



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİSİNDE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNDEN ACİL YARDIM AMBULANSI
NAKİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Tuğba USUL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ankara, 2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİSİNDE AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNDEN ACİL YARDIM AMBULANSI
NAKİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Tuğba USUL

TEZ DANIŞMANLARI
Doç. Dr. Tarık Eren YILMAZ
Uzm. Dr. Tuğba YILMAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ankara, 2023

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bize her konuda destek olan değerli hocam Aile Hekimliği Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu sayın Prof. Dr. Adem Özkara'ya,

Anlayışı ve hoşgörüsü ile her konuda içtenlikle yardımcı olan, tez sürecimi kolaylaştıran, tez danışmanlarım sayın Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz ve Uzm. Dr. Tuğba Yılmaz'a,

Her sorunumuzla ilgilenen ve yardımcı olan, tez sürecime fikirleri ve önerileri ile destek olan sayın hocalarım Doç. Dr. İrfan Şencan ve Doç. Dr. İsmail Kasım'a,

Birlikte olmaktan mutluluk duyduğum, beraber öğrenmenin ve birbirimize destek olmanın güzelliğini bana yaşatan, hem Aile Hekimliği hem diğer branşlardaki asistan arkadaşlarıma,

Bu yolda çok büyük desteğini aldığım, varlıkları ile bana güç veren, her dara düştüğümde sarıldığım dalım olan çok kıymetli SAHU arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde çok büyük emeği olan sevgili Annem ve Babama,

Sevgili eşim Eren'e, biricik yavrularım Ela ve Mete Kaan a,

Çok teşekkür ediyorum...

Dr. Tuğba USUL

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI.....	3
2.1.1 Dünyada Aile Hekimliği.....	5
2.1.2 Türkiye’de Aile Hekimliği.....	5
2.2 PANDEMİ	6
2.2.1 Covid-19 Pandemisi.....	7
2.3 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	9
2.3.1 Acil Çağrı Merkezleri	9
2.3.2 Acil Çağrı Numarası	10
2.3.3 Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemleri.....	10
2.3.4 Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemleri.....	11
2.4 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ACİL HASTALARA YAKLAŞIM	12
2.4.1 Hipertansif Hastaya Yaklaşım	12
2.4.1.1. Kan Basıncı Ölçümü.....	13
2.4.2 Travmalı Hastaya Yaklaşım.....	15

2.4.3 Göğüs Ağrısına Yaklaşım	16
2.4.3.1 Göğüs Ağrısı Karakteristikleri ve Karşılığı Olan Nedenler:	17
2.4.4 Senkop Yaklaşım	19
2.4.4.1 Senkop Tipleri	20
2.4.5 Epileptik Nöbete Yaklaşım	22
2.4.6 Bulantı Kusma Hastasına Yaklaşım	23
2.4.7 Karın Ağrısına Yaklaşım	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1 ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER	27
3.2.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI	27
3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ	27
3.4. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME VE HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ	27
3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	42
5.1 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	48
7. KAYNAKLAR	50
8.ÖZGEÇMİŞ	59
10. EKLER	60
EK 1. ETİK KURUL ONAYI	60
EK 2. ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI	64

KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
ARDS	:	Akut Respiratuvar Distres Sendrom
ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
DKB	:	Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	:	Elektrokardiyografi
ESC	:	European Society of Cardiology
ESH	:	European Society of Hypertension
GŞK	:	Geçici Şuur Kaybı
HT	:	Hipertansiyon
İV	:	İntravenöz
KB	:	Kan Basıncı
KVS	:	Kardiyovasküler Sistem
MS	:	Milattan Sonra
SB	:	Sağlık Bakanlığı
SE	:	Status Epileptikus
SKB	:	Sistolik Kan Basıncı
TC	:	Türkiye Cumhuriyeti
WONCA	:	World Organization of Family Doctors

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. ESH-ESC 2013 Kılavuzuna Göre Ofis Kan Basıncı Ölçümleri	13
Tablo 2. Nakil Edilen Hastaların Özellikleri	30
Tablo 2. Nakil Edilen Hastaların Özellikleri (devam).....	31
Tablo 2. Nakil Edilen Hastaların Özellikleri (devam).....	32
Tablo 3. Demografik Özelliklere Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	33
Tablo 4. Bölge – Kentsel/Kırsal Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	34
Tablo 5. Nakil Edilen Hastane Türüne Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	34
Tablo 6. Ambulans Ulaşım Süresine Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	35
Tablo 7. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların İlk 5 Taniye Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	36
Tablo 8. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Triaj Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	36
Tablo 9: 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Bilince Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	37
Tablo 10. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Pupillere Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	37
Tablo 11. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Solunuma Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	38

Tablo 12.	112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Cilt Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	38
Tablo 13.	112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Nabiz Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar	39
Tablo 14.	Pandemi ve Pandemi Öncesi Döneme Göre Transferi Yapılan Hastaların İlçe Durumu	39
Tablo 15.	112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Tanılara Göre Triaj Durumu	41

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.	Geçici Şuur Kaybı Nedenleri.....	20
Şekil 2.	Karın Ağrısı Nedenlerinin Karında Hissedildiği Yere Göre Dağılımı.....	26
Şekil 3.	Cinsiyet Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar.....	33
Şekil 4:	Ambulans Ulaşım Süresine Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar.....	35
Şekil 5.	Pandemi ve Pandemi Öncesi Döneme Göre Transferi Yapılan Hastaların İlçe Durumu	40

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Covid 19 pandemisinde Aile sağlığı merkezlerinden gelen acil ambulans çağrılarını değerlendirmek, karşılaşılan vakalara göre aile hekimliği eğitim ve müfredat çalışmalarına katkı sağlamaktır. İleride ortaya çıkabilecek diğer pandemi türleri gibi sağlık talebinin arttığı durumlarda aile sağlığı merkezlerinde oluşabilecek talep durumunu görmek ve güvenli nakil prosedürlerinin oluşturulmasına katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma retrospektif bir çalışmadır. Çalışma kapsamında aile sağlığı merkezine başvurup ilk değerlendirme sonrası hastaneye nakline karar verilip 112 acil yardım ambulansı ile hastanelere nakil yapılan hastalar değerlendirme kapsamına alınmıştır. Çalışmada hastanelere nakil yapılan hastaların ön tanı, yaş, cinsiyet, çağrı zaman aralığı, triaj kodu, vital bulguları, yapılan müdahaleler gibi parametreleri acil sağlık otomasyon sistemi üzerinden incelenmiştir.

Verilerin analizi IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya aile sağlığı merkezine başvurup ilk değerlendirme sonrası hastaneye nakline karar verilip 112 acil yardım ambulansı ile hastanelere nakil edilen 1324 hasta dahil edildi. Olguların yaş ortalaması $46,4 \pm 24,8$ idi ve 685'i (%51,7) erkekti. Acil çağrıdan olay yerine ambulans ulaşım süresi $10,2 \pm 7,3$ dakikaydı. Çağrı sonrası görevlendirilen ekibin olay yerine ulaşım süresi $6,3 \pm 4,8$ dakikaydı. Nakil tanılarına bakıldığında düşmeler %11,9 ile ilk sırada, primer hipertansiyon %9,6 ile ikinci sırada ve göğüs ağrısı %8,8 ile üçüncü sıradaydı.

Vakaların triaj kodlarına bakıldığında 108'i (%8,2) kırmızı kod, 697'si (%52,6) sarı kod ve 519'u (%39,2) yeşil kodluydu. Pandemi ve öncesi dönem karşılaştırmalarda; yaş, cinsiyet, uyruk, ilk 5 tanı yönünden, triaj kodları yönünden istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Pandemi ve öncesi dönem karşılaştırmalarda; her iki ulaşım süresi yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetleri rutin poliklinik hizmetleri yanında acil vaka başvurularını da karşılamaktadır. Düşmeler, hipertansif aciller, göğüs ağrısı tanıli hastalar çalışmamızda en sık tanı alan hasta gruplarıydı. Özellikle aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının acil vaka yönetim algoritmalarına hakim olması önemlidir. COVID-19 pandemisi döneminde en sık şüpheli COVID-19 hastaları nakil edilmistir. COVID-19 pandemisi gibi sağlık kapasitesini zorlayan durumlarda şüpheli ya da stabil hastaların birinci basamak ve hastanelere başvurularını, yoğun ambulans kullanımı ile taşınmalarını azaltabilecek farklı yöntem ve araçların kullanılması planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimi, Covid 19 pandemisi, ambulans, acil durumlar

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate the emergency ambulance calls from family health centers in the Covid 19 pandemic and to contribute to family medicine education and curriculum studies according to the cases encountered. It is aimed to see the demand situation that may occur in family health centers in cases where the health demand increases, such as other pandemic types that may occur in the future, and to contribute to the establishment of safe transport procedures.

Materials and Methods: The study is a retrospective study. Within the scope of the study, the patients who applied to the family health center and decided to be transferred to the hospital after the first evaluation and were transferred to the hospitals by 112 emergency ambulance were included in the evaluation. In the study, parameters such as preliminary diagnosis, age, gender, call time interval, triage code, vital signs, and interventions of patients transferred to hospitals were examined through the emergency health automation system.

Data analysis was performed using the IBM SPSS 25.0 (Armonk, NY: IBM Corp.) statistical package program.

Results: The study included 1324 patients who applied to the family health center and were transferred to the hospital by 112 emergency ambulance after the first evaluation. The mean age of the cases was 46.4 ± 24.8 years and 685 (51.7%) were male.. Ambulance transportation time from the emergency call to the scene was 10.2 ± 7.3 minutes. The time to reach the scene of the team assigned after the call was 6.3 ± 4.8 minutes. Considering the transplant diagnoses, falls were in the first place with 11.9%, primary hypertension was in the second place with 9.6%, and chest pain was in the third place with 8.8%.

Considering the triage codes of the cases, 108 (8.2%) were red coded, 697 (52.6%) yellow coded and 519 (39.2%) green coded. In comparisons between the pandemic and before; age, gender, nationality, first 5 diagnoses, and triage codes were statistically similar. In comparisons between the pandemic and before; It was found that there was a statistically significant difference in terms of both transportation times.

Conclusion: Primary health care services meet emergency case applications as well as routine outpatient services. Patients diagnosed with falls, hypertensive emergencies, and chest pain were the most frequently diagnosed patient groups in our study. It is especially important for family physicians and family health workers to master emergency case management algorithms. During the COVID-19 pandemic, patients with suspected COVID-19 were most frequently transferred. It should be planned to use different methods and tools that can reduce the applications of suspicious or stable patients to primary care and hospitals, and the use of intensive ambulances in situations that strain health capacity, such as the COVID-19 pandemic.

Keywords: Family doctor, Covid 19 pandemics, ambulance, emergencies

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın hizmet sunduğu ailelerin ve belirli bir topluluğun fiziksel ruhsal ve sosyal durumunu bilen, kişisel ve sürekli bakım sağlayan, sağlıklı hallerinin korunması ve geliştirilmesi için çalışan birinci basamak tıp doktorudur. Aile hekimleri, kişilere ayırım yapmaksızın birinci basamakta koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri sunmaktadır (1). Aile hekimliği hizmetlerini genel olarak sabit bir mekanda bazen de mobil olarak yerleşim birimlerine giderek tam gün esasına dayalı olarak vermektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmetleri; önleyici ve koruyucu sağlığı barındıran, tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte sunulduğu, erişilebilir ve uygun maliyetli sağlık hizmetleridir (2) Hizmet verdiği aile sağlığı merkezinde veya gezici olarak verilen sağlık hizmetleri sırasında, acil yardım hizmeti gereken, hayatı tehdit eden durumlarla karşılaşabilmekte, bu vakalara mümkün olan imkanlar ile ilk müdahalesi yapıp, stabilizasyonunu sağlandıktan sonra üst bir merkeze ileri tetkik ve tedavi için ambulans ile sevk etmesi gerekebilmektedir.

Çin'in Wuhan şehri 2019 yılı Aralık ayı içerisinde nedeni bulunmayan pnömoni hastaları görülmüş ve bu pnömoninin gelişim tablosunun viral pnömoni ile ortak yanlarının olduğu gözlemlenmiştir (3). SARS-CoV-2 etkeninin bir sonucu olarak ortaya çıkan 2019-nCoV enfeksiyonu COVID-19 Koronavirüs hastalığı olarak adlandırılmış. Meydana gelen bu bulaşıcı hastalık toplumlarda yoğun bir şekilde gözükmüş ve tüm dünya ülkelerinin ortak sorunu olarak 2019-nCoV hastalığı, salgına neden olmuştur (4). 11 Mart 2020 tarihinde Türkiye'de ilk COVID-19 tanısı alan vaka tespit edilmiştir (5).

. COVID-19 pandemisi sürecinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan aile hekimleri önemli görevler üstlenmiştir. Aile hekimlerinin kendi görev ve sorumluluklarına pandemiyle birlikte ek sorumluluklar eklenmiştir. Aile hekimlerinin hastayla ilk temas noktası olarak erken tanı, genel bulaşma riskinin azaltılması ve hastalığın yayılmasının kontrol altına alınmasında, koruyucu hekimlik kapsamında hasta ve yakınlarının eğitim sürecinde, filyasyon çalışmalarında, kapsamlı

ve sürekli bakım ilkesi çerçevesinde izolasyon sürecinde, evde takip ve tedavi edilen hastaların izleminde aktif görevleri olmuştur.

Acil sağlık hizmetleri; ani gelişen sağlık sorunları, yaralanma ve kaza gibi durumlar da hızlı ve etkin müdahale sağlamak amaçlı bu alanda eğitim görmüş kişiler ile tıbbi ekipman yardımıyla acil durumun geliştiği alanda başlayıp, sağlık kuruluşuna sevk esnasında ve sağlık kuruluşlarında ara verilmeden, ücretsiz sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (6). Günümüzde ülkemizde hastane öncesi dönemde sunulan acil sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, illerde bu hizmetlerin planlanması ve denetimi il Sağlık Müdürlükleri altında Acil Sağlık Hizmetleri başkanlıkları tarafından, operasyonların yürütülmesi ise İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yapılmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezleri yer aldığı noktalarda; ulaşımı kolay ve vakalar ile ilk tıbbi temas noktaları olduğu için, acil hastaların ilgili ileri bir merkeze sevk işlemi yapılana kadar, ellerinde bulunan sınırlı olanaklara rağmen gelen tüm vakaların sağlık problemlerini yönetme, çözme, vital bulguların uygun bir seviyede devamını sağlama ve gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği sağlarlar.

Bu çalışmanın amacı; Aile sağlığı merkezlerinden gelen acil ambulans çağrılarını değerlendirmek, karşılaşılan vakalara göre aile hekimliği eğitim ve müfredat çalışmalarına katkı sağlamaktır. COVID-19 pandemisinde ve ileride ortaya çıkabilecek diğer pandemi türleri gibi sağlık talebinin arttığı durumlarda aile sağlığı merkezlerinde oluşabilecek talep durumunu görmek ve güvenli nakil prosedürlerinin oluşturulmasına katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. AİLE HEKİMİNİN TANIMI

Aile hekimi; herhangi bir kriter (hastalık, cinsiyet, yaş vb.) farklılığı gözetmeden nüfusuna bağlı kişilere ve sorumluluğunda bulunan topluluğa ya da bireye yönelik koruyucu, tanı, tedavi ve rehabilite edici birinci basamak düzeyinde, kişiye yönelik bakım sağlayan ve genellikle ilk tanıyı koyan, tıp doktorudur. Sorumluluğunda bulunan bireylere; sağlık kuruluşunda yer alan görüşme alanında, bireylerin yaşam alanlarında ve bazen bir klinik, hastane, kurum ya da iş yerlerinde hizmet sunmaktadır (1). Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün (World Organization of Family Doctors, WONCA) (2011) aile hekimliliği kavramı; "kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır." (7).

Birinci basamak sağlık hizmetleri; önleyici ve koruyucu, tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte sunulduğu, bireylerin hızlıca erişilebildiği ve uygun maliyetli sağlık hizmetleridir (2). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan ve devamlılığının sağlanmasından yetkili en kritik kişiler aile hekimleridir (8). Aile hekiminin uygulama yönetmeliği çerçevesince belirtilen görev, yetki ve sorumlulukları T.C Resmi Gazete, 25.01.2013 Sayı: 28539 aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (9):

1. Aile hekimliği hizmet sunumu esnasında meydana geldiği alandaki toplulukların sağlığını ilgilendiren olumlu ve olumsuz durumları hizmet bölgesindeki toplum sağlığı merkezine iletmek ve iş birliği yapmak.
2. Bağlı bulunduğu nüfusun planlanmasında ve sağlık hizmeti sunumunda bulunduğu alanda yer alan toplum sağlığı merkezi ile ortak etkileşim içerisinde bulunmak.
3. Bireylere birinci basamak sağlık hizmeti düzeyinde tanı, tedavi, rehabilitasyon ve bazı danışmanlık bilgileri vermek.

