başvuru oranı toplam hasta başvuru oranının % 12,5’ini oluşturmaktadır (Çevik ve Teki 2014). Genellikle sağlık sorunları için acil servisi ilk başvuru yeri olarak görenler yaklaşık % 13 olarak saptanmıştır (Ersel ve ark 2006).

Acil servise başvuranlar, sağlık durumundaki tıbbi problemin ciddiyetinden ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına ulaşım eksikliğinden başvuranlar olmak üzere iki grup altında incelenmiştir. Sağlık durumunun ciddiyetinden başvuran bireyleri en çok sadece hastanede yardım alabileceğini düşünenler ve doktor muayenesi sonucunda ciddi sağlık sorunu saptananlar oluşturmuştur (Gindi ve ark 2012).

Acil servisler dışında sağlık hizmeti sağlayıcılara ulaşamadıklarında, mesai sonrası ve hafta sonunda, sevk edildiklerinde, sosyal güvencelerinin olmaması ya da kapsamı nedeniyle acil servisleri tercih etmişlerdir (New England Healthcare İnstitute 2010, Morganti ve ark 2013). Acil servis başvurularının incelendiği çalışmalarda acil servislerin güvenilir olması, ulaşımın yakın kolay, ücretsiz olması çoğu bakımın acil servislerde karşılanması ve sadece hastanelerden yardım alabileceklerini düşünmeleri gibi acil servislere başvurmuşlardır (Ersel ve ark 2006, Gindi ve ark 2012). Fitzgerald ve ark (2015) yapmış olduğu çalışmada ise acil servis tercih nedenleri (% 47,1) sağlık durumunun başka bir yere gidemeyecek kadar ağır olması, (% 26,1) başvuru sırasında başka sağlık hizmeti sunan bir yer olmaması, (% 11,1) acil servisi sağlık durumu için en uygun yer olarak görmeleri, (% 6,5) tüm olanaklara ulaşabilmesi, (% 5,8) hastaneye ulaşımın yakın, kolay ve ücretsiz olması ve (% 3,4) acil servis personellerinin daha uzman olduğunu düşünmesi olarak saptanmıştır (Fitzgerald ve ark 2015).

Polat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servise başvuranların çoğunluğunu kadın ve 50 yaş üzeri bireylerin oluşturduğu saptanmıştır (Polat ve ark

2005). Ersel ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada acil servis başvurularında cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve eğitim düzeyinin aciliyet algısını etkilediği görülmüştür. Başvuru yapan yaşlı ya da 04- 06 saatleri arasında başvuran hastaların aciliyet düzeyinin en uygun olduğu, bekar olanlar ve kadınların aciliyet uygunluğunun daha düşük olduğu saptanmıştır (Ersel ve ark 2006). Acil servise yapılan başvurularda hafta sonu ve mesai saatleri dışında başvuruların daha fazla olduğu saptanmıştır (Polat ve ark 2005, Emet ve ark 2007). Kanseri hastalarının incelendiği çalışmada düzenli gelirin olması, hastalığı hakkında bilgi sahibi olması ve tedavi şekline göre acil servise başvurma şikayetlerinde farklılığın olduğu saptanmıştır (Can ve ark 2013). Acil servis hizmeti deneyimi olan bireyler deneyimi olmayanlara göre ilk başvuru yeri olarak acil servisleri daha fazla tercih ettiği saptanmıştır (Fitzgerald ve ark 2015). Acil servislere daha sık başvuranlar arasında kronik hastalığı olanlar, ileri derecede engelli olanlar, madde kullanımı olanlar, zihinsel hastalığı olanlar ve kalp ve solunum sistemi rahatsızlığı olanlar sayılabilir. Tıbbi durumların yanına kazalar ve yaralanmalarda bu duruma eklenebilir (Heisler ve Tyler 2014).

Amerika’da yapılan bir çalışmada acil servise yapılan başvuruların %10,1’ini acil olmayan başvurular oluşturmuştur (Honigman ve ark 2013). Yaşar ve ark (2000)’nın yapmış olduğu çalışmada başvuran hastaların % 22,5 ’i acil tıbbi ve cerrahi müdahale gerektirmeyen hastalardan oluşmuştur (Yaşar ve ark 2000). Aciliyet yönünden başvurusu uygun olmayan hastaların oranı % 32,2 olarak saptanmıştır (Ersel ve ark 2006). Hastaların algıladıkları aciliyet durumlarına göre başvurularının incelendiği çalışmada acil olmayan ve az acil hastalar başvuruların %10’unu oluşturmuştur (Kubicek ve ark 2012). Acil servislerde oluşan yoğunluğun nedenleri en çok yatak sayısının yetersiz olması, hastaların sağlık durumlarındaki sorunların şiddetli artışı, acil servis başvurularının artışı, acil servislerin alan ve personel sıkıntısı ve acil olmayan hasta başvuruları olarak görülmüştür (Derlet ve ark 2001, Derlet ve Richards 2002, Olshaker ve Rathlev 2006). Acil servisler sürekli artan bir oranda hasta kabulünün kaynağı haline gelmiştir. Karmaşık tedavileri yerine getirmeye çalışmak ve seçilmeden hasta kabullerinin olması acil servislerin kullanımını ve yükünü arttırmıştır (Morganti ve ark 2013).

Acil servislerde artan yoğunluk ve tıkanıklıklar acil durumlarda tedavinin gecikmesine, yoğun bakım ihtiyacının artışına, pediatrik hastalarda teşhisin gecikmesine, hastaların detaylı olarak değerlendirilememesine neden olmaktadır (Derlet ve Richards 2002). Ölüm oranlarının artması, bakım kalitesinin düşmesi, sevklerin ve tedavinin gecikmesine, hastaların bakıma erişiminin engellenmesine ve mali kayıplara neden olmaktadır (Hoot ve Aronsky 2008). Acil servislerin fazla kullanımı bakım kalitesini düşürmekte ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Sternberg 2011). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre sağlık harcamaları GSYH'nin (gayri safi yurt içi hasıla) %5,4'ünü oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının yaklaşık olarak yarısını hastane harcamaları oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu 2015). Acil servislerde hastaların en sık şikayetçi olduğu konular bekleme süresi ve acil servislerin yoğunluğu olarak saptanmıştır (Yiğit ve ark 2010). Acil servislerde yaşanan yoğunluklar verimliliği, memnuniyetsizliği ve acil servislerin hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Altındış ve Ünal 2017).

Acil servislerin, sağlık hizmetinin sunumunda sürekliliği sağlamada hayati öneme sahip olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Hemşireler acil servis hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol almaktadırlar. Acil servis hemşiresinin hemşirelik bakımı, tıbbi tanı ve tedavinin uygulanmasında çeşitli görevleri vardır (Resmi Gazete 2011). Karmaşık bir ortam olan acil servislerde hemşireler sürekli strese maruz kalabildiği ve işe bağlı olarak gerginlik ve stres yaşadıkları görülmüştür (Tel ve ark 2012, Bilik 2015). Sağlık çalışanlarının işe bağlı stres yaşamalarının nedenlerine yönelik çalışmada hemşireler için en önemli nedenin iş yoğunluğu olduğu saptanmıştır (Tel ve ark 2003). Ayrıca sağlık alanında yapılan hataların nedenine yönelik çalışmada en çok hata nedenlerinden biride iş yükünün fazla olması olarak bulunmuştur (Er ve Altuntaş 2016).

Acil servislere başvuru sayısı gün geçtikçe daha da artmaktadır. Bu artış acil servis hizmetlerinde iş yükünün gereksiz yere artması, buna bağlı olarak hemşireler ve diğer çalışanlarda stres ve tıbbi hataların artmasını önemli derecede etkilemektedir. Bu artışın nedenlerine yönelik elde edilecek bulgular gereksiz başvuruların önlenmesine yönelik çözümler geliştirmesine katkı sağlayacaktır. Çalışmanın sonuçları hastaların başvuru nedenlerinin daha iyi anlaşılmasını ve

gereksiz başvuruları azaltılmasına yönelik stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Acil servislere yapılan başvurular üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır(Kılıçaslan ve ark 2005, Polat ve ark 2005, Köse ve ark 2011, Beylik ve ark 2016, Öner Şimşek 2018). Çalışmalar hasta kayıtlarının incelenmesi ile yapılmış olup retrospektif türdedir. Çalışmamız bireylerin başvurusu sırasında yapılmış olup bireylerin bildirimine dayalı olarak yapılmıştır.

Çalışmamızın amacı acil servislere tıbbi nedenlerle başvuran 18 yaş üstü bireylerin bu hizmeti tercih nedenleri, tercih nedenlerinin sosyo-demografik özellikler, sağlık özellikleri, acil servis hizmeti deneyimleri ve acil servis başvuru özellikleri ile ilişkisini incelemektir.

1.1. Araştırma Soruları

1. Bireylerin acil servisi tercih nedenleri nelerdir?
2. Acil servisi tercih nedenleri sosyo-demografik özelliklerle ilişkili midir?
3. Acil servisi tercih nedenleri kronik hastalığın varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu ve acil servis deneyim özellikleri ile ilişkili midir?
4. Acil servis tercih nedenleri acil servis başvuru özellikleriyle ilişkili midir?

1.2. Acil Tıp Nedir?

Acil tıbbi durum; ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma vb durumlarda gereken tıbbi müdahalenin hemen yapılmadığı veya geciktiği durumlarda ciddi sağlık sorunlarının oluşma ve/veya beden bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı durumlardır. Acil durumların değerlendirilmesi, tedavi edilmesi, yönlendirilmesi ve oluşmasının önlenmesi acil tıp sistemi başlığı altında toplanan tıbbi uygulamalarla sağlanır. Acil tıp sistemi hastane öncesi ve hastane içi olarak iki temel hizmet alanına ayrılabilir. Hastane öncesi hizmetler, genellikle acil sağlık hizmetleri ve hastane acil servis hizmetleri tıpta ayrı bir uzmanlık olan acil tıp uzmanlığı başlıkları altında toplanır. Hastane öncesi ve hastane acil sağlık hizmetleri koordinasyon içinde acil tıp sisteminin yürütülmesini sağlarlar (Atilla 2016).

1.3. Acil Sağlık Hizmetleri

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nde acil hal şu şekilde tanımlanmıştır. 'Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmetleri olarak adlandırılır (Resmi Gazete 2013b).

1.3.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetleri acil sağlık bakımının hastane öncesi ortama uzantısıdır. Hasta ve yaralılara sağlık bakımının ulaştırılması eski roma zamanlarına kadar uzanmaktadır. Günümüzde bildiğimiz haliyle temelleri acil sağlık hizmetinin temelleri 1960-1970' lerde gerçekleştirilen idari ve klinik gelişmelerle atılmıştır (Akbuğa Özel 2013).

Acil bakım, ani olarak hastalanan veya kazaya uğrayan kişiye en kısa zamanda, olay yerinde, çeşitli araç-gereç ve tıbbi malzeme kullanılarak, bu konuda eğitim almış kişiler tarafından yapılan girişimlerdir. Acil bakım, hastanenin acil servisinde, herhangi bir serviste ya da yoğun bakımda verilebildiği gibi hastane dışında da acil yardım ambulansları tarafından verilebilmektedir (Tabak 2007) Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri; hasta veya yaralıların hastaneye ulaştırılınca kadar geçen sürede yapılan acil bakım hizmetlerini kapsar. Acil sağlık hizmetleri ise acil hastalık ve yaralanma hâllerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsar.

Dünya'da hastane öncesi acil sağlık hizmetleri

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan iki model vardır.

Anglo-Amerikan Modeli; model "kucakla ve hızlı hareket et" felsefesine dayanmaktadır. Bu modelin amacı daha az hastane öncesi müdahalelerle hastanın hastaneye en kısa sürede taşınmasıdır. Genellikle paramedik ve acil tıp

teknisyenlerinin klinik gözetimi altında bu sistemi çalıştırırlar. Modeli uygulayan ülkelerin acil tıp alanı ayrı bir uzmanlık alanı olarak yer almaktadır. Türkiye, ABD, Kanada, Yeni Zelanda ve Avusturalya modeli uygulamaktadırlar (Ekşi 2015).

Franko-German Modeli; model hastalar için ‘‘ kal ve stabilize et’’ felsefesine dayanmaktadır. Modelde hastane hastanın ayağına getirilir ve uygulayıcılar olarak hekimler yer almaktadırlar. Genel sağlık sisteminin alt boyutu olarak yer almaktadır. Almanya, Fransa, Malta ve Avusturya gibi ülkeler modeli kullanmaktadır (Demir Özdenk 2017).

Türkiye’de hastane öncesi acil sağlık hizmetleri

Ülkemizde ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında bazı ana yollar ve turistik bölgelerde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri bir süre denenmiş ve bu organizasyon daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır. 1986 yılında da 077 Hızır Acil Servis olarak Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve maddi destek vermesi, Sağlık Bakanlığının hekim ve tıbbi malzeme desteği ile daha çok doktorlu hasta taşımacılığına benzer bir sistem ülkemizde kullanılmış ve şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde bir yasal düzenleme ile yeniden organize edilmiştir (Özcan 2016).

Acil sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenleme Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’ 11/05/2000 yılında yayınlanmış ve 2004 yılında güncellenmiştir. Çalışan birimlerin özelliği donanımı personel eğitimi, iletişim vb konular tanımlanmıştır. 07/12/2006 tarihinde Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği ile ambulansların özellikleri, acil hizmet birimlerinin tipleri çalışma ortamı ve görevler tanımlanmıştır. 24/01/2005 yılında İl Ambulans Servisi Çalışma Yönergesi istasyon ve ambulanslarda çalışan personelin görevleri ve sorumlulukları tanımlanmıştır (Özcan 2016).

Türkiye’ de 1993 yılında ilk defa Dokuz Eylül Üniversitesi’nde Anglo-Amerikan modelinde acil tıp anabilim dalı kurulmuş ve paramedik eğitimi başlamıştır. Ülkemizde bazı ambulanslarda Franko-German Modelindeki gibi bazı ambulanslarda hekimlerde görev yapmaktadır. Genel olarak sistem Anglo-Amerikan Modelindeki gibi ‘‘ kap ve götür’’ prensibi ile çalışmaktadır (Ekşi 2015).

1.3.2. Hastane Acil Sağlık Hizmetleri

Acil servis ilgili tebliğe göre sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı sağlık tesisleri bünyesinde yer alan birimler olarak tanımlanır (Resmi Gazete 2009).

