

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ACİL
SERVİSE 24 SAAT İÇERİSİNDE AYNI/İLİŞKİLİ ŞİKAYET İLE
TEKRAR BAŞVURAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ**

Dr. Muhammed Ali EKŞİ

**ÇOCUK SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

ANKARA-2020

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK ACİL
SERVİS'E 24 SAAT İÇERİSİNDE AYNI/İLİŞKİLİ ŞİKAYET İLE
TEKRAR BAŞVURAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ**

Dr. Muhammed Ali EKŞİ

**ÇOCUK SAĞLIĞI HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Deniz TEKİN**

ANKARA-2020

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	: Dr Muhamed Ali Ekşi
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Tez Danışmanı	: Prof. Dr. Deniz Tekin
Sınav tarihi: 21 / 04 / 2020	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servise 24 saat içerisinde aynı/ilişkili şikayet ile tekrar başvuran hastaların özellikleri	
Tezin Niteliği:	<input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
<input checked="" type="checkbox"/> Oy birliği <input type="checkbox"/> Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
<i>Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız</i>	

Jüri Başkanı
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Deniz Tekin
Pediatrik Acil Bilim Dalı

Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Tanıl Kendirli
Pediatrik Yoğun Bakım Bilim Dalı



Jüri Üyesi
Unvanı, Adı, Soyadı
Prof. Dr. Okşan Derinöz Gülerüz
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Pediatrik Acil Bilim Dalı



TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında yanımda olan, sabırla, anlayışla ve özenle bana yol gösteren, değerli tez danışmanım Prof. Dr. Deniz Tekin'e,

Eğitimimiz süresince, bize her türlü desteği veren, bizi sabırla eğitmekten vazgeçmeyen ve kapıları biz asistanlarına her daim açık olan başta Anabilim Dalı Başkanımız sevgili Prof. Dr. Saadet Arsan olmak üzere üzerimde emeği olan tüm saygıdeğer hocalarıma,

Desteklerini her zaman hissettiğim uzman abi ve ablalarım, asistan arkadaşlarıma, bizlere her daim yardımcı olan; anabilim dalı hemşirelerimiz, sekreterlerimiz ve yardımcı personellerimize,

Hayatıma girdiği günden beri bana her türlü desteği veren, iyi veya kötü her günümde yanımda olan, tüm başarılarımın altında yatan gizli kahraman olan sevgili eşim Büşra Ekşi'ye,

Mesleğimin ve hayatımın kıymetini daha iyi anlamama vesile olan dünyalar tatlısı kızlarım Hanne Ekşi ve Esmâ Ekşi'ye,

Tüm eğitim hayatım boyunca desteklerini benden esirgemeyen, karşılıksız destekleri ve duaları ile hep yanımda duran canım anneme, babama, kardeşlerime ve geniş aileme bütün emekleri ve sevgileri için sonsuz teşekkürlerimle...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
GRAFİK VE ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLOLAR DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. ACİL SERVİS	3
2.3. ACİL TIBBİ DURUM KAVRAMI	3
2.3. ACİL SERVİS İŞLEYİŞİ VE HASTA DEĞERLENDİRİLMESİ.....	4
2.3.1. Acil Servise Hasta Kabulü ve Triaaj Kavramı.....	5
2.4. ACİL SERVİS YOĞUNLUĞU.....	7
2.5. ACİL SERVİSE TEKRAR BAŞVURU.....	7
3. GEREÇ VE YÖNTEM	9
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	9
3.2. ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	9
3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA VE DIŞLANMA KRİTERLERİ	9
3.3.1. Dahil Olma Kriterleri	9
3.3.2. Dışlama Kriterleri.....	9
3.4. VERİLERİN KAYDI	10
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	10
4. BULGULAR.....	12
5. TARTIŞMA	23
6. KISITLILIKLAR.....	26
7. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	27
ÖZET.....	29
SUMMARY	30
KAYNAKÇA.....	32

EKLER.....	38
EK-1: VERİ KAYIT FORMU.....	38
EK-2: ETİK KURUL ONAYI.....	41



KISALTMALAR

AAP	: Amerika Çocuk Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	: Amerikan Acil Doktorlar Birliği
AS	: Acil Servis
ATT	: Acil Tıbbi Triyaj
AÜTF	: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İBSS	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması
KKM	: Komuta Kontrol Merkezi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PDÜ	: Pediatrik Değerlendirme Üçgeni
SB	: Sağlık Bakanlığı
TB	: Tekrar Başvuru

GRAFİK VE ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Grafik 1:	112 Acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı	4
Grafik 2:	Hasta başvurularının mevsimsel dağılımı	15
Grafik 3:	Hastaların tekrar başvuru sebepleri (%)	18
Grafik 4:	Hastaların tekrar başvuru sonuçları (%).....	18
Şekil 1:	Pediyatrik değerlendirme üçgeni	6
Şekil 2:	Çalışma Akış Şeması.....	12

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No:
Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	13
Tablo 2. Hastaların yaş dağılımları	13
Tablo 3. Hastaların hastaneye uzaklığı.....	14
Tablo 4. Hastaların başvuru şekilleri.....	14
Tablo 5. Hastaların anne ve baba eğitim durumu.....	15
Tablo 6. Hastaların başvuru şikayetleri.....	16
Tablo 7. Hastaların kronik hastalık varlığı.....	16
Tablo 8. Hastaların kronik hastalıkların dağılımı.....	17
Tablo 9. Hastaların başvuru öncesi hastane yatış öyküsü özellikleri.....	17
Tablo 10. Hastaların birinci basamak başvuru özellikleri.....	17
Tablo 11. Hastaların kronik hastalık varlığı ile tekrar başvuru sonucu ilişkisi.....	19
Tablo 12. Hastaların hastane yatış öyküsü ile tekrar başvuru sonucu ilişkisi (%).....	20
Tablo 13. Hastaların hastaneye başvuru şekli ve tekrar başvuru sonucu ilişkisi.....	20
Tablo 14. Hastaların tekrar başvuru sebebi ve tekrar başvuru sonucu ilişkisi.....	21
Tablo 15. Tekrar başvuru sonucunda yatan hastaların özellikleri.....	22

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servisten taburcu olduktan sonraki ilk 72 saat içerisindeki başvurular erken dönem “tekrar başvuru” olarak kabul edilmektedir. Acil servise tekrar başvuran hastalar hastanelerin iş yükünü ve sağlık harcamalarını artırmaktadır. Erken dönemde acil servise tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi, acil servis hizmetinin kalite göstergelerinden biri olarak kullanılmaktadır (1). Tüm dünyada acil servislere başvuran hasta sayısı belirgin artış göstermektedir(2). Tekrar başvurular acil servis kalabalığını artırarak kalabalığın yol açtığı tüm sorunlara dolaylı olarak katkıda bulunmakta ve hasta ile doktorlar açısından tıbbi ve hukuki sorunlara neden olmaktadır(3, 4). Hastalar acil serviste değerlendirildikten sonra kısa bir süre içerisinde aynı şikayet ile tekrar geri döndüklerinde genellikle ilk değerlendirme ve tedavilerinin yetersiz olduğu düşünülmektedir (5-7). Yapılan çalışmalarda ilk 72 saat içerisindeki tekrar başvuru oranının %0,39-%5.8 arasında değiştiği ve tekrar başvuran hastaların hastaneye yatma risklerinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu saptanmıştır(8). Literatürdeki veriler tekrar başvuruların sebeplerini tam olarak ortaya koyamamakla birlikte genellikle tekrar başvurunun sebebinin tıbbi eksiklik olduğu düşünülmektedir(9). Çocuklarda ilk 24 saat içindeki tekrar başvuruların değerlendirildiği tek bir çalışmada da başvuru oranının %1,79 olduğu ve tekrar başvuru sebeplerinin genellikle hastane veya sağlık sunucularından kaynaklı eksiklikler olduğu bildirilmiştir(9, 10). Yüksek riskli hasta grubu olarak değerlendirilen tekrar başvuran hastaların demografik özelliklerini, risk faktörlerini belirleyecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Acil servise planlanmamış tekrar başvuruların azaltılması; acil servise başvuran hastaların sayısında azalmaya, acil servis kalabalık sorununun iyileştirilmesine, acil servis çalışanlarının iş yükünün azaltılmasına, sağlık giderlerinin azalmasına, hastalara daha kaliteli acil bakımının yapılabilmesine, acil serviste hasta memnuniyetinin artırılmasına ve doktorların hukuki sorunlarla karşılaşmalarının azaltılmasına yardımcı olacaktır. Güvenilir belirteçler bulunabildiği takdirde bazı geri dönüşlerin önlenilebileceği ve risklerin azaltılabileceği bilinmektedir(11, 12). Bu çalışmanın amacı, Ankara Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi’ne erken dönemde tekrar başvuran hastaların

demografik ve klinik özelliklerini saptamak, tekrar başvuru oranlarını belirlemek ve varsa hastaların tıbbi, kurumsal veya bireysel risk faktörlerini tespit etmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. ACİL SERVİS

Acil servis; acil tıbbi durumdaki hastalara 24 saat kesintisiz acil tıbbi bakımın uygulandığı bölümlerdir (13, 14). Acil servisler beklenmedik hastalık ve yaralanma ile karşılaşan hastaların değerlendirilerek hızlı bakımın, hasta stabilizasyonunun, tedavinin yapıldığı ve gerekirse hastaların ileri merkeze sevkinin yapıldığı alanlar olarak tanımlamıştır (15, 16). Ülkemizde, "yataklı sağlık tesislerinde sunulmakta olan acil servis hizmetlerinin günümüz ihtiyaç ve beklentilerine uygun olarak geliştirilmesi maksadıyla, acil servislerin personel ve hizmet şartları, fiziki şartları, ulaşım, her türlü malzeme ve tıbbi teknolojik imkanları bakımından asgari standartlarını belirlemek, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile etkin bir koordinasyon sağlamak, acil servisleri yataklı sağlık tesisinin statüsü, hizmetin yoğunluğu ve hizmet verdiği bölgenin şartlarına göre derecelendirerek yeniden yapılandırılmalarını sağlamak, ve bu birimlerde yürütülecek nöbet hizmetlerine ilişkin uygulama usul ve esaslar", Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" ile belirlenmiştir (17).