4. Nüfusunda bulunan bireylerin sağlık durumlarını incelemek ve sağlık hizmeti sunumunun devamlılığını sağlamak için 6 ay içinde bireylerin yaşam alanlarına gitmek ya da bireylerle temas halinde bulunmak.
5. Sorumluluğunda bulunan bireylerin rutin sağlık taramalarını ve takiplerini yapmak.
6. Nüfusunda yer alan bireylere sağlığa yönelik yol gösterici olmak, ailelere yönelik çocuk ve üreme sağlığı ile ilgili bilgilendirme yapmak gerekirse birinci basamak düzeyinde sağlık hizmeti sunmak.
7. Birinci basamak düzeyinde bazı tetkiklerin yapılmasını sağlamak ve ihtiyaç duyulan bireylere bu tetkikleri yapmak.
8. Bireylerin yaşam alanlarında izlemelerinin zorunlu olduğu engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki nüfusunda bulunan kişilere yerinde sağlık hizmeti verilmesi ve bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak düzeyinde tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık sunmak aile bireyleriyle birlikte psikolojik ve sosyal destek hizmeti sağlamak.
9. Aile sağlığı merkezinde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tanısı konulamayan ya da tanısı konmuş ve tedavisi sürdürülemeyen bireyleri bir üst basamak sağlık merkezine nakil etmek, nakil edilen vakaların devamında takibini sağlamak, sonrasında rehabilitasyona ihtiyaç duyulması halinde sağlık kuruluşları ile evde sağlık hizmetlerinin oryantasyonunun sağlanması.
10. Nüfusunda bulunan bireylerin kişisel özellik ve hastalık gruplarına göre sağlık taramalarının ve sonrasında izlemelerinin yapılması.
11. Sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili verileri kayıt altına almak ve ihtiyaç duyulması halinde bildirim yapılması gerek durumlarda ilgili kurum ya da kişiler ile iletişim kurmak.
12. Aile sağlık hizmetinin verildiği merkezlerde uygun görülmesi durumunda hastanın tedbir amaçlı sağlık kuruluşuna yatırılıp gerekli hizmetlerin sunumunun sonucuna bağlı olarak gerekirse bir üst sağlık kuruluşuna sevkini sağlamak.

13. İhtiyaç duyulması halinde aile sağlığı merkezinde vakaya ilgili tetkiklerin yapılması sonrasında elde edilen sonuçlara göre tanısının konulması ve tedavi hizmetinin sunumunun sağlanması.
14. Yıl içerisinde minimum 1 kere olmak üzere nüfusunda bulunan kişilerin sağlık bilgilerini güncelleyip, değerlendirmelidir.
15. Kurumca ve ilgili mevzuat ile belirlenen diğer görevleri yapmak.
16. Kurumca uygun görülen durumlarda hizmet içi eğitilere ve görevlere katılarak güncel bilgiler öğrenmek.
17. Belirli kurallar çerçevesinde belirlenmiş birinci basamak sağlık kuruluşlarının ve resmî doktorlarca bireylere verilmesi öngörülen her türlü gereken belgeleri düzenlemek ve kayıt altına almak.

2.1.1 Dünyada Aile Hekimliği

Aile hekimliği mesleği eskiye dayanmaktadır. Kuzey Amerika hariç diğer ülkelerde aile hekimliği mesleği ve diğer genel hekimlik disiplinleri çeşitli biçimlerde gelişim göstermiştir. Amerika’da 1947 yılında “American Academy of General Practice” adı ile “Genel Pratisyenlik Akademisi” kurulmuştur. İngiltere’de 1948 yılında genel pratisyenlik uygulamasına başlanmış, 1952 yılında “College of General Practitioners” kurulmuştur. 1972 yılında Kraliyet tarafından tanınmasıyla “Royal College of General Practitioners” son halini almıştır. Kanada, Avustralya’da, Hollanda ‘da ve diğer endüstrileşmiş ülkelerde benzer yapılanmaya gidilmiştir (10). Bireylere sunulan günlük sağlık hizmeti uygulamaları her ülkede farklı şekilde uygulanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada gibi bazı bölgelerde aile hekimliği daha çok hastane içerisinde hizmet sunmaktadır. Birleşik Krallık ve Latin Amerika’da olduğu gibi diğer bölgelerde, aile hekimliği, genellikle evde sağlık hizmeti verilmesiyle desteklenmiş, ofis bakımı olarak uygulanmaktadır (11).

2.1.2 Türkiye’de Aile Hekimliği

Ülkemizde aile hekimliği örneği ilk olarak 15 Ekim 2005 yılında Düzce’de uygulanmış sonrasında diğer yıllarda illerin genelinde sıralı bir şekilde aile

hekimliğine geçiş yapılmıştır. 2010’ da 46 ili kapsayacak şekilde sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç değerlendirmesini için il değerlendirmeleri yapılarak, 2010 yılının sonları ile yurt kapsamında aile hekimliğine geçiş yapılmıştır (12). Aile hekimliği uzmanlığı disiplini 1983 yılında tababet uzmanlık tüzüğüne girmiş ve ayrı bir disiplin olarak belirtilmiştir (13). Bu tüzükle beraber aile hekimliği uzmanlığı klinik bir branş olarak yasal altyapısını oluşturmuştur. Aile hekimliği hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin arttırılması için çalışmalara önem verilmiştir. Uzmanlık eğitimleri 1985 yılında Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinde, 1995 yılından itibaren de üniversitelerde vermeye başlanmıştır (14). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi; Tıpta Uzmanlık Kurulu’nun 21-23.06.2010 tarih ve 82 sayılı kararına kadar tamamı 3 yıl boyunca olan ve rotasyonlardan oluşan bir eğitimdi (15). Ancak bu karar ile birlikte aile hekimliği uygulama eğitiminde 18 ay rotasyon süresi olarak belirlenmiş ve 18 aylık süre de kendi eğitimine bırakılmıştır (15).

Aile hekimleri hizmetlerini genel olarak devamlı bir mekan da ya da gerekli durumlarda gezici yerleşim yerlerinde mahalli bir şekilde tam gün esasına dayalı olarak vermektedirler. Hizmet verdiği aile sağlığı merkezinde veya gezici olarak verilen sağlık hizmetleri sırasında, hayatı tehdit eden durumlarla karşılaşabilmekte, bulundukları yerdeki imkanlar dahilinde bu vakalara ilk müdahaleler yapılmaktadır. İhtiyaç halinde ambulans ile üst merkeze sevk etmesi gerekebilmektedir. Aile sağlığı merkezi standartlarında tanısı konulamayan veya tedavisi yapılamayan hastalar bir üst kuruluşa nakil etmek, nakil edilen vakaların takibini yaparak tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek sonrasında verilecek olan rehabilitasyon ve tedavi hizmetlerinin planlanması için sağlık kuruluşları ile evde bakım hizmetleri arasındaki iletişimi sağlamada görevlidir (9).

2.2 PANDEMİ

Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde yer alan tanıma göre, “pandemi, bir hastalığın bir kıta ya da birden çok ülke üzerinde aynı anda ve yaygın bir şekilde görölmesi, büyük salgın” olarak ifade edilmektedir (16). Dünya Sağlık Örgütü (2011) ise pandemi tanımını “dünya çapında veya çok geniş bir bölgede meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ölçekte, birçok ülkenin etkilendiği ve genellikle çok sayıda insanı

etkileyen bir salgın" olarak ele almaktadır. Bir hastalık sadece birçok kişiyi öldürdüğü ve yaygın olduğu için değil bulaşıcı özelliği de olduğu zaman pandemi olarak adlandırılır. Geçmişten günümüze pandemilerin sonuçlarına bakıldığında, salgın hastalıkların enfektelik özelliği ile milyonlarca insanı etkileyerek nüfusun önemli bir ölçüsünde ciddi hastalığa ve binlerce ölüme sebep olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca pandemi veya küresel afetler toplum sağlığını, ekonomiyi, sosyal hayatı ve eğitimi etkileyen olaylardır. Günlük yaşam rutinlerin değişmesine, yiyecek, içecek ve ilaç bulmada yaşanan zorluklar, kazanç kayıpları yaşanması, karantina veya diğer sosyal mesafe programları nedeniyle oluşan sosyal izolasyon sebebi ile aileden uzaklaşmalar ve okulların kapanmasıyla sosyal çevreden ayrılmalara neden olabilir (17). Örneğin 2003 yılındaki SARS ve 2015 yılındaki Ebola salgın hastalığının çok sayıda insan ölümüne yol açması ile özellikle Çin ve Batı Afrika'da ekonomi ve sosyal düzende de olumsuz sonuçlar yarattığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda, Ebola ve SARS salgın hastalıklarından, etkilenen bölgelerde toplumların sosyal yaşamı ve ekonomi gibi birçok faktörü etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğü gözlemlenmiştir (18). 1918 yılı İspanyol gribi ya da İspanyol nezlesinde o dönemki dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri (tahmini 500 milyon kişi) bu virüsle enfekte olmuş ve insanlık tarihinin bilinen en büyük salgınlarından biri olmuştur (19). Yüksek morbidite sonucunda etkilenen ülke ve şehirlerde sağlık, eğitim, iletişim, toplu taşıma gibi kamusal hizmet sistemlerinin yanı sıra özel ticari kuruluşlarda ve endüstride fazla bir şekilde bir personel açığı oluşmuştur.

2.2.1 Covid-19 Pandemisi

Çin'in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde Aralık 2019'da nedenleri bilinmeyen ve bulunamayan pnömoni vakaları meydana gelmiş ve hastalık ilerleyişinin viral pnömoni ile benzerlik gösterdiği görülmüştür (3). Hastalığa, vakalardan izole edilen Betacoronavirus cinsinin Sarbecovirus alt cinsine ait yarasa kökeni kaynaklı SARS-likeCoV (bat-SL-CoVZC45, MG772933.1) ile %86,9 oranında sekans benzerliği gösteren ve 2019-nCoV olarak isimlendirilen virüsün neden olduğu tespit edilmiştir (20). Enfekte kişiler veya taşıyıcılar aracılığıyla hava, damlacık yolu, virüs partiküllerinin kontamine ettiği yerlerle temas sonucu gibi benzer yollarla insandan insana bulaştığı düşünülmektedir (21). Ortaya çıkan salgın hızla

yayılmış ve dünya üzerine birçok insanın yaşamını tehdit etmesine sebep olan 2019-nCoV enfeksiyonu, salgın hastalığa neden olmuştur (4). Türkiye’de ise 2019nCoV enfeksiyonun neden olduğu ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde meydana gelmiştir (5). Virüsün ortaya çıktığı andan itibaren ilk 6 aylık süresinde bilinen ve uygulanan herhangi bir tedavi şekli veya aşısı olmadığı için hastalık hızlı bir şekilde yoğunlaşmıştır ve bu da birçok ülkede olduğu gibi bizim yurdumuz da da bir dizi korunma ve kontrol tedbirlerinin alınması ile virüsün toplumda yayılmasını azaltmaya çalışılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu toplanmıştır, pandemi yönetimi ve salgın hastalıkla mücadele, analiz ve bilimsel çalışmaların yorumlanması konusunda Bilim Kurulu önerilerde bulunmaktadır, bir bilimsel danışma birimi biçiminde görev yapmaktadır. Bilim Kurulu tarafından Covid-19 hastalığı ile mücadele için bilgilendirme kılavuzu oluşturmuş ve hastalığa yönelik tanı, tedavi ve temaslı takip uygulama algoritmaları oluşturulmuştur (22). Aile Sağlığı Merkezleri birinci basamak kapsamında yer alana tedavi edici kişisel sağlık hizmetleri ile bebek, anne ve çocuk izlemleri, gebe-lohusa takibi ve aşılama gibi sağlık hizmetlerinin birlikte verildiği sağlık birimleridir. COVID-19 pandemisi sürecinde aile hekimleri önemli görevler üstlenmiştir. Aile hekimlerinin kendi görev ve sorumluluklarına pandemiyle birlikte, pandemiden etkilenen hastalar için tedavi ve destek, tüm toplum için koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri ve ek olarak pandemiyle gelen bazı sorumluluklar ve görevler eklenmiştir. Aile hekimlerinin kişisel sağlık hizmetlerinde hastayla ilk temas noktası olarak erken tanı ve hastalığın toplumda yayılmasının kontrol altına alınmasında, önleyici ve koruyucu hekimlik kapsamında hasta ve yakınlarının eğitim sürecinde, toplum eğitiminde, filyasyon çalışmalarında, kapsamlı ve sürekli bakım ilkesi çerçevesinde evde takip ve tedavi edilen hastaların izleminde aktif görevleri olmuştur. Aile hekimlerinin hastayla ilk temas noktası olması sebebi ile olası COVID-19 vakaları ile teması ve bulaşma olma ihtimaline karşı COVID-19 Salgın Aile Sağlığı Merkezi Rehberi oluşturuldu (23).

COVID-19 hastalığı insan metabolizmasında birçok olumsuz etki meydana getirerek solunumsal, enterik, nörolojik ve hepatik gibi bazı sistemsel hastalıklar meydana getirebilmektedir (24). Özellikle daha öncesinde kronik bir hastalığı olan,

bağışıklık sistemi rahatsızlığı olan, obezlerde, yaşlılarda ve özgeçmişinde başka bir hastalığı olan özel hasta gruplarında solunum yolları enfeksiyonlarının daha ağır seyretmesi görülür (25). 2019-nCoV için Hastaneye kabul ile ARDS arasında geçen sürenin az olması ve mortalite oranı yüksek olması sebebi ile erken tanı konulması önem arz etmektedir (26). Hastalığın hızlı seyri, artan mortalite oranı yüzünden uygun hastaneye uygun hasta seçimi ve hastane kapasitelerinin verimli kullanımı için doğru hastane seçimini önemlidir. ABD'de yapılan yakın tarihli bir çalışma, daha nitelikli başka bir hastaneye nakledilmiş olsalardı 4.000 hastanın hayatının bir yılda kurtarılabileceğini öne sürdü (27). Salgının ilk dönemlerinde olası pozitif vakalar, ilerleyen dönemlerinde durumu stabil olmayan olası ve kesin tanıli vakalar öncelikle ambulanslar ile nakil edilmişlerdir.

2.3 ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

Acil sağlık hizmetleri; “ani bir zamanda meydana gelen hastalık, yaralanma ve kaza durumlarında, konusunda alanına özel eğitim verilmiş sağlık profesyonelleri ve kişiler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinden, nakil işlemleri sırasında ayrıca sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini kapsamaktadır” (6). Acil yardım isteyen kişilerin ilk müdahalesinin yapılarak öncelikle hayatsal bulgularının devamının sağlanarak yaşamını kurtarmak ve aynı şekilde bu vakaların sağlık durumunun giderek kötüleşmesinin engellenerek stabil olmasını sağlayacak işlemlerin yapılarak tedavinin devamı için uygun sağlık kuruluşlarına naklinin sağlanmasıdır (28).

Acil sağlık hizmetinin sunulması için acil bir olay (vaka), durum olmalıdır. Acil olay, zaman kaybedilmeden müdahale edilmesi gereken olayı tanımlamaktadır. Bu olaya anında hızlı bir şekilde müdahale edilip, ihtiyaç duyulan hizmetin sunulması gerekmektedir (28).

2.3.1 Acil Çağrı Merkezleri

Acil yardıma ihtiyaç duyan kişiler tarafından yapılan çağrılar toplanarak değerlendirilip, acil yardım hizmetlerinin planlanıp, yönetildiği çağrı merkezlerdir.

Jandarma, sağlık, polis, arama ve kurtarma ekiplerinden meydana gelmektedir. Bu görevli birimler herhangi bir acil yardım durumunda ortak ağrı merkezinde aynı anda ve koordineli olarak olaya müdahale edebilmektedir. Ülkemiz de 112 Acil ağrı Merkezleri Projesi kapsamında belirlenen pilot iller Antalya ve Isparta’da çalışmalara başlanmış ve iki ilde de 2009 yılında acil ağrı merkezleri açılmıştır. Acil ağrı merkezlerinin tamamı 2021 yılı itibariyle 81 ilde faaliyete başlamıştır (29). Acil durumda ortak olarak kullanılacak tek numara olan 112 sistemi devreye alınmıştır.

2.3.2 Acil ağrı Numarası

Acil yardım ihbarları belirlenen acil numarası aranarak acil ağrı merkezlerine yapılmaktadır. Merkez tarafından alınan talep ağrı merkezi bünyesindeki uygun birimler tarafından ivedilikle değerlendirilir. Acil ağrı numarasının aranması ücretsizdir. Türkiye’de kullanılacak ortak acil ağrı numarası 112 olarak karar alınmıştır. 112 Acil ağrı Merkezi’nde görev alan ağrı alıcı personeller ihbar olarak gelen çağrıyı açarak, çağrının durumunu değerlendirir ve ihbar sahibi ile ilgili birimin görüşmesini sağlamak için aktarmaktadır. Toplu yaşanan olumsuz durumlar da (oklu trafik kazası, heyelan, sel, deprem, yangın, çığ vb) sıra dışı olaylardan gelen bütün ihbarlar ilgili tüm birimlere aynı anda iletilmektedir. İlgili birimler vakaları ve olayları değerlendirdikten sonra, ihtiyaca binaen kendi ekiplerine görev vermektedir.

2.3.3 Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemleri

Pons ve Murray hastane öncesi basamakta yer alan acil sağlık hizmetlerinin; akut tıbbi yardım ihtiyacı olan kişilere ulaşp, sağlık hizmetleri sistemine zaman kaybetmeden sokabilmek için yapılmış organize ve entegre programa verilen isim olarak belirtmişlerdir (30). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri hizmet sunma usulü, hastanın 7 gün 24 saati ara vermeksizin olacak biçimde hizmet verecek şekilde planlanmıştır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin hedeflenen amacı, acil yardıma ihtiyacı olana hasta ya da yaralılara en hızlı şekilde ve doğru sağlık bakımını sunarak uygun hastanelere naklini sağlamanın sonucunda ölüm ve sakatlanmaları azaltmaktır (31). Dünyada, savaş meydanlarından yaralıların acil sağlık hizmeti sunan olarak değerlendirilebilecek araçlar ile atların arkasına montelenen sedyeler ya da at

arabalarının üstüne dizayn edilen hamaklar ile tahliye ve sağlık hizmeti sunulması, bakımlarının yapılması kavramı başlangıcı M.S. 900'lülerde ve ardından Haçlı Savaşlarına uzanan, eş güdümlü bir şekilde sağlık hizmeti veren hastane öncesi acil sağlık hizmetleri kapsamında, Napolyon tarafından 1792 yılında savaşta yaralanan askerlere tedavi hizmeti sunabilmeleri için görev verilen Baş Cerrah Baron Dominique-Jean Larrey öncülüğünde başladığı söylenir (32).