Acil servis ani olarak hastalanan, yaralanan ve hayati tehlikesi olan kişilerin hastanede ilk başvurdıkları birimdir. Hastane acil servisleri 7 gün 24 saat görev yapan ve her türlü acil sağlık probleminin tedavisi için minimum uzmanlık alanlarını kapsayan hastaların ihtiyaçlarının karşılandığı hastane birimidir. Hastane acil servisinde görev yapan personel, ülkenin benimsemiş olduğu acil sağlık modeline göre farklılık gösterebilmektedir. Anglo-Amerikan Modele göre örgütlenmiş olan sistemlerde acil tıp uzmanları görev yaparken, Franko-German Modeline göre çalışan ülkelerde anestezi ve travma uzmanları görev yapmaktadır. Her iki modelde hizmetin sunumunda acil hemşireleri ve diğer sağlık profesyonelleri görev almaktadır. Ülkemizde 1993 yılından bu yana acil tıp uzmanlığı eğitimi verilmektedir. Acil tıp uzmanının yetersiz olduğu durumlarda pratisyen hekimler görev yapmaktadır (Ekşi 2015).

Hastane acil servisi gelen hasta veya yaralıya her türden tedavi ve acil müdahaleye cevap verilebilecek kapasite ve donanıma sahip olmalıdır. Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, giriş katta, ambulans ile direkt ulaşılabilir katta olan, görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

Acil servislerde asgari standarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahade odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında işleyişi aksatmayacak şekilde konumlandırılmış kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, bekleme yerleri ve lavabolar bulunur.

Modern acil servis işleyişinde iki tip hasta kabul şekli vardır. Birinci hasta kabul şeklinde kendi imkan ve olanaklarıyla gelen hastalardır. Hastalar mutlaka triaj alanında sınıflandırılarak ciddiye durumuna göre hastaların alacağı sağlık hizmeti organize edilmelidir. İkinci hasta kabul şekli ise ambulanslarla acil servise başvuran

bireylerin kabulüdür. Direkt olarak sorumlu hekime hasta tesliminin yapılması gerekmektedir (Ekşi 2015).

1.3.3. Hastane Acil Servislerinin Sınıflandırılması

16 Ekim 2009 yılında yayınlanan 27378 sayılı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ'e göre hastane acil servisi 3 seviyeye ayrılmaktadır. Madde 6 da bu seviyelendirme açıklanmaktadır. Buna göre " Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilmiştir (Resmi Gazete 2009).

Hastane acil servislerini seviyelendirilirken triyajda bulunan renk kodlamasına benzetilebilir. Hastane acil servisleri Yeşil, sarı ve kırmızı renk koduna göre de sınıflandırılabilir. Triage renk kodlamasına göre, acil servis hangi seviyede ise ona uygun hasta kabulünü gerçekleştirmektedir.

I. Seviye acil servis

I. seviye acil servis hizmetleri nöbetçi uzman tabip denetiminde, genellikle pratisyen hekimler tarafından, 1 veya 2 tane yardımcı sağlık personeli ile 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütülür. Uzman hekimler gerektiğinde hastaların, acil müdahalesi için, icap nöbeti (evde nöbet) tutan branşında uzman tabip çağrılır. I. seviye acil servis hizmetleri sunan aciller daha çok ayakta hastaların muayene edildiği, bu tip hastaların tetkik ve tedavilerinin yapılabilirdiği, gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği acil servislerdir (Resmi Gazete 2009).

I. seviye acil servisleri triyajda kullanılan renk kodlamasına göre, yeşil renk koduna sahip hasta veya yaralıların kabul edildiği acil servislerdir. I.seviye acil servislerinde ileri düzey acil bakım gerçekleştirilemeyeceği ve gerekli donanımına sahip olmadığı için daha hafif hastalık ve yaralanmalara müdahale edilmektedir.

Temel yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri kardiyak yaşam desteği, yoğun bakım gerektirmeyen hastaların müşahade biriminde takibi, ayaktan hasta bakımı gibi tedaviler uygulanarak hasta stabil hale getirilmektedir. I. seviye acil

servislerinde bu tedaviler yapılmaktadır. I. seviye acil servislerinde tedavi alanı 400 metrekareye kadar, bekleme alanı ise 30-50 metrekare arası bir alan üzerine kurulmalıdır. Bu alanlarda; Muayene alanları, resüsitasyon odası, müşahede odası, müdahale odası bulunması gereken birimlerdir. I. seviye acil servisleri 4-6 yatak kapasitesine sahiptir (Resmi Gazete 2009).

II. Seviye acil servis

II. seviye acil servis hizmetleri dahili veya cerrahi branşlardan en az birer uzmanın sorumluluğunda, 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmetinin verildiği, diğer branş uzmanlarının ise icap nöbeti yöntemiyle acil sağlık hizmetinin sunulduğu acil servisler oluşturur. Pratisyen tabiplerce acil hastalar karşılanır ve uzman düzeyinde acil sağlık hizmetleri 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak yürütülür. Gerektiğinde hastaların, acil müdahalesi için, icap nöbeti (evde nöbet) tutan branşında uzman diğer tabipler çağrılır. II. seviye acil servis hizmetleri sunan aciller hastaların uzman düzeyinde muayene edildiği, tetkik ve tedavilerinin yapılabildiği birimlerdir

II. seviye acil servislerinde yapılan müdahaleler I. Seviye acil servislere göre daha kapsamlı ve daha ileri düzeydedir. II. seviye acil servisleri triyaj renk kodu uygulamasına göre sarı kategorisinde değerlendirebiliriz. Sarı renk koduna sahip hasta veya yaralıların müdahalelerinin yapıldığı ve gerekli ekipmanın bulunduğu acil servisler bu gruba girmektedir. II. seviye acil servislerde aynı zamanda I. seviye acil servislerin de yapılan müdahaleler de gerçekleştirilmektedir.

“Temel yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri kardiyak yaşam desteği, uzman düzeyinde değerlendirme, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme imkanları, yoğun bakım gerektirmeyen hastaların müşahede biriminde takibi, ayaktan hasta bakımı gibi tedaviler uygulanarak hastanın stabil hale getirilmesi II. seviye acil servislerinde yapılmaktadır. II. seviye acil servislerinde tedavi alanı 400- 800 metrekareye kadar, bekleme alanı ise 50- 100 metre kare arası bir alan üzerine oluşturulmalıdır. Bu alanlarda; Muayene alanları, resüsitasyon odası, müşahede odası, müdahale odası, triyaj (Hemşire/ ATT/ sağlık memuru düzeyinde), primer tedavi birimi, görüntüleme ünitesi, izolasyon/dekontaminasyon odası bulunması gereken birimlerdir. Ayrıca II. seviye acil servisleri 6-12 yatak kapasitesine sahiptir (Resmi Gazete 2009).

III. Seviye acil servis

III. seviye acil servisleri daha kapsamlı servislerdir. Bünyesinde; dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşları vardır. 24 saat hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verir. Gerekğinde ihtiyaca göre, diğer branşlarda da hizmet vermektedir. 5 ve üzeri tabip ve üzeri yardımcı sağlık personeli bulunması gerekmektedir (Resmi Gazete 2009).

III. seviye acil servisleri daha ileri düzeyde acil müdahale imkanı sunmaktadır. Burada acil tedavi gereksinimi olan hasta veya yaralıların durumları çok daha acil ve birden fazla uzmanlık alanına ihtiyacı olan, aynı zamanda ileri düzeyde acil bakım gereksinimi olanlardır. III. Seviye acil servisleri de triyaj kodlamasına göre kırmızı kategorisinde saymamız mümkündür. III. seviye acil servislerde aynı zamanda II. ve I. seviye acil servislerde yapılan müdahalelerde yapılabilmektedir. Ancak II. ve I. seviye acil servislerde III. seviye acil servislerinde gerçekleştirilen acil bakım müdahaleleri yapılamamaktadır. III. seviye acil servisleri bünyesinde birçok birimi bulundurmakta ve daha kapsamlı çalışmaktadır. Bu alanda her türlü acil müdahale gerçekleştirilebilmektedir.

1.4.Triyaj

Triyaj sınıflandırma ve ayırma anlamı taşımaktadır. Hastane öncesi acil sağlık sisteminde özellikle kitlesel olaylarda, müdahale personelin yetersiz olduğu durumlarda, olay yerinde, ulaştırıldığı ve başvuru alan sağlık kuruluşlarında, hasta ve yaralıların sınıflandırılması ve beklenen yarara göre sağlık hizmetinin sunulmasıdır (Ekşi 2015, Türkdemir 2016).

Hastaların hangi tedavi kurumlarına gitmesi gerektiği ve ne düzeyde sağlık bakımı alacaklarına karar verilmesi gerekliliğinde hasta seçim işlemi yapılmasına triyaj denir. Hasta başvurusunun planlanmadığı, hasta yoğunluğu ve aktif çalışmanın olduğu acil servis ünitelerinde önceliğin belirlenmesi ve triyaj uygulamasının yapılması önem taşımaktadır (Ataseven Tarhan ve Akın 2016). Hasta sayısının kurumun kapasitesini aşmadığı durumlarda yaşamsal risk oluşturulan hastalar öncelikle tedavi edilmelidir. Hasta sayısının kurumun kapasitesini aştığı

durumda en fazla yaşam şansı olan hastalara ve kısa sürede girişimde bulunulabilecek hastalar öncelikli tedavi edilmelidir (Özbaş 2008).

Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin sunumunda kullanılan en geçerli triaj modeli START (Simple Triage and Rapid Treatment) modelidir. Sınıflandırma sonrası uygun sağlık hizmeti verilir. Kırmızı renk ciddi hastalığı ya da yaralanması olan, sarı renk durumları ciddi ancak anında tedavi gerektirmeyen, yeşil renk bilinci açık tıbbi bakıma acilen gereksinim duymayan, siyah renk ise solunumu olmayan, ölü ya da ölü olarak kabul edilen hastalar veya yaralıların sınıflandırma şeklidir (Gürler 2017).

Ülkemizde hastane acil servislerinde triaj uygulaması renk kodlaması şeklinde yapılandırılmıştır. İlgili tablo oluşturularak hastalık ve yaralanmalar sınıflandırılarak aciliyetin derecesi belirlenmeye çalışılmıştır (Tablo 1). Tablonun renklerine uygun hastalıklar düzenlenmiştir ve acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar bu uygulamayla korunmaya çalışılmıştır. Acil servislerin girişinde Sağlık Bakanlığı'na düzenlenmiş halde panolar mevcut olup, renk dağılımları hastalığın şiddetine göre uluslararası normlara uygun olacak şekilde açıklamalar eklenerek sınıflandırılmıştır (Resmi Gazete 2009).

Çizelge 1.1. Renk kodlaması ve triaj uygulaması.

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ	ÖRNEK DURUMLAR
Kırmızı	Kategori 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resusitasyon) odasına alınacaktır.	* Kardiyak arrest * Solunumsal arrest * Havayolu tıkanıklığı riski * Major çoklu travma * Solunum sayısı < 10/dakika * Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk eden çocuk veya infantlar * Devam veya uzamış nöbet
	Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.	* İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtı veya hipoventilasyonda olması * Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabilir ise pulseoksimetri değerinin<%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar * Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski * Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı<50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon * Akut hemiparazi/disfazi * Letarji ile birlikte ateş (her yaş) * İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması * Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma * Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı -Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı * Davranışsal/Psikiyatrik -Şiddet içeren agresif davranışlar -Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

Çizelge 1.1.(Devam). Renk kodlaması ve triaj uygulaması.

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ	ÖRNEK DURUMLAR
Sarı	Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği * Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı * Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) * Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta * İnatçı kusma * Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta * Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı * 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta * Şiddetli karın ağrısı olan hasta * Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması * Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk * Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar. (Solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum skoru % 80'i olan hastalardır)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	* Basit kanamalar * Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları * Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu * Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları * Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller * Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim * Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular * Şiddetli olmayan karın ağrısı * Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar

Çizelge 1.1. (Devam). Renk kodlaması ve triaj uygulaması.

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ	ÖRNEK DURUMLAR
Yeşil	Kategori 1: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir.	* Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti * Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler
	Kategori 2: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler.	* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı * Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü * Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Çalışma bir devlet hastanesi acil servisine tıbbi nedenlerle başvuran 18 yaş üstü bireylerin bu hizmeti tercih nedenleri, tercih nedenlerinin bazı değişkenlerle ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma yürütüldüğü Karaman Devlet Hastanesi Acil Servisi kalite standartlarına göre ikinci basamak özelliklere sahiptir. Karaman Devlet Hastanesi acil servisi kırmızı alan, sarı alan, yeşil alan çocuk acil ve kadın doğum acil olmak üzere beş kısımdan oluşmaktadır. Kırmızı alanda dokuz, sarı alanda dokuz, çocuk acil kısmında 11, kadın doğum acil kısmında da dört olmak üzere 33 müşahade odası bulunmaktadır. Sarı alan da üç, yeşil alanda iki ve çocuk polikliniğinde iki muayene odası bulunmaktadır. Acil serviste ayrıca tiraj odası, enjeksiyon –pansuman odası, resüsitasyon odası, travma odası, dekontaminasyon odası ve yanık odası vardır.

Acil serviste 4 acil tıp uzmanı, 15 pratisyen hekim, 13 acil tıbbi teknisyeni, 7 sağlık memuru 14 ebe ve 29 hemşire görev yapmaktadır. Hastane acil servisinde 24 saatlik nöbet diliminde 1 acil tıp uzmanı 4 pratisyen hekim ve 16 yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Kırmızı alanda acil tıp uzmanı, sarı alanda 2 pratisyen hekim, yeşil ve çocuk acil bölümlerinde 1'er pratisyen hekim görev almaktadır. Sarı alanda 6, kırmızı alanda 4, çocuk acilde 3, kadın doğum acil, yeşil alan ve triaj alanında birer yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Yeşil alan ve triaj bölümü saat 24:00 de kapanmaktadır. Sarı alanda saat 24:00'den sonra 4 yardımcı sağlık personeli ile hizmete devam etmektedir. Çalışmanın yapıldığı acil serviste 2017 yılı Mayıs ayında yeşil alanda 5332 ve sarı alanda 6612 olmak üzere toplam 11944 medikal nedenlerle hasta başvurusu alınmıştır.

2.3. Araştırma Evreni

Karaman Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne tıbbi nedenlerle başvuran 18 yaş ve üzeri tüm bireyler araştırmanın evreni olarak kabul edilmiştir.