2.3. ACİL TIBBİ DURUM KAVRAMI

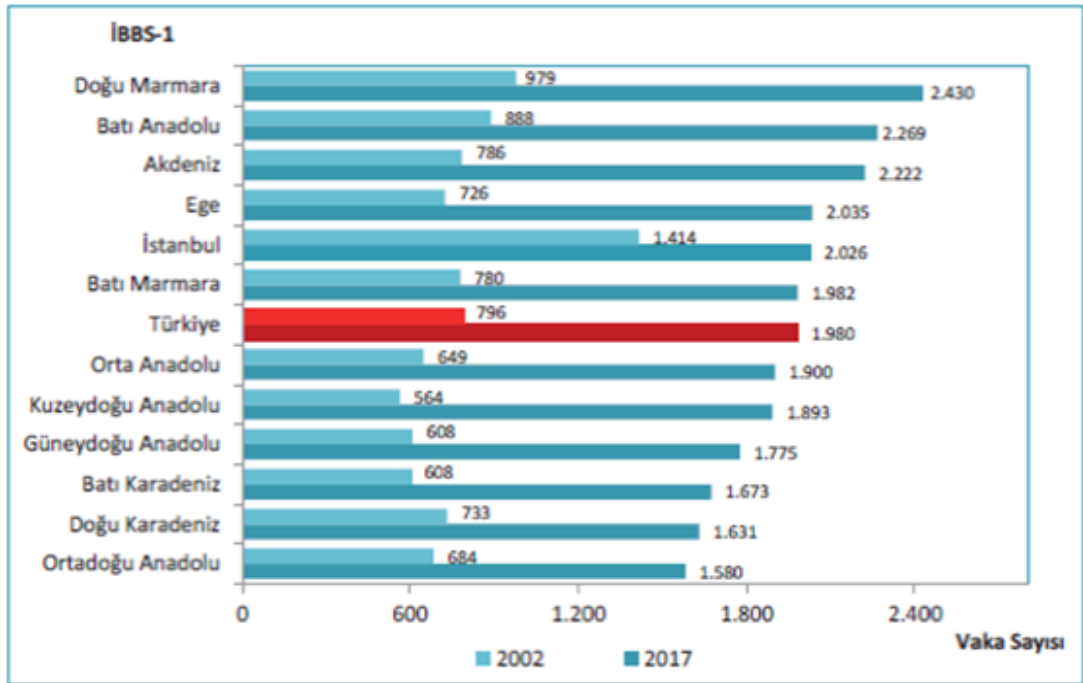
Acil tıbbi durum; beklenmedik bir anda karşı karşıya kalınan hastalık, kaza, yaralanma durumlarında gerekli tıbbi müdahalenin hızlı bir şekilde yapılmaması veya gecikmesi durumunda morbidite ve mortalite riskinin arttığı durumlardır. Acil tıbbi durum Amerikan Acil Doktorlar Birliği'ne (ACEP) göre hasta tarafından belirlenir. Acil hasta olduğunu düşünen herkes acil servise başvurabilir ve acil hasta kabul edilip ona göre müdahale edilmelidir (18).

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumunun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre; acil tıbbi durum, 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 durumlar" olarak tanımlanmıştır (17).

2.3. ACİL SERVİS İŞLEYİŞİ VE HASTA DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye'de son yıllarda hastanelere başvuru sayısı giderek artmaktadır bununla beraber acil servislerin de artan başvuru sayısı dikkat çekmektedir. Türkiye'de 2002 yılında 112 Acil yardım İstasyonu başına düşen vaka sayısı 716 iken bu sayı 2017 yılında 1980'e ulaşmıştır (Grafik 1) (19).



Grafik 1: 112 Acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı

Acil servislere başvuruların olağandışı artışı sağlık yöneticilerini bu konuda tedbirler almak ve çözümler üretmek zorunda bırakmıştır. Bu probleme çözüm olarak Sağlık Bakanlığı bir yandan acil servislerdeki hekim kadrolarını artırmıştır bir yandan da aile hekimlerine acil servislerde nöbet tutma zorunluluğu getirmiştir (20). Hasta sayılarındaki bu artış karşısında tıbbi hataları önleyecek, hasta memnuniyetini sağlayacak akılcı, sürdürülebilir, etkin, verimli, ekonomik hasta değerlendirme, takip, bakım ve tedavi planları oluşturulmalıdır(21). Hastaların bekleme zamanı,

personel tutum ve davranışları, hastaların şikayetlerinin erken çözümlenmesi, tıbbi hizmetin algılanan kalitesi ve genel iletişim Acil Servis (AS)'lerin hizmet kalitesini belirlemektedir (22-24). Yapılan çalışmalarda tekrar başvurular incelenerek çözüm önerileri sunulmuştur(1, 6, 21, 24-34). Acil servis kalabalığı klinik değerlendirme kalitesinden hizmet sunum kalitesine kadar tüm aşamaları olumsuz etkileyebilmektedir.

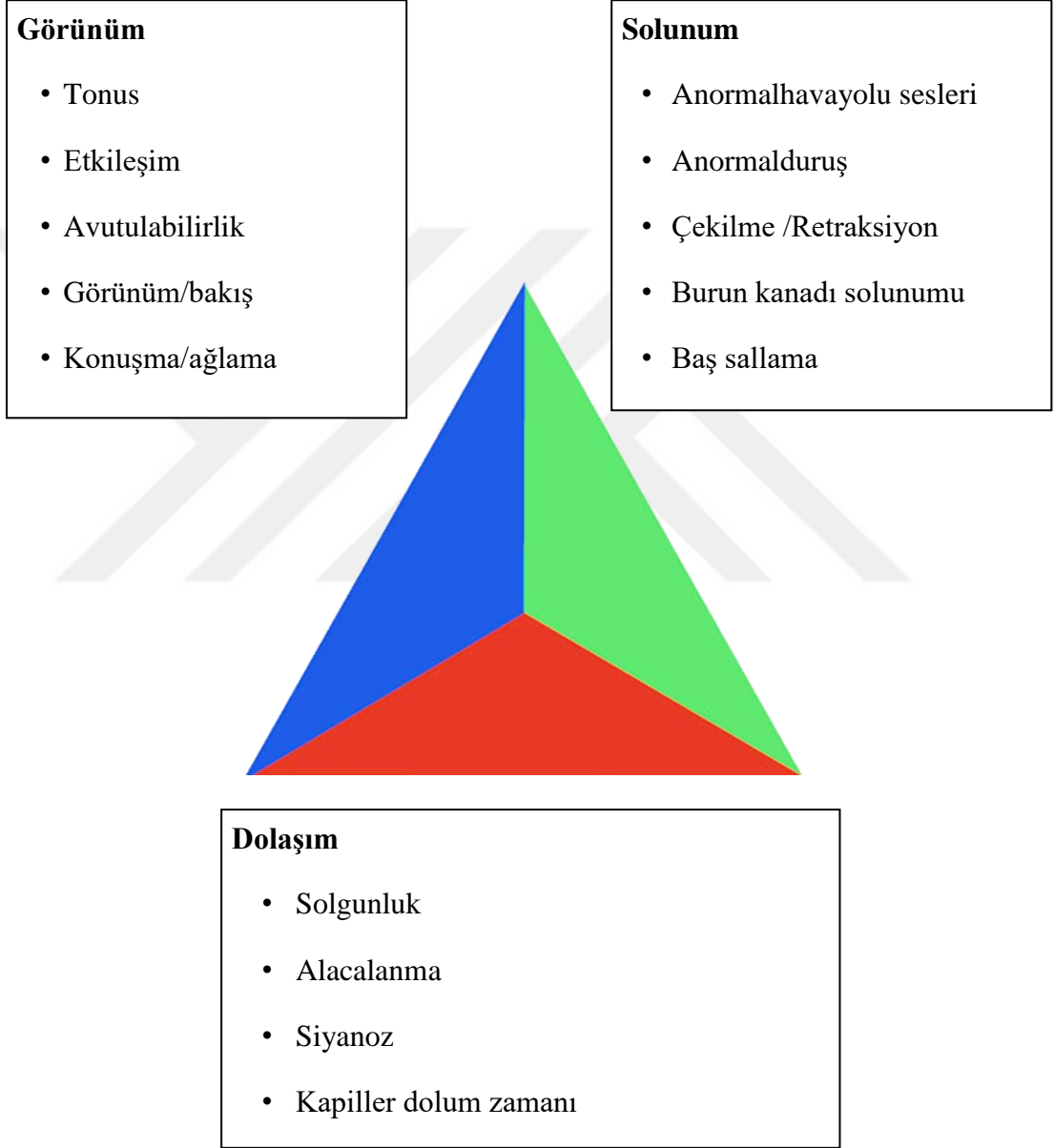
2.3.1. Acil Servise Hasta Kabulü ve Triaaj Kavramı

Amerikan Acil Doktorları Birliği, hastaların aciliyetlerini kendilerinin belirlemesi ve acil servislere başvuran tüm hastaların kabul edilip doktor tarafından değerlendirilmeleri gerektiğini ifade etmektedir (13). Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın 2009 yılında yayınladığı "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" hükümlerine göre acil servislere başvuran tüm acil vakaların kabul edilmesi istenmektedir (17). Buna göre;

“Madde 14: (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için komuta kontrol merkezi (KKM) talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür. İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevki, sevk edilecek hastanın tıbbi durumuna uygun nihai tedavisinin sağlanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi ve nakil işlemlerinin 112 KKM'nin yönetim ve koordinasyonunda, 112 KKM tarafından verilen talimatlara uygun olarak yapılması zorunludur.”