Hastane öncesi acil sağlık hizmet sunumunun dünyada yer alan örnekleri incelendiğinde, Anglo-Amerikan modeli ile Franko-German iki önemli model olarak göze çarpmaktadır. Anglo-Amerikan modelinde sağlık kurumlarının hizmet sunan acil servislerini güçlendirerek, hastane öncesi acil sağlık hizmetleri olay yerinde, yaralı/hastaya gerektiği düzeyde ilk hayat kurtarıcı müdahalenin yapılarak ve en hızlı şekilde devam bakımının sunulacağı hastane acil servislerine nakledilmesi kuralını benimsemişlerdir. Franko-German modelinde belirtilen durum vakalara hastane acil servisleri dışında uzman doktorlar ile detaylı müdahaleler yapılmakta, bir başka deyişle hastane ortamını hastanın ayağına taşınmaktadır (33).

2.3.4 Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Sistemleri

Yurdumuzda hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunun oluşumuna bakıldığında 1983 tarihinde oluşturulan Trafik Kanunu (2918) ile kullanılan karayollarında ve şehirlerde ambulans hizmetini tanımlanıp, ambulans birimlerinin idare ve sorumluluğunu Sağlık Bakanlığına, il merkezlerinde ise ambulansların sorumluluğunu belediyelere verilmesiyle başlamıştır. (33).1985 yılında Ankara Numune Hastanesi kapsamında ambulans hizmeti daha sonrasında, 1986 yılında Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda planlanan hizmet uygulamasında 077 Hızır Acil Servis numarası olarak hizmete başlamış ve Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyeleri ile ortak oluşturulan çalışma ile gerçekleştirilen ve birlikte bu üç ilde organize hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sunulmuştur (34). Yapılan bu çalışma, ülkemizde kapsamlı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunun başlangıç çalışması olarak kabul görmektedir. Yakın tarihte ülkemizde hastane öncesi düzeyde sunulan acil sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, illerde bu hizmetlerin planlanması ve denetimi il Sağlık

Müdürlükleri kapsamında Acil Sağlık Hizmetleri başkanlıkları tarafından, operasyonların yürütülmesi, uygulama görevi ise İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yapılmaktadır.

2.4 BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ACİL HASTALARA YAKLAŞIM

2.4.1 Hipertansif Hastaya Yaklaşım

Erişkin bireylerde (>18 yaş) sağlık profesyoneli hekimler tarafından yapılan standart ölçüm ile SKB ≥ 140 mmHg ve/veya DKB ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon (HT) olarak adlandırılmaktadır. (35). Özellikle sistolik kan basıncı (SKB) önemlidir ve çoğu hastada tanı koymada esastır. 80 yaş ve üstü kişilerde SKB'nin 150 mmHg'ye kadar kabul görebildiği bildirilmektedir (36).

Dünya Sağlık Örgütü hipertansiyonu engellenebilir ölüm sebeplerinin en önemli sırasında yer alan prevelansı en yüksek olan hastalık olduğu söylenmektedir (37). Hipertansiyonu olan vakaların büyük bir çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamını sürdürmektedir. 2000 yılı var olan mevcut veri kapsamında erişkin nüfusun %26,4 oranında hipertansiyon hastalığı olduğu ve bu verinin 2025 yılında %29,2'ye yükseleceği belirtilmiştir (38). Hipertansiyon, ısrarlı olarak artmış arteriyel kan basıncı (KB) olarak ifade edilen yaygın görülen bir hastalıktır. KB'nin kontrol altına alınmasının sağlanması, kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır (39). Hipertansiyon hastalığı, yetişkin hasta grubunda birinci basamak sağlık hizmeti sunumu sırasında yaygın görülen bir hastalıktır. Kadın ve erkeklerin büyük bir oranda eşit olarak etkilendiği ve 18 yaşından büyük bireylerin üçünden birinin etkilendiği belirtilmektedir (40). Hipertansiyon hastalığında tedavi yapılmaması durumunda, hipertansiyon bir süre sonra tedaviye cevap vermeyen vasküler ve renal zarar meydana getirebilir. Hipertansiyon hastalığı tedavisi kalp yetmezliği gibi kalp hastalıkları, beyin kanaması, kronik böbrek hastalığı ve bilişsel fonksiyonlarda yavaşlama riskini düşürmektedir (41).

2.4.1.1. Kan Basıncı Ölçümü

KB'nin doğru bir şekilde ölçülmesi HT hastalığının tanı ve tedavisinde önemli bir yer tutmaktadır. Kan basıncı ölçümleri belirli kurallar çerçevesinde standartlara göre yapılmalıdır. Standartlara uygun olarak uygulanan kan basıncı ölçümleri kesin tanı süreci sonrası, hastaların takibi ve ilaç etkilerinin gözlemlenmesi yönünden çok önemlidir (42). Klasik oskültatuar metoduyla ya da emniyeti ispat edilmiş doğru manşonlu olacak şekilde elektronik olarak tansiyon ölçümü uygulanmalıdır. İlk muayene esnasında tansiyon ölçümü kesinlikle her iki koldan olacak şekilde ölçüm yapılmalıdır. Her iki koldan bakılan KB ölçüm değerleri arasında ≥ 10 mmHg fark bulunuyorsa ölçüm tekrar yapılmalı, kollar arasındaki fark aynı şekilde ise yüksek değer alınan kol tarafından ölçüm tekrarlanmalıdır. İki kol arasındaki değer farkı aynı zamanda yapılan ölçümlerde anlamlıdır. Yaşlı bireylerde, diyabetik vakalarda ve ortostatik hipotansiyonun bulunduğu hastalarda ayağa kalkış süresini takiben ölçüm 1.inci ve 3.üncü dakikalardan sonra tekrarlanmalıdır. SKB'de ≥ 20 mmHg ve DKB'de ≥ 10 mmHg düşüş meydana gelmişse ortostatik hipotansiyonu vardır denilebilir. ESH-ESC 2013 8 kılavuzuna yer alan bilgiye göre ofis KB ölçümü sırasında dikkat edilmesi gereken durumlar Tablo 1'de verilmiştir (35).

Tablo 1. ESH-ESC 2013 Kılavuzuna Göre Ofis Kan Basıncı Ölçümleri

KB'nı ölçerken, dikkat edilmesi gerekenler;
1- KB ölçümüne başlamadan önce hastanın 3-5 dk süreyle oturmasına izin verin
2- Hasta oturur pozisyonda iken, 1-2 dakika arayla, en az iki KB ölçümü alın. İlk iki ölçüm birbirinden çok farklıysa ek ölçümler yapın. Uygun görürseniz ortalama KB'yi düşünün
3- Atriyal fibrilasyon gibi aritmileri olan hastalarda, doğruluğunu arttırmak için, KB ölçümlerini tekrarlayın
4- Standart bir hava kesesi (12-13 cm genişliğinde ve 35 cm uzunluğunda) kullanın, ancak kalın (kol çevresi >32 cm) ve ince kollu kişiler için sırasıyla daha geniş ve daha dar birer hava kesesi de bulundurun.
5- Hastanın pozisyonu ne olursa olsun manşonun yerini kalp seviyesinde tutun.
6- Oskültatuar yöntemi uygularken, sistolik ve diyastolik KB'yi belirlemek için sırasıyla Korotkoff faz I ve V'i (kayboluş) kullanın.
7- İlk muayenede KB'yi her iki koldan da ölçerek olası bir fark varsa belirleyin. Daha yüksek değeri olan kolu temel alın.
8- Yaşlı bireyler, diyabetik hastalar ve ortostatik hipotansiyonun sık veya olası olduğu diğer durumlarda, ilk muayene sırasında, KB'yi ayağa kalktıktan 1 ve 3 dakika sonra tekrar ölçün.
9- Geleneksel KB ölçümü sırasında, ikinci ölçümden sonra oturur durumdayken nabız palpasyonu (en az 30 saniye) kalp hızını ölçün.

*ESH-ESC HT 2013 Kılavuzu

Akut hedef organ hasarı ile kan basıncının yüksek gözüktüğü zaman hipertansif aciller olarak tanımlanmaktadır. Hipertansif acil durumlarda; daha önce hipertansiyonu var olduğu bilinen hastalarda oluşacağı gibi geçmişinde normotansif olan vakalarda da meydana gelebilir. Genellikle vakaların kan basıncı değeri sistolik ≥ 180 mm/Hg ve/veya diastolik ≥ 120 mm/Hg üstünde olsa da tanı koymak için belirli bir kan basıncı sınır değeri yoktur. Daha önce normotansif olan vakanın kan basıncında meydana gelen ani yükselme ile birlikte hedef organda meydana gelen hasarın saptanması da hipertansif acil olayı içinde açıklanabilir. Hipertansif acil vakalarda meydana gelebilecek hedef organ hasarları Beyin (Konvülsiyon, Geçici iskemik atak, serebral enfarktüs, intraserebral veya subaraknoid kanama, hipertansif ensefalopati), Kalp (Akut pulmoner ödem, Akut konjestif kalp yetmezliği, Akut koroner sendrom Damar Aort diseksiyonu), Böbrek (Akut böbrek hasarı Retina Papilödem, Kanama, Retinal ödem), Uterus (Eklampsi) şeklinde meydana gelmektedir. Kan basıncı değeri $\geq 180/120$ mm/Hg olmasına karşılık akut hedef organ hasarı oluşmamışsa, bu durum önemli bulgu vermeyen hipertansiyon veya hipertansif acil durum olarak değerlendirilmektedir. Dikkat çekici oranda kan basıncı yüksekliği ile sağlık kuruluşuna gelen vakalar akut organ hasarının meydana getirdiği şikayet ve bulgular yönünden hassas bir şekilde incelenmelidir. Bu şikayet ve belirtiler arasında intrakraniyal basınç artışı ile ilişkilendirilebilecek bulantı, kusma, bilinç durumunda farklılıklar; iskemik veya hemorajik sekteye ait nörolojik yakınma ve belirti-bulgular; miyokard iskemisi veya aort diseksiyonu ile bağlantılı olabilecek göğüs ağrısı, veya akut akciğer ödemi akla getirebilecek dispne sayılabilir. Bu vakalarda hipertansif retinopati yönünden göz dibi muayenesi ve detaylı fizik muayene mutlaka yapılmalı, böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolit düzeyleri, kardiyak enzim düzeyleri ve tam idrar testi talep edilmelidir. Bu biyokimyasal testlerin yanı sıra hedef organ hasarını analiz etmek için akciğer grafisi, elektrokardiyografi (EKG), ekokardiyografi, kraniyal ya da toraks Manyetik rezonans görüntüleme veya bilgisayarlı tomografi (BT) gibi görüntülemeler de yapılmalıdır. Akut aort diseksiyonu ve akciğer ödeminde kan basıncında hızlı ve önemli düşüş meydana gelmesi için uğraşılmalıdır. Aort diseksiyonunda sistolik kan basıncı değerinin hızlı bir şekilde 100-120 mm/Hg altına indirilmesinin sağlanması önerilmektedir. Akut nörolojik semptom, yakınma ve bulgularla sağlık kuruluşuna başvuran ciddi hipertansif vakalarda ise hedef alınacak

kan basıncı değeri nörolojik tabloya göre değişkenlik göstermektedir. Örneğin iskemik felçlerde vaka reperfüzyon tıbbi uygulamasına yatkınsa kan basıncı değerin $\geq 185/110$ mm/Hg olduğu durumlarda antihipertansif tedavi uygulanması tavsiye edilirken iken konvansiyonel tedavi uygulanarak izlenecek hastalar için bu ölçüm $\geq 220/120$ mm/Hg'dir (43).

2.4.2 Travmalı Hastaya Yaklaşım

Günümüzde travma, sosyoekonomik gelişim durumu ayırt edilmeksizin tüm ülkelerde başlıca halk sağlığı problemlerinden biri durumundadır. Travmatik yaralanmalar dünya genelinde 45 yaşın altındaki bireylerde görülen en sık ölüm nedenlerinden biridir (44). Travma vakaları oluş şekli; fiziksel olarak meydana gelen (trafik kazası, düşme, darp, vb.) ya da kimyasal şekilde, ısı kaynaklı ve psikolojik nedenlerle oluşan durumları kapsar. Yaralının ilk tıbbi bakımının stabilleşmesi, ilk olarak yaşam kurtarıcı ya da sekel kalmasının önleyici tıbbi hizmet sunumunu, olay yerinde başlatılarak hastanın genel durumuna ve meydana gelen yaralanma oluşumuna bakılmaksızın, organize ve hızlı bir şekilde uygulanmalıdır. Hastane öncesi sağlık hizmeti sunumunda öncelikle havayolu açıklığının sağlanması ve sürdürülmesi, servikal ve torakal stabilizasyonun sağlanması ihtiyaç durumunda vakaya sıvı replasmanı tıbbi tedavisinin uygulanması, bilinç düzeyinin ölçülerek ivedi bir şekilde travma merkezine nakil işleminin yapılması öncelikli görevlerdendir (45).

Travmalı hastaların ilk değerlendirme skalası bazı aşamalardan oluşmaktadır bunlar; (ABCDE) (46).

- Haya yolu değerlendirmesi, açıklığının sağlanması ve bu açıklığının korunmasının sağlanması
- Solunum ve ventilasyonun durumunun incelenmesi ve devamlılığının sağlanması (yeterli oksijenizasyonun sağlanması)
- Dolaşımın değerlendirilmesi ve korunması (dolaşım kontrolü, organların yeterince kanlanması sağlanması)
- Nörolojik değerlendirme ile sakatlık kontrolü

- Çevrenin kontrolü sağlanması (hastanın üzerinde bulunan giysilerin çıkarılması, olası yaralanmaların araştırılması, ısı kaybının önlenmesi)

Yaralanma yerindeki ilk değerlendirme, bulgular ve ilk tıbbi müdahaleyi yapacak olan sağlık profesyonelinin, temel kardiyopulmoner resüsitasyon, hava yolu ile solunumu stabilize edecek entübasyon ve maske (nazal maske, difüzör maske vb.) kullanımı gibi yöntemler, kanama ve dolaşım kontrolü, kırık stabilizasyonu (atelleme vb.), venöz girişimler ve intravenöz (IV) sıvı tedavisi, defibrilasyon, elektrokardiyografi (EKG) çekimi ve yorumlanması, bu tedaviler sırasında ihtiyaç olacak ilaçların kullanımı konularında gerekli eğitimleri almış, konusunda kendini yetiştirmiş ve tecrübe sahibi olması gerekmektedir.

2.4.3 Göğüs Ağrısına Yaklaşım

Göğüs ağrısı; aile hekimliği olmak üzere birçok tıp disiplininin uygulamasında karşılaşılan, birçok değişik özellikleri ile yüksek oranda çeşitlilik gösteren ve en yaygın ölüm nedeni olan olguların ortak bulgusu olduğu için bu durum her vakada, sorgulanması gereken bir semptomdur. (47) Birçoğu kalp bulgu dışı sebeplerle meydana gelse de sağlık birimine göğüs ağrısı şikayeti ile gelen her vakanın, ilk olarak kalple ilgisi araştırılmalıdır. Göğüs ağrısı ile gelen vakaların vital bulguları alınıp, genel durum değerlendirmesinden sonra gerektiğinde intranasal oksijen desteği verilmeli, damar yolu açılmalı ve açık kalması sağlanmalıdır, devamında ağrının tanımlanmasına odaklanılmalıdır. Bu amaçla ağrının karakteri, süresi, lokalizasyonu, yayılımı, solunumla ilişkisi incelenmelidir. Göğüs ağrısı olan vakalardan, göğüs ağrısının karakteri, başvuru anında itibaren semptomların süresi, ilişkili özellikler ve kardiyovasküler risk değerlendirmesinden oluşan detaylı bir anamnez alınmalıdır (48). EKG, vaka sağlık kuruluşuna geldikten sonra en geç 10. dakikada çekilmiş ve değerlendirilmiş olmalıdır. EKG'nin hangi aralıklarda yenileneceği hastanın gidişatına göre karar verilmelidir. Elde bulunun koşullara göre kalple bağlantısı ekarte edilememiş göğüs ağrısı her vaka monitorize edilip gözlemlenmelidir.

2.4.3.1 Göğüs Ağrısı Karakteristikleri ve Karşılığı Olan Nedenler:

Yapısı:

- Anjinal belirti, göğüste retrosternal rahatsızlık olarak anlamlandırılır. (ör: Ağrı, huzursuzluk, ağırlık, sertlik, basınç, sıkıştırma, daralma).
- İnspirasyonla ve supin pozisyonda uzanır durumdayken çoğalan keskin göğüs ağrısının iskemik kalp hastalığı ile ilişkili olması pek olası değildir (ör: Bu semptomlar genellikle akut perikardit ile meydana gelir).

Başlangıç ve Süre:

- Anjinal belirtiler birkaç dakikada seviye seviye çoğalabilir.
- Ani başlangıçlı, yırtıcı şekilde göğüs ağrısının (üst veya alt sırta yayılan) anjinal ilişkili olması olası bir durum değildir ve akut aortik sendrom için şüphe uyandırmaktadır.
- Geçici göğüs ağrısı – birkaç saniye ile süren- iskemik kalp hastalığı ile ilişkili olması beklenen bir durum olmamaktadır.

Lokasyon ve Yayılım

- Çok sınırlı bir bölge ile lokalize ağrının ve umblikus veya kalçanın alt kısmına yayılan ağrının miyokardiyal iskemi kaynaklı olması sık görülmemektedir.