2.3.1. Örnek Büyüklüğü

Türkiye’ de toplam muayenelerin % 29,9’unu acil servis başvuruları oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2015). Bu orana 0.09 kadarlık mutlak yüzde puanı içinde %95 güvenle ulaşabilmek için gerekli örneklem büyüklüğü, Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanmış tabloda (‘P’yi E kadarlık göreceli yüzde puanı içinde %95güvenle kestirmek için gerekli örneklem büyüklüğü’) 1107 olarak önerilmiştir(Lemeshow ve ark, 2000).

2.3.2. Örnek Seçim Yöntemi

Acil servise tıbbi nedenlerle başvuran bireylerin alındığı olasılıksız seçim yöntemlerinden geliş güzel örneklem yöntemi kullanılmıştır.

örnekleme dahil edilme kriterleri;

Sarı ve yeşil alana başvuran yetişkinler çalışmaya dahil edilmiştir.

Kırmızı ve kadın doğum alanlarına başvuran bireyler çalışma dışı bırakılmıştır.

2.4. Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu (EK-A) kullanılmıştır (Loria-Castellanos ve ark 2010, Gindi ve ark 2012, Payza 2014, Fitzgerald ve ark 2015)

2.4.1. Anket Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu beş bölüme ayrılmaktadır.

Birinci bölüm sosyo-demografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, birlikte yaşanan kişiler, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencenin olma durumu ve en uzun yaşanan yer) sorgulandığı dokuz sorudan oluşmaktadır.

İkinci bölüm kronik hastalığın olması ve düzenli ilaç kullanma durumunu sorgulamaktadır.

Üçüncü bölüm acil servis hizmeti deneyimlerinin (daha önce acil servise başvurma durumu ve son bir yıl içerisinde kaç defa acil servise başvurduğu) sorgulandığı iki sorudan oluşmaktadır.

Dördüncü bölüm acil servise başvuru özellikleriyle (başvurduğu gün, başvuru saati, başvuru sonucu, acil servise geliş şekli ve başvuru öncesi herhangi bir müdahalede bulunma durumu) ilgili altı sorudan oluşmaktadır.

Son bölüm acil servis hizmeti tercih nedenlerine (sağlık durumunun ciddiyeti, aile hekimliği veya polikliniklerin kapalı olması, acil servisin yakın olması, aile hekimliğine ulaşımın güç olması çoğu bakımın acil serviste karşılanması, randevu olmaması ve testlerin hızlı yapılması, acil servise hasta kabulünün ücretsiz olması. aile hekimliği biriminde yeterli hizmeti alamayacağının düşünülmesi) yönelik sekiz sorudan oluşmaktadır.

Literatür doğrultusunda yapılan çalışmalarda acil servis hizmeti tercih nedenleri incelendiğinde nedenler sağlık durumunun ciddiyeti, aile sağlığı merkezleri ve polikliniklerin özelliği ve acil servislerin özelliği olmak üzere üç kategoride gruplandırılmıştır.

- ✓ Sağlık durumunun ciddiyetinden dolayı başvuru,
- ✓ Sağlık hizmeti sunan diğer birimlerin kapalı ya da uzak olması veya ulaşım güçlüğünden dolayı başvuru,
- ✓ Acil servis sağlık hizmetlerinin hızlı, kapsamlı ve hasta kabulünün ücretsiz olmasından dolayı başvuru şeklinde acil servis hizmeti tercih nedenleri olarak gruplandırılmıştır.

2.4.2. Veri Toplama Tekniği

Veriler 2017 yılı Mayıs ayında toplanmıştır.Verilerin toplanması için gündüz ve gece başvuru yoğunluğu ve başvuru nedenlerinde farklılaşma olabileceği düşünülerek iki haftalık farklı zaman dilimleri planlanmıştır. Örneklem büyüklüğu hesaplanması sonrası iki haftalık zaman dilimi planlanmıştır. Günler 08:00–15:59 ve 16:00- 07:59 saat dilimleri olmak üzere ikiye ayrılmıştır. İlk hafta veriler birinci zaman diliminde, ikinci hafta veriler ikinci zaman diliminde toplanmıştır. Veriler

araştırmacı tarafından başvuru yapan bireyler veya yakınlarının öz-bildirim ile muayene sonrası gözlemlerde ya da taburculuk esnasında toplanmıştır.

2.5. Ön Uygulama

Araştırma öncesi araştırmacı tarafından acil servise başvuran 10 hastaya sorular okunup cevaplamaları istenmiştir. Bütün soruların anlaşılır olduğu ve araştırma soruları için yeterli olduğu görülmüştür.

2.6. Değişkenler

2.6.1. Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik özellikleri, (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu)

Sağlık özelliği, (Kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma durumu)

Acil servis deneyimleri, (daha önce acil servise başvurma durumu)

Acil servis başvuru özellikleri (şikayetlerinin mesai saati sonrası çıkması).

2.6.2. Bağımlı Değişkenler

Hastaların acil servisi tercih nedenleri,

- ✓ Sağlık durumunun ciddiyetinden dolayı başvuru,
- ✓ Sağlık hizmeti sunan diğer birimlerin kapalı ya da uzak olması veya ulaşım güçlüğünden dolayı başvuru,
- ✓ Acil servis sağlık hizmetlerinin hızlı, kapsamlı ve hasta kabulünün ücretsiz olmasından dolayı başvuru.

2.7. Verilerin Analizi

Verilerin analizinde istatistiksel hesaplamalar IBM (SPSS 20 (free-version) programında yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri

grupların karşılaştırmalarında Kruskal Wallis Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn Test kullanılmıştır. Tercih nedenlerinin sosyo demografik, sağlık, acil servis deneyim ve acil servis başvuru özellikleri ile ilişkisini incelemek amacıyla Pearson Chi- Square Test (X^2) analizleri yapılmıştır. Anlamlılık en az $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.8. Etik Boyutu

Araştırma öncesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ‘nin 08/05/2017 tarih ve E-2412 sayılı yazılı izni alınmıştır (Ek-B). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 28/04/2017 tarih ve 2017/16 sayılı kararı ile araştırmanın uygulanması için onay alınmıştır (Ek-C). Veri toplama aşamasında anketler uygulama öncesi çalışmanın amacı, önemi ve bilgilerin gizliliği ile ilgili olarak bireylere açıklama yapılarak ve onamları alınarak çalışmaya katılmaları sağlanmıştır.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ✓ Araştırmanın yapıldığı acil servislerde başvuru yoğunluğuna bağlı olarak zamanın kısıtlı olması,
- ✓ Bireylerin yoğunluk ve sağlık durumuna bağlı olarak çalışmaya katılmak istememeleri,
- ✓ Sağlık durumundaki ciddiyeet durumunun bireylerin öz-bildirimine dayalı olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

3. BULGULAR

Bir kamu hastanesi acil servisine tıbbi nedenlerle başvuran 18 yaş üstü bireylerin acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sosyo-demografik, sağlık, acil servis hizmeti deneyim ve acil servis başvuru özellikleri ile ilişkisini incelemek ve tercih nedenlerini saptamak amacıyla yapılan çalışmada 1107 bireyden elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

1. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik, kronik hastalık ve acil servis deneyim özellikleri ve acil servisi tercih nedenlerine ait tanımlayıcı bulgular,
2. Araştırmaya katılan hastaların acil servisi tercih nedenlerinin sosyo-demografik özellikler, kronik hastalığa sahip olma, düzenli ilaç kullanma, acil servis hizmeti deneyim ve acil servis başvuru özellikleri ile ilişkisine yönelik bulgular,

3.1. Hastaların Sosyo-Demografik, Kronik Hastalık ve Acil Servis Deneyim Özellikleri ve Acil Servisi Tercih Nedenlerine Ait Tanımlayıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ve kronik hastalığa sahip olma durumu, acil servis hizmeti deneyim özellikleri, acil servise başvuru özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular çizelgeler halinde gösterilmektedir.

Çizelge 3.1.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=1107).

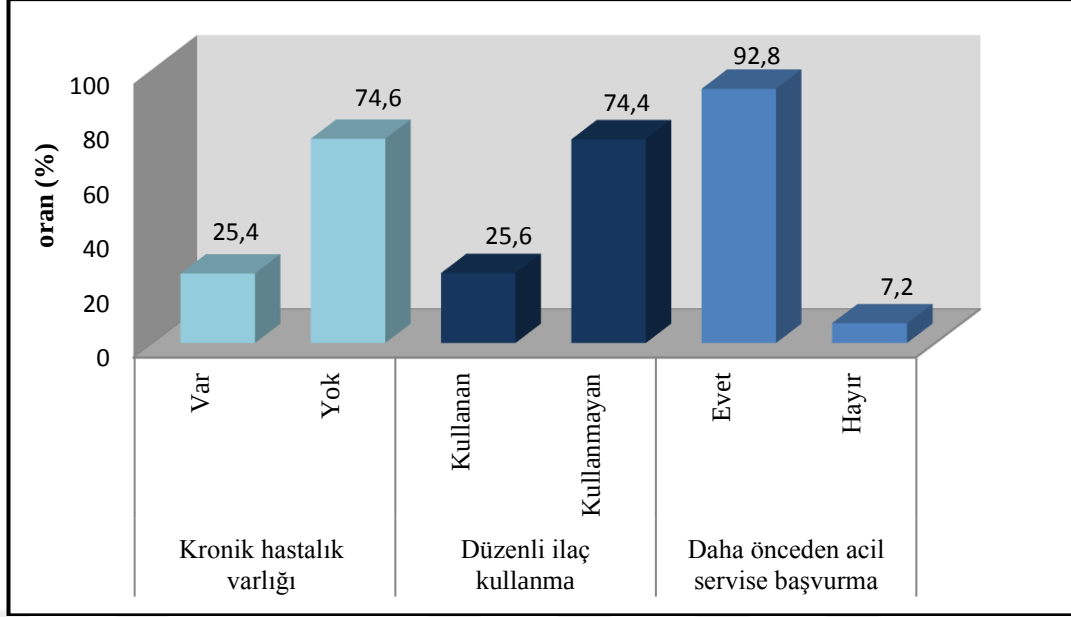
Sosyo-Demografik Özellik	n	%
Yaş		
18-64	896	80,9
65 ve 	211	19,1
Cinsiyet		
Erkek	541	48,9
Kadın	566	51,1
Medeni Durum		
Bekar	254	22,9
Evli	749	67,7
Boşanmış	104	9,4
Yaşanılan Kişiler		
Yalnız	76	6,9
Aile ile birlikte	885	79,9
Akrabalarla	56	5,1
Arkadaşlarla	90	8,1
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	85	7,7
İlkokul	382	34,5
Ortaokul	111	10,0
Lise	266	24,0
Üniversite	263	23,8
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	487	44,0
Çalışmıyor	620	56,0
Sosyal Güvence Durumu		
Var	1041	94,0
Yok	66	6,0
Algılanan Gelir Durumu		
İyi	152	13,7
Orta	775	70,0
Kötü	180	16,3
En Uzun Süre Yaşanılan Yer		
Köy	152	13,7
İlçe	143	12,9
İl	812	73,4

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde bireylerin %80,9'nun 64 yaş ve altında olduğu (yaş ortalaması 42,81±19,906) %51,1'nin kadın, %67,7'sinin evli, %79,9'unun ailesiyle birlikte yaşadığı, %34,5'ünün ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %56'sının herhangi bir işte çalışmadığı, %94'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %70'inin algılanan gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve %73,4'ünün en uzun süre ile il merkezinde yaşadığı görülmektedir (Çizelge 3.1.1).

Çizelge 3.1.2. Hastaların sağlık ve acil servis deneyim özelliklerine göre dağılımı (n=1107).

Özellik	n	%
Kronik hastalık durumu		
Var	281	25,4
Yok	826	74,6
Düzenli ilaç kullanma durumu		
Kullanan	283	25,6
Kullanmayan	824	74,4
Daha önceden acil servise başvurma durumu		
Evet	1027	92,8
Hayır	80	7,2

Çalışmaya katılan hastaların ayrıca %74,6 sının kronik hastalığa sahip olmadığı, %74,4 düzenli bir ilaç kullanmadığı görülmüştür. Hastaların %92,8 'inin daha önceden acil servis hizmeti aldığı saptanmıştır (Çizelge 3.1.2).



Şekil 1: Kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı ve daha önceden acil servise başvurma durumlarının dağılımı

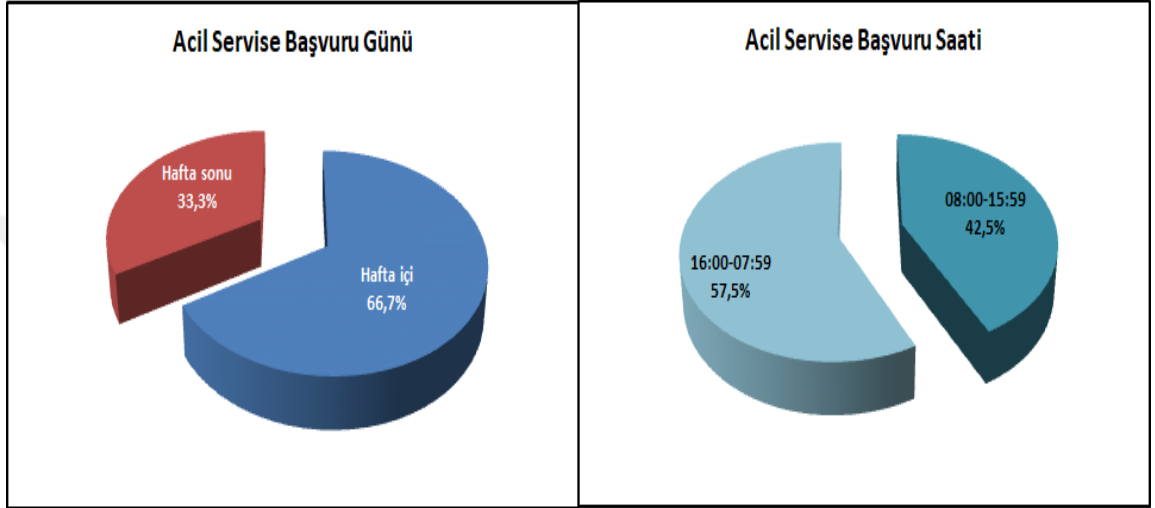
Çizelge 3.1.3. Hastaların acil servis hizmeti başvuru özelliklerine göre dağılımı (n=1107).