Acil servise başvuran her hastanın başvurur başvurmaz hekim tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmesi mümkün olmadığı için hastaları aciliyetlerine göre ayırmak mecburi bir uygulama olarak görülmektedir. Hastaları aciliyetlerine göre ayırma işlemine triyaj denmektedir (35). Triaaj kelime anlamı olarak, “sınıflamak, ayıklamak” anlamına gelmekte ve acil servislerde uygulanma şekli “Acil Tıbbi Triaaj” (ATT) olarak tanımlanmaktadır. Triaaj, özellikle kritik hastaların hızlı tanınması için kullanılan ve hastalar için güvenli bekleme süresi sağlayan bir

sistemdir. Çocuk hastaların triajında Amerika Çocuk Akademisi (AAP) tarafından öncelikli değerlendirme olarak Pediatrik Değerlendirme Üçgeni(PDÜ) önerilmektedir (36). PDÜ, görsel ve işitsel ipuçlarını kullanarak, kısa sürede çocuğun görünümünün, solunum iş yükü ve dolaşımının değerlendirilmesini sağlar (Şekil 1).



Şekil 1: Pediatrik değerlendirme üçgeni (36)

Dünya'da yaygın olarak beş kategorili triyaj sistemi kullanılmasına rağmen Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 2009 yılında çıkarılan "Yataklı sağlık

tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" hükümlerine göre acil servislerde üç basamaklı bir triyaj sistemi uygulanmakta ve de triyaj neticesinde öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılmaktadır (17).

2.4. ACİL SERVİS YOĞUNLUĞU

Acil servislere başvuran hastaların oluşturduğu yoğunluk tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (37, 38). Ülkemizde de acil servislere başvuran hasta sayısı belirgin olarak artış göstermektedir. Tekrar başvurular acil servis kalabalığını artırarak kalabalığın yol açtığı tüm sorunlara dolaylı olarak katkıda bulunmakta ve hasta ile doktorlar açısından tıbbi ve hukuki sorunlara neden olmaktadır (39, 40).

2.5.ACİL SERVİSE TEKRAR BAŞVURU

Hastalar acil serviste değerlendirildikten sonra kısa bir süre içerisinde aynı şikayetle tekrar geri döndüklerinde genellikle ilk değerlendirme ve tedavilerinin yetersiz olduğu düşünülmektedir. Literatürde;"returnvisit", "revisit", "reattend", "readmission", "wiedervisite" tekrar başvuru olarak geçmektedir. Acil servisten taburcu olan hastaların tekrar acil servise benzer şikayetle beklenmeyen başvuruları "Tekrar Başvuru" olarak tanımlanmıştır (41).

Tekrar başvuru için kabul edilecek zamanın ne olduğu konusunda çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Literatürde en erken 24 saat ve en geç 6 aya kadar yapılmış çalışmalar mevcuttur (5, 6, 10, 42).

24 saat içerisinde olan tekrar başvuruları gözden geçirmek, acil sağlık hizmetlerinin olası sorunlarını belirlemek için çok önemli bir yöntemdir. Planlanmamış tekrar başvuruların arkasında birkaç neden vardır. Bu nedenle, bu faktörlerin belirlenmesi, gereksiz başvuru sayısını azaltmak için stratejiler belirlememizde çok önemlidir (10, 43). Tekrar başvuru oranlarını gösteren çalışmalarda çoğunlukla ilk 48-72 saat tekrar başvuruları incelenmiş ve tekrar başvuru yüzdesi %1,1-6,19 arasında saptanmıştır. Literatürdeki veriler tekrar

başvuruların sebeplerini tam olarak ortaya koyamamakla birlikte genellikle tekrar başvurunun sebebinin tıbbi eksiklik olduğu düşünölmektedir (44). Tekrar başvuruların incelendiği çalışmalarda tekrar başvuran hastaların hastaneye yatma risklerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir(8, 45).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma bir prospektifkohort çalışmasıdır.

3.2. ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Etik Kurul Karar No: 18-1182-18). 01 Mart 2018 ile 28 Şubat 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Acil Servis'e 24 saat içerisinde tekrar başvuran hastalara 'ANKARA ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK HASTANESİ ACİL SERVİS'E 24 SAAT İÇERİSİNDE TEKRAR BAŞVURAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ' adlı çalışma anlatılarak aydınlatılmış onam alındı ve daha sonra Ek-1'de belirtilmiş olan veri kayıt formu araştırma yürütücüsü Muhammed Ali Ekşi tarafından dolduruldu. Sorular sorulurken açık uçlu bir şekilde soruldu ve hastalar hiçbir şekilde herhangi bir seçeneğe yönlendirilmedi. Hiçbir hasta çalışmaya katılmaya zorlanmadı. Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar ve çalışma kriterlerine uymadığı saptanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

3.3. ÇALIŞMAYA DAHİL OLMA VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

3.3.1. Dahil Olma Kriterleri

- 1-) 01 Mart 2018 ile 28 Şubat 2019 tarihleri arasında 24 saat içerisinde Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Acil Servis'e aynı veya ilişkili şikayet ile tekrar başvuran tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.
- 2-) 18 yaşından küçük hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.2. Dışlama Kriterleri

- 1-) Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Acil Servis'ten taburcu olduktan sonraki ilk 24 saat içerisinde farklı şikayetle (birinci başvurusu ile alakalı

olmadığı düşünölen) tekrar başvuru yapan hastalar.

- 2-) İlk başvurusunda acil servisten kendi isteği ile ayrılan hastalar.
- 3-) Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar.
- 4-) Kontrole çağırılmış olan hastalar.
- 5-) 18 yaşından büyük olan hastalar.

3.4. VERİLERİN KAYDI

Çalışmaya dahil olma kriterlerini taşıyan hastalara ait bilgiler aşağıdaki başlıklar altında veri kayıt formuna kaydedildi (Ek-1).

- a) Sosyodemografik veriler
- b) Başvuru şikayeti
- c) Kronik hastalık varlığı
- d) Hastaneye yatış öyküsü
- e) Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru durumu
- f) Tekrar başvuru sebebi
- g) Tekrar başvurusunda ne yapıldığı
- h) Hastanın evinin hastaneye uzaklığı
- i) Hastanın hastaneye başvuru şekli
- j) Ailenin sosyoekonomik düzeyi
- k) Annenin ve babanın eğitim düzeyi

3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

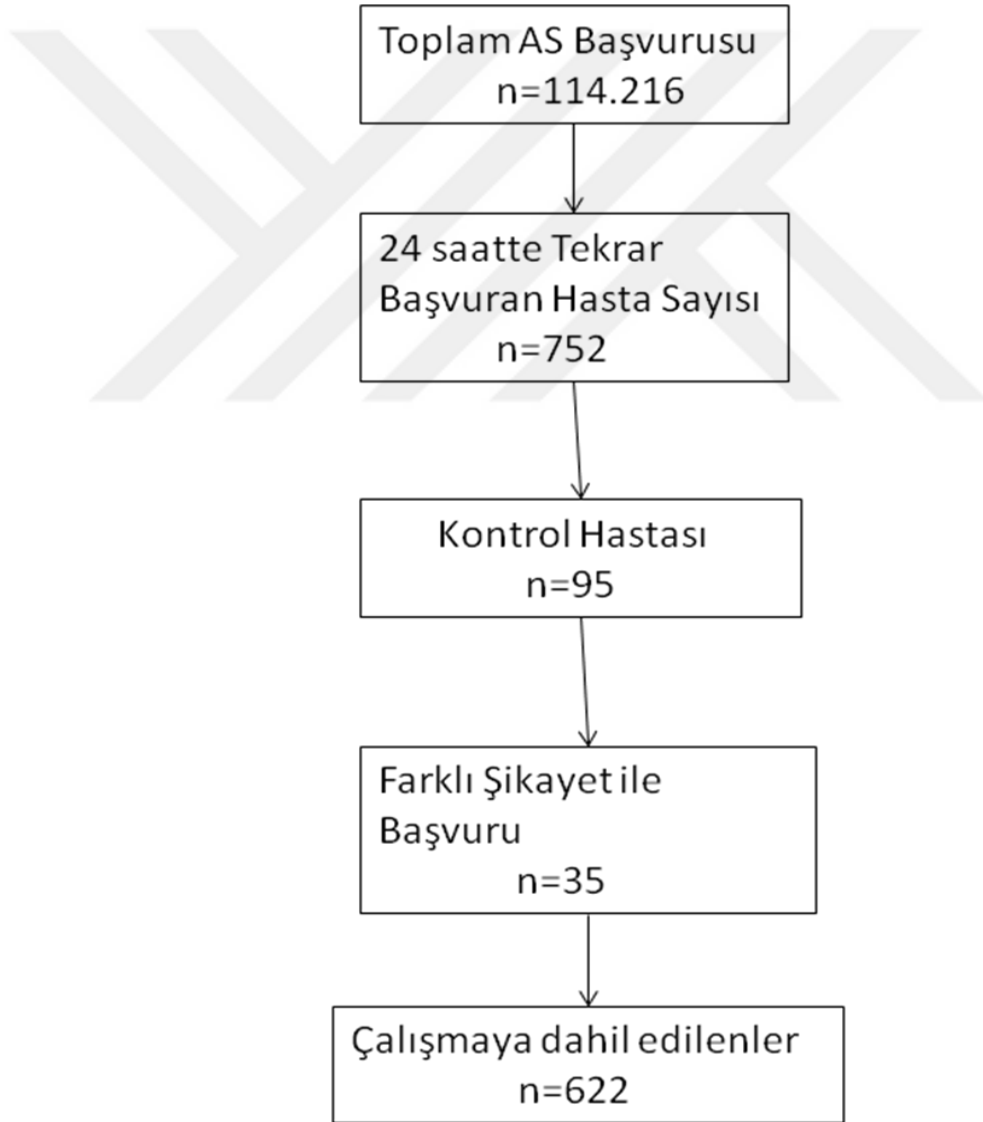
İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 11.5 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile yapıldı. Normal dağılım gösteren nümerik değişkenler ortalama \pm standart sapma, normal dağılım göstermeyen nümerik değişkenler medyan (minimum - maksimum), kategorik değişkenler ise frekans (yüzdeler)

olarak verildi. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Ki Kare veya Fisher's Exact Test ile belirlendi. $p < 0.05$ istatistiksel olarak önemlilik için yeterli kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı 01 Mart 2018 ile 28 Şubat 2019 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Çocuk Hastanesi Acil Servisi'ne 114.216 hasta başvurdu. Tekrar başvuran hasta sayısı 752 idi, bunlardan 95'i kontrole çağrılmış, 35'i de ilk şikayeti ile ilişkisiz bir şikayet ile başvurmuştu. Bu hastalar çalışmadan çıkarıldığında tekrar başvuran hasta sayısı 622 ve tekrar başvuru yüzdesi % 0,54 olarak saptandı. Aşağıda çalışma akış şeması belirtilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Çalışma Akış Şeması

