

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

Yrd. Doç. Dr. Arif DURAN
ANABİLİM DALI BAŞKANI

KONSÜLTAN HEKİMLERİN ACİL SERVİSE
BAŞVURAN HASTALARA ULAŞMA SÜRELERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Uzmanlık Tezi
Dr. Hüsnü ÖNDER

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Arif DURAN

BOLU-2013

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

Yrd. Doç. Dr. Arif DURAN
ANABİLİM DALI BAŞKANI

KONSÜLTAN HEKİMLERİN ACİL SERVİSE
BAŞVURAN HASTALARA ULAŞMA SÜRELERİNİN
ARAŞTIRILMASI

Uzmanlık Tezi
Dr. Hüsnü ÖNDER

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Arif DURAN

BOLU-2013

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini gördüğüm anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Arif Duran'a, eğitimimiz döneminde bilgi ve becerilerini bizden esirgemeyen bölümümüz öğretim görevlileri olan Yrd. Doç. Dr. Tanzer Korkmaz ve Yrd. Doç. Dr. Tarık Ocak'a ve tezimin veri toplamasında emeği geçen Arş. Grv. Ayşe Çetin, Arş. Görv. Bekir Barış Kurt, ve asistanlığım süresi boyunca desteğini esirgemeyen babam Selahattin Önder'e annem Fatma Önder'e eşim Nilüfer Önder' e kızım Zeynep Duru Önder'e teşekkürü bir borç bilir sonsuz minnet ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR	v
TABLolar	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Tıp ve Tanımı	3
2.2. Acil Tıp Tarihi	3
2.3. Dünyadaki Acil Tıp Sistemleri	5
2.4. Türkiye’de Acil Tıp	5
2.5. TriaJ Tanımı ve Acil Servislerde TriaJ	6
2.6. Acil Servis Kalabalığı ve Kalış Süresini Etkileyen Faktörler	8
2.7. Konsültasyon	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	11
4. BULGULAR	14
4.1. Hastaların Genel Özellikleri	14
4.2. Hastaların Acil Servis’te Bekleme Sürelerine Etki Eden Faktörler	16
4.3. Bölümlere Göre Konsültan Hekim Geliş Sürelerine Etki Eden Faktörler	19
4.3.1. .Kardiyoloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	19
4.3.2. Göğüs hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	20
4.3.3. Nöroloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	21
4.3.4. İç Hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	21
4.3.5. Enfeksiyon hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	22

4.3.6. Genel cerrahi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	24
4.3.7. Beyin ve sinir cerrahisi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	24
4.3.8. Ortopedi ve travmatoloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	25
4.3.9. Plastik, rekonstruktif ve estetik cerrahi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler	27
4.3.10. KBB araştırma görevlileri konsültasyona geliş süresine etki eden faktörler	28
4.3.11. Üroloji araştırma görevlileri konsültasyona geliş süresine etki eden faktörler	28
5. TARTIŞMA	30
6. KAYNAKLAR	37

SİMGELER ve KISALTMALAR

AS	Acil Servis
ATH	Acil Tıp Hizmetleri
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CAEP	Canadian Association of Emergency Physicians
DEÜ	İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi
NENA	National Emergency Nurses Affiliation
KBB	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Triađ Kategorilerinin Tanımı ve Bazı Örnekler	7
3.1. Veri Toplama Formu	12
4.1. Hastaların Başvuru Şikayetlerinin Dağılımı	15
4.2. Acil Servis'ten Hastaların Ayrılış Şekilleri, Sayıları ve Acil Servis'te Bekleme Süreleri	15
4.3. Hastaların Acil Servis'te Bekleme Sürelerine Etki Eden Faktörler	18
4.4. Konsültasyon İstenen Bölümlerin Geliş Süreleri	18
4.5. Hastaların Acil Servis'te Bekleme Süresi İle Konsültan Hekimlerin Acil Servis'e Geliş Süresi Arasındaki İlişki	19
4.6. Kardiyoloji Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	20
4.7. Göğüs Hastalıkları Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	21
4.8. Nöroloji Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	22
4.9. İç Hastalıkları Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	23
4.10. Enfeksiyon Hastalıkları Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	23
4.11. Genel Cerrahi Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	26
4.12. Beyin ve Sinir Cerrahisi Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	26
4.13. Ortopedi ve Travmatoloji Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler Etki Eden Faktörler	27
4.14. Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Araştırma Görevlileri Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	28