Şiddet

- Hipertansif öyküsü olan, biküspit aortik kapak veya aort dilatasyonu olduğu bilinen bir vakada oluşabilecek yırtıcı tarzda göğüs ağrısı (‘‘hayatımın en kötü göğüs ağrısı’’) özellikle ani bir şekilde meydana geliyor ise akut aortik sendrom için şüphe oluşturur (ör: Aort diseksiyonu).

Presipitan Faktörler

- Fiziksel egzersiz veya duygusal durum değişiklikleri sonucu oluşan stres anjinal belirtiler için yoğun tetikleyicilerdir.
- Dinlenme anlarında veya düşük enerji harcama ile ortaya çıkan anjinal belirtiler sıklıkla akut koroner sendromu akla getirir.
- Pozisyonel göğüs ağrısı çoğu zaman non iskemiktir (ör: Kas iskelet sistemi).

Rahatlatan Faktörler

- Nitrogliserin ile rahatlama miyokardiyal iskemi tanısı koymak için zorunlu değildir ve tanısal bir değerlendirme kriteri olarak görülmelidir.

İlgili Semptomlar

- Miyokardiyal iskemi ile ilişkili belirtiler (bu belirtilerle kısıtlı olmamak üzere) solunum sıkıntısı, çarpıntı, terleme, sersemlik, presenkop veya senkop, üst abdominal ağrı veya yemekler ile bağlantılı olmayan kalp yangısı, bulantı veya kusmadır.
- Diyabetik kadınlar veya ileri yaştaki hastalarda belirtiler, göğüsün sol veya sağ yanında, bıçak saplar hissinde, keskin ağrı şeklinde veya boğaz veya karında huzursuzluk biçiminde oluşabilir.

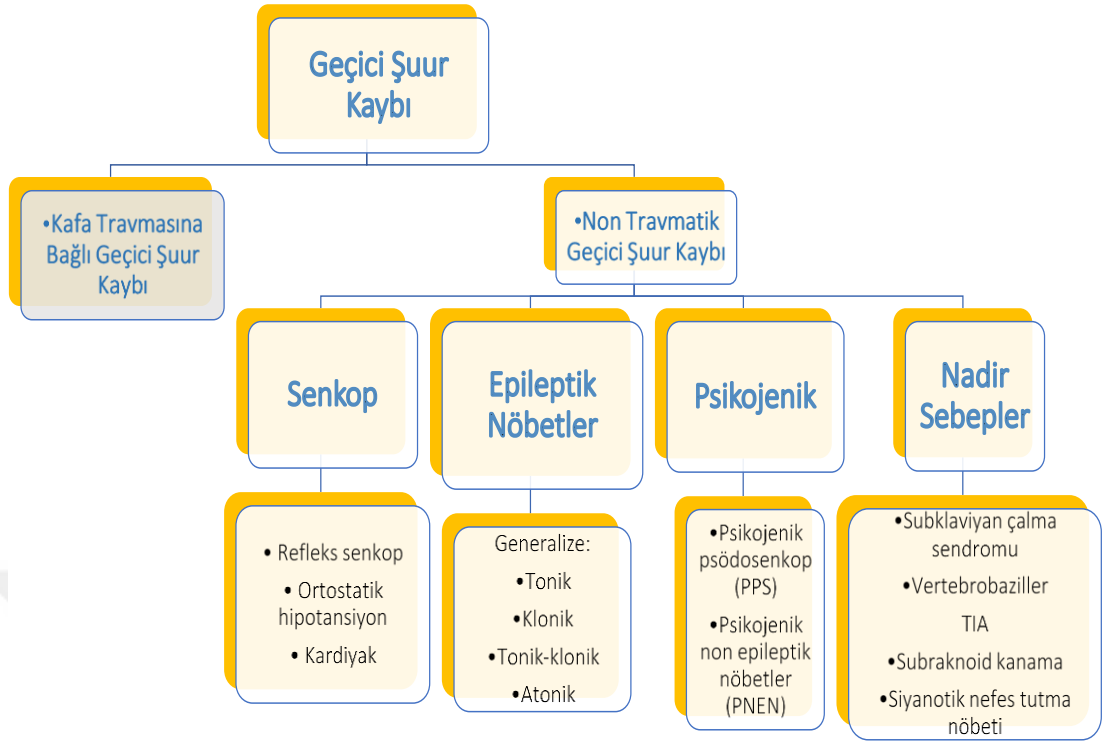
Göğüs ağrısı ile sağlık birimlerine gelen vakada gözardı edilmemesi gereken bazı tanı grupları vardır; akut miyokard infarktüsü, kardiyak tamponad, aort diseksiyonu, valvülopatiler ve özellikle mitral valv prolapsusu, pnömotoraks, pulmoner emboli, perikardit, mediastinit, pnömoni, plörezi, hiatus hernisi, subdiafragmatik abse, mezotelioma, travma, kosta fraktürü, kostokondrit, intrakostal miyalji, özofagus rüptürü, özofajit, gastrit, peptik ülser perforasyonu, pankreatit, metastatik tümörler, Hodgkin hastalığı, herpes zooster, intervertebral disk protüzyonları ve psikojenik sıkıntılar olmak üzere belirtilebilir..

Tanı koyma sırasında yardımcı olabilecek birkaç yardımcı olacak kısımdan şu şekilde bahsedilebilir: Özellikle ileri yaştaki hastalarda, diyabetik öyküsü olan vakalarda solunum sıkıntısı özellikle değerlendirilmedi, angina eş değerleri olarak dikkate alınmalıdır. Dispneye eşlik eden diğer bulantı, kusma, terleme ve senkop şikayetlerine dikkat edildiğinde dispne bulgusu gözden kaçabilir. Angina yakınmasının olmaması kardiyolojik kaynaklı akut koroner sendrom tanısını yok saydırmaz. Genç ve genç kadın hasta gruplarında sadece vakaların %35 kadarı angina yakınmasında bulunur. Akut koroner sendromun gençlerde daha yüksek mortalite ile seyrettiği bilinmektedir. Birçok defa sağlık kuruluşlarının acil servisine göğüs ağrısı yakınması ile geldiği ve akut koroner sendrom olmadığı kabul gören vakalarda minimal mitral valvprolapsusu, intervertebral disk protüzyonu ve psikiyatrik sebeplere ayırıcı tanıda dikkat edilmelidir. Kısa zaman önce geçirilmiş büyük cerrahi girişim ya da doğum hikayesi pulmoner emboli tanısını düşündürmelidir. Aniden başlayan, çok şiddetli, yırtılma tarifi ile gelen göğüs ağrısında dissekan aort anevrizması öncelikle düşünülmelidir.

2.4.4 Senkop Yaklaşım

Senkop, hızlı oluşan, kısa süre sonra herhangi bir girişimde bulunmadan spontan olarak tamamen düzelme özelliği, serebral hipoperfüzyon kaynaklı geçici süreli bilinç kaybı olarak belirtilebilir (49). Hastalık değil, belirtidir. Şuur kaybı bireyin kendisinin ve içinde bulunduğu anın farkında olmadığı uyaranlara ve cevap veremediği, tepki gösteremediği bilişsel bir durum (50). Senkop ayırıcı tanısında birçok hastalık yer aldığından bu gruptaki hastalıklar geçici şuur kaybı (GŞK) grubunda tanımlanmaktadır (51). Geçici Şuur Kaybı Nedenleri Şekil 1’ de gösterilmiştir.

Geçici şuur kaybı farkındalığın yok olması ile, gerçek veya belirgin şuur kaybı adlandırılır ve şuur kaybının olduğu dönemi için amnezi, anormal motor kontrol, cevapsızlık ve kısa süre ile karakterizedir. Geçici şuur kaybı non travmatik ve kafa travması ile birlikte iki grup olarak sınıflandırılabilir Geçici şuur kaybının özellikleri sıklıkla hasta veya olay yerindeki kişilerden alınan hikaye ile elde edilir (51).



Şekil 1. Geçici Şuur Kaybı Nedenleri

*2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope

2.4.4.1 Senkop Tipleri

- Refleks senkop
- Kardiyovasküler senkop
- Ortostatik hipotansiyona sekonder senkop

Senkop Sınıflandırması

Refleks (nöral aracılı) Senkop

Vazovagal:

- Ayakta beklerken veya daha nadir otururken: Ortostatik vazovagal senkop
- Kan korkusu gibi korku durumu, ağrı (somatik veya visseral) sonucu: Emosyonel

Durumsal:

- Çiğneme, defekasyon gibi bir gastrointestinal uyarı sonucu
- Öksürme
- Fiziksel egzersiz hareketleri sonrası
- İdrar yaparken
- Gülme gibi diğer durumlarda

Ortostatik Hipotansiyona Bağlı Senkop: Hipotansiyonun fiziksel egzersiz esnasında (egzersizin tetiklediği), yemek yenildikten sonra (postprandiyal hipotansiyon) ve uzun yatak istirahatlerinden sonra meydana gelen venöz göllenme ile artabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Sıvı kayıpları ve ilaçlara bağlı görülebilir.

Kardiyovasküler Senkop**Bradikardi:**

- Sinus nod disfonksiyonu (bradikardi/ taşikardi sendromunun da dahil olduğu)
- Atriyoventriküler iletim sistemi hastalığı

Taşikardi:

- Supraventriküler
- Ventriküler

Yapısal kalp: Aort stenozu, akut miyokardiyal infarktüsü/iskemisi, hipertrofik kardiyomiyopati, kardiyak kitleler (atriyal miksoma tümörler vb) perikardiyal hastalık/tamponat, koroner arterlerin konjenital anomalileri, prostetik kapak disfonksiyonu.

Kardiyopulmoner ve büyük damarlar: Pulmoner emboli, akut aort diseksiyonu, pulmoner hipertansiyon.

İlk senkop değerlendirmeleri hasta sırt üstü durumda aynı zamanda ayakta kan basıncı ölçümlerini içeren fizik muayene, elektrokardiyografi (EKG) ile başvuru anında meydana gelen ve geçmişteki atakları kapsayana hasta veya olay anında bulunan kişilerden direkt veya telefon görüşmesi ile alınan detaylı bir hikayeyi içermelidir. Bu toplanan bilgileri yorumlayan kişi, sonrasındaki incelemelerin nasıl devam edeceğine, ayaktan ya da yatarak bir şekilde veya hastanede değerlendirmenin gerekli olup olmadığına kararını vermelidir. Hastanede incelemenin sebebi, teşhis edilen önemli durumların tedavisinin hız kazanmasını sağlamak ya da varsayımsal bir senkop nedeninin tespit edilmesi durumunda ileri araştırmaya devam etmektir (50).

2.4.5 Epileptik Nöbete Yaklaşım

Beyindeki nöronal hipereksitabilite sonucu oluşan belirtileri, bilinç, davranış, duygu, hareket veya algılama özelliklerinde değişiklikler meydana getirmesidir (52). Epilepsi her yaş grubunda olabilen ve uzun süreli tedavi ve gözlem gerektiren bir hastalık olup kişilerin yaşam kalitesinde önemli değişiklikler yapar. Epilepsinin insidansı her toplumda değişkenlik göstermek ile sıklıkla yılda 20- 50/100.000 olarak bildirilmektedir. Aktif epilepsi prevalansı ise 4-10/1000 olarak, insidans ise yaklaşık %3 olarak belirtilmektedir. Epilepsi insidansının en yüksek seyrettiği yaşamın iki dönemi, ilk yıl dönemi ve yaşlılık dönemidir. Epilepsi çocukluk ve ergenlik döneminde en çok, yetişkinlerde ise beyin damar hastalıklarından sonra ikinci sırada rastlanan nörolojik hastalık olarak belirtilmektedir (53).

İlk kez nöbet şüphesi olan vakanın ilk muayenesi acil ya da poliklinik servisinde bir tıp doktoru tarafından yapılarak, hastanın ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesi için nöroloji uzmanına yönlendirilmesi sağlanmalıdır. İlk kez nöbet geçiren her vakanın (ya da ilk kez afebril nöbet geçiren her çocuğun) en kısa sürede (bu süre ilk 1-2 hafta, tercihan olay günü) bir nöroloji uzmanına yönlendirilmesi gerekir. Bu tutumun asıl sebebi zaman kaybetmeden ve doğru tanı konmasına ek olarak hastaya uygun bir tedavi şeklinin başlanmasıdır. Yakın zamanda meydana gelmiş bir nöbet başvurusunun ilk değerlendirmede uzmanın gereken bulguları toplaması gereklidir.

Epileptik nöbetlerin birçoğunda herhangi bir tedavi yapılmasına gerek duyulmadan kısa bir süre sonra sonlanmaktadır. Genel olarak bir nöbet öyküsünün 30 dakikadan uzun sürmesi veya bu süre içinde hastanın bilinci eski haline dönmeden yaşanan nöbetlerin sık bir şekilde tekrarlaması status epileptikus (SE) olarak adlandırılır (54).

Nöbet geçiren vakalarda ilk olarak hava yolu, solunum, dolaşım işlevleri (ABC) ve vital bulguların stabilizasyonu ve devamlılığı sağlanması önemlidir. İntra venöz yol açılmalı ve açık kalması sağlanmalıdır, kan şekeri ölçümü yapılmalı, uygun maske seçimi ile oksijen tedavisi verilmeli ve gerek duyulursa uygun görüntüleme işlemleri (örn; ekg çekimi) yapılmalıdır (55). Aktif nöbet geçiren hastada oluşan şuur kaybı nedeni ile oluşabilecek travmalardan, aspirasyonlardan ve düşmekten koruma öncelikli olmalıdır. Benzodiazepin grubu ajanlar hemen tüm nöbet tiplerinde nöbet durdurucu olarak, hızlı etki başlangıcı, yüksek etkinlik oranı ve minimal toksisiteyi nedeniyle ilk seçenek ajanı olarak tercih edilir (56).

2.4.6 Bulantı Kusma Hastasına Yaklaşım

Kusma, mide içeriğinin güç yardımı ile ağızdan dışarı atılması olarak tanımlanır. Genellikle kusma gerçekleşmeden öğürme ve bulantı olduğu gözlemlenmiştir. Bulantı karında ya da mide de meydana gelene hoş olmayan his olarak tanımlanır. Öğürme kusma oluşması sırasında güçlü istem dışı çaba olarak tanımlanır (57).

Bulantı ve kusma yakınmasıyla sağlık kuruluşlarının acil servisine gelme sıklığı %4'tür (1). Ancak bulantının çok fazla hastalığa eşlik etmesi ile bu değer yükselmektedir. Bulantı en fazla gastrointestinal hastalıklar sebebiyle meydana gelir. (58) Ani olarak meydana gelen bulantı ve kusma ile sağlık birimlerine gelen vakalar incelenirken enfeksiyöz nedenler, gastrointestinal mekanik obstrüksiyonlar, visseral nedenli ağrılara bağlı gelişen bulantı ve kusmalar, SSS bağlı bozukluklar, ilaçlar ve sistemik öyküler kesinlikle araştırılmalı ve muayenede bu durum dikkate alınmalıdır (57,59).

Bulantı ve kusma yakınması ile başvuru yapan vakalarda ilk olarak vital bulgulara bakılarak stabillenmelidir. Kusmanın başlangıcı, şiddeti, zamanı sorgulanarak iyi bir fizik muayene yapılarak hasta değerlendirilmelidir. Sonrasında olası ön tanımlar belirlenerek, gerekli laboratuvar ve radyolojik görüntülemeler yapılmalıdır.

2.4.7 Karın Ağrısına Yaklaşım

Ağrı hissinin meydana gelmesi için önce bir uyarıcı, uyarıcıyı algılayan reseptör, uyarıcıyı ileten nöral yollar, ağrının işlenmesini ve hissedilmesi ve gerekli yanıtın oluşması için santral sinir sisteminin gereklidir. Karın ağrılı hasta grubu sağlık merkezlerine başvuruların önemli bir bölümünü oluşturur. Visseral, parietal ve yansıyan ağrı olarak 3 çeşit karın ağrısı vardır (60).

Visseral Ağrı; Visseral peritondaki ağrı liflerinin uyarılması ile oluşur. Hastaya ağrının hissedildiği yer sorulduğunda sıklıkla eliyle sınırları büyük bir alanı gösterir. Sıklıkla tam ağrı olarak da tarif edilmez. Rahatsızlık hissi, kramp, künt, yanıcı, kemirici olarak ifade edilebilir. Ağrı yavaş başlayarak sonrasında şiddetlenir. Terleme, huzursuzluk, bulantı, kusma gibi diğer otonomik belirtilerle gözükabilir.