Sosyodemografik Veriler

Çalışmaya alınan 622 hastanın 333 (%53,5)'ü erkek, 289 (%46,5)'u kızdı. Hastaların 50 (%8)'sinin sosyoekonomik düzeyi düşük, 420 (%67,5)'sinin orta, 152 (%24,5)'sinin yüksekti (**Tablo 1**).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik veriler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	333	53,5
Kadın	289	46,5
Sosyoekonomik durum		
Düşük	50	8,0
Orta	420	67,5
Yüksek	152	24,5
Toplam	622	100

Hastaların yaş ortalamaları 54 ay, yaş ortancaları 35 aydı. Hastaların 252 (%40,5)'sinin (0-2 yaş), 246 (%38,9)'sının (2-7 yaş), 124 (%20,6)'ünün (7-18 yaş) aralığında olduğu saptandı (**Tablo 2**).

Tablo 2. Hastaların yaş dağılımları

Yaş grupları	n	%
0-2 yaş	252	40,5
2-7 yaş	246	38,9
7-18 yaş	124	20,6
Toplam	622	100

Hastaların evlerinin hastaneye uzaklığı sorgulandığında 200 (%32,2)'ünün yakın mesafe, 258 (%41,5)'inin orta, 164 (%26,3)'ünün uzak mesafede ikamet ettiği öğrenildi (**Tablo 3**).

Tablo 3. Hastaların hastaneye uzaklığı

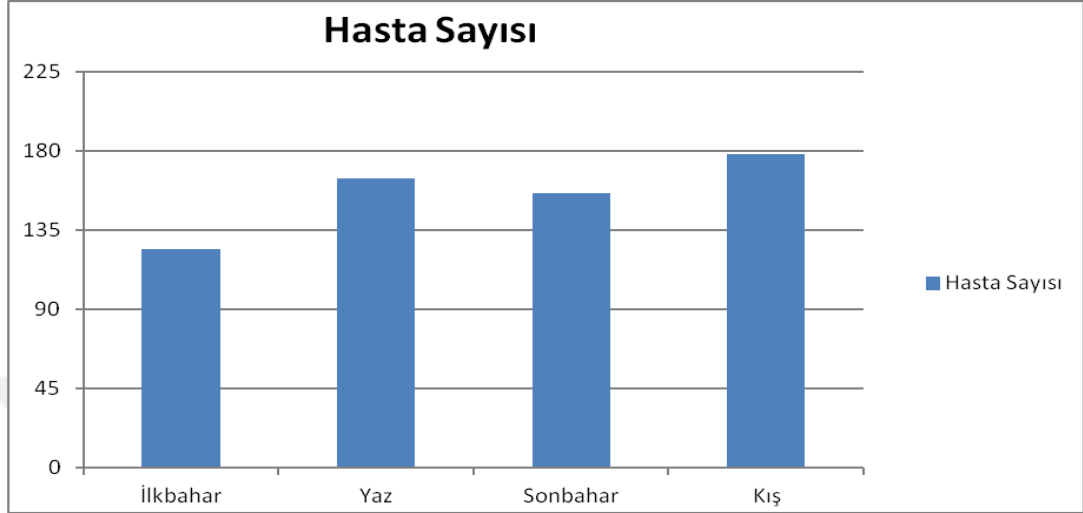
Hastaneye uzaklık	n	%
Yakın mesafe	200	32,2
Orta mesafe	258	41,5
Uzak mesafe	164	26,3
Toplam	622	100

Hastaların 464 (%74,7)'ünün acil servise şahsi aracı ile, 68 (%10,9)'ünün ticari araç, 88 (%14,1)'inin toplu taşıma aracı, 2 (%0,3)'sinin ambulans ile başvurduğu saptandı (**Tablo 4**). Ambulans ile başvuran hastalardan birinin yeni bir şikayeti olması nedeniyle tekrar başvurduğu ve ek tetkik yapılarak aynı önerilerin tekrarlandığı, diğer hastanın da yeni bir şikayeti olması nedeniyle başvurduğu ve hastaneye yatırıldığı saptandı.

Tablo 4. Hastaların başvuru şekilleri

Başvuru şekilleri	n	%
Şahsi araç	464	74,7
Ticari araç	68	10,9
Toplu taşıma aracı	88	14,1
Ambulans	2	0,3
Toplam	622	100

Tekrar başvuran hastaların 124 (%20) 'ü ilkbahar, 164 (%26)'ü yaz, 156 (%25)'sı sonbahar, 178 (%29) 'i kış mevsiminde başvurmuştu (**Grafik2**).



Grafik 2. Hasta başvurularının mevsimsel dağılımı

Hastaların anne ve baba eğitim düzeyleri incelendiğinde; annelerin 29 (%4,7)'u ilkokul, 78 (%12,5)'i ortaokul, 369 (%59,3)'u lise, 146 (%23,5)'sı üniversite mezunuydu. Babaların 12 (%1,9)'si ilkokul, 62 (%10)'si ortaokul, 330 (%53,1)'u lise, 218 (%35)'i üniversite mezunuydu (**Tablo 5**).

Tablo 5. Hastaların anne ve baba eğitim durumu

Eğitim durumu	Anne n (%)	Baba n (%)
İlkokul mezunu	29 (4,7)	12 (1,9)
Ortaokul mezunu	78 (12,5)	62 (10)
Lise mezunu	369 (59,3)	330 (53,1)
Üniversite mezunu	146 (23,5)	218 (35)
Toplam	622 (100)	622 (100)

En sık tekrar başvuru şikayetleri incelendiğinde ateş 266 (%42,8), kusma 114 (%18,3) ve hırıltı-öksürük 99 (%15,9) idi. Karın ağrısı, döküntü, huzursuzluk, düşme ve kulak ağrısı da tekrar başvuruların diğer nedenleriydi (**Tablo 6**).

Tablo 6. Hastaların başvuru şikayetleri

Başvuru şikayeti	n	%
Ateş	266	42,8
Kusma	114	18,3
Hırıltı-öksürük	99	15,9
Karın ağrısı	52	8,4
Döküntü	16	2,6
Huzursuzluk	12	1,9
Toplam	559	88,9

Hastaların 100 (%16,1)'ünde kronik hastalık mevcut idi (**Tablo 7**).

Tablo 7. Hastaların kronik hastalık varlığı

Kronik hastalık	n	%
Var	100	16,1
Yok	522	83,9
Toplam	622	100

Tekrar başvurulara en sık eşlik eden kronik hastalık astım 32 (%32) idi. Epilepsi, Ailevi Akdeniz ateşi ve eşlik eden diğer hastalıklara ait özellikler (**Tablo 8**)'de gösterilmiştir. Tekrar başvuru sonrası kronik hastalığı olanların müşahadeye alınma oranları olmayanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$).

Tablo 8. Hastaların kronik hastalıkların dağılımı

Kronik hastalık	n	%
Astım	32	32
Epilepsi	8	8
Ailevi Akdeniz ateşi	7	7
Kabızlık	4	4
Hidrocefali	3	3
Obezite	3	3
Malnutrisyon	3	3
Immün yetmezlik	3	3
Diğer	37	37
Toplam	100	100

Hastaların 111 (%17,8)'inde başvuru öncesi hastane yatış öyküsü mevcuttu (**Tablo 9**).

Tablo 9. Hastaların başvuru öncesi hastane yatış öyküsü özellikleri

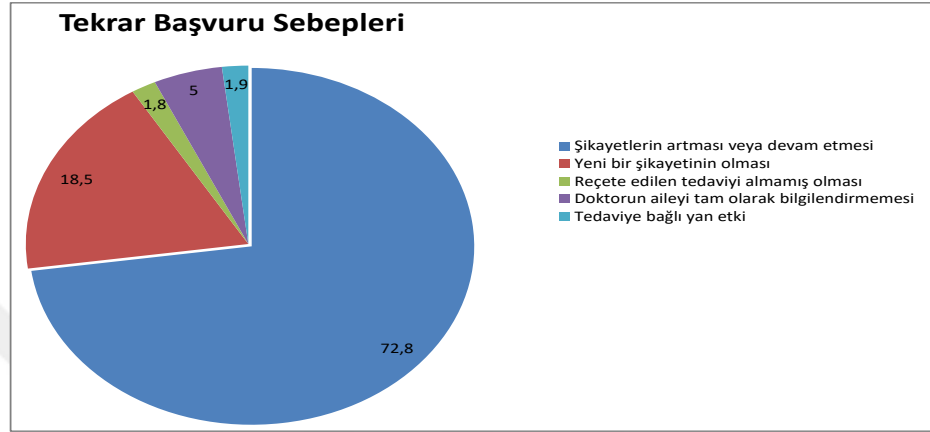
Hastane yatış öyküsü	n	%
Var	111	17,8
Yok	511	82,2
Toplam	622	100

Hastaların 501 (%80,5)'i birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmamıştı (**Tablo 10**).