4.15. KBB Araştırma Görevlileri Konsültasyona Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	29
4.16. Üroloji Araştırma Görevlileri Konsültasyona Geliş Süresine Etki Eden Faktörler	29

ÖZET

Amaç: Acil servislerde yoğunluk; mortalitede, sevk oranlarında, tıbbi hata olasılığında artma ve personelde çalışma isteksizliği gibi sonuçlar meydana getirmektedir. Acil servislerde hastaların uzun bekleme nedenleri arasında konsültan hekimin geliş süresi önem arz etmektedir. Çalışmamızda, konsültan hekimlerinin acil servisteki hastaya ulaşma süresine etki eden faktörlerin prospektif olarak araştırılması amaçlandı.

Materyal Metod: 01.08.2012 – 31.12.2012 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı bünyesindeki erişkin acil servisine başvuran ve herhangi bir nedenle konsültasyon istenen hastalar çalışmaya alındı. Önceden hazırlanan çalışma formlarına hasta verileri kaydedildi ve istatistiksel olarak veriler değerlendirildi.

Bulgular: 01.08.2012 – 31.12.2012 tarihleri arasında erişkin acil servise başvuran ve herhangi bir nedenle konsültasyon istenen 430 hasta çalışmaya alındı. En sık kardiyoloji konsültasyonu istendiği (143 hasta, %33.2) ve tüm bölümlerin konsültasyona geliş süresi median değeri 40 dakika (min:3 dakika, max:705 dakika) olduğu tespit edildi. Hastaların acil serviste bekleme sürelerine; giriş zaman diliminin, başvuru şeklinin, genel durumunun, aciliyetinin, hasta yaşının, tekrar konsültasyon isteminin, etkili olduğu tespit edildi. Kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstruktif cerrahi konsültan hekimlerinin acil servise geliş süresi ile hastaların acil serviste bekleme süresi arasında pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edildi.

Sonuç: Konsültan hekim geliş sürelerine en önemli etki eden faktörün dahili bilimlerde hastanın aciliyetinin ve cerrahi bilimlerde hastanın başvuru saatinin etkili olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Konsültasyon, Bekleme Süresi, Acil Servis, Acil Tıp

ABSTRACT

Objective: The density at the emergency departments, can generate an increase on the mortality, dispatching, possibility of medical mistakes and working unwillingness through employees. It is important that the arrival time of the consultant physician among the causes of the long waiting time in emergency department. In this study; it is intended, prospectively research the factors that affect consultant physicians reaching time to the patient in the emergency department.

Materials and Methods: The patients who applied to adult emergency department in Abant İzzet Baysal University Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine and required consultation for any reason between 01.08.2012 - 31.12.2012 were included to our study. The patients data were recorded to prepared study forms and statistically evaluated.

Results: Between the dates of 01.08.2012 - 31.12.2012, 430 patients who applied to adult emergency department and required consultation with any reason were included in the study. It is determined that the cardiology was the most commonly requested consultation (143 patients, 33.2%) and the median value of all departments consultation response time was 40 minute (min: 3 minutes, max: 705 min). It is detected that application time period, application pattern, general condition, urgency, age, re-consultation request, are effective on waiting times of patients in the emergency department. A significantly positive correlation between, cardiology, neurology, infectious diseases, general surgery, orthopedics, plastic and reconstructive surgery consultant physicians arrival time to the emergency department and the waiting time of patients in the emergency department, was found.

Conclusion: It is determined that in internal medicine, urgency and in surgical medicine, admission time of patients are the most important factors that affect the arrival times of consultant physicians.

.Key words: Consultation, Waiting Time, Emergency Service, Emergency Medicine

1. GİRİŞ VE AMAÇ

AS'ler, hastanın ekonomik durumu, sağlık güvencesi, milliyetine bakılmaksızın acil bir hastalık veya yaralanma durumunun tanısı ve gerekli ise hastaneye yatışı, tedavisi ve acil bir durumun önlenmesi için çalışan klinik tıp uygulamasıdır. Son yıllarda AS'lerde artan hasta yoğunluğu nedeni ile hastaların muayene ve tedavilerinde gecikmeler meydana gelmekte hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesinde düşüş gözlenmektedir(1-4).

AS'lerde uzun kalış süresi, AS'ler için önemli bir sorundur. Hastaların uzun süre beklemesi, hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (5). Memnuniyet subjektif bir ölçüt olmasına rağmen sağlık alanında en önemli kalite göstergesi olarak kabul edilmektedir(6). AS'lerde bekleme süresi hasta memnuniyetinin etkileyen önemli faktörlerden birisi olup bir kalite ölçme tekniği olarak birçok araştırmada kullanılmıştır(5).