Parietal Ağrı: Parietal peritonun uyarılması ile gelişir. Bu durumda ağrıyan yer hasta tarafından çok iyi ifade edilir ve sıklıkla visseral ağrıdan daha şiddetli hissedilir. Hastaya sorulduğunda hasta ağrının yerini tam olarak gösterebilir.. Uyarılmanın ardından ani, keskin, net şekilde hissedilir ve hasta tarafından net bir şekilde ağrı diye tariflenir. Hasta ağrının şiddetleneceği korkusuyla hareketsiz kalma, fiziksel güç harcamama eğilimindedir hatta solunumla karınını dahi hareket ettirmez

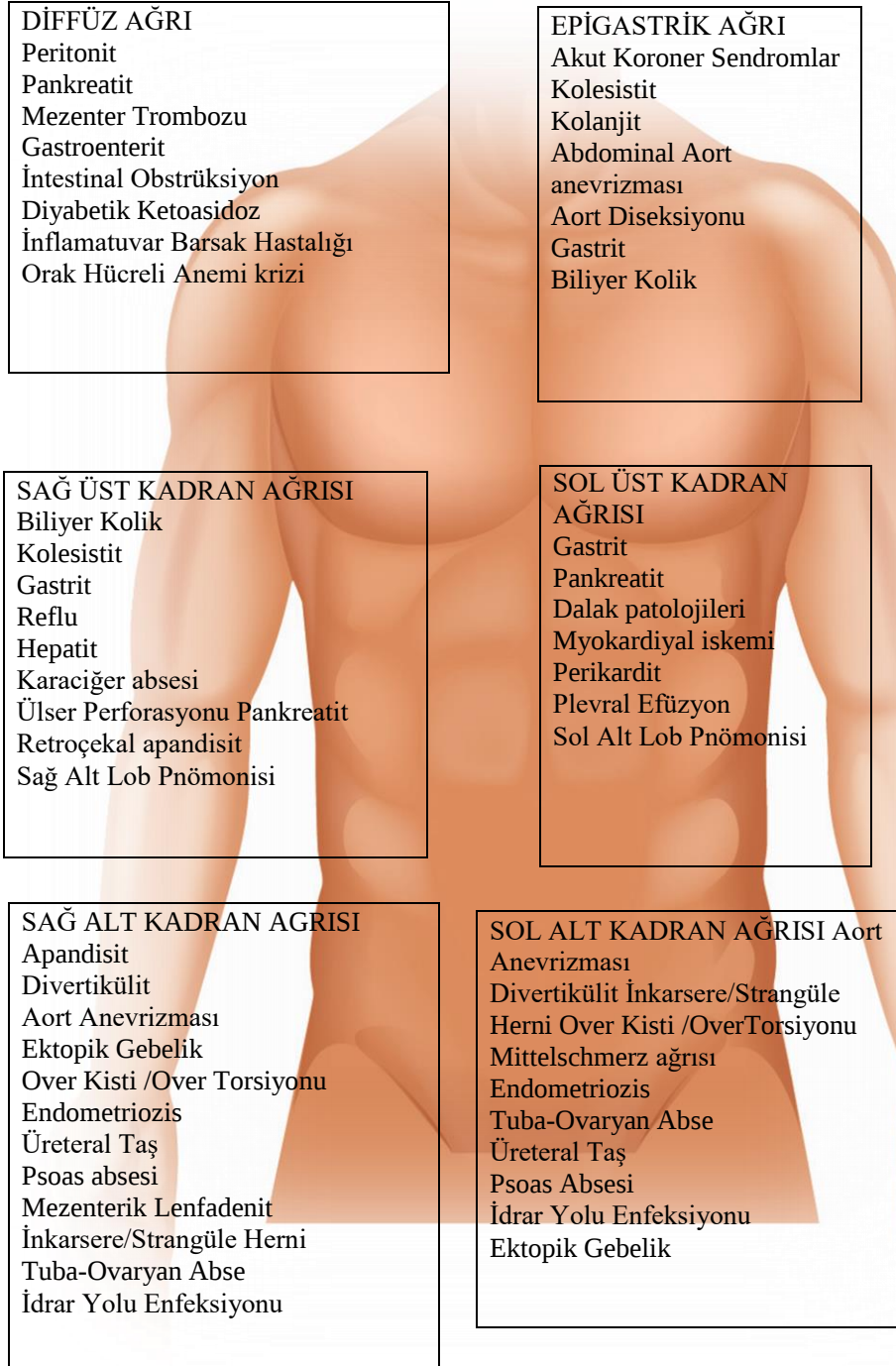
Yansıyan Ağrı; Hastalıklı organın uzağında, aynı nöral segmentten inerve olan dermatomda hissedilen ağrıdır. Yansıyan bölgede ağrı yanma, acı hissi veya hassasiyet şeklinde algılanır. Ağrı bölgesinde hiperestezi ve kas tonusunda artış, yansıyan ağrının iki önemli özelliğidir.

Karın ağrısının uygun nitelendirilmesi için ve hastaya uygun bir tedavi şekli ve bakım uygulanabilmesi için düzgün bir anamnez alınmalıdır, karın içi ve karın dışı ağrı semptomlarının ve meydana geliş şekillerinin bilinmesi önemlidir (61).

Öncelikle hastanın yaşamsal bulguları, bilinci ve genel durumu hızlıca değerlendirilmelidir. Vital bulgulardan saptanan anormalliklerin başka önemli sebepten kaynaklanabileceği hususunda hekimi uyarmalı, ancak normal sınırlar içerisinde olan vital bulguların hayatı tehdit edici bir durumu dışlamayacağını da unutmamalıyız. Özellikle ileri yaşlı ve immünkomprese vakalarda normal vital bulgular bizi yanıltabilir. Anamnezde karın ağrısının özellikleri yok sayılmamalı ve sorgulanmalıdır. Ağrının başlangıcı, lokalizasyonu, şiddeti, zamanla değişip değişmemesi, karakteri, ağrıyı artırıp- azaltan nedenler, ağrı ile birlikte olan bulgular çok değerlidir.

Karın muayenesinde hasta sırtüstü pozisyonda uzanmalıdır. Hastanın mahremiyeti de gözetilerek karın bölgesi açılmalıdır. Karın kaslarının kasılmasını önlemek için dizler ve kalça fleksiyona getirilerek daha rahat inceleme yapılabilir. Muayene esnasında hastanın başka şeylere odaklanmasını sağlanarak yüz hatlarında acı veya rahatsızlık ifadesi takip edilmelidir. Muayene inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon ve perküsyon olarak yapılır. Örneğin inspeksiyonunda karında ameliyat skar dokusu karın içi yapışıklıkları (bridler), karın hareketlerinin solunumdan etkilenmemesi peritoniti düşündürür. Karın ağrısı ile sağlık tesisine başvuran vakada karının oskültasyonda barsak seslerinin duyulamaması ileusu düşündürür. Perküsyonda eğer karın içinde hava varsa (pnömoperitonium) yaygın timpanizm alınır. Karın palpasyonunda defans ve rebound varlığı akut batın olduğunu gösteren değerlendirmesi kolay güvenilir muayene bulgusudur (60,62).

Anamnez ve fizik muayene sırasında ortaya çıkan klinik bulgulara göre laboratuvar testleri ve radyolojik görüntülemeler istenir. Karın ağrısı intraabdominal ve ekstraabdominal nedenlerinin karında hissedildiği yere göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir (63)



Şekil 2. Karın Ağrısı Nedenlerinin Karında Hissedildiği Yere Göre Dağılımı

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Bu araştırma için Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.12.2022 tarih ve E1/3151/2022 sayılı onayı ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında araştırma yapabilmek için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün 09.12.2022 tarih ve E-75252626-771 sayılı araştırma izni alınmıştır.

3.2.ARAŞTIRMANIN TÜRÜ VE KAPSAMI

Araştırmamız retrospektif bir araştırmadır. Bu araştırmada 11 Mart 2018- 11 Mart 2022 tarihleri arasındaki, Ankara'da aile sağlığı merkezine başvurup ilk değerlendirme sonrası hastaneye nakline karar verilip 112 acil yardım ambulansı ile hastanelere nakil yapılan hastaların ön tanı, yaş, cinsiyet, çağrı zaman aralığı, triaj kodu, vital bulguları, yapılan müdahaleler gibi parametreleri acil sağlık otomasyon sistemi üzerinden incelenmiştir.

3.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Araştırmanın evrenini Ankara'da aile sağlığı merkezlerinden hastaneye 112 acil yardım ambulansı ile nakledilen hastalar oluşturmaktadır.

3.4. ÇALIŞMAYA DÂHİL EDİLME VE HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ

11 Mart 2018- 11 Mart 2022 tarihleri arasında Ankara ilinde aile sağlığı merkezine başvurup ilk değerlendirme sonrası hastaneye nakline karar verilip 112 acil yardım ambulansı ile hastanelere nakil edilen hastalar dahil edilmiştir. 2019 yılında Ankara ilinde yeni acil sağlık hizmetleri otomasyon programına geçildiğinden dolayı aile sağlığı merkezlerinden alınan vakalarda eksiklikler yaşanmıştır. Hastane öncesi sağlık otomasyon sistemi veri eksikliği fazla olan vakalar araştırmada hariç tutulmuştur.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

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

4. BULGULAR

11 Mart 2018- 11 Mart 2022 tarihleri arasında Ankara ilinde aile sağlığı merkezine başvurup ilk değerlendirme sonrası hastaneye nakline karar verilip 112 acil yardım ambulansı ile hastanelere nakil edilen 1324 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların yaş ortalaması $46,4 \pm 24,8$ idi ve 685'i (%51,7) erkekti. Olguların 1287'si (%97,2) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşıydı. Acil çağrıdan olay yerine ambulans ulaşım süresi $10,2 \pm 7,3$ dakikaydı. ağrı sonrası görevlendirilen ekibin olay yerine ulaşım süresi $6,3 \pm 4,8$ dakikaydı. Vakaların 772'si (%58,3) 112 ekiplerinin bulundukları bölge vakasıydı ve 1254' (%94,7) kentsel/merkez vakasıydı. Vakaların 677'si (%51,1) eğitim ve araştırma hastanelerine, 415'i (%31,3) devlet hastanelerine nakil edilmiştir.

Nakil tanılarına bakıldığında düşmeler %11,9 ile ilk sırada, primer hipertansiyon %9,6 ile ikinci sırada ve göğüs ağrısı %8,8 ile üçüncü sıradaydı (Tablo 2).

Vakaların triaj kodlarına bakıldığında 108'i (%8,2) kırmızı kod, 697'si (%52,6) sarı kod ve 519'u (%39,2) yeşil kodluydu. Bilinç durumu değerlendirildiğinde 1302'sinin (%98,3) bilinci açıktı (Tablo 2).

Tablo 2. Nakil Edilen Hastaların Özellikleri

		n	%
Dönem	Pandemi Öncesi	643	48,6
	Pandemi	681	51,4
Cinsiyet	Kadın	639	48,3
	Erkek	685	51,7
Yaş (yıl) *		46,4 ± 24,8	50,0 (25,0 – 67,0)
Hasta Uyruk	Türkiye Cumhuriyeti	1287	97,2
	Suriye	14	1,1
	Irak	10	0,8
	Afganistan	8	0,6
	Somali	2	0,2
	İsveç	1	0,1
	Kırgızistan	1	0,1
	Polonya	1	0,1
Ulaşım (Dk) (Olay Yeri Varış - Çağrı) *		10,2 ± 7,3	8,6 (5,9 – 12,7)
Ulaşım (Dk) (Olay Yeri Varış - Vaka Veriliş) *		6,3 ± 4,8	5,4 (3,3 – 8,0)
Bölge	Bölge Dışı	552	41,7
	Bölge İçi	772	58,3
Kentsel/Kırsal	Kentsel	1254	94,7
	Kırsal	70	5,3
Nakledilen Hastane Türü	--	91	6,9
	EAH	677	51,1
	DH	415	31,3
	Üniversite	99	7,5
	Özel	42	3,2
İlk 5 Tanı	Düşmeler	158	11,9
	Esansiyel (primer) hipertansiyon	127	9,6
	Göğüs ağrısı	117	8,8
	Covid-19	78	5,9
	Senkop ve bayılma	57	4,3
	Bulantı ve kusma	52	3,9
	Diğer	791	59,7

*: (Ort. ± SS / Medyan (IQR))

Tablo 2. Nakil Edilen Hastaların Özellikleri (devam)

		n	%
Triaj	Kırmızı Kod	108	8,2
	Sarı Kod	697	52,6
	Yeşil Kod	519	39,2
Bilinç	Açık	1302	98,3
	Konfüze	13	1,0
	Kapalı	8	0,6
	Bulanık	1	0,1
Pupiller	Normal	1278	96,5
	İzokorik	30	2,3
	Miyotik	5	0,4
	Reaksiyon Yok	5	0,4
	Fiks Dilate	4	0,3
	Anizokorik	1	0,1
	Midriatik	1	0,1
Solunum	Düzenli	1289	97,4
	Dispne	20	1,5
	Yok	9	0,7
	Düzensiz	4	0,3
	Hızlı	2	0,2
Cilt	Normal	1281	96,8
	Soluk	22	1,7
	Terli	13	1,0
	Siyanotik	4	0,3
	Hiperemik	2	0,2
	Kuru	2	0,2
Nabız	Düzenli	1290	97,4
	Aritmik	21	1,6
	Alınmıyor	10	0,8
	Filiform	3	0,2

Vakaların sevk edildiği ilçelere bakıldığında %14,9 ile ilk sırada Keçiören, %12 ile ikinci sırada Etimesgut ve %11 ile Mamak üçüncü sıradaydı.

Tablo 2. Nakil Edilen Hastaların Özellikleri (devam)

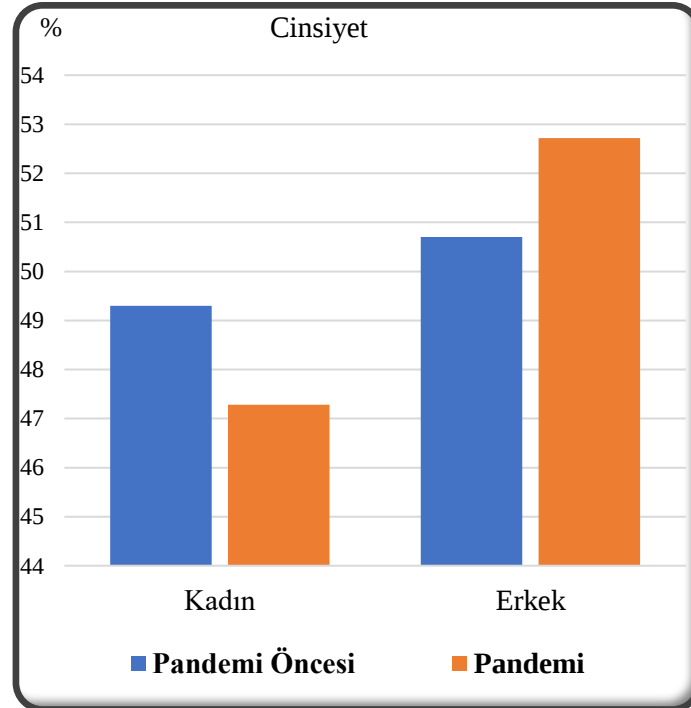
		n	%
İlçe	Akyurt	20	1,5
	Altındağ	132	10,0
	Ayaş	3	0,2
	Beypazarı	10	0,8
	Çamlıdere	57	4,3
	Çankaya	141	10,6
	Çubuk	23	1,7
	Elmadağ	13	1,0
	Etimesgut	159	12,0
	Evren	7	0,5
	Gölbaşı	13	1,0
	Haymana	6	0,5
	Kalecik	4	0,3
	Kazan	12	0,9
	Keçiören	197	14,9
	Kızılcahamam	19	1,4
	Mamak	145	11,0
	Nallıhan	29	2,2
	Polatlı	39	2,9
	Pursaklar	21	1,6
	Sincan	124	9,4
	Şereflikoçhisar	10	0,8
	Yenimahalle	140	10,6

Tablo 3. Demografik Özelliklere Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P
Cinsiyet	Kadın	317 (%49,3)	322 (%47,3)	0,463 ^a
	Erkek	326 (%50,7)	359 (%52,7)	
Yaş		45,3 ± 25,4	47,3 ± 24,2	0,148 ^b
Uyruk	Türkiye Cumhuriyeti	628 (%97,7)	659 (%96,8)	0,321 ^a
	Suriye	3 (%0,5)	11 (%1,6)	
	Irak	6 (%0,9)	4 (%0,6)	
	Afganistan	3 (%0,5)	5 (%0,7)	
	Somali	1 (%0,2)	1 (%0,1)	
	İsveç	1 (%0,2)	0 (%0,0)	
	Kırgızistan	1 (%0,2)	0 (%0,0)	
	Polonya	0 (%0,0)	1 (%0,1)	

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; cinsiyet, yaş ve uyruk yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

**Şekil 3.** Cinsiyet Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; cinsiyet yönünden incelendiğinde erkek başvuru sayısı artarken kadın başvuru sayısında azalma görülmüştür.