Özellik	n	%
Acil servise başvuru yapılan gün		
Hafta içi	738	66,7
Hafta sonu	369	33,3
Acil servise başvuru saati		
08:00-15:59	470	42,5
16:00-07:59	637	57,5
Yapılan başvurunun sonuçlandırılma durumu		
Taburcu	692	62,5
Gözlemde takip	374	33,8
Yatış/sevk	41	3,7
Başvuru öncesi yapılan işlemlerin durumu		
Herhangi bir işlem yapmadım	912	82,4
Aile hekimime danıştım	21	1,9
İlaç aldım	110	9,9
Bildiğim diğer tedavi edici diğer ürünleri kullandım	20	1,8
Belirli bir süre takip ettim	44	4,0
Acil servise geliş şekli		
Hızlı ulaşım araçları*	742	67,0
Yavaş ulaşım araçları**	365	33,0

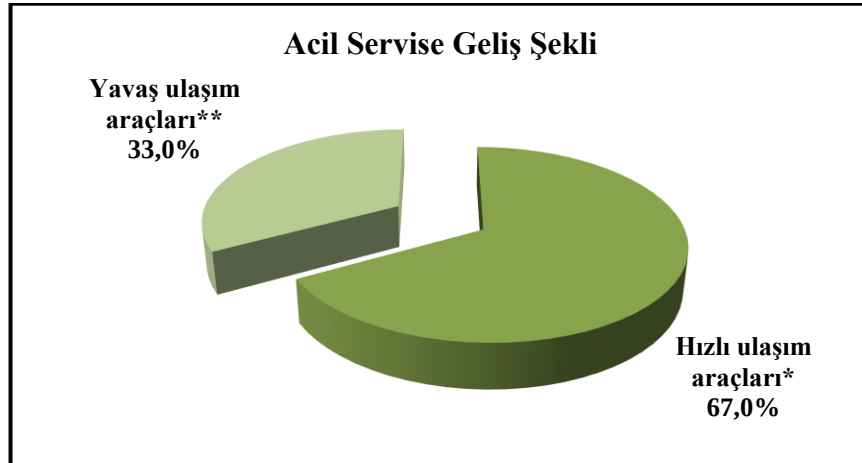
* özel araç/ ambulans

** Yaya olarak, diğer

Çalışmaya katılan hastaların acil servise başvuru özellikleri incelendiğinde %66,7'sinin hafta içi, %57,5'inin 16:00-07:59 saat diliminde, %62,5'inin başvuru sonucu taburcu edildiği, %82,4'ünün başvuru öncesi herhangi bir uygulama yapmadığı ve %78,5'ininde acil servise kendi imkanlarıyla ulaşımını sağladığı görülmüştür.(Çizelge 3.1.3).



Şekil 2: Acil servise başvuru günü ve saatinin dağılımı



Şekil 3 : Acil servise başvuru günü ve saatinin dağılımı

Çizelge 3.1.4. Acil servisleri tercih nedenleri (n=1107).

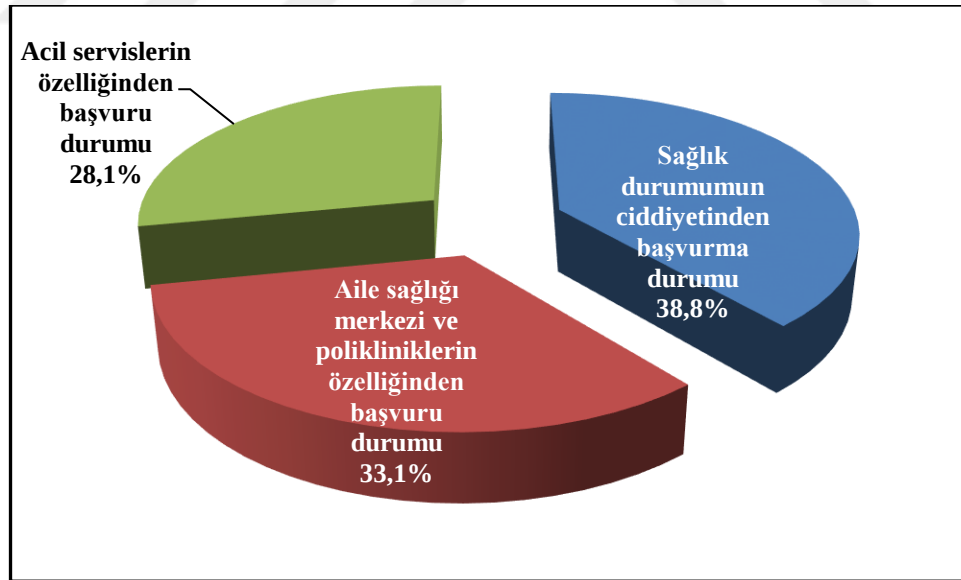
Tercih nedenleri	n	%
Sağlık durumunun ciddiyetinden başvurma durumu*	430	38,8
Aile sağlığı merkezi ve polikliniklerin özelliğinden başvuru durumu**	366	33,1
Acil servislerin özelliğinden başvuru durumu***	311	28,1

*Sağlık durumunun ciddiyetinden başvurular.

** Sağlık hizmeti sunan diğer birimlerin kapalı (%23,8) ya da uzak olması (%9,8) veya ulaşım güçlüğünden (%1,8) dolayı başvurular.

*** Acil servis sağlık hizmetlerinin hızlı (%16,4), kapsamlı (%7,1) ve hasta kabulünün ücretsiz olması (%1,0) ve aile sağlığı merkezinde yeterli hizmeti alamayacağı düşüncesinden (%6,9) başvurular.

Çalışmaya katılan hastaların acil servis tercih nedenleri kendi arasında gruplandığında %38,8'sinin sağlık durumunun ciddiyetinden, %33,1 'sinin aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden ve %28,1'inin acil servis hizmetinin özelliğinden başvuru yaptığı görülmüştür.



Şekil 4: Acil servisleri tercih nedenlerinin dağılımı

3.2. Acil Servis Hizmeti Tercih Nedenlerinin Sosyo Demografik, Sağlık, Acil Servis Hizmeti Deneyim ve Acil Servis Hizmeti Başvuru Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde hastaların acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sosyo-demografik, sağlık, acil servis hizmeti deneyim ve acil servis hizmeti başvuru özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.2.1. Acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı (n=1107).

Acil Servis Tercih Nedenleri							
Özellik	Sağlık Durumunun Ciddiyetinden Başvuranlar (n=430)		Aile Hekimliği ve Polikliniklerin Özelliklerinden Başvuranlar (n=366)		Acil Servislerin Özelliklerinden Başvuranlar (n=311)		Önemlilik Testi
Yaş							
Min-Mak (Medyan)	18-94 (46)		18-94 (34)		18-92 (36)		$X^2=42,500^a$
Ort+SD	48,41±21,89		39,12±18,09		39,41±17,15		$p<0,001^{**}$
	n	%	n	%	n	%	
64 ve ↘	303	33,8	317	35,4	276	30,8	$X^2=50,498^b$
65 ve ↗	127	60,2	49	23,2	35	16,6	$p<0,001^{**}$
Cinsiyet							
Erkek	201	37,2	195	36,0	145	26,8	$X^2=4,253^b$
Kadın	229	40,5	171	30,2	166	29,3	$p=0,119$
Medeni Durum							
Bekar	88	34,6	95	37,4	71	38,0	$X^2=7,656^b$
Evli	291	38,9	245	32,7	213	28,4	$p=0,105$
Boşanmış	51	49,0	26	25,9	27	26,0	
Eğitim Durumu							
Okur-Yazar	46	54,1	17	20,0	22	25,9	$X^2=48,198^b$
İlkokul	178	46,6	110	28,8	94	24,6	$p<0,001^{**}$
Ortaokul	36	32,4	28	34,2	37	33,3	
Lise	84	31,6	84	31,6	98	36,8	
Üniversite	86	32,7	117	44,5	60	22,8	

^aKruskall Wallis Test

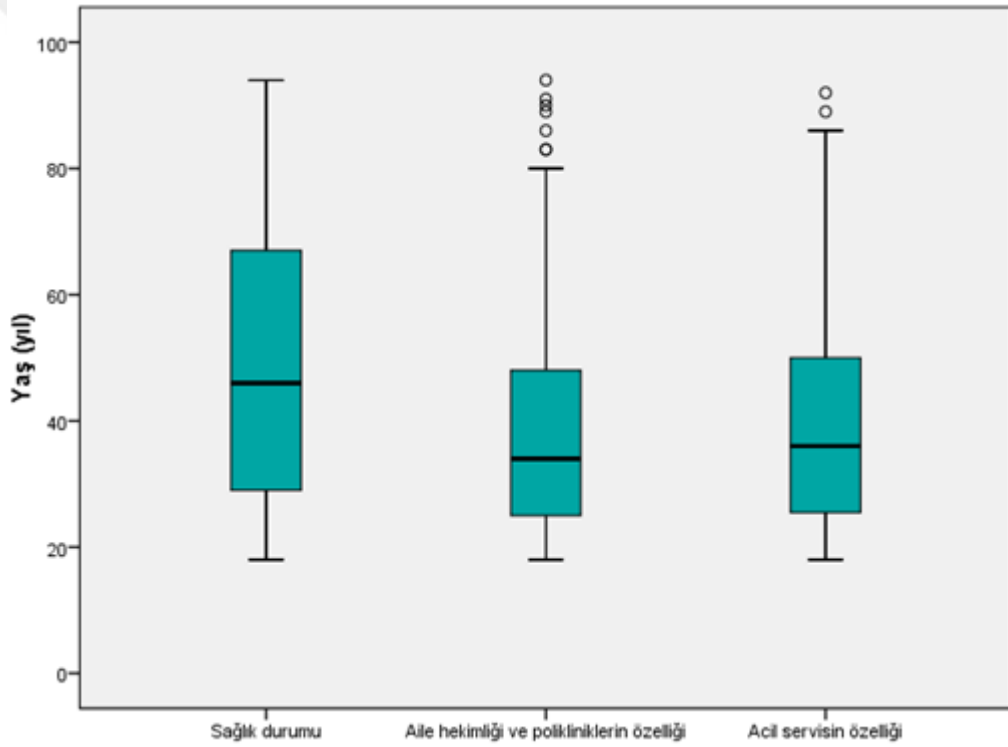
^bPearson Chi- Square Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

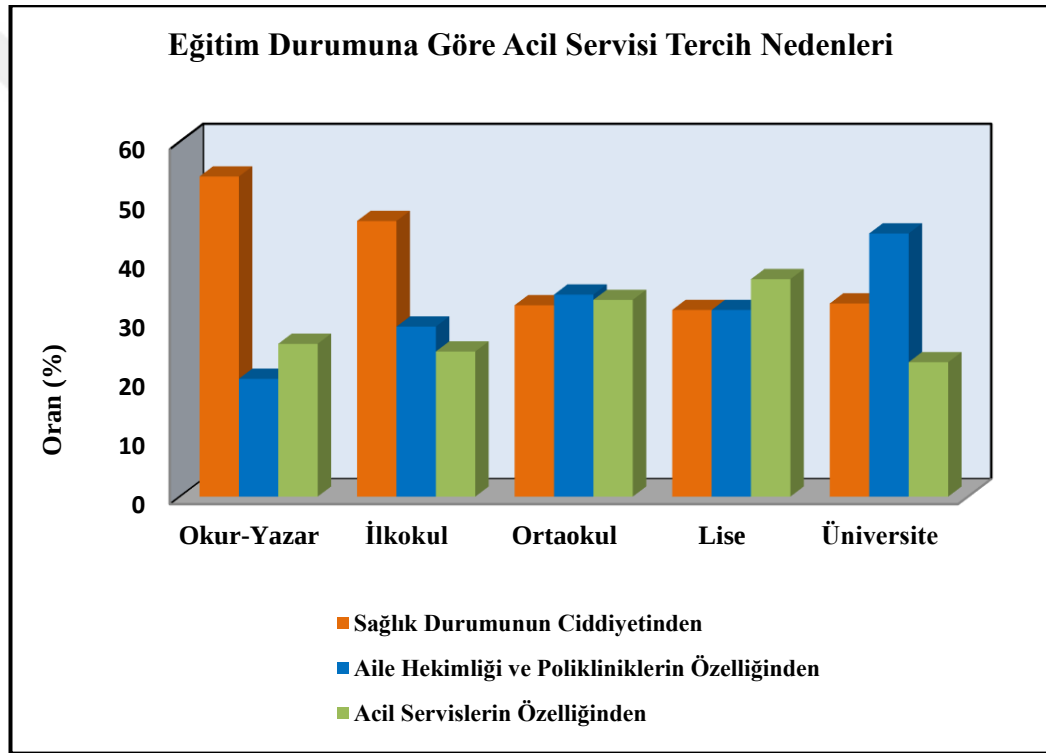
Hastaların acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sosyo- demografik özelliklere farklılık gösterip göstermediğine yönelik istatistiki incelemede (Çizelge 3.2.1) acil servis tercih nedenlerinin cinsiyet ve medeni durumla ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaş ve eğitim durumu acil servis tercih nedeni ile ilişkilidir ($p<0,05$).

Yaş düzeyine göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Sağlık durumunun ciddiyetinden başvuranların yaş düzeyleri, aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden ve acil servislerin özelliğinden başvuranlardan yüksektir.



Şekil5: Acile başvurma nedenlerine göre yaş dağılımları

Eğitim durumuna göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Okuryazar ve ilkokul mezunlarında sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı diğer eğitim gruplarından yüksektir. Üniversite mezunlarında aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı okuryazar olan, ilkokul mezunu ve lise mezunu olanlardan yüksektir. Ortaokul mezunlarında aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı okuryazar olan ve ilkokul mezunu olanlardan yüksektir. Lise mezunlarında acil servislerin özelliğinden başvurma oranı ilkokul ve niversite mezunlarından yüksektir. Ortaokul mezunlarında acil servislerin özelliğinden başvurma oranı niversite mezunlarından yüksektir.



şekil 6: Eğitim durumuna göre acile başvurma nedenlerinin dağılımları

Çizelge 3.2.2. Acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sosyo demografik özelliklerine göre dağılımı (n=1107).