Tablo 10. Hastaların birinci basamak başvuru özellikleri

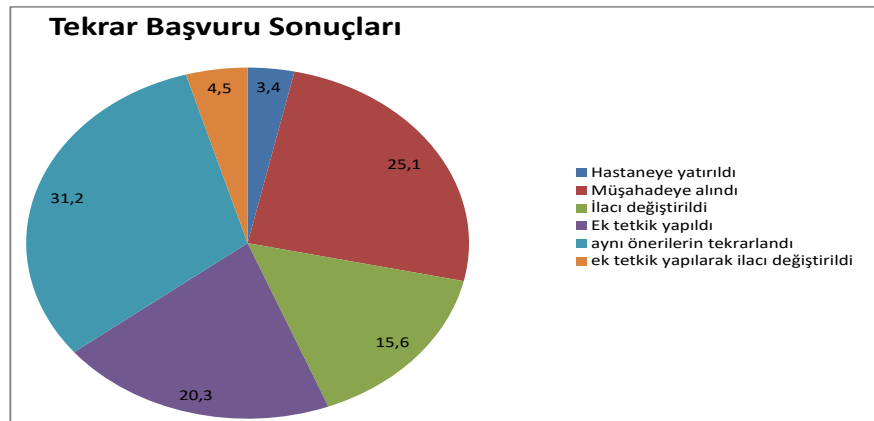
Birinci basamak başvurusu	n	%
Yok	501	80,5
Var	121	19,5
Toplam	622	100

Hastaların 453 (%72,8)'ü şikayetlerinin artması veya devam etmesi, 115 (%18,5)'i yeni bir şikayetinin olması, 31 (%5)'i doktorun aileyi tam olarak bilgilendirmemiş olması, 12 (%1,9)'si tedaviye bağlı yan etki, 11(%1,8)'i ise reçete edilen tedaviyi almaması nedeniyle hastaneye tekrar başvurmuştu (**Grafik 3**).



Grafik3. Hastaların tekrar başvuru sebepleri (%)

Tekrar başvuru sonrasında hastaların 21 (%3,4)'inin hastaneye yatırıldığı, 156 (%25,1)'sının müşahadeye alındığı, 97 (%15,6)'sinin ilacının değiştirildiği, 126 (%20,3)'sına ek tetkik yapıldığı, 194(%31,2)'üne aynı önerilerin tekrarlandığı, 28 (%4,5)'ine ek tetkik yapılarak ilacının değiştirildiği saptandı (**Grafik4**).



Grafik 4. Hastaların tekrar başvuru sonuçları (%)

Kronik hastalığı olan hastalar ile olmayanların hastaneye yatırılma, müşahadeye alınma, ilaç değişikliği, ek tetkik gerekliliği ve aynı önerilerin tekrarlanma durumu karşılaştırıldığında kronik hastalığı olanların müşahadeye alınma oranları istatistiksel anlamlı yüksekti ($p=0,001$) (**Tablo 11**).

Tablo 11. Hastaların kronik hastalık varlığı ile tekrar başvuru sonucu ilişkisi

Tekrar başvuru sonucu	Kronik hastalık varlığı		p
	Var	Yok	
Hastaneye yatırıldı (n,%)	6 (6)	15 (2,9)	0.001
Müşahadeye alındı (n,%)	38 (38)	118 (22,6)	
İlacı değiştirildi (n,%)	14 (14)	83 (15,9)	
Ek tetkik yapıldı (n,%)	13 (13)	113 (21,6)	
Aynı öneriler tekrarlandı (n,%)	21 (21)	173 (33,1)	
Ek tetkik yapıldı ve ilacı değiştirildi (n,%)	8 (8)	20 (3,8)	
Toplam (n,%)	100 (100)	522 (100)	

Daha önce hastane yatış öyküsü olan ile olmayan hastaların hastaneye yatırılma, müşahadeye alınma, ilaç değişikliği, ek tetkik gerekliliği ve aynı önerilerin tekrarlanma durumu karşılaştırıldığında başvuru öncesi hastane yatış öyküsü olanların müşahadeye alınma oranları istatistiksel anlamlı yüksekti ($p<0,001$). (**Tablo 12**).

Tablo 12. Hastaların hastane yatış öyküsü ile tekrar başvuru sonucu ilişkisi (%)

Tekrar başvuru sonucu	Hastane yatış öyküsü		p
	Var	Yok	
Hastaneye yatırıldı (n,%)	8 (7,2)	13 (2,5)	<0.001
Müşahadeye alındı (n,%)	50 (45)	106 (20,7)	
İlacı değiştirildi (n,%)	13 (11,7)	84 (16,4)	
Ek tetkik yapıldı (n,%)	15 (13,5)	111 (21,7)	
Aynı öneriler tekrarlandı (n,%)	16 (14,4)	178 (34,8)	
Ek tetkik yapıldı ve ilacı değiştirildi (n,%)	9 (8,1)	19 (3,7)	
Toplam (n,%)	111 (100)	511 (100)	

Hastaların başvuru şekli ile tekrar başvuru sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (**Tablo 13**).

Tablo 13. Hastaların hastaneye başvuru şekli ve tekrar başvuru sonucu ilişkisi

Tekrar başvuru sonucu	Hastaneye başvuru şekli			p
	Şahsi araç	Ticari araç	Toplu taşıma	
Hastaneye yatırıldı (n,%)	17 (3,7)	2 (2,9)	1 (1,1)	0.125
Müşahadeye alındı (n,%)	124 (26,7)	12 (17,6)	19 (21,6)	
İlacı değiştirildi (n,%)	73 (15,7)	9 (13,2)	15 (17)	
Ek tetkik yapıldı (n,%)	98 (21,1)	9 (13,2)	19 (21,6)	
Aynı öneriler tekrarlandı (n,%)	130 (28)	32 (47,1)	32 (36,4)	
Ek tetkik yapıldı ve ilacı değiştirildi (n,%)	22 (4,7)	4 (5,9)	2 (2,3)	
Toplam (n,%)	464 (100)	68 (100)	88 (100)	

Tekrar başvuru sonrası hastaneye yatırılan hastaların 17 (%81)'si şikayetlerinin artması veya devam etmesi, 4 (%19)'ü yeni bir şikayetinin olması nedeniyle başvurmuştu. Tekrar başvuru sebebi 'şikayetlerinin artması veya devam etmesi' olan hastaların tekrar başvuru sonucunda 'müşahadeye alınma', 'ek tetkik yapılması' ve 'ilacı değiştirilmesi' sonuçları diğer tekrar başvuru sebepleri ile kıyaslandığında istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,001$) (**Tablo 14**).

Tablo 14. Hastaların tekrar başvuru sebebi ve tekrar başvuru sonucu ilişkisi

Tekrar başvuru sonucu	Tekrar başvuru sebebi						P
	Şikayetlerinin artması veya devam etmesi	Yeni bir şikayetinin olması	Reçete edilen tedaviyi almamış olması	Doktorun aileyi bilgilendirmemiş olması	Tedaviye bağlı yan etki gelişmesi	Toplam (n,%)	
Hastaneye yatırıldı (n,%)	17 (81)	4 (19)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	21 (100)	<0.001
Müşahadeye alındı (n,%)	127 (81,4)	25 (16)	0 (0)	3 (1,9)	1 (0,6)	156 (100)	
İlacı değiştirildi (n,%)	67 (69,1)	15 (15,5)	4 (4,1)	3 (3,1)	8 (8,2)	97 (100)	
Ek tetkik yapıldı (n,%)	75 (59,5)	46 (36,5)	0 (0)	5 (4)	0 (0)	126 (100)	
Aynı öneriler tekrarlandı (n,%)	144 (74,2)	21 (10,8)	7 (3,6)	20 (10,3)	2 (1)	194 (100)	
Ek tetkik yapıldı ve ilacı değiştirildi (n,%)	23 (82,1)	4 (14,3)	0 (0)	0 (0)	1 (3,6)	28 (100)	

Tekrar başvuru sonrası yatış tanıları ve hasta sayıları Tablo 18’de özetlenmiştir. Hastanede ortalama yatış süresi 5,8 (2-19) gündü. Tüm hastalar şifa ile taburcu edildi. Pnömoni tanısı ile hastaneye yatırılan hastaların 5 (%83)’i 1 yaş altındaydı ve ilk başvurusunda üst solunum yolu enfeksiyonu tanısı almıştı (**Tablo 15**).

Tablo 15. Tekrar başvuru sonucunda yatan hastaların özellikleri

Yatış Tanıları	Hasta Sayısı (n,%)
Apandisit	6 (%28)
Pnömoni	6 (%28)
Febril Konvülziyon	2 (%9)
Akut Pyelonefrit	2 (%9)
Akut Gastroenterit	1 (%5)
Viral Ensefalit	1 (%5)
Aseptik Menenjit	1 (%5)
Lenfadenit	1 (%5)
Bronşiolit	1 (%5)
Toplam	21 (%100)