Tablo 4. Bölge – Kentsel/Kırsal Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	p*
Bölge	Bölge Dışı	254 (%39,5)	298 (%43,8)	0,116
	Bölge İçi	389 (%60,5)	383 (%56,2)	
Kentsel/Kırsal	Kentsel	607 (%94,4)	647 (%95,0)	0,622
	Kırsal	36 (%5,6)	34 (%5,0)	

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; bölge ve kentsel/kırsal durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 5. Nakil Edilen Hastane Türüne Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	p*
Hastane Türü	EAH**	341 (%55,6)	336 (%54,2)	0,006
	DH***	187 (%30,5)	228 (%36,8)	
	Üniversite	64 (%10,4)	35 (%5,6)	
	Özel	21 (%3,4)	21 (%3,4)	

*: Chi-Square Test (n (%)), ** Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ***Devlet Hastanesi

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; hastane türü yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Üniversite hastanelerine pandemi öncesi gerçekleştirilen hasta transferi oranlarının pandemi döneminden daha yüksek olduğu, Devlet hastanelerine ise pandemi döneminde gerçekleştirilen hasta transferi oranlarının pandemi öncesi dönemden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

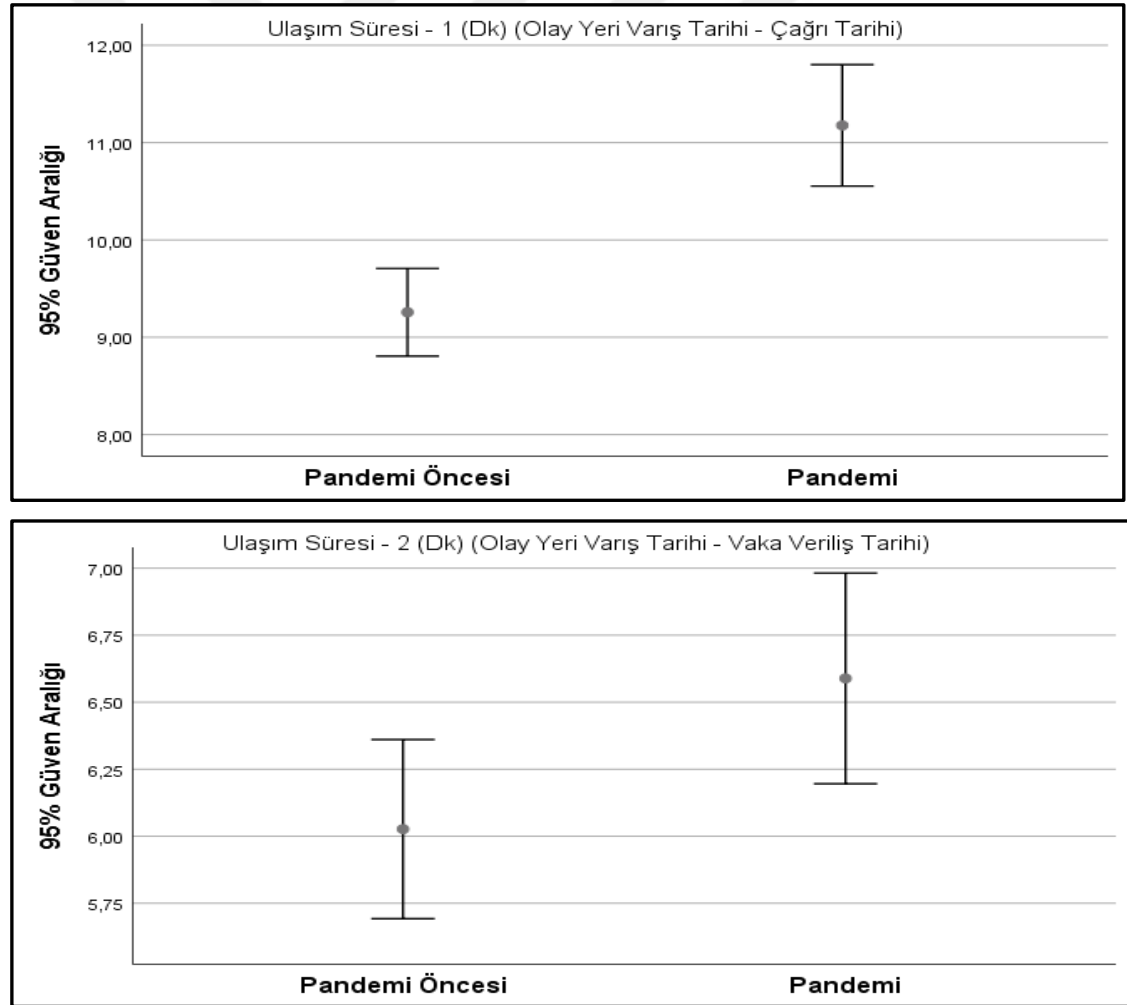
Tablo 6. Ambulans Ulaşım Süresine Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

	Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P*
Ulaşım Süresi - 1 (Dk)	9,3 ± 5,8	11,2 ± 8,3	<0,001
Ulaşım Süresi - 2 (Dk)	6,0 ± 4,3	6,6 ± 5,2	0,033

*: Independent Samples t Test (Mean ± SD)

Ulaşım-1: Olay Yeri Varış Tarihi - Çağrı Tarihi, Ulaşım-2 Olay Yeri Varış Tarihi - Vaka Veriliş Tarihi

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; her iki ulaşım süresi yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Fark bulunan iki durumda da pandemi dönemi ulaşım sürelerinin daha uzun olduğu bulunmuştur.



Şekil 4: Ambulans Ulaşım Süresine Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

Tablo 7. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların İlk 5 Tanıya Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

İlk 5 Tanı	Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P*
(W00-W19) Düşmeler	87 (%13,5)	71 (%10,4)	0,082
(I10) Esansiyel (primer) hipertansiyon	64 (%10,0)	63 (%9,3)	0,665
(R07.4) Göğüs ağrısı	64 (%10,0)	53 (%7,8)	0,164
(R55) Senkop ve bayılma	28 (%4,4)	29 (%4,3)	0,931
(R11) Bulantı ve kusma	25 (%3,9)	27 (%4,0)	0,943
Diğer	409 (%63,6)	400 (%58,7)	0,069
Covid-19	--	78 (%12,9)	--

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; ilk 5 tanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 8. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Triaaj Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

	Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P*
Kırmızı Kod	53 (%8,2)	55 (%8,1)	
Triaaj Sarı Kod	339 (%52,7)	358 (%52,6)	0,989
Yeşil Kod	251 (%39,0)	268 (%39,4)	

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

Pandemi ve öncesi dönem karşılaştırmalarda; triaj yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 9: 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Bilinç Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P*
	Açık	634 (%98,6)	668 (%98,1)	
Bilinç	Bulanık	1 (%0,2)	0 (%0,0)	
	Kapalı	4 (%0,6)	4 (%0,6)	0,436
	Konfüze	4 (%0,6)	9 (%1,3)	

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; bilinç yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 10. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Pupillere Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P*
	Normal	621 (%96,6)	657 (%96,5)	
	İzokorik	13 (%2,0)	17 (%2,5)	
	Miyotik	3 (%0,5)	2 (%0,3)	
Pupiller	Reaksiyon Yok	2 (%0,3)	3 (%0,4)	0,826
	Fiks Dilate	2 (%0,3)	2 (%0,3)	
	Anizokorik	1 (%0,2)	0 (%0,0)	
	Midriatik	1 (%0,2)	0 (%0,0)	

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; pupiller yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 11. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Solunuma Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	p*
	Düzenli	626 (%97,4)	663 (%97,4)	
	Dispne	9 (%1,4)	11 (%1,6)	
Solunum	Yok	4 (%0,6)	5 (%0,7)	0,179
	Düzensiz	4 (%0,6)	0 (%0,0)	
	Hızlı	0 (%0,0)	2 (%0,3)	

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; solunum yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 12. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Cilt Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	p*
	Normal	626 (%97,4)	655 (%96,2)	
	Soluk	12 (%1,9)	10 (%1,5)	
	Terli	3 (%0,5)	10 (%1,5)	
Cilt	Siyanotik	1 (%0,2)	3 (%0,4)	0,259
	Hiperemik	1 (%0,2)	1 (%0,1)	
	Kuru	0 (%0,0)	2 (%0,3)	

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

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; cilt yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 13. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Fizik Muayenede Nabız Durumuna Göre Pandemi ve Pandemi Öncesi Karşılaştırmalar

		Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)	P*
Nabız	Düzenli	620 (%96,4)	670 (%98,4)	0,052
	Aritmik	15 (%2,3)	6 (%0,9)	
	Alınmıyor	5 (%0,8)	5 (%0,7)	
	Filiform	3 (%0,5)	0 (%0,0)	

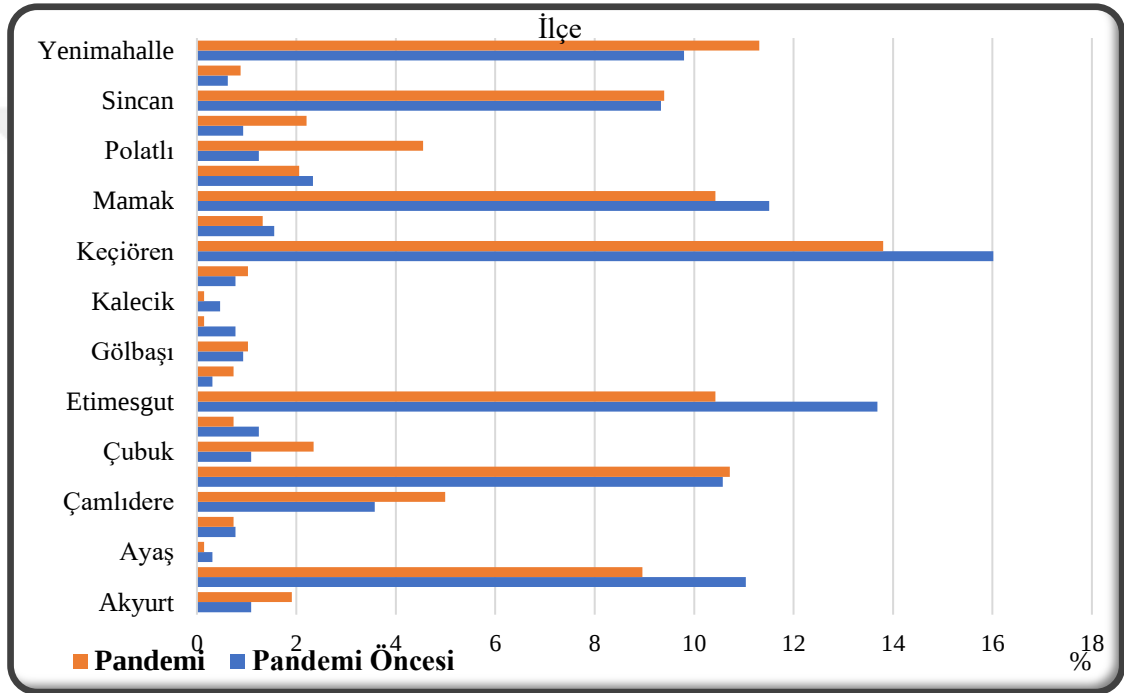
*: Chi-Square Test (n (%)),

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; nabız yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Tablo 14. Pandemi ve Pandemi Öncesi Döneme Göre Transferi Yapılan Hastaların İlçe Durumu

İlçe	Pandemi Öncesi (n=643)	Pandemi (n=681)
Akyurt	7 (%1,1)	13 (%1,9)
Altındağ	71 (%11,0)	61 (%9,0)
Ayaş	2 (%0,3)	1 (%0,1)
Beypazarı	5 (%0,8)	5 (%0,7)
Çamlıdere	23 (%3,6)	34 (%5,0)
Çankaya	68 (%10,6)	73 (%10,7)
Çubuk	7 (%1,1)	16 (%2,3)
Elmadağ	8 (%1,2)	5 (%0,7)
Etimesgut	88 (%13,7)	71 (%10,4)
Evren	2 (%0,3)	5 (%0,7)
Gölbaşı	6 (%0,9)	7 (%1,0)
Haymana	5 (%0,8)	1 (%0,1)
Kalecik	3 (%0,5)	1 (%0,1)
Kazan	5 (%0,8)	7 (%1,0)
Keçiören	103 (%16,0)	94 (%13,8)
Kızılcahamam	10 (%1,6)	9 (%1,3)
Mamak	74 (%11,5)	71 (%10,4)
Nallıhan	15 (%2,3)	14 (%2,1)
Polatlı	8 (%1,2)	31 (%4,6)
Pursaklar	6 (%0,9)	15 (%2,2)
Sincan	60 (%9,3)	64 (%9,4)
Şereflikoçhisar	4 (%0,6)	6 (%0,9)
Yenimahalle	63 (%9,8)	77 (%11,3)

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; pandemi döneminde Altındağ, Etimesgut, Keçiören, Mamak merkezi ilçelerinde transfer edilen hasta sayılarında azalma; Çankaya, Yenimahalle, Sincan merkezi ilçelerinde transfer edilen hasta sayılarında artma bulunmuştur. Akyurt, Çamlıdere, Çubuk, Evren, Kazan, Polatlı, Şereflikoçhisar perifer ilçelerinde pandemi döneminde transfer edilen hasta sayılarında artma bulunmuştur.



Şekil 5. Pandemi ve Pandemi Öncesi Döneme Göre Transferi Yapılan Hastaların İlçe Durumu

Tablo 15. 112 Acil Sağlık Ambulans Hizmetlerine Bildirilen Hastaların Tanılara Göre Triaaj Durumu

Tanı	Pandemi Öncesi (n=643)			Pandemi (n=681)		
	Kırmızı Kod (n=53)	Sarı Kod (n=339)	Yeşil Kod (n=251)	Kırmızı Kod (n=55)	Sarı Kod (n=358)	Yeşil Kod (n=268)
R07.4 (Göğüs Ağrısı)	13 (%20,3)	28 (%43,8)	23 (%35,9)	9 (%17,0)	33 (%62,3)	11 (%20,8)
W00-W19 (Düşmeler)	2 (%2,3)	50 (%57,5)	35 (%40,2)	3 (%4,2)	35 (%49,3)	33 (%46,5)
I10 (Primer Hipertansiyon)	5 (%7,8)	42 (%65,6)	17 (%26,6)	6 (%9,5)	42 (%66,7)	15 (%23,8)
R11 (Bulantı Kusma)	2 (%8,0)	10 (%40,0)	13 (%52,0)	--	15 (%55,6)	12 (%44,4)
R55 (Senkop Bayılma)	2 (%7,1)	14 (%50,0)	12 (%42,9)	--	12 (%41,4)	17 (%58,6)
Diğer	32 (%7,8)	214 (%52,3)	163 (%39,9)	36 (%9,0)	200 (%50,0)	164 (%41,0)
Z03 (Covid-19 Şüpheli)	--	--	--	1 (%1,3)	43 (%55,1)	34 (%43,6)

Not: Veriler her dönem için n / satır yüzdesi şeklinde sunulmuştur.

Pandemi öncesi dönemde göğüs ağrısı tanı kodlu vakaların %20,3'ü kırmızı kodlu, %43,8'i sarı kodluydu. Düşme tanı kodlu vakaların %2,3'ü kırmızı, %57,5'i sarı kodluydu. Primer Hipertansiyon tanı kodlu vakaların %7,8'i kırmızı kodlu, %42'si sarı kodluydu. Bulantı Kusma tanı kodlu vakaların %2'si kırmızı, %10'u sarı kodluydu. Senkop Bayılma tanı kodlu vakaların %2'si kırmızı, %14'ü sarı kodluydu.

Pandemi döneminde göğüs ağrısı tanı kodlu vakaların %9'u kırmızı kodlu, %33'ü sarı kodluydu. Düşme tanı kodlu vakaların %3'ü kırmızı, %35'i sarı kodluydu. Primer Hipertansiyon tanı kodlu vakaların %6'i kırmızı kodlu, %42'si sarı kodluydu. Bulantı Kusma tanı kodlu vakaların kırmızı kodu yokken, %15'i sarı kodluydu. Senkop Bayılma tanı kodlu vakaların kırmızı kodu yokken, %12'si sarı kodluydu (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmetleri kolay ulaşılabilir ve ilk tıbbi temas noktalarıdır. Rutin poliklinik hizmetleri yanında acil vaka başvurularını da karşılamaktadır. Özellikle aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının acil vaka yönetim algoritmalarına hakim olması önemlidir.

Çalışmamız döneminde başvuran hastaların yaş ortalaması $46,4 \pm 24,8$ ' idi (Tablo 2). Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında bir aile sağlığı merkezine başvuranların ortalama yaşı ise $42,8 \pm 0,3$ bulunmuştur (64). Ünal ve arkadaşlarının çalışmasında tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuranların ortalama yaşı ise $41,2 \pm 17,4$ bulunmuştur (65). Küçükdem ve arkadaşlarının çalışmasında bir eğitim ve araştırma hastanesinin birinci basamak hastalara hizmet veren aile hekimliği polikliniğinde çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalamaları $47,11 \pm 16,70$ yıl bulunmuştur (66). Sonuçlarımız literatür bilgileri ile uyumludur.

Daha önce yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde birinci basamak sağlık hizmeti başvurularında kadın başvurularının daha fazla olduğu görülmektedir. (64, 65,66) Atilla ve arkadaşlarının çalışmasında acil servise 112 ile getirilen hastaların %58,1'i erkekti (67). Karakuş ve arkadaşlarının çalışmasında acil servise 112 ile getirilen hastaların %51,4'ü erkekti (68).

Bizim çalışma döneminde başvuran hastaların %48,3'ü kadındı. Bunun nedeninin hasta grubumuzun rutin sağlık hizmeti dışında acil sevki oluşturanlardan dolayı olduğunu düşünüyoruz.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde ambulansın hastaya ulaşma süresi hastanın mortalitesi ve morbiditesi açısından büyük önem arz etmektedir. İrlanda'da Breen ve ark. (69) kentsel vakaların % 44'üne 9 dakikanın altında, %81'ine ise 15 dakikanın altında ulaşıldığını, Campbell ve ark. (70) ise yaptıkları çalışmada Amerika'da vakaya ulaşma süresinin ortalama 8,2 dakika olduğunu bildirmişlerdir. Karakuş ve arkadaşlarının çalışmasında ambulansın vakaya

ortalama ulaşma süresi $9,23 \pm 8,6$ dakikadır (68). Çalışmamızda 112 çağrısı sonrası ambulansın vakaya ortalama ulaşma süresi $10,2 \pm 7,3$ dır. Şan ve ark çalışmasında Covid döneminde 112 ambulanslarının ulaşım süresinde uzama tespit edilmiştir (71). Bizim çalışmamızda da Covid döneminde sürelerin biraz uzadığı, bunun sebebinin 112 ekiplerinin koruyucu kıyafet giymek için harcadığı zamandan kaynaklandığını düşünüyoruz. Çalışma grubumuzun yaklaşık yarısını pandemi dönemi oluşturduğu için genel toplam ulaşım süresinin uzadığını düşünüyoruz.