Acil Servis Tercih Nedenleri							
Özellik	Sağlık Durumunun Ciddiyetinden Başvurular (n=430)		Aile Hekimliği ve Polikliniklerin Özelliğinden Başvurular (n=366)		Acil Servislerin Özelliğinden Başvurular (n=311)		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Yaşanılan Kişiler							
Yalnız	31	40,8	21	27,6	27	31,6	$X^2=7,357^b$
Aile	339	38,3	291	32,9	255	28,8	$p=0,289$
Akrabalarla	27	48,2	16	28,6	13	23,2	
Arkadaşlarla	33	36,7	38	42,2	19	21,1	
Herhangi Bir İşte Çalışma Durumu							
Çalışıyor	136	27,9	190	39,0	161	33,1	$X^2=43,631^b$
Çalışmıyor	294	47,4	176	28,4	150	24,2	$p<0,001^{**}$
Sosyal Güvence Durumu							
Var	396	38,0	353	33,9	292	28,0	$X^2=6,705^b$
Yok	34	51,5	13	19,7	19	28,8	$p=0,035^*$
Algılanan Gelir Düzeyi							
İyi	63	41,4	55	36,2	34	22,4	$X^2=16,761^b$
Orta	276	35,6	266	34,3	233	30,1	$p=0,002^{**}$
Kötü	91	50,6	45	25,0	44	24,4	
En uzun süre yaşanılan yer durumu							
Köy	92	60,5	36	23,7	24	15,8	$X^2=40,279^b$
İlçe	41	28,7	60	42,0	42	29,4	$p<0,001^{**}$
İl	297	36,6	270	33,3	245	30,2	

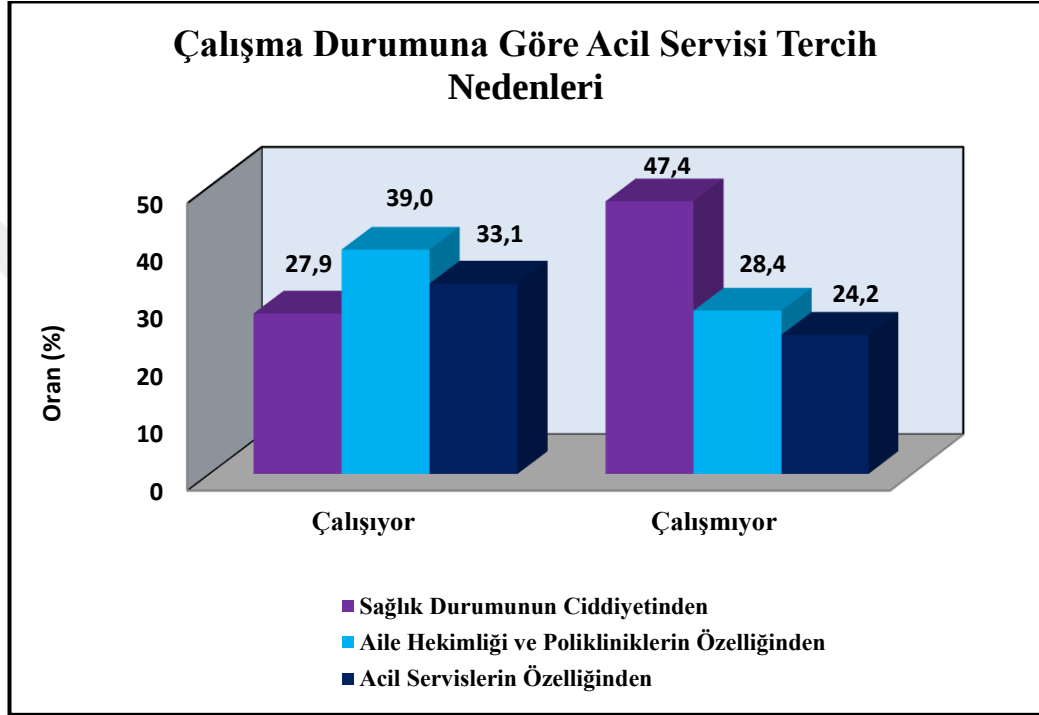
^bPearson Chi- Square Test

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Hastaların acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sosyo-demografik özelliklere farklılık gösterip göstermediğine yönelik istatistiki incelemede (Çizelge 3.2.2) acil servis tercih nedenlerinin yaşanılan yerle ilişkili olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışma durumu, sosyal güvence durumu, algılanan gelir düzeyi ve en uzun süre yaşanılan yer acil servis tercih nedeni ile ilişkilidir ($p<0,05$).

Herhangi bir işte çalışma durumuna göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Çalışmayan olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı çalışanlardan yüksektir. Çalışan olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden ve acil servislerin özelliğinden başvurma oranı çalışmayanlardan yüksektir.



Şekil 7: Çalışma durumuna göre acile başvurma nedenlerinin dağılımları

Sosyal güvence varlığına göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,035$; $p<0,05$). Güvencesi olmayan olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı güvencelilerden yüksektir. Güvencesi olan olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı güvencesizlerden yüksektir.

Gelir düzeyine göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,002$; $p<0,01$). Gelir düzeyi kötü olanlarda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı orta düzey gelirliilerden yüksektir. İyi ve orta düzey geliri olan olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı kötü gelire sahip olanlardan yüksektir.

En uzun süre yaşanan yere göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Köyde yaşayanlarda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı ilçede ve ilde yaşayanlardan yüksektir. İlçede yaşayanlarda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı köyde ve ilde yaşayanlardan yüksektir. İlde yaşayanlarda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı köyde yaşayanlardan yüksektir. İlçede ve ilde yaşayanlarda acil servislerin özelliğinden acile başvurma oranı köyde yaşayanlardan yüksektir.

Çizelge 3.2.3. Hastaların acil servis hizmeti tercih nedenlerinin sağlık ve acil servis hizmeti deneyim özellikleriyle ilişki durumu (n=1107).

Acil Servis Tercih Nedenleri							
Özellik	Sağlık Durumunun Ciddiyetinden Başvurular (n=430)		Aile Hekimliği ve Polikliniklerin Özelliğinden Başvurular (n=366)		Acil Servislerin Özelliğinden Başvurular (n=311)		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Kronik Hastalık Var Olma Durumu							
Var	168	59,8	57	20,3	56	19,9	$X^2=70,057^b$
Yok	262	31,7	309	37,4	255	30,9	$p<0,001^{**}$
Düzenli İlaç Kullanma Durumu							
Kullanıyor	166	58,7	60	21,2	57	20,1	$X^2=63,161^b$
Kullanmıyor	264	32,0	306	37,1	254	30,8	$p<0,001^{**}$
Daha önceden acil servis hizmeti alma durumu							
Evet	401	39,0	323	31,5	303	29,5	$X^2=21,361^b$
Hayır	29	36,2	43	53,8	8	10,0	$p<0,001^{**}$

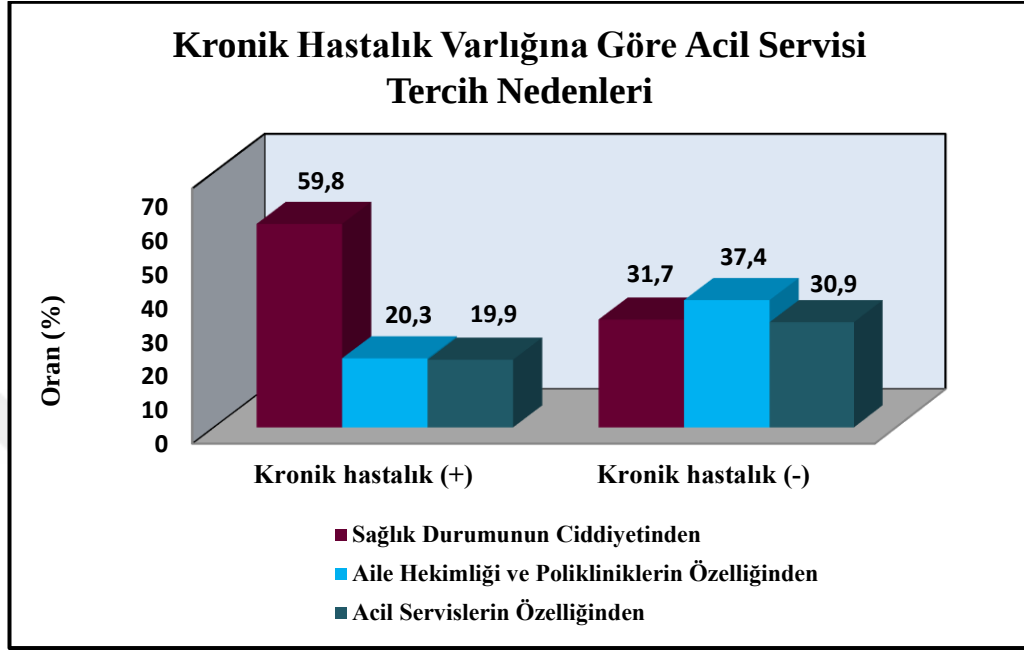
^bPearson Chi- Square Test

^{**} $p<0,01$

Çalışmamızda kronik hastalığın varlığı, düzenli ilaç kullanma ve daha önceden acil servis hizmeti alma ile acil servis hizmeti tercih nedenleri arasında ilişki saptanmıştır (Çizelge 3.2.3) ($p<0,05$).

Kronik hastalık varlığına göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hastalığı olan olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı hastalığı olmayanlardan yüksektir.

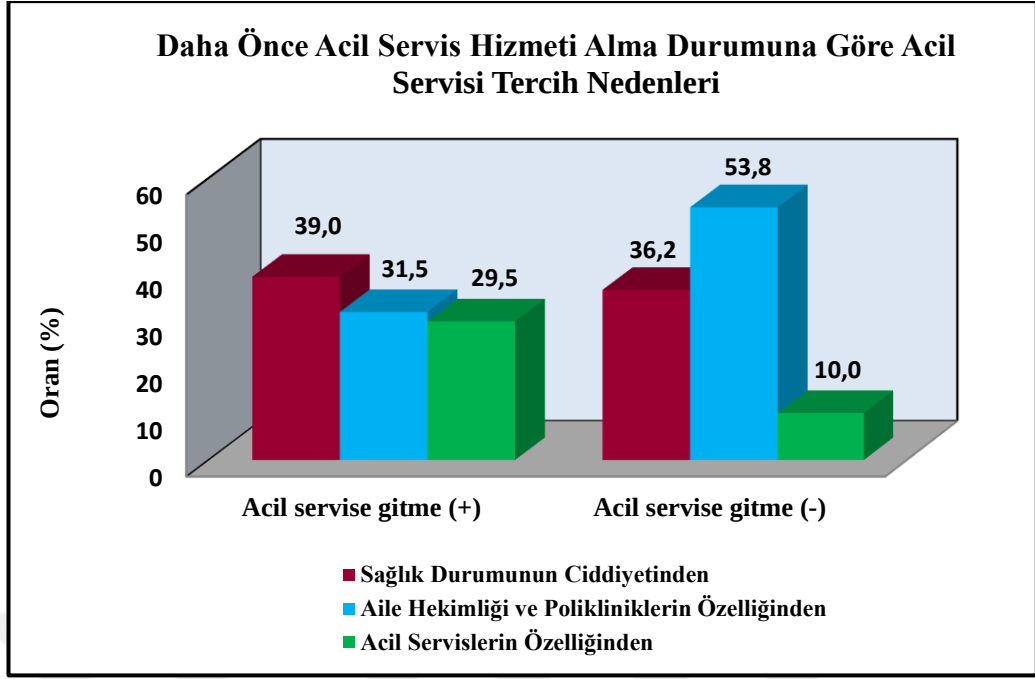
Kronik hastalığı olmayan olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden ve acil servislerin özelliğinden başvurma oranı hastalığı olanlardan yüksektir.



Şeki8: Kronik hastalık varlığına göre acile başvurma nedenlerinin dağılımları

Düzenli ilaç kullanımına göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). İlaç kullanan olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı ilaç kullanmayanlardan yüksektir. İlaç kullanmayan olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden ve acil servislerin özelliğinden başvurma oranı düzenli ilaç kullananlardan yüksektir.

Daha önce acil hizmeti alma durumuna göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Acile gitmeyen olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı acil servis hizmeti alanlardan yüksektir. Acil hizmeti alan olgularda acil servislerin özelliğinden başvurma oranı acil hizmeti almayanlardan yüksektir.



Şekil 9: Daha önce acil servis hizmeti alma durumuna göre acile başvurma nedenlerinin dağılımları

Çizelge 3.2.4. Hastaların acil servis hizmeti tercih nedenlerinin acil servis hizmeti başvuru özellikleriyle ilişki durumu (n=1107).

Acil Servis Tercih Nedenleri							
Özellik	Sağlık Durumunun Ciddiyetinden Başvuranlar (n=430)		Aile Hekimliği ve Polikliniklerin Özelliğinden (n=366)		Acil Servislerin Özelliğinde n (n=311)		Önemlilik Testi
	n	%	n	%	n	%	
Acil servise başvuru yapılan gün							
Hafta içi	305	41,3	205	27,8	228	30,9	$X^2=28,398^b$
Hafta sonu	125	33,9	161	43,6	83	22,5	$p<0,001^{**}$
Acil servise başvuru yapılan saat							
08:00-15:59	179	38,1	112	23,8	179	38,1	$X^2=50,201^b$
16:00-07:59	251	39,4	254	39,9	132	20,7	$p<0,001^{**}$
Yapılan başvurunun sonuçları							
Taburcu	146	21,1	310	44,8	236	34,1	$X^2=259,678^b$
Gözlemdede takip edildim	247	66,0	54	14,4	73	19,5	$p<0,001^{**}$
Yatış/sevk	37	90,2	2	4,9	2	4,9	
Başvuru öncesi yapılan işlemlerin durumu							
Herhangi bir işlem yapmadım	349	38,3	308	33,8	255	28,0	$X^2=32,103^b$
Aile hekimime danıştım	15	71,4	3	14,3	3	14,3	$p<0,001^{**}$
İlaç aldım	33	30,0	41	37,3	36	32,7	
Bildiğim tedavi edici diğer ürünleri kullandım	5	25,0	4	20,0	11	55,0	
Belirli bir süre takip ettim	28	63,6	10	22,7	6	13,6	
Acil servise geliş şekli							
Hızlı	369	49,7	170	22,9	203	27,4	$X^2=139,238^b$
Yavaş	61	26,7	196	53,7	108	29,6	$p<0,001^{**}$
Son bir yılda başvuru sayısı							
Min-Mak (Medyan)	0-35 (3)		0-20 (2)		0-30 (3)		$X^2=34,577^a$
Ort+SD	4,03±4,54		3,03±3,33		4,26±3,93		$p<0,001^{**}$
^a Kruskall Wallis Test			^b Pearson Chi- Square Test		[*] $p<0,05$		^{**} $p<0,01$

Hastaların acil servis hizmeti tercih nedenlerinin acil servis başvuru özellikleri ile ilişki durumuna yönelik istatistiki incelemede (Çizelge 3.2.4), acil servis tercih nedenlerinin acil servise yapılan başvuru günü, başvuru saati, başvuru sonuçları, başvuru öncesi yapılan işlem, başvuru şekli ve son bir yılda başvuru sayısı ile anlamlı ilişkisi olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Başvuru yapılan güne göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hafta içi gelenlerde sağlık durumunun ciddiyetinden ve acil servisin özelliğinden acile başvurma oranı hafta sonu gelenlerden yüksektir. Hafta sonu acile gelen olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı hafta içi gelenlerden yüksektir.