5. TARTIŞMA

Acil servise tekrar başvuru ihtimali olan hastaların özelliklerinin bilinmesi; tekrar başvuran hastaların mortalite ve morbiditelerinin daha yüksek olması nedeni ile çok önemlidir (12, 17). Acil servis başvuruları giderek artmaktadır ve çoğunlukla acil servislerde ciddi kalabalıklar yaşanmaktadır. Tekrar başvurular da kalabalığa katkı sağlamaktadır(46). Acil servise tekrar başvuru olarak kabul edilecek sürenin tanımı konusunda 24 saat ile bir ay arasında değişen çalışmalar mevcut olmakla birlikte yaygın görüş ilk 72 saat içerisinde olan başvuruları tekrar başvuru olarak kabul etmekten yanadır (6, 10, 11, 47). Tekrar başvuru süresinin ilk 72 saat olarak değerlendirildiği çalışmalarda tekrar başvuru oranı %0,39 ile %5,8 arasında değişmekle birlikte sıklıkla kabul edilen tekrar başvuru oranı %1-3'tür (48-52). Buna karşılık ilk 24 saatteki tekrar başvuru oranını belirleyen çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Çocuk acil servislerine ilk 24 saatte olan tekrar başvuruları inceleyen tek bir çalışmada tekrar başvuru oranı %1,79 olarak saptanmıştır (10). Çalışmamızda çocuk acil servise ilk başvurudan sonraki 24 saat içerisinde olan tekrar başvuruları prospektif olarak inceledik ve tekrar başvuru oranımızı %0,54 olarak saptadık. Sadece ilk 24 saatte tekrar başvuran hastaların çalışmaya dahil edilmiş olması, tekrar başvuru oranının düşüklüğünü açıklayabilir. Ayrıca hastanın tekrar başvurusunda ilk başvurduğu hastane dışında bir hastaneye başvuru konusunda kısıtlamanın olmaması da tekrar başvuru oranının düşmesine neden olmuş olabilir. Çalışmamızda tekrar başvuru oranı düşük bulunmakla birlikte hastaların 501 (%80,5)'inin birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmadığı dikkat çekmekteydi. Birinci basamağa başvurmadan 3. basamak acil servise başvuran hasta sayısının bu kadar yüksek olması acil servis kalabalığına neden olan önemli faktörlerden biridir. Hastaların acil servise tekrar başvuru saatleri incelendiğinde 52 (%8,4)'sinin 00:01-08:00 saatleri arasında, 137 (%22)'sinin 08:01-16:00 saatleri arasında, 433 (%69,6)'ünün de 16:01-24:00 saatleri arasında acil servise başvurduğu saptandı. Goldman ve arkadaşları da yaptığı çalışmada en sık tekrar başvuruların 16:01-24:00 saatleri arasında olduğunu saptamışlardır (53). Acil servis kalabalığı hastaların klinik değerlendirme kalitesini azaltarak tekrar başvuru riskini artırmaktadır. Çalışmamızda tekrar başvuran hastaların 194 (%31,2)'üne aynı önerilerin tekrarlanması ve ilk değerlendirmede

riskli grupların öngörülememesi hem bilgilendirme hem de muayene kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Tekrar başvuran hastaların 252 (%40,5)'si 0-2 yaş aralığındaydı. Yapılan diğer çalışmalarda da ilk 2 yaşta tekrar başvuru riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir(54).

Çalışmamızda hastaların tekrar başvuru şikayetlerinin 266 (%42,8)'sının ateş, 114 (%18,3)'ünün kusma, 99 (%15,9)'unun hırıltı-öksürük, 52 (%8,4)'sinin karın ağrısı olduğu saptandı. Yapılan diğer çalışmalarda da en sık başvuru şikayetlerinin ateş, kusma, karın ağrısı ve üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları olduğu bildirilmiştir(1, 23, 33).

Hastaların 453 (%72,8)'ünün şikayetlerinin artması veya devam etmesi, 115 (%18,5)'inin yeni bir şikayeti olması, 31 (%5)'inin doktorun aileyi tam olarak bilgilendirmemiş olması, 12 (%1,9)'sinin tedaviye bağlı yan etki, 11 (%1,8)'inin ise reçete edilen tedaviyi almaması nedeniyle tekrar başvurduğu saptandı. Yapılan diğer çalışmalarda da çocuk acil servise tekrar başvurma nedenlerinin genellikle şikayetlerinin geçmemesi ve ailenin çocuğuyla yeterince ilgilenilmediğini düşünmesi olduğu bildirilmiştir.(26, 55).

Çalışmamızda tekrar başvuru sonucunda hastaneye yatırılan hastaların 17 (%81)'si şikayetlerinin artması veya devam etmesi nedeniyle başvurmuştu. Bu hastaların da 6 (%28,5)'sı apandisit, 6 (%28,5)'sı pnömoni tanısı aldı. Yapılan çalışmalarda da tekrar başvuru sonrası yatan hastaların en sık tanılarının solunum yolu hastalıkları, abdominal hastalıklar, üriner sistem enfeksiyonları ve psikiyatrik bozukluklar olduğu bildirilmiştir(8, 24). Pnömoninin çocuklarda tekrar başvurunun ve hastane yatışının önde gelen nedenlerinden olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (28, 56). Çalışmamızda pnömoni nedeni ile yatırılan hastaların 5 (%83) 'i 1 yaşın altında idi. Küçük çocuklarda çoğu enfeksiyonlar hızla ilerleyebilir ve klinisyenin ilk değerlendirmesinde bulgular silik olabilir. Dolayısıyla küçük çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının hızla ilerleyerek pnömoniye dönebileceği göz önünde bulundurularak aileler solunum sıkıntısı bulguları açısından kesinlikle bilgilendirilmelidir ve gerektiğinde kontrol muayeneleri planlanmalıdır (28, 56, 57). Diğer en sık yatış nedeni apandisit idi, karın ağrısı da acil servise en sık başvuru nedenlerinden birisidir ve akut apandisit malpraktis nedenlerinin başında

gelmektedir (57). Bu nedenle çocuk acil servislerde çalışan hekimlerin 1 yaş altı üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda daha dikkatli olmaları ve kontrol muayenelerinin planlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Ailenin kaygı düzeyi veya sağlık okuryazarlığı da tekrar başvuruların sıklığını etkileyen faktörler olarak bildirilmiş olsa da (26) çalışmamızda hastaların 194 (% 31,2)'üne aynı önerilerin tekrarlanması ve 31 (%5)'inin de hekimin hastayı tam olarak bilgilendirmemiş olması nedeniyle başvurduğu düşünüldüğünde hekimlerin aileyi daha fazla bilgilendirmesi ve ailenin söylenenleri anladığından emin olunması gerektiğini göstermektedir.

Yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da tekrar başvuru yapan hastaların başvuru öncesi hastane yatış öyküsü veya eşlik eden kronik hastalığı varsa müşahadeye alınma oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (44). Tekrar başvuran hastalara en sık eşlik eden kronik hastalık astım 32 (%32) idi. Epilepsi 8 (%8) ve Ailevi Akdeniz Ateşi 7 (%7) diğer sık hastalıklardı. Kronik hastalığı olanların 49(%49) 'unun tekrar başvuru sebebi kendi hastalığı ile ilişkili saptandı. Literatürde çocukluk yaş grubunda eşlik eden kronik hastalıklar ile ilgili çalışma olmamakla birlikte erişkinlerin kronik hastalıklarının genellikle kardiyak hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar, kanserler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diabet olduğu bildirilmiştir(58).

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile tekrar başvuru sebepleri ve sonuçları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Gruplar homojen olmadığından tam bir değerlendirme yapılamamakla beraber Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olmasının da tekrar başvuru sayısını etkileyen faktörlerden biri olduğunu düşünmekteyiz.

6.KISITLILIKLAR

Çalışmamız tek merkezli bir çalışma olup hastalarımız ilk değerlendirme sonrası başka hastanelere de başvurmuş olabilir. Ayrıca sabit triaj ekibimizin olmaması nedeniyle hastalarımızın triaj durumları ile tekrar başvuru sebepleri ve tekrar başvuru sonuçları incelenememiştir.



7.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızda AÜTF Çocuk Acil Servisine ilk başvuru sonrası aynı/ilişkili şikayet ile ilk 24 saat tekrar başvuru oranını %0,54 olarak saptadık.

Tekrar başvuran hastaların 501 (%80,5)'i birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmamıştı. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının aktif kullanımı acil servis kalabalığının azaltılmasında etkili olacaktır.

Tekrar başvuran hastaların 252 (%40,5)'si 0-2 yaş aralığındaydı. Çocuk acil servislerinde çalışan hekimler tekrar başvuru riski yüksek olan 0-2 yaş hastalarda daha dikkatli davranmalı ve aileleri daha detaylı bilgilendirmelidir.

Hastaların 453 (%72,8)'ünün şikayetlerinin artması veya devam etmesi, 115 (%18,5)'inin yeni bir şikayeti olması, 31 (%5)'inin doktorun aileyi tam olarak bilgilendirmemiş olması, 12 (%1,9)'sinin tedaviye bağlı yan etki, 11 (%1,8)'inin ise reçete edilen tedaviyi almaması nedeniyle tekrar başvurduğunu saptadık.

Hastaların tekrar başvuru sonuçlarına baktığımızda hastaların 21 (%3,4)'inin hastaneye yatırıldığı, 156 (%25,1)'sının müşahadeye alındığı, 97 (%15,6)'sinin ilacının değiştirildiği, 126 (%20,3)'sına ek tetkik yapıldığı, 194 (%31,2)'üne aynı önerilerin tekrarlandığı, 28 (%4,5)'ine ek tetkik yapılarak ilacının değiştirildiğini saptadık.

“Aynı öneriler tekrarlandı” grubu tekrar başvuru sonuçlarının yaklaşık 1/3'ünü 194 (%31,2) oluşturmakta idi. Bu durum ilk başvuruda ailelerinin daha iyi bilgilendirilmeleri gerektiğini göstermektedir.

Keza; hastaneye yatırılan hastaların da % 81'inin ilk 24 saatte şikayetlerinin artması veya devam etmesi nedeniyle başvurduğu düşünüldüğünde acil servis kalabalığının hasta bakım kalitesini olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Hastaların hastanede yatış süreleri ortalama 5,8 gün idi.

En uzun yatış süresi 19 gün, en kısa yatış süresi 2 gündü. Tüm hastalar şifa ile taburcu edildi.

Hastaneye yatırılan hastaların 6 (%28,5)'sının apandisit, 6 (%28,5)'sının pnömoni olduğu saptandı.

Pnömoni tanısıyla yatırılan hastaların % 83'ü 1 yaş altındaydı. Acil servise başvuran küçük yaş grubu çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarının ve karın ağrısı şikayetlerinin dikkatle değerlendirilmesi ve gerektiğinde yakın kontrol muayenesinin planlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Tekrar başvuran hastalardan başvuru öncesi hastane yatış öyküsü ve kronik hastalığı olanların tekrar başvuru sonucunda daha fazla hastaneye yatırıldığını saptadık. Bu sonuç riskli gruptaki hastaların ilk başvurularında daha dikkatli davranılması gerektiğini düşündürmektedir.