AS'lerde yoğunluk; mortalite de artma, kalitede azalma, memnuniyetsizlik düzeyinde artma, sevk oranlarında artma, eğitim veren hastanelerde eğitim ayrılan zaman diliminde azalma, tıbbi hata olasılığının artması, personelde çalışma isteksizliği ve sağlık çalışanlarına şiddet uygulanma aralarında artma gibi sonuçlar meydana getirmektedir (7, 8). AS'lerde hasta yoğunluğunun, kısa sürede müdahale edilmesi gereken hastaların AS'de geçirdiği zamanı uzattığını fakat tedavi süresinde gecikme olmadığını gösteren araştırmalar mevcuttur(5).

AS'lerde ki aşırı yoğunluk nedenlerine bakıldığı zaman, servislerde yer olmaması nedeni ile yatış bekleyen hastalar, ek hastalığı olan yaşlı hasta popülasyonunda artış, AS'lerin fiziki imkânsızlıkları, personel sayısının az olması, tanıya yönelik yapılan tetkik sonuçlarında gecikmeler, kayıt işlemlerinin öneminin artması, konsültan hekimlerin geliş sürelerinin uzun olması, kültürel ve dil sorunları sayılmaktadır(9, 10). AS'lerde geçirilen sürenin uzun olmasında konsültan hekim sayısının yeterli olmaması ve kanunen zorunluluk bulunmasına karşın konsültan hekimlerin AS'ye geliş sürelerinin uzun olması veya gelmemeleridir(9, 11).

Konsültan hekimin çağrı aldıktan sonra AS'ye ulaşma süresi önemlidir. Buna etki eden faktörler içinde hekim yetersizliği, mali olarak yeterli teşvik sağlanmaması ve konsültasyon politikalarının uygulamasında ki yetersizlikler sayılabilir(12).

Bizim yapmış olduğumuz çalışmanın amacı; konsültan hekimlerin AS'deki hastaya ulaşma süresine etki eden faktörleri prospektif olarak araştırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp ve Tanımı

Dünyada acil tıp hizmetlerinin (ATH) ayrı bir klinik olarak çalışmaya başlaması 1970'li senelerde meydana gelmiştir. Bu hususta Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Kanada, Japonya ve İngiltere gibi ülkeler öncü kabul edilmektedir(13). Ülkemizde acil tıp eğitimi 1994 yılında başlamış olup bugün tüm üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri kendi bünyesinde acil tıp eğitimi vermeye başlamıştır(14, 15).

Acil tıp, yaş, cinsiyet, ırk, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, geliş şekli dikkate alınmadan kişinin acil bir hastalığı olduğunu belirtmesi durumunda tanısı, tedavisi, ilgili bölüme yönlendirilmesine ilave olarak aciliyet yaratacak nedenlerin önlenmesinde kapsayan klinik tıp uygulamasıdır.

ATH sahadaki hasta müdahalesini ve hasta naklini, nakil esnasındaki uygulama ve müdahaleleri, AS'deki yapılan uygulama ve müdahaleleri ve AS'den taburculuğu veya ilgili kliniğe yatışını kapsayan bir uygulamadır. Bu uygulama ve müdahaleleri iyi eğitim almış ve tecrübeli, yeterli sayıda kişi tatbik edebilir(16, 17).

AS'lere müracaat eden hasta sayıları, polikliniklere müracaat eden hasta sayılarını geçmektedir. Aynı zamanda servislerde yatarak tedavi edilen hastaların %25-50'si AS'den yatırılmaktadır. Bu şekilde bakıldığında AS'ler, hastanelerin önemli bir hizmet alanı ve giriş kapısı olarak gözükmektedir(18).

2.2. Acil Tıp Tarihi

Beş bin yıl önce Mısır'da acil tıp uygulandığı, eski Yunan ve Roma medeniyetlerinde ilk yardım ve savaş meydanlarından yaralıların taşınması ile ilgili denemeler yapıldığı bilinmektedir. On birinci yüzyılda St. John şövalyeleri, haçlı seferlerinde savaşta tedavi ihtiyacı olanların cephe gerisine götürülmesi ve müdahalede bulunulması için çalışmalar yapmışlardır. İlk olarak ambulans olarak kullanılan vasıta, 1487 yılında Malaga kuşatması esnasında İspanyol ordusu tarafından kullanılan atlı arabalardır(19).