Çalışmamızda başvuru sonrası nakil nedenlerinden düşmeler ilk sırada, primer hipertansiyon ikinci sırada ve göğüs ağrısı üçüncü sıradaydı. Ulusal düzeyde aile hekimliği poliklinik başvuruları ile alakalı çok sayıda çalışma yapılmıştır. Yılmaz ve ark çalışmasında akut nazofarenjit-nezle, esansiyel hipertansiyon ve dorsalji sırasıyla ilk 3 yakınmayı oluşturmaktadır (64). Ünal ve ark çalışmasında ilk başvurular sonunda poliklinikte konan tanıların başında üst solunum yolu enfeksiyonları ve hipertansiyon gelmektedir. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'ndeki başvuranlar incelendiğinde sırasıyla üst solunum yolu enfeksiyonu, hipertansiyon ve anemi olmuştur (72). Çakmak'ın çalışmasında ilk 5 tanı sırasıyla; üst solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon, diyabet, miyalji ve gastroözofajial reflü olmuştur (73). Fidancı ve ark çalışmasında poliklinikte konan tanıların başında üst solunum yolu enfeksiyonları, genel sağlık muayenesi, anemiler, myalji, hipertansiyon gelmiştir (74). Amerika' da yapılan bir çalışmada poliklinikte konan tanıların başında üst solunum yolu enfeksiyonları, hipertansiyon ve genel tıbbi muayane gelmektedir (75). Kronik hastalıklar arasından en sık konulan tanı da çalışmamızda, Amerika Ulusal Sağlık İstatistik Merkezinin raporunda olduğu gibi Hipertansiyon idi (76). Hipertansiyon, birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği rutin poliklinik başvuruları ile çalışmamızda olduğu gibi acil sevk nedeninde en fazla konulan tanılardandır. Bu yüzden aile hekimliği hizmetlerinde hipertansiyonun koruyucu, takip ve tedavi basamakları çok iyi bilinmelidir. Ayrıca aile hekimliği eğitim sisteminde önemini koruması gerektiğini düşünüyoruz. Çalışmamız da diğer sık görülen düşmeler (travmalar) ve göğüs ağrısı tanıları aile hekimliği rutin poliklinik başvuruları arasında görülme de 112 acil yardım ambulansı ile hastane acil başvurularında en sık görülen tanılardandır. Karakuş ve ark. çalışmasında üçüncü basamak acil servise 112 acil sağlık hizmetleri ambulansı ile getirilen hastaların en sık iki tanı çoklu travmalar ve

göğüs ağrısıdır (68). Oktay ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise birinci sırada travma, ikinci sırada KVS hastalıkları, üçüncü sırada nörolojik hastalıklar izlenmiştir (77). Zenginol ve ark. çalışmasında, 2008 yılında travma, KVS ve nörolojik vakalar ilk üç sırada yer almaktadır (78). Aile Sağlığı Merkezlerinin bölgelerinde kolay ulaşılabilir ve ilk tıbbi temas noktaları olması sebebiyle, acil hastaların ileri merkezlere nakilleri gerçekleşinceye kadar, sahip oldukları sınırlı olanaklara rağmen yaşamı tehdit eden travma ve göğüs ağrısı sonucu gelen hastaların sağlık problemlerini yönetme, vital stabilizasyonu sağlama ve gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği uygulamaları becerilerine sahip olması gerektiğini düşünüyoruz.

Pandemi döneminde tüm sağlık tesislerinde olduğu gibi aile sağlığı merkezlerinde de hizmet sunumunda değişimler oldu. Yapılan literatür taramasında pandemi sürecinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm dünya genelinde çeşitli şekillerde etkilendiği vurgulanmaktadır (79). Aile hekimlerinin kendi görev ve sorumluluklarına pandemiyle birlikte ek sorumluluklar eklenmiştir. Pandemi sürecinde başvuru sayısında herhangi bir kısıtlamaya gidilemeyen tek sağlık kurumu olan aile sağlığı merkezleri, bu süreçte ikinci ve üçüncü basamağa başvurmaya çeken ya da bu kurumlara ulaşamayan hastaların da ilk başvuru yeri haline gelmiştir. Pandemi döneminde hastaların başvuru şikayeti, ihtiyaç ve taleplerinde değişimler yaşandı. Çalışmamız sonuçlarına göre pandemi öncesi zamanla kıyaslandığında 112 acil yardım ambulansı ile nakledilen hasta sayısında artma olduğu görülmüştür. COVID-19 pandemisinde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) birinci basamakta ofis başvurularının %25 oranında azaldığı belirtilmiştir (80). Benzer bir araştırmada pandemide aile hekimi başvurularının %11 oranında azaldığı belirtilmiştir (81). Ülkemizde de Ayhan Başer ve ark. çalışmasında başvuran hasta sayısında benzer şekilde pandemide azaldığı belirtilmiştir (82).

Litaratür bilgilerine dayanarak pandemi döneminde hasta başvuru sayısındaki azalmaya rağmen nakil edilen hasta sayısındaki azalma olmamasını acil olarak değerlendirilen hasta grubunda azalma olmamasına bağlıyoruz. Türkiye de uygulanan sokağa çıkma yasağı uygulamaları, kronik hastalığı olup 65 yaş üstündekilerin raporlu ilaçlarını sağlık kuruluşlarına başvurmadan direk eczaneden temin etmelerini sağlayan yönetmelik, enfeksiyon kapma korkusu nedenli sağlık kuruluşu başvurularının

azalması, herhangi bir şikâyeti olmayan sadece rutin takip amaçlı başvuran kişilerin başvuru sayılarındaki azalma toplam başvuruları azaltmış fakat muhtemelen takibi atlanan kronik hastalıkların getirdikleri komplikasyonlar ve Covid 19 enfeksiyonunun özünde artış görülen dispne ve tromboembolik durumlar acil nakil gerektiren hastalarının artmasına sebep olmuş olabilir.

Pandemi döneminde nakil edilenlerin yaş ortalamasının pandemi öncesi dönemden daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum özellikle pandemi döneminde ileri yaş ve kronik hastalık sahibi popülasyonun ikinci-üçüncü basamaktan randevu alamaması veya COVID- 19'a bağlı enfeksiyon bulaşı korkusu nedeniyle hastanelere başvurmaması sonucu klinik durumlarında bozulma meydana geldiğinde aile sağlığı merkezlerine başvuru yapmış olmasından olabilir.

Çalışmamız da pandemi döneminde erkeklerin başvuru oranının pandemi öncesi döneme göre daha da arttığı görülmektedir. Li ve ark çalışmasında Covid 19 hastalarının %59'unun, Guan ve ark çalışmasında %58,1'inin erkeklerden olması; pandemi döneminde vaka sayımızdaki erkek cinsiyet artışının Covid 19 hastalarından kaynaklandığını düşündürmektedir (83,84).

Çalışmamız da pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; her iki ulaşım süresi yönünden de ambulans ulaşım sürelerinde pandemi döneminde uzamalar görülmektedir. Danimarka'da yapılan bir çalışmada, pandemi öncesinde ortalama 2 dk 23 sn olan müdahale süresinin, pandemi sırasında ortalama 12 dk 2 sn'ye yükseldiği saptanmıştır (85).

Bekgöz ve ark. çalışmasında yanıt verme süresi pandemi döneminde önemli ölçüde arttı (86). Özellikle çağrı sonrası ambulans geliş süresinin süresinin istatistiksel anlamlı uzaması, 112 acil çağrı merkezlerindeki yoğunluk artışından kaynaklı olabileceğini düşünüyoruz. Pandemi döneminde insanlardaki korku ve panik havasıyla beraber sağlık sorularına cevap aramasından kaynaklı 112 sağlık hatlarını çok araması ve diğer ihtiyaçları için 112 acil çağrı merkezinin diğer birimlerini araması (polis, jandarma, itfaiye gibi) çağrı yoğunluğu oluşturmuş olabileceğini düşünüyoruz. Ayrıca komuta kontrol merkezi çalışanlarının yaşanabilecek benzer durumlara hazırlık için, eğitim çalışmaları yapmasının gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Pandemi döneminde en sık sevk edilen hasta grubunu Covid 19 şüpheli hastalar oluşturmaktaydı. Şan ve ark. çalışmasında pandemi döneminde 112 acil yardım ambulansı ile taşınan hastaların yüzde 15,3 'ü Covid 19 şüpheli tanılıydı. Yang ve ark. çalışmasında, 112 acil yardım ambulansı ile COVID doğrulanmış vakaların yaklaşık %16'sını transfer etmiştir (87). Bekgöz ve ark. çalışmasında çalışmasında pandemi döneminde 112 acil yardım ambulansı ile taşınan hastaların yüzde 20,7'si 'ü Covid 19 şüpheli tanılıydı (86). Hastanelerden enfeksiyon bulaşı korkusu, toplu taşıma kullanmadan çekinme, sokağa çıkma yasakları nedenleriyle kişilerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurularının şüpheli Covid 19 durumlarında arttığını düşünüyoruz. Bununla ileri tetkik ve tedavi gerektirdiği düşülen şüpheli Covid 19 hastalarının veya kesin tanı alması için hastaneye gönderilmek istenen hastaların bu grubu oluşturduğunu öngörüyoruz. Şüpheli Covid 19 tanılı hastaların %43,6'sını yeşil triaj kodu oluşturuyordu. Hakan Aydın ve ark. çalışmasında ambulans ile hastaneye başvuran ve Covid 19 tanısı alan hastaların önemli bir kısmını yaşamsal parametrelerinde anormal veri saptanmayan hastalar oluşturuyordu. Bu hastaların %64'üne evde takip önerilerek taburcu edilmişti. İleri de benzer dönemlerde toplumun yoğun sağlık talebini yönetmek ve ambulansların uygunsuz kullanımları engellemek için, sevk merkezleri ile sağlık personeli tarafından kabul edilebilecek ve uygulanabilecek daha net kriterler geliştirmek gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmamız da pandemi döneminde de düşme nedeniyle sevk edilen hastaların en sık nedenler arasında yer aldığını görmekteyiz. Aile Sağlığı Merkezlerinin bölgelerinde kolay ulaşılabilir ve ilk tıbbi temas noktaları olması sebebiyle travma hastasına yaklaşım konusunda bilgili ve hazırlıklı olmaları gerektiğini düşünüyoruz. Ayhan Başer ve ark. çalışmasında pandemi döneminde en sık ikinci başvuru hasta grubu Esansiyel (primer) hipertansiyondu. Çalışmamızda da hipertansiyon pandemi dönemi sevk nedenlerinin üçüncü sırasındaydı. Kronik hastalık sahibi kişilerin sokağa çıkma yasakları, randevu alamama hem de hastane başvurusundan enfeksiyon bulaş korkusu nedeniyle kaçınmaları aile sağlığı merkezlerine başvuru sıklıkları artırdığını düşünüyoruz.

Acil servislerde COVID-19 pandemisi döneminde triaj değerlendirmeleri sonucu yeşil kodlu hasta girişlerinde önemli bir azalma olduğu görüldü (88, 89).

Çalışmamız da pandemi döneminde sevk edilen hastaların vaka triaj kodlarında (yeşil, sarı,kırmızı) çok fazla bir değişme görülmemiştir. Yeşil triaj kodunda azalmamayı x-ray gibi basit görüntüleme ihtiyacı olabilecek hastalardan kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca aile sağlığı merkezlerimiz mesai saatleri içerisinde hizmet vermektedir. İleri tetkik ve tedavi yapılmasa dahi örneğin düşmeler veya hipertansiyona bağlı klinik gözlem gerektiren hastaların takibi için, 24 saat hizmet veren acil servislere sevk edilmiş olabileceği kanaatindeyiz. Bir çalışmada COVID-19 pandemisinde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) birinci basamakta ofis başvurularının %25 oranında azaldığı ancak tele tıp uygulamalarının %35.28 oranında arttığı belirtilmiştir (80). Özellikle hasta takibi gerektiren durumlarda teletıp uygulamalarının hasta sevkini azaltabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda pandemi döneminde Ankara'nın perifer ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde sevk oranının arttığı görülmüştür. Şan ve ark. çalışmasında pandemi döneminde ambulansla nakilde kırsal vakaların sevk oranlarında artış görülmüştür (71). Bunun nedeni olarak kırsalda birinci basamak hizmetlere başvuru artışına bağlı olarak sevk sayılarının artması ve tetkik ile tedavi için ileri merkez ihtiyacı olarak öngörüyoruz.

5.1 ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızda, hastane öncesi acil sağlık otomasyon sistemi verilerinin eksik ve yetersiz girişlerinden dolayı çalışmaya dahil edilen vaka sayılarımızda azalma yaşanmıştır. Özellikle alınan vakaların adres yeri olarak aile sağlığı merkezi olarak işaretlenmediğinde çalışmaya dahil edilememesi çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

Çalışma dönemimizin bir kısmını Covid 19 pandemisi oluşturduğundan dolayı, 112 ekiplerinin artan vaka ve iş yükü yoğunluğu daha kısıtlı veri girişine neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmetleri; önleyici ve koruyucu sağlığı barındıran, tanı ve tedavi hizmetlerinin birlikte sunulduğu, erişilebilir ve uygun maliyetli sağlık hizmetleridir. Aile Sağlığı Merkezlerinin bölgelerinde kolay ulaşılabilir ve ilk tıbbi temas noktaları olması sebebiyle, acil hastaların ileri merkezlere nakilleri gerçekleşinceye kadar, sahip oldukları sınırlı olanaklara rağmen gelen hastaların sağlık problemlerini yönetme, vital stabilizasyonu sağlama ve gerektiğinde temel ve ileri yaşam desteği sağlarlar.

COVID-19 pandemisi sürecinde aile hekimleri önemli görevler üstlenmiştir. Aile hekimlerinin kendi görev ve sorumluluklarına pandemiyle birlikte ek sorumluluklar eklenmiştir. Aile hekimlerinin hastayla ilk temas noktası olarak erken tanı ve hastalığın yayılmasının kontrol altına alınmasında, koruyucu hekimlik kapsamında hasta ve yakınlarının eğitim sürecinde, filyasyon çalışmalarında, kapsamlı ve sürekli bakım ilkesi çerçevesinde evde takip ve tedavi edilen hastaların izleminde aktif görevleri olmuştur.

Çalışmaya 11 Mart 2018- 11 Mart 2022 tarihleri arasında Ankara ilinde aile sağlığı merkezine başvurup ilk değerlendirme sonrası hastaneye nakline karar verilip 112 acil yardım ambulansı ile hastanelere nakil edilen 1324 hasta dahil edildi.

Nakil tanılarına bakıldığında düşmeler %11,9 ile ilk sırada, primer hipertansiyon %9,6 ile ikinci sırada ve göğüs ağrısı %8,8 ile üçüncü sıradaydı. Vakaların triaj kodlarına bakıldığında 697'si (%52,6) sarı kod ve 519'u (%39,2) yeşil kod ve 108'i (%8,2) kırmızı kodluydu. Bilinç durumu değerlendirildiğinde 1302'sinin (%98,3) bilinci açıktı.

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; cinsiyet, yaş ve uyruk yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur. Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; ilk 5 tanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunurken pandemi döneminde en çok vakanın Covid 19 olduğu görülmüştür. Şüpheli Covid 19 tanılı hastaların %43,6'sını yeşil triaj kodu oluşturuyordu.

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; her iki ulaşım süresi yönünden de istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Fark bulunan iki durumda da pandemi dönemi ulaşım sürelerinin daha uzun olduğu bulunmuştur.

Pandemi ve pandemi öncesi dönem karşılaştırmalarda; vakaların triaj durumu, bilinç, pupiller, solunum, cilt durumu ve nabız yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$) bulunmuştur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kolay rutin poliklinik hizmetleri yanında acil vaka başvurularını da karşılamaktadır. Özellikle aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının acil vaka yönetim algoritmalarına hakim olması önemlidir. Ayrıca ileri tetkik, tedavi ve gözlem için hasta transfer standartları oluşturulmalıdır. COVID-19 pandemisi gibi sağlık kapasitesini zorlayan durumlarda şüpheli ya da stabil hastaların birinci basamak ve hastanelere başvurularını, yoğun ambulans kullanımı ile taşınmalarını azaltabilecek farklı yöntem ve araçların kullanılması planlanmalıdır. Aile sağlığı merkezlerinin sağlık alt yapısı görüntüleme ve teletıp uygulamaları ile güçlendirilerek hasta sevkleri azaltılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Leeuwenhorst W. P. (1977) Statement by a Working Party of The Second European Conference (1974). Journal of the Royal College of General Practitioners 27: 117
2. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri [Internet]. 2022 Kasım [Alıntı:30.11.2022]; tarihinde erişilmiştir. Erişim Adresi:<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birincibasamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html>.
3. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports 1[Internet].2020[cited 2020 Jan 20].Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep1-2019-ncov.pdf>.
4. Coronavirus disease (COVID-19) situation reports 102 [Internet].2020 [cited 2020 May 2]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situationreports/5>
5. Sağlık Bakanlığı. Genel Koronavirüs Tablosu [Internet]. 2022 Nisan [Alıntı:04.04.2022].Erişim Adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>.
6. T.C. Resmî Gazete [Internet]. 11.05.2000, Sayı: 24046 Erişim Adresi <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/24046.pdf>.
7. WONCA (World Organization of Family Doctors) (2011) The European Definition of General Practice / Family Medicine. WHO Europe Office, Spain
8. Fredericks E. (2014) Short Report: How Family Physicians Can Support Discussions About Menstrual Issues. Canadian Family Physician 60 (3): 194-196.
9. T.C Resmi Gazete [Internet]. 25.01.2013 Sayı: 28539. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği Erişim Adresi:<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>
10. Çifci A,Tursun S,Özkara A,Kekilli M,Demirel B. Bütüncül Tıp Birinci Basamakta Ve Aile Hekimliği Tanı Ve Tedavi Cilt 1. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2020.