ÖZET

Acil servise tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi, acil servis hizmetinin kalite göstergelerinden biri olarak kullanılmaktadır. Tekrar başvurular acil servis kalabalığını artırarak kalabalığın yol açtığı tüm sorunlara katkıda bulunmakta ve hasta ile doktorlar açısından tıbbi ve hukuki sorunlara neden olmaktadır. Çalışmamızın amacı; Ankara Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne erken dönemde tekrar başvuran hastaların demografik ve klinik özelliklerini, tekrar başvuru oranlarını ve hastaların tıbbi, kurumsal veya bireysel risk faktörlerini belirlemektir. Çalışmamıza çocuk acil servise 24 saat içerisinde aynı veya ilişkili semptom ile tekrar başvuran 622 hasta dahil edildi. Tekrar başvuru oranı % 0,54 olarak saptandı. Tekrar başvuran hastaların 252 (%40,5)'si 0-2 yaş aralığındaydı. Başvuru şikayetlerinin 266 (%42,8)'sının ateş, 114 (%18,3)'ünün kusma, 99 (%15,9)'unun hırıltı-öksürük, 52 (%8,4)'sinin karın ağrısı olduğu saptandı. Hastaların tekrar başvuru sebepleri incelendiğinde 453 (%72,8)'ünün şikayetlerinin artması veya devam etmesi, 115 (%18,5)'inin yeni bir şikayeti olması, 31 (%5)'inin doktorun aileyi tam olarak bilgilendirmemiş olması, 12 (% 1,9)'sinin tedaviye bağlı yan etki, 11 (%1,8)'inin ise reçete edilen tedaviyi almaması nedeniyle tekrar başvurduğu saptandı. Hastaların tekrar başvuru sonuçlarına bakıldığında hastaların 21 (%3,4)'inin hastaneye yatırıldığı, 156 (% 25,1)'sının müşahadeye alındığı, 97 (%15,6)'sinin ilacının değiştirildiği, 126 (% 20,3)'sına ek tetkik yapıldığı, 194 (%31,2)'üne aynı önerilerin tekrarlandığı, 28 (% 4,5)'ine ek tetkik yapılarak ilacının değiştirildiği saptandı. Tekrar başvuran hastalardan başvuru öncesi hastane yatış öyküsü ve kronik hastalığı olanların daha fazla hastaneye yatırıldığı saptandı. Hastaneye yatırılan hastalara bakıldığında 6 (%28,5)'sının apandisit, 6 (%28,5)'sının pnömoni olduğu saptandı. Pnömoni nedeni ile yatırılan hastaların 5 (%83)'i 1 yaşından küçüktü. Dolayısıyla 1 yaş altı çocuklarda özellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarının ve tüm çocukluk döneminde karın ağrısı şikayetlerinin dikkatle değerlendirilmesi ve gerektiğinde yakın kontrol muayenesinin planlanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Acil servis kullanımı, çocuk acil servis, sağlık hizmeti, tekrar başvuru.

SUMMARY

The evaluation of the patients who revisit the emergency department in the early period is used as one of the quality indicators of the emergency services in the world. Revisits contribute to the increase in the emergency crowd, indirectly contributing to all problems caused by the emergency crowd and cause medical and legal problems for patients and doctors. In our study, we aimed to determine the demographic and clinical features, revisit rates and medical, institutional or individual risk factors of patients who revisited Ankara University Hospital Child Emergency Department in the early period. 622 patients who revisited the pediatric emergency department with the same or related symptoms within 24 hours were included. Our revisit rate was found to be %0.54. It was determined that 252(%40.5) of the patients who revisited were in the age range of 0-2. When the complaints of the patients were examined, we found that 266(%42.8) were fever, 114(%18.3) were vomiting, 99(%15.9) wheezing-cough, and 52(%8.4) abdominal pain. When the reasons for revisit of the patients were examined, 453(%72.8) of patients revisited due to increased or continued complaints, 115(%18.5) of them revisited due to a new complaint, 31(%5) of them revisited due to not being fully informed by doctors, 12(%1.9) of them revisited due to treatment-related complications. It was found that 11(%1.8) revisited because they did not receive the prescribed treatment. When we look at the results of the revisit of the patients, 21(%3.4) of the patients were hospitalized, 156(%25.1) of the patients were taken into observation, recommended treatment of 97(%15.6) of the patients were changed, additional examinations were made to 126(%20.3) of the patients and the same recommendations were repeated to 194(%31.2) of the patients. It was found that the recommended treatment was changed by the results of additional examinations in 28(%4.5) of the patients. It was determined that the patients who had hospitalization history were followed up with more observation after the revisit. It was found that those with chronic disease were hospitalized more and received more observation. When the hospitalized patients were examined, it was determined that 6(%28.5) had appendicitis and 6(%28.5) had

pneumonia. It was found that 5(83) of the patients hospitalized for pneumonia were under 1 year of age. Therefore, we think that it is necessary to carefully evaluate upper respiratory tract infections and abdominal pain complaints in young children who apply to the emergency department and to plan a close control examination when necessary.

Keywords: Child emergency service, emergency department utilization, healthcare, revisit.



KAYNAKÇA

1. Akenroye AT, Thurm CW, Neuman MI, Alpern ER, Srivastava G, Spencer SP, et al. Prevalence and predictors of return visits to pediatric emergency departments. *J Hosp Med.* 2014;9(12):779-87.
2. BIÇAKÇI S. Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesi erişkin acil servisine 72 saat içerisinde aynı/ilişkili şikayetle yapılan tekrar başvuruların özellikleri: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.
3. Erenler AK, Akbulut S, Guzel M, Cetinkaya H, Karaca A, Turkoz B, et al. Reasons for Overcrowding in the Emergency Department: Experiences and Suggestions of an Education and Research Hospital. *Turk J Emerg Med.* 2014;14(2):59-63.
4. de Vos-Kerkhof E, Geurts DHF, Steyerberg EW, Lakhanpaul M, Moll HA, Oostenbrink R. Characteristics of revisits of children at risk for serious infections in pediatric emergency care. *Eur J Pediatr.* 2018;177(4):617-24.
5. Saunders NR, To T, Parkin PC, Guttman A. Emergency Department Revisits by Urban Immigrant Children in Canada: A Population-Based Cohort Study. *J Pediatr.* 2016;170:218-26.
6. Han CY, Chen LC, Barnard A, Lin CC, Hsiao YC, Liu HE, et al. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. *J Emerg Nurs.* 2015;41(4):285-95.
7. Dubosh N, Lewis J, Ullman E, Novak V, Rosen C. Resident Education on Misdiagnosis and Quality Assurance in Emergency Medicine (EM) Training Programs. *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health.* 2016;17(4.1).
8. Cozzi G, Ghirardo S, Fiorese I, Proietti I, Monasta L, Minute M, et al. Risk of hospitalisation after early-revisit in the emergency department. *J Paediatr Child Health.* 2017;53(9):850-4.

9. Doan Q, Goldman RD, Meckler GD. Management practice-related and modifiable factors associated with paediatric emergency return visits. *Paediatrics & child health*. 2019;24(1):e1-e7.
10. Kilicaslan O, Sonmez FT, Gunes H, Temizkan RC, Kocabay K, Saritas A. Short Term Unscheduled Revisits to Paediatric Emergency Department - A Six Year Data. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(3):Sc12-sc5.
11. Tsai IT, Sun CK, Chang CS, Lee KH, Liang CY, Hsu CW. Characteristics and outcomes of patients with emergency department revisits within 72 hours and subsequent admission to the intensive care unit. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*. 2016;28(4):151-6.
12. Rising KL, Victor TW, Hollander JE, Carr BG. Patient returns to the emergency department: the time-to-return curve. *Acad Emerg Med*. 2014;21(8):864-71.
13. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS. Definition of emergency medicine. *Academic emergency medicine*. 1998;5(4):348-51.
14. American Academy of P, Committee on Pediatric Emergency M, American College of Emergency P, Pediatric C, Emergency Nurses Association Pediatric C. Joint policy statement--guidelines for care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2009;124(4):1233-43.
15. Tintinalli JE. Emergency medicine. *JAMA*. 1996;275(23):1804-5.
16. Fleisher GR, Ludwig S. Textbook of pediatric emergency medicine: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
17. Bakanlığı TS. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. *Resmi Gazete*. 2009(27378).
18. Physicians ACoE. Definition of emergency medicine and the emergency physician. *Annals of Emergency Medicine*. 1986;15(10):1240-1.
19. Sağlık, Yıllığı, İstatistikleri, 2017. <https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-yayinlanmistir.html>. 2017. p. 188.

20. T.C, Sağlık, Bakanlığı. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı Aile Hekimliğinde Nöbet Hizmetleri Hakkında Genelge. Resmi Gazete 29 Eylül 2016.
21. Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: a White Paper and position statement prepared for the American Academy of Emergency Medicine. *The Journal of emergency medicine*. 2010;38(1):70-9.
22. Schafermeyer RW, Asplin BR. Hospital and emergency department crowding in the United States. *Emergency Medicine*. 2003;15(1):22-7.
23. Bardach NS, Vittinghoff E, Asteria-Peñaloza R, Edwards JD, Yazdany J, Lee HC, et al. Measuring hospital quality using pediatric readmission and revisit rates. *Pediatrics*. 2013;132(3):429-36.
24. Ali AB, Place R, Howell J, Malubay SM. Early pediatric emergency department return visits: a prospective patient-centric assessment. *Clinical pediatrics*. 2012;51(7):651-8.
25. Pellerin G, Gao K, Kaminsky L. Predicting 72-hour emergency department revisits. *The American journal of emergency medicine*. 2018;36(3):420-4.
26. Augustine EM, Bekker TD, Goel A, Breslin KA, Chamberlain JM. A survey of return visits to the pediatric emergency department: the caretakers' perspective. *Pediatric emergency care*. 2018;34(1):27-32.
27. Hung S-C, Chew G, Kong C-T, Hsiao C-T, Liaw S-J. Unplanned emergency department revisits within 72 hours. *Journal of Emergency Medicine, Taiwan*. 2004;6(1):230-8.
28. Ambroggio L, Herman H, Fain E, Huang G, Florin TA. Clinical Risk Factors for Revisits for Children With Community-Acquired Pneumonia. *Hospital pediatrics*. 2018;8(11):718-23.
29. Reiser O, Diamand R, Shavit I. Early unplanned return visits to a pediatric emergency department in Israel. *Pediatrics international*. 2019;61(11):1081-5.