Başvuru yapılan saate göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Mesai saatleri dışında acile gelenlerde aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı mesai saati içinde gelenlerden yüksektir. Mesai saatleri içinde acile gelen olgularda acil servisin özelliğinden acile başvurma oranı mesai dışında gelenlerden yüksektir.

Başvuru sonucu ile acil servisi tercih etme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Yatış/sevk verilen olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı taburcu olan ve takip edilen olgulardan yüksektir. Takip edilen olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı taburcu olan olgulardan yüksektir. Taburcu edilen olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı takip edilen ve yatış/sevk verilen olgulardan yüksektir. Taburcu edilen olgularda acil servisin özelliğinden acile başvurma oranı takip edilen ve yatış/sevk verilen olgulardan yüksektir. Takip edilen olgularda acil servisin özelliğinden acile başvurma oranı yatış/sevk verilenlerden yüksektir.

Başvuru öncesi yapılan işlemler ile acil servisi tercih etme nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Aile hekimine danışan ve belirli bir süre takip eden olgularda sağlık durumunun ciddiyetinden acile başvurma oranı diğer işlemleri yapanlardan yüksektir. İlaç alan olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı aile hekimine danışanlardan yüksektir. Bildiği diğer ürünleri kullanan olgularda acil servisin özelliğinden başvurma oranı işlem yapmayan, aile hekimine danışan ve belirli bir süre takip

edenlerden yüksektir. İşlem yapmayan ve ilaç alan olgularda acil servisin özelliğinden başvurma oranı belirli bir süre takip edenlerden yüksektir.

Acil servise geliş şekline göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Hızlı bir şekilde acile gelenlerde sağlık durumunun ciddiyetinden başvurma oranı yavaş gelenlerden yüksektir. Acile yavaş gelen olgularda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı hızlı gelenlerden yüksektir.

Acil servisi tercih nedenlerine göre son bir yılda başvuru yapma sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Acil servisin özelliğinden başvuran olguların son bir yıldaki başvuru sayıları, sağlık durumunun ciddiyetinden ($p=0,010$) ve aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden ($p=0,001$) başvuranlardan yüksektir ($p<0,05$). Sağlık durumunun ciddiyetinden acile gelen olguların son bir yıldaki başvuru sayıları aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden başvuranlardan yüksektir ($p=0,003$; $p<0,01$).

4. TARTIŞMA

Çalışmamız devlet hastanesi acil servisine tıbbi nedenlerle başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerin bu hizmeti tercih nedenleri, tercih nedenlerinin bazı değişkenlerle ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Tercih nedenleri elde edilen bulgular doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmamıza katılan bireylerin veya yakınlarının bildirimlerine %38,8'inin acil servis tercih nedenleri sağlık durumunun ciddiyetiyken, %33,1 'inin aile sağlığı merkezleri ve polikliniklerin özelliği ve %28,1'inin acil servis hizmetinin özelliği olduğu görülmüştür (Çizelge 3.1.1.). Fitzgerald ve ark (2015) yapmış olduğu çalışmada acil servis tercih nedenlerinin genellikle (%47,1) sağlık durumunun ciddiyeti, (%26,1) alternatif sağlık kuruluşunun yokluğu olarak saptanmıştır (Fitzgerald ve ark 2015). Gindi ve ark (2012)'nin çalışmasında acil servis hizmeti tercih nedenleri sağlık durumu ciddiyetinden başvuranlar ve diğer sağlık hizmeti birimlerine ulaşım sağlayamama nedeniyle başvuranlar olmak üzere iki grup altında belirtilmiştir. Sağlık durumunun ciddiyetinden başvuranları muayenesi sonucunda ciddi sağlık sorunları saptandığını bildirmişlerdir.

Acil servisler dışında sağlık hizmeti sağlayıcılara ulaşamadıklarında, mesai sonrası ve hafta sonunda, sevk edildiklerinde, sosyal güvencelerinin olmaması ya da kapsamı nedenleriyle acil servisleri tercih etmişlerdir (New England Healthcare İnstitute 2010, Morganti ve ark 2013). Acil servis başvurularının incelendiği çalışmalarda acil servislerin güvenilir olması, ulaşımın yakın kolay, hasta kabulünün ücretsiz olması, çoğu bakımın acil servislerde karşılanması ve sadece hastanelerden yardım alabileceklerini düşünmeleri gibi acil servislere başvurmuşlardır (Ersel ve ark 2006, Gindi ve ark 2012). Acil olmayan bir sağlık probleminden dolayı başvuranların tercih nedenleri arasında ise sağlık personellerinin hastaların sağlık durumunu ciddi olarak değerlendirip yönlendirmeleri ve başka bir bakım sağlayıcı alternatifin olmaması olarak bildirilmiştir (Morganti ve ark 2013). Kubicek ve ark (2012) yapmış olduğu çalışmada acil servis hizmetlerine ulaşım kolaylığı ve sağlık hizmetine güven daha çok acil servis hizmet tercih nedenleridir (Kubicek ve ark 2012). Çalışmamızda acil servis tercih nedenleri sağlık durumunun ciddiyeti dışındaki başvurular aile sağlığı merkezi ve polikliniklerin özelliğinden başvuranlar (%33,1), acil servislerin özelliğinden başvuranlar (%28,1) toplam başvurunun daha fazlası olduğu

saptanmıştır. Acil servis sağlık hizmetleri içerisinde hastanın reddi veya kabul edilmeme gibi bir durum söz konusu değildir. Acil servis başvurularında acil olmayan hastalar önemli bir kısmı oluşturmaktadır. Sağlık sistemi içerisinde bireylerin acil servis hizmeti talebini azaltmaya yönelik uygulamalar değerlendirilirken sağlık hizmetlerinin diğer boyutlarındaki ulaşılabilirlik sorunlarının göz önünde bulundurulmasının önemli bir nokta olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda kademeli hizmet ilkesine göre sağlık hizmeti başvurularında basamak zorunluluğu yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sevk zinciri uygulanmamaktadır. Sağlık hizmeti arama davranışları olarak bireylerin ilk başvuru yeri olarak aile hekimliklerini tercih etmedikleri ve daha çok reçete tekrarı için başvurdukları saptanmıştır (Yaylalı ve ark 2012, Çetinkaya ve ark 2013, Bahadır ve ark 2015). Aile hekimliğine başvurulmamasının nedeni daha çok bireylerin aile hekimliği hizmetlerini bilmemesi olarak saptanmıştır (Bulut ve Uğurluoğlu 2018).

Çalışmamıza katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde bireylerin (yaş ortalaması $42,81 \pm 19,906$) % 80,9'unun 64 yaş ve altında olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1.). Köse ve ark (2011)'nin devlet hastanesi acil servisine başvuran hasta profillerini değerlendirildiği çalışmada % 77 ile en çok başvuru 17-65 yaş aralığında yapıldığı görülmüştür (Köse ve ark 2011). Öner Şimşek'in (2018) ülkemizdeki acil servis başvurularını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada acil servislere başvuran hastaların daha çok 24-44 yaş aralığında olduğunu saptamıştır (Öner Şimşek 2018). Polat ve ark (2005)'nin çalışmada acil servisi tercih eden bireylerin % 41'i 50 yaş ve üzeri olarak bulunmuştur. Acil servis başvurularının çoğunluğunu 65 yaş altı genç nüfusun oluşturduğu görülmektedir. Genç nüfusun çalışma hayatı nedeniyle gündüz saatlerinde sağlık hizmeti kullanımında sorun yaşadığını düşünebiliriz. Bu kapsamda acil servis hizmetlerinin mesai dışında da olması, randevu olmaması ve tetkiklerin hızlı yapılması gibi nedenlerle tercih edildiği düşünülebilir. Aşağıdaki bulgumuzda 65 yaş altı bireylerin acil servise gelme nedenlerinin sağlık durumunun ciddiyeti dışındaki nedenlerden oluşması bu düşüncemizi doğrulayıcı niteliktedir.

Yaş düzeyine göre acil servis hizmeti tercih nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Çizelge 3.2.1.). Çalışmamızda 64 yaş altında bireylerde

%35,4 ile en fazla başvuru nedeni aile sağığı merkezi ve polikliniklerin özerliğı olurken, 65 yaşı üstü bireylerde ise % 60,2 ile en fazla başvuru nedeni sağıık durumunun ciddiyeti olmuştur. Acil servise yaşı hastaların başvurularının incelendiğı çalışmada ilk başvuru yeri olarak % 38 ile daha çok acil servisler olarak görölmüştür (Yıldız ve Bilgili 2016). 18-65 yaşı bireylerin çalışma hayatı nedeniyle gündüz saatlerinde sağıık hizmeti kullanımında sorun yaşıdığı acil servis hizmetlerinin mesai dışında da olması, randevu olmaması ve tetkiklerin hızlı yapılması gibi nedenlerle tercih ettiğı düşünölebilir. Yaşlanma süreciyle kronik ve akut sağıık sorunlarını artış göstermektedir. Yaşı nüfusun kronik sorunlara sahip olma olasılığının daha yüksek olması acil servislere gereksinim duyma nedenlerini etkileyen bir durum olarak dikkate alınmalıdır. Aile sağıığı hizmetlerinin kronik hastalık yönetiminde temel bir rolü olduğı belirtilmektedir (Bilir ve Erbaydar 2012, Resmi Gazete 2013a). Bu kapsamda yaşıların birinci basamak sağıık hizmetlerini etkin kullanamaması ve kronik hastalıkların yönetilememesi acil servis başvurularında önemli bir faktör olabilir.

Çalışmamızda acil servise başvuru yapan bireylerin %51,1'nin kadın, %67,7'sinin evli ve %34,5'inin ilkokul mezunu olduğı saptanmıştır. Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durum ile acil servis tercih nedenleri arasında ilişki saptanmamıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda hastaların Polat ve ark (2005)'nın (%56), Kılıçaslan ve ark (2005)'nın (52,8), Erenler ve ark (2014)'nın (%46,7) ve Öner Şimşek (2018)'in çalışmasında (%51,1) kadın olarak saptanmıştır (Kılıçaslan ve ark 2005, Polat ve ark 2005, Erenler ve ark 2014, Öner Şimşek 2018). Öner Şimşek' in çalışmasında başvuru yapan hastaların %52,3'ünün evli olduğı saptanmıştır (Öner Şimşek 2018). Acil servisler Köse ve ark (2011)'nın çalışmasında acil servis erkekler sağıık durumu çok acil olanlar tercih ederken kadınlarda ise daha az acil olanlar tarafından daha çok tercih edilmiştir (Köse ve ark 2011). Kılıçaslan'ın çalışmasında cinsiyet ile aciliyet durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğı görölmüştür (Kılıçaslan ve ark 2005). Yapılan çalışmalarda çelişkili bulgular olduğı görölmektedir. Çalışmamızda cinsiyet ve medeni durumun önemli faktörler olmadığı görölmüştür. Araştırmamızda büyük bir örnek (1107) ile çalışılmasının çalışmanın güçlü bir yanı olarak elde ettiğimiz sonuçların güvenilirliğini arttıran bir durum olduğunu düşünebiliriz. Çalışmamızda veri toplama aşamasında kadınların çalışmaya katılmak istememeleri ve acil serviste toplumsal olarak kısıtlı zamanda

kadınlarla iletişim konusunda sorun yaşanması nedeniyle çalışmaya katılmalarının sağlanamaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Eğitim durumuna göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Çizelge3.2.1). Eğitim durumu okuryazar (%54,1) ve ilkokul (%46,6) daha çok sağlık durumunun aciliyetinden dolayı acil servisi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Ortaokul, lise ve üniversite mezunları için daha çok aile sağlığı merkezi, polikliniklerin özelliği ve acil servislerin özelliğinden acil servis hizmetini tercih etmişlerdir. Eğitim durumunun artması bireylerin sağlık gereksinimlerini daha iyi tanımlamalarını sağladığı düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin daha farkında oldukları ve hizmetlerden yararlanma konusunda çözümler geliştirdikleri düşünülmektedir. Sağlık hizmetleri açısından farkındalığı artan toplumun sonuç alamama, güvenmeme vb nedenlerle diğer sağlık hizmetleri yerine acil servisleri tercih ettiği düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan hastaların %79'9 ailesiyle birlikte yaşadığı , %56'sının herhangi bir işte çalışmadığı, % 94'ünün sosyal güvencesinin olduğu, % 70'inin algılanan gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve % 73,4 en uzun süre ile il merkezinde yaşadığı görülmektedir (Çizelge 3.1.1) . Öner Şimşek'in çalışmasında düşük gelir gurubundaki bireyler %10,4 olarak saptanmıştır (Öner Şimşek 2018). Çalışmamıza benzer şekilde devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların incelendiği bir çalışmada bireylerin % 96,4'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır (Köse ve ark 2011).

Çalışma durumu, sosyal güvence durumu, algılanan gelir düzeyi, en uzun süre yaşanan yer acil servis hizmetleri tercih nedenleri yönünden önemli bulunmuştur (Çizelge 3.2.2.). Sosyal güvencesi olanlar (%38), algılanan gelir düzeyini iyi olarak değerlendirenler (% 41,4) ve en uzun süre köyde yaşayanlar (%60,5) için acil servis tercih nedenini daha çok sağlık durumunun ciddiyeti olarak belirtmişlerdir. Çalışan bireyler için daha çok acil servis hizmeti tercih nedeni aile sağlığı merkezi ve polikliniklerin özelliği olarak belirtilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %74,6 sının kronik hastalığa sahip olmadığı, %74,4 düzenli bir ilaç kullanmadığı ve %92,8'inin acil servis hizmeti deneyimi olduğu (Çizelge 3.1.2) kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanma ve daha

önceden acil servis hizmeti alma acil servis hizmetini tercih nedenlerini etkilediği saptanmıştır (Çizelge 3.2.3). Kronik hastalığa sahip hastalar (%59,8) ve düzenli ilaç kullanan hastalar (%58,7) acil servise daha çok sağlık durumunun ciddiyetin dolayı başvurduklarını belirtmişlerdir. Yaşlı hastaların acil servis başvuru özelliklerinin incelendiği çalışmada kronik hastalığa sahip bireylerin % 88,7'si acil servise başvuru yaptığını belirtmişlerdir (Yıldız ve Bilgili 2016). Kronik hastalık ve düzenli ilaç yönetiminin yetersiz olduğu durumda kronik hastaların hastanede tedavi gerektirecek düzeyde sağlık durumunun kötüleşmesine ve maliyetlerin artmasına neden olduğunu bildirmişlerdir (Eser 2014). Kronik hastalıkların yönetimindeki yetersizlikler sonucunda kronik hastalıklarda akut ataklar artacak, atak dönemlerinde veya komplikasyonların geliştiği dönemlerde sağlık durumunun ciddiyetine bağlı olarak acil servis başvurularını artıracakı düşünülmektedir.