11. Paulman PM, Taylor RB, Paulman AA, Nasir LS. Family Medicine: Principles and Practice,, pp. 1-1863;2016
12. 5. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği [Internet]. 2023 Nisan [Alıntı:04.04.2023] tarihinde erişilmiştir Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>
13. 1983 Tababet Uzmanlık Tüzüğü [Internet].2023 Nisan [Alıntı:04.04.2023]. Erişim Adresi: <http://www.hukuki.net/kanun/76229.25.text.asp>,
14. Algın K, Şahin İ, Top M. Türkiye’de Aile Hekimlerinin Mesleki Sorunları ve Çözüm Önerileri, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2004;7 (3):250-74.
15. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi çekirdek eğitim müfredatı [Internet]. [Alıntı:24.05.2016]. Erişim Adresi: www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/aile_hekimligi.doc adresinden 24.05.2016 tarihinde erişilmiştir.
16. Türk Dil Kurumu [Internet]. [Alıntı: 2020]. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr>
17. Taylor, S. (2019). The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease. Cambridge Scholars Publishing
18. Qiu, W, Rutherford, S, Mao, A, & Chu, C. The pandemic and its impacts. Health, culture and society 2017; 9, 1-11.
19. Acuna-Soto R, Viboud C, Chowell G. Influenza and pneumonia mortality in 66 large cities in the United States in years surrounding the 1918 pandemic. PLOS One. 2011;6 (8):e23467.
20. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med, 2020; 382: 727-33
21. Du Z, Wang L, Cauchemez S, Xu X, Wang X, Cowling BJ, et al. Risk for Transportation of Coronavirus Disease from Wuhan to Other Cities in China. Emerg Infect Dis 2020; 26 (5): 1049–52

22. T.C Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Pandemi Hastaneleri [Internet]. 2022 Nisan [Alıntı:04.04.2022]. Erişim Adresi: <https://hasta.saglik.gov.tr/Eklenti/36907/0/pandemi-hastaneleripdf.pdf>.
23. Aile Sağlığı Merkezlerinde (Asm) Covid-19 Yönetimi [Internet]. 2022 Nisan [Alıntı:04.04.2022].Erişim Adresi: <https://www.tahud.org.tr/news/view/asm-de-covid-19-y%C3%B6netimi-%28tahud-01-nisan-2020%29>
24. Bennett J, Dolin R, Blaser MJ, Mandell, Douglas, Bennett's.Principles and practice of infectious diseases.2- Vol Set. 8th edition. Elsevier Health Sciences, Saunders; 2015
25. Lu R, Yu X, Wang W, Duan X, Zhang L, Zhou W, et al. Characterization of human coronavirus etiology in Chinese adults with acute upper respiratory tract infection by real-time RT-PCR assays. PLoS One 2012; 7 (6): e38638
26. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet 2020; 395 (10223): 497–506
27. Kahn JM, Linde-Zwirble WT, Wunsch H, Barnato AE, Iwashyna TJ, Roberts MS, et al. Potential value of regionalized intensive care for mechanically ventilated medical patients. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177 (3): 285–91
28. Ekşi A. Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi. İzmir:Kitapana Yayıncılık;2015.
29. <https://www.112.gov.tr/112-acm-projesi> [Internet]. Erişim Tarihi: [8 Nisan 2023].
30. Pons, P.T. Murray, R. (2005). In Principles of EMS Systems. (Ed: BRENNAN, J.A., KROHMENR, J.R.), American College of Emergency Physicians, 18- 29
31. ÖZEL, G. (2010). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri. Tüm Yönleriyle Acil Tıp: Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı. Editör: Zeynep Kekeç. 11-23. Nobel Kitabevi
32. Walz, Bruce J. (2001). Introduction to EMS Systems, Delmar

33. Atilla R. (2010). Dünyada ve Türkiye’de Acil Tıp. Tüm Yönleriyle Acil Tıp: Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı. Editör: Zeynep Kekeç. s.3-6. Nobel Kitabevi.
34. Erbay H (2021). Türkiye’nin İlk Ambulans Servisi: 077 Hızır Acil. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku Tarihi Dergisi, 29 (3), 323 - 330. 10.5336/mdethic.2020-79486.
35. ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. J Hypertens 2013;31:1925-38.
36. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich) 2014;16:14– 26.).
37. Laffin LJ, Bakris GL. Hypertension and new treatment approaches targeting the sympathetic nervous system. Curr Opin Pharmacol. 21:20-24;2015.
38. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, ve ark. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. 2003.
39. Joseph T. DiPiro, Robert L. Talbert, Gary C. Yee, Gary R. Matzke, Barbara G. Wells, L. Michael Posey. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. 10th edition. 2017.
40. Winter KH, Tuttle LA, Viera AJ. Hypertension. Prim Care. 40 (1):179– 94;2014.
41. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. Nice clinical guideline 127; 2011.

42. Modesti PA, Morabito M, Bertolozzi I, Massetti L, Panci G, Lumachi C, et al. Weatherrelated changes in 24-hour blood pressure profile: effects of age and implications for hypertension management. *Hypertension*. 2006 Feb;47 (2):155- 61.).
43. Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu,2022 ISBN 978-605-66410-4-6.
44. Bonnie RJ, Fulco CE, Liverman CT, editors. Institute of Medicine (US) Committee on Injury Prevention and Control. Reducing the Burden of Injury: Advancing Prevention and Treatment. Washington (DC): National Academies Press (US); 1999. PMID: 25101422.)
45. Sergienko EM, Bottoni TN. Hastane Öncesi Acil Tıp Önerileri. İçinde: Stone CK, Humphries RL (eds). Satar S, Karcıoğlu Ö, Alpay NR, (çev. ed). Güncel Acil Tanı ve Tedavi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2006. 6-21
46. American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual, 9th ed, American College of Surgeons, Chicago 2012.
47. IŞIL AM. "Göğüs Ağrısına Yaklaşım". *Klinik Tıp Aile Hekimliği* 9 / 1 (Ocak 2017): 33-35
48. Gulati M, Levy PD, Mukherjee D, Amsterdam E.Guideline for the Evaluation and Diagnosis of Chest Pain: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. 2021 Nov 30;144 (22):e368-e454.
49. Brignole M, Moya A, Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM,Fanciulli A,et al.2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018 Jun 1;39 (21):1883-1948.
50. Shen WK, Sheldon RS, Benditt DG, Cohen MI, Forman DE. 2017 ACC/AHA/HRS Guideline for the Evaluation and Management of Patients With Syncope: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2017 Aug 1;136 (5):e60-e122.

51. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, Deharo JC, Elliott PM, Fanciulli A, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*. 2018 Jun 1;39 (21):1883-1948.
52. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH. ILAE official report: a practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*. 2014 Apr;55 (4):475-82. doi: 10.1111/epi.12550. Epub 2014 Apr 14.
53. Öge, E. Baykan, B. (2011). İstanbul: Nöroloji. Nobel Tıp Kitabevleri.
54. Trinka E, Cock H, Hesdorffer D, Rosetti AO, Schfffer IE, Shinnar S, et al. A definition and classification of status epilepticus-Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia* 2015;56:1515-1523
55. *Epilepsy Currents*, Vol. 16, No. 1 (January/February) 2016 pp. 48–61
56. Trinka E. Benzodiazepines used primarily for emergency treatment (diazepam, lorazepam and midazolam). In: Shorvon SD, Perucca E, Engel Jr J, (eds). *Treatment of epilepsies*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2009:470-484
57. Malagelade JR, Malagelade C. Nause and vomiting. *Sleisenger and Fortran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 2006;143-58.
58. Rosen's Emergency Medicine: Concepts And Clinical Practice, Ninth Edition, chapter 26-230.
59. İltar T, Saruç M. Bulantı, kusma ile başvuran hastaya yaklaşım. *Gastroenteroloji TGV Yayını Gastroenteroloji* 2003;69-76.
60. Demir M. Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri*. 2017; 5 (2): 39-50.
61. Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Ucar E, Celik MM, Aydoğan A. Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service. *Middle East Journal of Internal Medicine* 2013;6 (2):3-8.1. Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Ucar E, Celik MM, Aydoğan A. Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service. *Middle East Journal of Internal Medicine* 2013;6 (2):3-8.

62. Tekin F, İltter T. Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım Güncel Gastroenteroloji 19/3 Eylül.2015
63. Acil Serviste Karın Ağrısına Yaklaşım [Internet]. 2023 Nisan [Alıntı:19.04.2023]. Erişim Adresi: <https://acilci.net/acil-seriste-karin-agrisi-yaklasimi/>
64. Yılmaz M, Mayda AS, Yüksel C, Bolu F. Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;2 (3): 7-13
65. Ünalın P, Uzuner A, Çifçili S, Akman M, Apaydın Kaya M. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğinin sağlık hizmeti sunduğu aileler. 2009;90 - 96.
66. Küçükderdem H, Arslan M, Koç E, Can H. İzmir'de Bir Üçüncü Basamak Hastanesinde Aile Hekimliği Polikliniği Hasta Profiline Retrospektif Değerlendirilmesi. JAREM, 2017;7 (3), 112 – 116
67. ÖD Atilla, D Oray, Ş Akın, K Acar, A Bilge. Acil Servisten Bakış: Ambulansla Getirilen Hastalar Ve Sevk Onamları.Türkiye Acil Tıp Dergisi, 2010;10 (4):175-180
68. Karakus YB., Yılmaz Karakuş B., Çevik E., Dogan H., Sam M.,Kutur A. (2014). METROPOLDE 112 Acil Sağlık Hizmeti. Journal of Istanbul Faculty of Medicine,2014; 77 (3):37-40.
69. Breen N, Woods J, Bury G, Murphy A, Brazier H. A national census of ambulance response times to emergency calls in Ireland. J Accid Emerg Med 2000; 17: 392-395
70. Campbell JD, Muellman RL, Gridley TS. Measuring response intervals in a system with a 911 primary and EMS secondary public safety answering point. Ann Emerg Med 1997; 29: 492-496
71. Şan İ, Usul E, Bekgöz B, Korkut S. Effects of COVID-19 pandemic on emergency medical services. International Journal of Clinical Practice, 2021;75 (5), e13885.

72. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? Kocatepe Tıp Dergisi. 2009; 10: 49-56.),
73. Çakmak S. Assessment of Related Diagnosis, Patient Profile and Number of Patient Who Applied to a Family Practice in a Year in Istanbul. OTSBD. 2020; 5 (1): 136-146
74. Fidancı İ, Eren ŞÜ, Arslan İ, Tekin O. Retrospective Assessment of Family Medicine Office Patients in Last Three Years. Konuralp Medical Journal, 2016; 8 (3), 151-157.
75. Pace WD, Dickinson LM, Staton EW. Seasonal variation in diagnoses and visits to family physicians. Ann Fam Med. 2004 Sep-Oct;2 (5):411-7.
76. Rakel RE. Textbook of Family Practice.8h Ed. Philadelphia: W.B.SaundersCompany, 2011: 9-10
77. Oktay İ, Kayışoğlu N. Tekirdağ ili 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Sted Dergisi 2005; 14: 35-7
78. Zenginol M, Gen S, Deveci İ, Yarbil P, Yılmaz D, ve ark. Gaziantep ili 112 acil ambulanslarının 3 yıllık çalışma sonuçları. The Journal of Academic Emergency Medicine 2011; 10: 27-32
79. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RL Jr, van Weel C et al. COVID-19 and primary care in six countries. BJGP Open. 2020;4 (4):bjgpopen20X101128
80. Murphy M, Scott LJ, Salisbury C, Turner A, Scott A, Denholm R. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. British Journal of General Practice.2021;1-12
81. Özceylan G, Kolcu G. COVID-19'un Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkileri. 2020. İzmir Akademisyen Kitabevi

82. Ayhan Başer, D., Sezgin, F., Yazar, N., Fidancı, İ., Aksoy, H. & Cankurtaran, M. COVID-19 Pandemisinin Bir Aile Sağlığı Merkezi Başvurularına Etkisi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2022;17 (3), 107-116.
83. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. N Engl J Med. 2020 Apr 30;382 (18):1708-1720.
84. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med. 2020; 382:1199-1207
85. T. Jensen, M.G. Holgersen, M.S. Jespersen, S.N. Blomberg, F. Folke, F. Lippert, et al. Strategies to handle increased demand in the COVID-19 crisis: a coronavirus EMS support track and a web-based self-triage system. Prehosp Emerg Care, 2021 Jan-Feb;25 (1):28-38.
86. Bekgöz B, Kazan EE, Kahraman AF, Şan İ. Effects of COVID-19 lockdown strategies on emergency medical services. The American Journal of Emergency Medicine. 2022 Oct;60:40-44
87. Yang BY, Barnard LM, Emert JM, Drucker C, Schwarcz L, Counts CR, et al. Clinical Characteristics of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Receiving Emergency Medical Services in King County, Washington. JAMA Netw Open. 2020 Jul 1;3 (7):e2014549.
88. Gormeli Kurt N, Gunes C. How has Covid-19 pandemic affected crowded emergency services? Int J Clin Pract. 2020 Dec;74 (12):e13624
89. Sekine I, Uojima H, Koyama H, Kamio T, Sat M, Yamamoto T, et al. Impact of non-pharmaceutical interventions for the COVID-19 pandemic on emergency department patient trends in Japan: a retrospective analysis. Acute Medicine & Surgery. 2020 Nov 28;7 (1):e603.

8.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	TUĞBA USUL
Akademik unvan/pozisyon	AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANI (SAHU)
Görev yeri	ANKARA ŞEHİR HASTANESİ PURSAKLAR 5 NOLU AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ
E-posta adresi	

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yıl	Bölüm	Kurum	Derece
2011	TIP FAKÜLTESİ	ERCİYESÜNİVERSİTESİ	YÜK. ÖĞR. (6YIL)
2017- 2019	Aile Hekimliği	Ankara Numune Eğitimve Araştırma Hastanesi	Uzmanlık Öğrencisi (SAHU)
2019- Halen	Aile Hekimliği	Ankara Şehir Hastanesi	Uzmanlık Öğrencisi (SAHU)

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Tarih Aralığı	Kurum	Görev
14.09.2011 – 10.06.2011	ÇANKIRI DEVLET HASTANESİ	DOKTOR
11.06.2011 – 18.07.2014	KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	DOKTOR
02.08.2014 – 02.02.2015	PURSAKLAR TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ	DOKTOR
16.07.2016 - HALEN	ANKARA PURSAKLAR 5 NOLU AİLE HEKİMLİĞİBİRİMİ	DOKTOR
10.08.2017 - HALEN	SBÜ ANKARA ŞEHİR HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ	ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ

10. EKLER

EK 1. ETİK KURUL ONAYI



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

Sayı : E.Kurul –E1-22-3151

3151-no’lu çalışma

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği’nde yapılması planlanan “COVID-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezlerinin Acil Yardım Ambulansı Taleplerinin Değerlendirilmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

28/12/2022 .

Prof. Dr. Hürrem Bodur
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	COVID-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezlerinin Acil Yardım Ambulansı Taleplerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

	ETİK KURULUN ADI	Ankara Şehir Hastanesi 1 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Üniversiteler Mah. Bilkent Cad. No:1 Çankaya/Ankara
	TELEFON	0312 552 66 00
	FAKS	0312 552 99 82
	E-POSTA	ankarash.etikkurul@saglik.gov.tr

BAŞVUKURULETİK
BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Şehir Hastanesi			
VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
DESTEKLEYİCİ	-			
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz:Retrospektif Çalışması (Dr. Tuğba Usul'un tezi olan)			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	COVID-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezlerinin Acil Yardım Ambulansı Taleplerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: E1/3151/2022	Tarih: 28.12.2022		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	COVID-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezlerinin Acil Yardım Ambulansı Taleplerinin Değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Hürrem BODUR							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr.Fahriye Tuğba KÖŞ	Tıbbi Onkoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Mehmet Numan ALP	Göz Hastalıkları	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Birol KORUKLUOĞLU	Genel Cerrahi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Berrak GÜMÜŞKAYA ÖCAL	Patoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Seyhan YAĞAR	Anestezi ve Reanimasyon	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Mehmet Salih KAYA	Fizyoloji	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Hayrettin Levent MAVIOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Afşin Emre KAYIPMAZ	Acil Tıp	Ankara Şehir Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç.Dr.Hatice SELÇUK	Kardiyoloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hesna BEKTAŞ	Nöroloji	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Avukat İsmail BAŞDAŞ	Hukuk	Ankara Barosu	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Çiğdem KOCAMAN	Mühendis	işletmeci	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

EK 2. ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-75252626-771
Konu : Dr. Tuğba USUL

Dr. Tuğba USUL
ANKARA ŞEHİR HASTANESİ/ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
(Üniversiteler Mah. 1604. Cad. No:9 Çankaya/ANKARA)

İlgi : TUĞBA USUL'un 08/12/2022 tarihli dilekçesi.

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde Uzmanlık öğrencisi olan Dr.Tuğba USUL'UN "COVID-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezlerinin Acil Yardım Ambulansı Taleplerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması kapsamındaki komisyon kararı yazımız ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. İshak ŞAN
Müdür a.
Acil Sağlık Hizmetleri Başkanı

Yüksek öğretim kurumu mezunu veya öğrencisi olan, belirli konularda bilgisini artırmak amacıyla tez hazırlamak isteyen şahısların müracaat sonrası tez ve anket çalışmalarının uygulanıp uygulanamama kararını vermek üzere, Müdürlük Makamı'nın 22.02.2017 tarih ve 39883686 sayılı Onayı ile Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, İl Ambulans Servisi Başhekimisi ve Yardımcılarından oluşan bir komisyon teşkil edilmiştir.

Ankara Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğinde Aile Hekimliği Uzmanlığı öğrencisi olarak çalışan Dr. Tuğba USUL'UN "COVID-19 pandemisinde Aile Sağlığı Merkezlerinin Acil Yardım Ambulansı Taleplerinin Değerlendirilmesi" konulu Tez çalışması için Başhekimliğimiz bünyesinde gerekli verileri kullanması ve uygulayabilmesine olanak tanınması uygun görülmüştür.