30. Freedman SB, Thull-Freedman JD, Rumantir M, Atenafu EG, Stephens D. Emergency department revisits in children with gastroenteritis. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*. 2013;57(5):612-8.
31. Scarfone RJ, Joffe MD, Wiley JF, Loiselle JM, Cook RT. Noncompliance with scheduled revisits to a pediatric emergency department. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 1996;150(9):948-53.
32. Alessandrini EA, Lavelle JM, Grenfell SM, Jacobstein CR, Shaw KN. Return visits to a pediatric emergency department. *Pediatric emergency care*. 2004;20(3):166-71.
33. Ahmed AE, ALMuqbil BI, Alrajhi MN, Almazroa HR, AlBuraikan DA, Albaijan MA, et al. Emergency department 72-hour revisits among children with chronic diseases: a Saudi Arabian study. *BMC pediatrics*. 2018;18(1):205.
34. Michelson KA, Lyons TW, Bachur RG, Monuteaux MC, Finkelstein JA. Timing and location of emergency department revisits. *Pediatrics*. 2018;141(5).
35. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Republished paper: Emergency department triage revisited. *Postgraduate medical journal*. 2010;86(1018):502-8.
36. American, Academy, of, Pediatrics. *Pediatric Education for Prehospital Professionals* (2nd ed.). Sudbury, MJA, editors2005.
37. Fuda KK, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Annals of emergency medicine*. 2006;48(1):16. e1-. e8.
38. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. *Annals of emergency medicine*. 2009;53(5):605-11.
39. Sturm JJ, Hirsh DA, Lee EK, Massey R, Weselman B, Simon HK. Practice characteristics that influence nonurgent pediatric emergency department utilization. *Academic pediatrics*. 2010;10(1):70-4.

40. Nunez S, Hexdall A, Aguirre-Jaime A. Unscheduled returns to the emergency department: an outcome of medical errors? *BMJ Quality & Safety*. 2006;15(2):102-8.
41. van der Linden MC, Lindeboom R, de Haan R, van der Linden N, de Deckere ER, Lucas C, et al. Unscheduled return visits to a Dutch inner-city emergency department. *International journal of emergency medicine*. 2014;7(1):23.
42. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. *Annals of emergency medicine*. 2008;52(2):126-36. e1.
43. O'Malley PJ, Brown K, Krug SE. Patient-and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*. 2008;122(2):e511-e21.
44. Goldman MP, Monuteaux MC, Perron C, Bachur RG. Identifying discordance between senior physicians and trainees on the root cause of ED revisits. *Emerg Med J*. 2017;34(12):825-30.
45. Friedmann PD, Jin L, Karrison TG, Hayley DC, Mulliken R, Walter J, et al. Early revisit, hospitalization. *The American journal of emergency medicine*. 2001;19(2):125-9.
46. Lee I-H, Chen C-T, Lee Y-T, Hsu Y-S, Lu C-L, Huang H-H, et al. A new strategy for emergency department crowding: high-turnover utility bed intervention. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2017;80(5):297-302.
47. Lam CN, Arora S, Menchine M. Increased 30-day emergency department revisits among homeless patients with mental health conditions. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2016;17(5):607.
48. Wu C-L, Wang F-T, Chiang Y-C, Chiu Y-F, Lin T-G, Fu L-F, et al. Unplanned emergency department revisits within 72 hours to a secondary teaching referral hospital in Taiwan. *The Journal of emergency medicine*. 2010;38(4):512-7.
49. Martin-Gill C, Reiser RC. Risk factors for 72-hour admission to the ED. *Am J Emerg Med*. 2004;22(6):448-53.

50. Hocagil A. Acil Servise Erken Dönemde (İlk 72 Saat) Tekrar Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi Ankara: Gazi Üniversitesi. 2011.
51. Lerman B, Kobernick MS. Return visits to the emergency department. The Journal of emergency medicine. 1987;5(5):359-62.
52. Liaw SJ, Bullard MJ, Hu P, Chen J-C, Liao H-C. Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi. 1999;98(6):422-5.
53. Goldman RD, Ong M, Macpherson A. Unscheduled return visits to the pediatric emergency department-one-year experience. Pediatric emergency care. 2006;22(8):545-9.
54. Bergese I, Frigerio S, Clari M, Castagno E, De Clemente A, Ponticelli E, et al. An innovative model to predict pediatric emergency department return visits. Pediatric emergency care. 2019;35(3):231-6.
55. Augustine EM, Kreling BA, Chamberlain JM. Caretakers' perspectives on return pediatric emergency department visits: a qualitative analysis of focus groups. Pediatric emergency care. 2016;32(9):594-8.
56. Keren R, Luan X, Localio R, Hall M, McLeod L, Dai D, et al. Prioritization of comparative effectiveness research topics in hospital pediatrics. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 2012;166(12):1155-64.
57. Selbst S, Korin J. Preventing malpractice lawsuits in pediatric emergency medicine. 1998. American College of Emergency Medicine.22-33.
58. Sauvin G, Freund Y, Saïdi K, Riou B, Hausfater P. Correction: unscheduled return visits to the emergency department: consequences for triage. Academic Emergency Medicine. 2013;20(3):E3-E9.

EKLER

EK-1: VERİ KAYIT FORMU

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK HASTANESİ ACİL SERVİS'E 24 SAAT İÇERİSİNDE TEKRAR BAŞVURAN HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

Hastanın Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Başvuru Tarihi:

1.) Hastanın başvuru şikayeti nedir?

- a.) Ateş
- b.) Kusma
- c.) Hırıltı-Öksürük
- d.) Düşme
- e.) Göğüs ağrısı
- f.) Diğer

2.) Hastanın kronik bir hastalığı var mı?

- a.) Var
- b.) Yok

3.) Hastanın hastaneye yatış öyküsü var mı?

- a.) Var
- b.) Yok

4.) Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

- a.) Evet
- b.) Hayır

5.) Hastanın tekrar başvuru sebebi nedir?

- a.)Şikayetlerinin artması veya devam etmesi
- b.)Yeni bir şikayetinin olması
- c.)Reçete edilen tedaviyi henüz almamış olması
- d.)Doktorun hastalığın seyri konusunda aileyi tam bilgilendirmemiş olması
- e.) Tedaviye bağlı yan etki gelişmesi

6.)Hastaya tekrar başvurusunda ne yapıldı?

- a.)Hastaneye yatırıldı.
- b.)Müşahadeye alındı.
- c.)İlacı değiştirildi.
- d.)Ek tetkik yapıldı.
- e.)Aynı öneriler tekrarlandı, ilaç yazıldı ise ilaca aynen devam etmesi önerildi.

7.) Hastanın evinin hastaneye uzaklığı ne kadar?

- a.)Yakın mesafe (0-5 km)
- b.)Orta mesafe (5-10 km)
- c.) Uzak mesafe (>10 km)

8.) Hastanın hastaneye başvuru şekli nedir?

- a.) Şahsi araba ile
- b.) Ticari taksi ile
- c.) Toplu taşıma araçları ile
- d.)Ambulans ile

9.)Ailenin sosyoekonomik düzeyi nasıl?

- a.)Düşük (Aylık gelir 2000 TL'den az olanlar)
- b.)Orta (Aylık gelir 2000-5000 arası)
- c.)İyi (Aylık gelir 5000 TL'den fazla olanlar)

10.)Annenin/Babanın eğitim düzeyi nedir?

a.)Okuma yazma bilmiyor/Okuma yazma bilmiyor

b.) İlkokul mezunu / İlkokul mezunu

c.)Ortaokul mezunu/ Ortaokul mezunu

d.) Lise Mezunu / Lise Mezunu

e.)Yüksek Lisans Mezunu / Yüksek Lisans Mezunu



EK-2: ETİK KURUL ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara Üniversitesi Çocuk Acil Servis'e 24 saat içerisinde tekrar başvuran hastaların özellikleri
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DİĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OP.GU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DİĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER	<input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:18-1182-18	Tarih:12 Kasım 2018		
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekecek amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmış katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULU NİÇALISMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kanununa
BASKANIN UNVANI/ADI/ SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>M. Mellî</i>
Prof.Dr.İbrahim SOYKAN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>M. Soykan</i>
Prof.Dr.Serhat ÖZTÜRK	Tabii Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>S. Öztürk</i>
Prof.Dr.Emre YAZICIOĞLU	Kalp ve Damar Cerrahisi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>E. Yazıcıoğlu</i>
Prof.Dr.Şahin SENGÜL	Nefroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>S. Sengül</i>
Prof.Dr.İnci ELHAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>I. Elhan</i>
Prof.Dr.Serhat SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>S. Sivri</i>
Prof.Dr.Zeynep ŞENOL AK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Z. Şenol Ak</i>
Prof.Dr.Bahar ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>B. Çakır</i>
Doç.Dr.Derviş GÖRMEZ	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>D. Görmez</i>
Doç.Dr.Semra Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>S. Koçak Toprak</i>
Doç.Dr.Emre BURK	Diş Tıbbı ve Ağız ve Diş Sağlığı	A.Ü. Mühendislik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>E. Burk</i>
Dr.Öğr.Üyesi Nüket KUTLUAY	Üriner Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>N. Kutluay</i>
Dr.Öğr.Üyesi Önder ELGİLİ	Top Tarih ve Etik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>O. Elgili</i>
İlhan BERKTAŞ	Matematik Mühendisliği	Türkiye Kömür İşletmeleri Genel Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<i>I. Berktaş</i>

*Toplantıda Bağımsız

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ

İmza:

M. Mellî

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Funda BAYRAZAL KILIÇ
Akad. Kurul Üyesi