Daha önceden acil servis hizmeti alma durumuna göre acil servisi tercih etme nedeni istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Acil servis hizmeti deneyimi olmayanlarda aile hekimliği ve polikliniklerin özelliğinden acile başvurma oranı acil servis hizmeti alanlardan yüksektir. Sağlık hizmeti deneyimi sağlık arama davranışını etkileyen sebeplerdendir.

Çalışmaya katılan hastaların acil servise başvuru özellikleri incelendiğinde %66,7'sinin hafta içi ve %42,5'inin 08,00-15;59 saat diliminde başvurduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.3). Beylik ve ark (2016) çalışmasında hastaların %55,9 mesai saatlerinde başvurmuş ve hastaların %4'ü ilk 24 saat içerisinde tekrar başvuruda bulunmuşlardır (Beylik ve ark 2016). Erenler ve ark (2014)'nın çalışmasında hastaların %0,7'si 24 saat içerisinde acil servislere tekrar başvuruda bulunmuşlardır (Erenler ve ark 2014). Köse ve arkadaşlarının çalışmasında 08-17 saatleri arasında başvuru oranı %60,5 olarak görülmüştür (Köse ve ark 2011). Polat ve arkadaşlarının çalışmasında başvuruların %39'u mesai saatlerinde içerisinde, %61'ide mesai saatleri dışında ve %79'u şikayetlerin başlamasından sonraki ilk 24 saat içerisinde başvurularını yapmışlardır (Polat ve ark 2005). Araştırmalarda başvuruların önemli bir kısmının mesai saatleri içinde gerçekleşmesinin sebepleri hastaların polikliniklerden sıra alamamaları acil serviste randevu almadan ve sıra beklemeden hizmet alabilmeleri, hizmete kolay erişebilmeleri ve muayene sonucu istenen tetkiklerin daha kısa zamanda sonuçlanması olarak düşünülebilir. Acil servis

hizmetleri dışındaki sağlık hizmetlerine bağlı sorunların acil servis yükünü arttıran bir durum olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda acil servis tercih nedenlerinin acil servis başvuru özellikleri ile ilişki durumuna yönelik istatistiki incelemede (Çizelge 3.2.4) acil servis tercih nedenlerinin acil servise yapılan başvuru günü ve başvuru saati arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hafta içi /mesai saatlerinde yapılan başvurularda daha çok nedenler sağlık durumunun ciddiyeti ve acil servisin özelliği olurken hafta sonu/mesai saatleri dışında daha fazla neden aile sağlığı merkezleri ve polikliniklerin kapalı olması olarak saptanmıştır. Polat ve ark (2005) çalışmasında mesai saati sonrası başvurular %61 olarak görülmüştür. Yorulmaz ve ark (2017) çalışmasında acil servise başvuruların en çok 18-24 saatleri arasında yapıldığı görülmüştür (Yorulmaz 2017). Sağlık hizmetlerinin 24 saat boyunca kesintisiz sürdürüldüğü acil servislerde bireyler mesai saatleri dışında alternatif sağlık kuruluşlarının yokluğundan acil servislere başvuruda bulunmaktadır.

Çalışmamızda acil servise yapılan başvuruların %62,5'i ayaktan taburcu, %33,8'i gözlemde takip ve %3,7'si yatış/sevk şeklinde sonuçlandırılmıştır (Çizelge 3.1.3). Acil servis başvuru durumları ile ilgili yapılan Yiğit ve ark (2010)'nın çalışmasında % 39,3, Ersel ve ark (2006) çalışmasında % 81,7 ayaktan taburcu şeklinde sonuçlandırılmıştır(Ersel ve ark 2006, Yiğit ve ark 2010). Köse ve ark (2011) çalışmasında %88,4'ü ve Kılıçaslan ve ark (2005)'nin çalışmasında %86,2'si ayaktan taburcu şeklinde sonuçlandırıldığı görülmüştür. (Kılıçaslan ve ark 2005, Ersel ve ark 2006, Yiğit ve ark 2010, Köse ve ark 2011). Kekeç ve ark (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada 65 yaş bireylerde acil servis başvurularının %61'i hastaneye yatışı yapılmıştır(Kekeç ve ark 2009).

Çalışmamızda acil servis başvuru sonuçları ile tercih nedenleri arasında istatistiki incelemede anlamlı ilişki saptanmıştır (Çizelge 3.2.4). Ayaktan taburcu şeklinde sonuçlandırılan hastalarda tercih nedeni daha fazla olarak aile sağlığı ve polikliniklerin özelliği olarak saptanmıştır. Kılıçaslan ve ark (2005)'nin çalışmasında başvuru yapan bireylerin %47,2 acil olmayan hastalardan olduğu tespit edilmiştir (Kılıçaslan ve ark 2005). Edirne ve ark (2008) yapmış olduğu çalışmada acil servise başvuran hastaların %19,5 acil tanımına uymadığı saptanmıştır(Edirne ve ark 2008). Çalışmamızda sağlık durumunun ciddiyeti öz-bildirime dayalı olması bir sınırlılık

olarak düşünölebilmekle birlikte ayaktan taburcu edilenlerin acil servis tercih nedenlerini sağlık durumunun ciddiyeti olarak tanımlamamaları önemli bir bulgudur ve acil sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımı ile ilgili önemli sorunlara dikkat çekmektedir.

Acil servise başvuran hastaların %67'si acil servise hızlı ulaşım araçlarını kullanarak ulaşımını sağladığı görölmüştür. Kılıçaslan ve ark (2005)'nın çalışmasında hastaların (%98,2) genellikle hızlı ulaşım araçlarını kullanmışlardır (Kılıçaslan ve ark 2005). Acil servise başvuran hastaların %59'u özel araçlarıyla %8'ide ambulans acil servise başvuruda bulunmuşlardır (Polat ve ark 2005). Çalışmamızda acil servise başvuran hastaların ulaşım şekli ile acil servis tercih nedeni arasında ilişki saptanmıştır ($P<0,05$). Hızlı ulaşım araçlarını tercih edenlerde sağlık durumunun aciliyeti daha önemli bir neden olurken, yavaş ulaşım araçlarını tercih eden bireyler için aile sağlığı merkezi ve polikliniklerin özelliği daha ön planda bir tercih nedenidir. Acil servislere yapılan başvuruların azaltılmasına yönelik olarak acil servise başvuruda tercih edilen ulaşım yolunun başvuran bireyin durumunun aciliyetinde bir gösterge olabileceği düşünölmüştür.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, çalışma bulguları sonucunda ulaşılan sonuçlar ve öneriler yer almaktadır.

5.1. Sonuçlar

Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesi ile aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Çalışmamızda acil servise yapılan başvuru tercih nedenleri %38,8 sağlık durumunun ciddiyeti, %33,1 aile sağlığı merkezleri ve polikliniklerin özelliği ve %28,1 acil servislerin özelliği olarak saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde hastaların % 80,9'unun 65 yaş altında, %51,1'nin kadın, %67,7'sinin evli, %34,5 ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza katılanların %79,9 ailesiyle birlikte yaşadığı, %56'sının herhangi ilkokul bir işte çalışmadığı, % 94'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %70'inin algılanan gelir düzeyini orta olarak değerlendirdiği ve % 73,4 en uzun süre ile il merkezinde yaşadığı bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan bireylerin 65 yaş ve üzeri, eğitim durumu ilkokul, herhangi bir işte çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan, gelir düzeyini kötü olarak belirten ve en uzun süre köyde yaşayan bireylerin acil servis tercih nedeni çoğunlukla sağlık durumunun ciddiyeti olarak saptanmıştır. Eğitim durumu üniversite olan ve en uzun süre ilçe yaşayan bireylerin acil servis tercih nedeni daha çok aile hekimliği ve polikliniklerin özelliği olarak görülmüştür.

Çalışmaya katılan hastaların %74,6 sınıf kronik hastalığa sahip olmadığı, %74,4 düzenli bir ilaç kullanmadığı ve %92,8 acil servis deneyimi olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olan, düzenli ilaç kullanan ve acil servis hizmeti deneyimi olan bireylerin tercih nedeni daha çok sağlık durumunun ciddiyeti olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların acil servise başvuru özellikleri incelendiğinde %66,7'sinin hafta içi, % 57,5'inin 16;00-07;59 saat diliminde başvurduğu, %62,5'nin ayaktan taburcu şeklinde sonuçlandırıldığı, %82,4 başvuru öncesi herhangi bir uygulama yapmadığı ve %67'sinin hızlı ulaşım araçlarını kullanarak acil servilere başvurduğu saptanmıştır. Acil servise hafta içi ve mesai saatlerinde başvuran,

gözlemlerde takip edilen, başvuru öncesi herhangi bir uygulama yapmayan ve hızlı ulaşım araçlarını tercih eden bireylerin tercih nedeni daha çok ‘’sağlık durumunun ciddiyeti’’ olarak saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular sonuçlara dayanarak şu öneriler geliştirilmiştir:

Yönetici/Uygulayıcılara

Sağlık sistemi içerisinde bireylerin acil servis hizmeti talebini azaltmaya yönelik uygulamalar oluşturulması gerektiğinden yola çıkarak;

Aile hekimliğinde kademeli hizmeti anlayışına göre sağlık hizmeti sunumunun yapılması ve sevk zincirinin uygulanması

Toplumun aile hekimliği hizmetlerinin özelliği hakkında bilgilendirilerek sağlık hizmeti arama davranışı konusunda eğitilmesi

Acil servis hizmet birimlerinin dışında yer alan ve acil olmayan vakaların mesai saatleri dışında başvurabileceği hizmet birimlerinin oluşturulması.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kronik hastalıkların takibi, ilaç yönetiminin takibi konusunda sağlık politikalarının etkinliğinin gözden geçirilerek geliştirilmesi önerilmektedir. Kronik hastalıkların önlenmesi kontrol programı planlanmalı ve program birinci basamak sağlık hizmetleri ile birlikte düzenlenmelidir.

Topluma yönelik eğitim çalışmaları düzenlenerek toplumun sağlık hizmetleri konusunda farkındalığının artırılması sağlanarak sağlık hizmetlerinin amacına uygun bir şekilde kullanılması sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve polikliniklerde sağlık hizmeti alacakların uygun birimlere başvuruda bulunması sağlanmalıdır.

Sonuç alamama, güvenmeme vb nedenlerle az kullanılan birinci basamak sağlık hizmetlerinin, aile sağlığı merkezlerinin geliştirilmesiyle toplumunun koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının arttırılması düşünülmektedir. Acil servis

dışında sağlık hizmetleri sunulan birimlerin zaman, ulaşım ve sağlık hizmetleri (laboratuar, radyoloji vb) kullanımına yönelik etkinlik ve verimlilik konusunda değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmacılara;

Acil servis başvurularının sağlık durumlarının ciddiyetinin hastaların bildirimini dışında değerlendirildiği daha detaylı çalışmalar ile acil servis başvurularının nedenlerine yönelik incelemeler yapılması düşünülebilir.

Acil servislerde farklı yaş grupları açısından başvuru nedenleri ve aciliyet durumlarının değerlendirilebildiği daha detaylı çalışmaların yapılması önerilir.

Kronik hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan bireylerin acil servis kullanım nedenlerine yönelik daha detaylı çalışmalar önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

- Akbuğa Özel B, 2013. Hastane öncesi bakım. In: Tintinalli Acil TıpEds: Çete Y, Denizbaşı A, Çevik AA, Oktay C, Atilla R. İstanbul: Nobel Yayınevi, s. 1-4.
- Altındış S, Ünal Ö, 2017. Acil servis kalite standartlarında türkiye'nin durumu. Journal of BSHR 1,2,51-9.
- Ataseven Tarhan M, Akın S, 2016. Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3, 2, 170-4.
- Atilla R, 2016. Acil tıp sistemi ve tarihçesi. In: İlk ve acil yardım teknikerliği paramedik. Eds: Özel G, Özel Akbuğa B, Özcan C. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s. 3-9.
- Aydın Avcı İ, 2010. Türkiye'de sağlık örgütlenmesi. In: Halk sağlığı hemşireliği. Eds: Erci B. Ankara: Zenmat Matbaacılık, s. 21-8.
- Bahadır H, Şimşek H, Acar B, 2015. Use of the family medicine services for prenatal care by the pregnant who admitted to a university hospital. Journal of Dokuz Eylul University Medical School, 29, 1, 31-9.
- Beylik U, İncesu E, Küçükkendirici H, 2016. Acil servis sağlık hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: türkiye'de bir devlet hastanesi acil servis araştırması. Akademik Bakış, 53,1-13.
- Bilik Ö, 2015. Acil hemşireliğinin görünmeyen yüzü: insan olarak ben neler yaşıyorum. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 18, 2, 155-61.
- Bilir N, Erbaydar NP, 2012. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kontrolü. In: Halk sağlığı temel bilgiler. Eds: Güler Ç, Akın L. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 1542-56.
- Bulut S, Uğurluoğlu Ö, 2018. Aile hekimlerinin bakış açısı ile sevk zincirinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg, 22-3, 118-32.
- Burwell SM, Frieden TR, Rothwell CJ, 2015. Health, united states, With special feature on racial and ethnic health disparities, Washington, US Department of Health and Human Services, p. 233.
- Can N, Yolcu S, Beceren NGÇ, Tomruk Ö, 2013. Acil servisimize Başvuran kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerinin ve acil başvuruları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Bozok Tıp Dergisi, 3, 2, 6-11.
- Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M, 2013. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. TAF Prev Med Bull, 12-4, 417-24.
- Çevik C, Teki Ö, 2014. Acil servis başvurularının tanı kodları, triyaj ve sosyo-demografik açıdan değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 2, 6.
- Definition of Emergency Medicine, 2015. Definition of emergency medicine. American college of emergency physicians, Erişim tarihi 25 Haziran 2017. Erişim adresi, <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/definition-of-emergency-medicine/>.
- Demir Özdenk G, 2017. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin tarihçesi ve paramedik (AABT) eğitim programları. In: Ambulans ve acil bakım teknikerleri (paramedik) için temel konular ve tedavi yaklaşımları. Eds: Dağlı R, Karabulut A, Karabeyoğlu M. İstanbul, EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Tic. Ltd. Şti., s. 1-7.
- Derlet RW, Richards JR, 2002. Emergency department overcrowding in florida, new york, and texas. Southern Medical Journal, 95, 8, 846-50.
- Derlet RW, Richards JR, Kravitz RL, 2001. Frequent overcrowding in US emergency departments. Academic Emergency Medicine, 8, 2, 151-5.
- Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S, 2008. Yüzüncü yıl üniversitesi tıp fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. Van Tıp Dergisi, 15, 4, 107-11.
- Ekşi A, 2015. Kitleli olaylarda hastane öncesi acil sağlık hizmetleri yönetimi, İzmir, Kitapana, s. 5-125.
- Emet M, Uzkeser M, Eroğlu M, Aslan S, Çakır Z, 2007. Bir devlet hastanesi acil servisine bir yılda başvuran hastaların zamanla ilişkisi. The Eurasian Journal of Medicine, 39, 119-23.

- Er F, Altuntaş S, 2016. Hemşirelerin tıbbi hata yapma durumları ve nedenlerine yönelik görüşlerin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3, 3, 132-9.
- Erenler AK, Akbulut S, Guzel M, Cetinkaya H, Karaca A, Turkoz B, Baydin A, 2014. Reasons for overcrowding in the emergency department: experiences and suggestions of an education and research hospital. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 14, 2, 59-63.
- Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA, 2006. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 6, 1, 25-35.
- Fitzgerald G, Toloo GS, Aitken P, Keijzers G, Scuffham P, 2015. Public use and perceptions of emergency departments: a population survey. *Emergency Medicine Australasia*, 27, 4, 336-42.
- Gindi RM, Cohen RA, Kirzinger WK, 2012. Emergency room use among adults aged 18–64: early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–June 2011. *National Center for Health Statistics*, p. 1-11.
- Gürler M, 2017. Afetlerde acil yardım ve triaj. In: *Ambulans ve acil bakım teknikerleri (Paramedik) için temel konular ve tedavi yaklaşımları*. Eds: Dağlı R, Karabulut A, Karabeyoğlu M. İstanbul: EMA Tıp Kitabevi Yayıncılık Ticaret Limited Şirketi, s. 329-36.
- Heisler EJ, Tyler NL, (2014). Hospital-based emergency departments: Background and Policy Considerations. *Congressional Research Service Report*. 7, 1-40.
- Honigman LS, Wiler JL, Rooks S, Ginde AA, 2013. National study of non-urgent emergency department visits and associated resource utilization. *Western Journal of Emergency Medicine*, 14, 6, 609-16.
- Hoot NR, Aronsky D, 2008. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52, 2, 126-36.
- Kekeç Z, Koç F, Büyük S, 2009. Acil serviste yaşlı hasta yatışlarının gözden geçirilmesi. *JAEM*, 8, 21-4.
- Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E, 2005. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5, 1, 5-13.
- Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F, 2011. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Medical Journal*, 17, 2, 57-62.
- Kubicek K, Liu D, Beaudin C, Supan J, Weiss G, Lu Y, Kipke MD, 2012. A profile of non-urgent emergency department usage in an urban pediatric hospital. *Pediatric emergency care*, 28, 10, 977.
- Morganti KG, Bauhoff S, Blanchard JC, Abir M, Iyer N, 2013. The evolving role of emergency departments in the United States. *Erişim Adresi*, https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR200/RR280/RAND_RR280.pdf.
- New England Healthcare Institute, (2010). A Matter of Urgent : Reducing Emergency Department Overuse, New England Healthcare Institute.
- Olshaker JS, Rathlev NK, 2006. Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*, 30, 3, 351-6.
- Öner Şimşek D, 2018. Triaj sistemlerine genel bakış ve türkiye’de acil servis başvurularını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile belirlenmesi. *Sosyal Güven Dergisi*, 7, 13, 8-115.
- Özbaş A, 2008. Çoklu travmalı hastanın değerlendirilmesi. In: *Hemşire, tekniker ve teknisyenlere yönelik travma ve resüsitasyon kursu kitabı*. Eds: Şelimen D, Özşahin A, Gürkan A, Taviloğlu K. İstanbul: Kuban Matbaacılık Yayıncılık, s. 29-42.
- Özcan C, 2016. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu. In: *İlk ve acil yardım teknikerliği paramedik*. Eds: Özel G, Akbuğa Özel B, Özcan C. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s. 10-24.
- Öztek Z, Üner S, Eren N, 2012. Sağlık hizmetleri ve sağlık Yönetimi. In: *Halk sağlığı temel bilgiler*. Eds: Güler Ç, Akın L. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, s. 1480-511.

- Polat O, Kabaçam G, Güler İ, Ergişi K, Yıldız A, 2005. İbn-i Sina Hastanesi acil servis' ne başvuran hastaların sürveyans analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5, 2, 78-81.
- Resmi Gazete, 16.10.2009. 27378 sayılı "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ".
- Resmi Gazete, 19.04.2011. 27515 sayılı "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik".
- Resmi Gazete, 25.01.2013a. 28539 sayılı "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği".
- Resmi Gazete, 24.03.2013b. 28597 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği".
- Sağlık Bakanlığı, 2016. Sağlık İstatistiği Yıllığı 2015, Ankara, s. 131-80.
- Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS, 1998. Definition of emergency medicine. Academic Emergency Medicine, 5, 4, 348-51.
- Sternberg A, 2011. The overuse of america's emergency rooms. Annals of Health Law Advance Directive, 20, 70-7.
- Tel H, Karadağ M, Tel H, Aydın Ş, 2003. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ile başetme durumlarının belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2, 1, 13-23.
- Tel H, Tel Aydın H, Karabey G, Vergi İ, Akay D, 2012. Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve stresle başetme durumu. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 1, 2, 47-52.
- Türkdemir AH, 2016. Triaaj. In: İlk ve acil yardım teknikerliği paramedik. Eds: Özel G, Akbuğa Özel B, Özcan C. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, s. 807-12.
- Sağlık harcamaları istatistikleri, 2015.Erişim tarihi 5 Nisan 2017. Erişim adresi, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084
- United HealthCare Services, 2016. Emergency health services and urgent care center services p.
- Weiss AJ, Wier LM, Stocks C, Blanchard J, (2014). Overview of emergency department visits in the United States, 2011, Agency for HealthCare Research and Quality: 1-13.
- Yaşar M, Teke K, Dünderöz R, Sızlan A, Cömert B, Özışık T, 2000. Acil servis kullanımının aciliyet kriterlerine göre değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5, 1, 53-61.
- Yaylalı M, Kaynak S, Karaca Z, 2012. Sağlık hizmetleri talebi: erzurum ilinde bir araştırma. Ege Akademik Bakış, 12-4, 563-73.
- Yiğit Ö, Oktay C, Bacakoğlu G, 2010. Akdeniz üniversitesi hastanesinin acil servis hizmetleri konusundaki memnuniyet değerlendirme formlarının incelenmesi. Turkish Journal of Emergency Medicine, 10, 4, 181-6.
- Yıldız S, Bilgili N, 2016. Acil servise başvuran yaşlı hastaların bireysel özellikleri ve başvurularının değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1-1, 15-31.

7. EKLER

7.1. EK A: ANKET FORMU

Anket No:

Sayın katılımcı;

Bu anket, hastane acil servisine tıbbi nedenlerle başvuran 18 ve üzeri yaş hastaların hizmeti tercih nedenlerini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Anket sorularına vermiş olduğunuz cevaplar hiçbir kimse ya da kuruma verilmeyecek yalnızca araştırmacı tarafından bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmanın amacına ulaşması, anket sorularının dikkatlice okunmasına, cevapların özenle seçilmesine ve soruların cevapsız bırakılmamasına bağlıdır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Katılımcının İmzası

Serdar ULAK

Araştırmacı

Acil Servise Tıbbi Nedenlerle Başvuran Yetişkinlerin Hizmeti Tercih Nedenleri Anket Formu

A. Sosyo-Demografik Özellikler

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz:

1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni durumunuz:

1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış

4. Birlikte yaşadığınız yer :

1. Yalnız

2. Aile

3. Akrabalar

4. Arkadaşlar (yurt/ev)

5. Eğitim Düzeyiniz:

1. Okur-yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite

6. Herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

7. Sosyal güvenceniz:

1. Var 2. Yok

8. Gelir durumunuz:

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

9. En uzun süre yaşanılan yer:

1. Köy 2. İlçe 3. İl

B. Kronik Hastalık Durumu

10. Kronik hastalığınız var mı?

1. Evet (Cevabınız evet ise hastalığınız nedir ?.....)

2. Hayır

11. Düzenli olarak herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

C. Acil Servis Hizmetleriyle İlgili Deneyim Özellikleri

12. Acil servise daha önce hiç başvurduğunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

13. Son bir yıl içerisinde acil servise kaç defa başvurduğunuz?

.....

D. Acil Servise Başvuru Özellikleri

14. Acil servise başvurduğunuz günlerden nedir?

1. Hafta içi 2. Hafta sonu

15. Acil servise hangi saatlerde başvurduunuz?

1. 08:00 - 15:59 2. 16:00-23:59 3. 24:00- 07:59

16. Acil servise başvurunuz ne şekilde sonuçlandırıldı?

1. Taburcu
2. Gözlemde takip edildi
3. Yatış yapıldı.
4. Sevk

17. Acil servise nasıl geldiniz?

- 1) Yürüyerek 2) Ambulansla 3) Özel arabayla 4) Diğer

18. Şikayetiniz için acil servise gelmeden önce herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?

- 1) Hayır bulunmadım hemen acil servise geldim.
2) Aile hekimime danıştım.
3) İlaç aldım.
4) Bildiğim tedavi edici doğal ürünler kullandım.
5) Belli bir süre takip ettim.
6) Diğer

E. Acil Servis Hizmeti Tercih Nedenleri

Acil Servis Hizmeti Tercih Nedenleri	Evet	Hayır
19) Sağlık durumumun ciddiyetinden dolayı başvurdum.		
20) Aile hekimliği veya polikliniklerin kapalı olmasından dolayı başvurdum.		
21) Acil servisin yakın olmasından başvurdum		
22) Aile hekimliğine ulaşımın güç olmasından dolayı başvurdum.		
23) Çoğu bakımın acil serviste karşılanmasından dolayı başvurdum.		
24) Randevu olmaması ve testlerin hızlı yapılmasından dolayı başvurdum.		
25) Acil servise hasta kabulünün ücretsiz olduğu için başvurdum.		
26) Aile hekimliği biriminde yeterli hizmeti alamayacağımı düşünüyorum.		
28) Diğer		

7.2. EK B: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Çalışma İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 50658796-605.99
Konu : Araştırma İzni (Serdar ULAK)

Sayın Serdar ULAK
(Gevher Hatun Mah. 1879. Sok. No:9/8 Merkez / Konya)

Karaman Devlet Hastanesi'nde yürütmeyi planladığınız "Acil Servise Tıbbi Nedenlerle Başvuran Yetişkinlerin Hizmeti Tercih Nedenleri" konulu anket çalışmanıza Genel Sekreterliğimizin izni dışında ilan edilmemesi kaydıyla gerekli izin verilmiş olup söz konusu çalışmanın sonucunda çalışmanın bir örneğinin tarafımıza verilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim.

Hüseyin KARASULEYMANLIOĞLU
Genel Sekreter a.
İdari ve Mali Hizmetler Başkanı

EKLER:Komisyon Kararı (1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır.
08.05/2017

TKHK
Karaman İli Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
Etili ŞENCAN
Tıbbi Sekreter

KARAMAN KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ EĞİTİM
ve AR-GE BİRİMİ
Faks No:03382144625
e-Posta:figen.duman@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Tel: 03382265534 Faks:
03382144625

Bilgi için: Figen DUMAN
Unvan: Birim Sorumlusu
Telefon No: 03382265500

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 99ecfd6-0237-4170-a143-3c94660d3fa6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

7.3. EK C: Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu İzin Belgesi



Sayı:

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Tarih: .../.../2017

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME FORMU

Toplantı tarihi: 28.04.2017
Toplantı no: 03
Proje no: 393
Karar no: 2017/16

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Belgin AKIN 'in sorumlu araştırmacı olduğu, 393 kayıt numaralı ve "Acil Servise Tıbbi Nedenle Başvuran Yetişkinlerin Hizmeti Tercih Nedenleri" başlıklı araştırma proje önerisi, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, en geç 6 (altı) ay içinde kurum izin belgesinin etik kurula sunulması koşuluyla etik açıdan uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Kezban TEPELİ (Başkan)

Doç. Dr. Özlem KARAKUŞ (Üye)

Prof. Dr. Ramazan AKIN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Emel FİLİZ (Üye)

Prof. Dr. Belgin AKIN (Üye)
KATILMADI

Yrd. Doç. Dr. Hacer Alan DİKMEN (Üye)

Prof. Dr. Şebnem ASLAN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Muhammet Ali CEBİRBAY (Üye)

Doç. Dr. Sema YILMAZ (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Ebru BAYRAK (Üye)

Doç. Dr. Nazan AKTAŞ (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Devlet ALAKOÇ PİRPİR (Üye)
KATILMADI

Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Fatma ÖZLEM YILMAZ (Üye)

Doç. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Üye)
KATILMADI

Yrd. Doç. Dr. Doğa BAŞER (Üye)

8. ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Mersin ili Erdemli İlçesinde doğdu. İlkokul ve ortaokul öğrenimini Erdemli İlçesinde, lise öğrenimini Silifke Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. 2005 yılında Kırklareli Demirköy Sağlık Merkezi'nde acil tıp teknisyeni olarak göreve başladı. Karaman Merkez 4 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'na 2009 yılında tayin oldu. 2012 yılında Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun oldu. Karaman Merkez 4 Nolu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu'nda halen görev yapmaktadır. Evli ve 1 kızı bulunmaktadır.