Napolyon'un baş cerrahı Baron Dominique Larrey, Prusya seferi esnasında ilk defa askeri tıbbi birliği kurmuştur. 1881 ve 1882 senelerinde Kraliçe Victoria'nın müsaade etmesi sonrası İngiltere'de ve İskoçya'da kiliseye yardım örgütleri savaş yaralıları ve ilk yardım konularında teşkilatlanma ve kitap yayınlanmış ve ilk ambulans birlikleri de oluşturulmuştur(19).

Savaşlar sonrası toplum nüfusunun artması ve savaş alanları için tank vb. üreten fabrikalar siviller için araç üretimine geçmesi sonucu araç sayısında artış meydana gelmiştir. Savaş sonrası 1945 senelerinde "baby boom" olarak isimlendirilen nüfus patlamasında doğan bebeklerin 18 yaşında trafiğe çıkmaları 1960'lı yıllarda trafik kazası sayısında hızla artışa neden olarak acil tıp alanındaki yetersizlikleri ortaya çıkarmıştır. Bu toplumsal değişime ne sağlık sistemleri ne de hastanelerdeki doktorlar hazır değildi. 1960'lı yıllara kadar hastanelerin AS'leri sadece bir odadan meydana gelmekte ve genellikle tek bir doktor veya hemşire görev yapmaktaydı. İngilizce acil servis kelimesinin anlamı olan acil odası (Emergency Room) terimi de buradan gelmektedir(20).

1960'lı yılların sonlarında ABD ve Fransa'da ambulanslarda paramedikler ve doktorların çalışmaya başlaması ile ambulansların güvenilirliği ve kalitesi artmaya başlamıştır(19).

1965 yılında ABD'de yayınlanan ve Vietnam da yaralanan bir askerin herhangi bir kentin sokaklarında kaza geçiren bir kişiden daha yüksek yaşam şansı olduğunu ortaya koyan ve "Beyaz Kağıt" olarak bilinen "Kazalara bağlı ölüm ve sakatlık – Modern Toplumun ihmal edilen hastalığı" adlı rapor ile ABD'de hastane öncesi ve hastane AS hizmetlerinin iyileştirilmesi için yaptırımlar ve yasalar uygulamaya başlatıldı(20).

Acil sağlık hizmetlerinin 1970'li yıllarda ayrı bir uzmanlık dalı olması gerekliliği iyiden iyiye ortaya çıktı. Acil Tıp Anabilim Dalı ilk kez Cincinnati Üniversitesi'nde 1970 yılında açıldı(19).

1980'lerde dünya acil sağlık hizmetlerinde ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya gibi ülkeler "Anglo–Amerikan" diye bilinen sistemi öne çıkarmaya başladılar. Bu süreç aynı dönemde diğer Avrupa ülkelerinde "Franko–German" denen model üzerinde geliştirmekteydi(20).

2.3. Dünyada Acil Tıp Sistemleri

Dünyada iki tip acil tıp sistemi mevcuttur. Bunlar “Anglo-Amerikan modeli” ve “Franko-German modeli” dir.

Anglo-Amerikan modelinde, hastaların hızlı bir şekilde hastanelere taşınması, hastalara yapılan önemli müdahalelerin AS’lerde hekim tarafından yapılması önerilmekte iken ambulanslarda hekim olmayan sağlık personeli örneğin ambulans ve acil bakım teknikeri bulundurulmaktadır. Bu modelde AS’de acil tıp uzmanları çalışır ya da diğer hekimler acil tıp uzmanlarının üst denetçiliğinde çalışırlar(19, 20).

Franko- German modelinde hastaya sahada müdahale edebilmek için doktor ve teknoloji olay yerine götürülmektedir. Bu uygulamada hekimler sahada acil bakımı görevini yerine getiriler. Hasta alandan hastaneye nakil olduktan sonra AS yerine direk olarak yataklı servislere alınırlar. Acil tıp farklı bir tıp bölümü değildir ve bu görevi anestezi uzmanları üstlenmişlerdir. Franko-German modeli Avusturya, Finlandiya, Fransa, Almanya, Litvanya, Norveç, Portekiz, Rusya, Slovenya, İsveç ve İsviçre’de uygulanmaktadır(19, 20).

Dünyada Acil Tıp Hizmetleri 1990’lı yıllarda bu iki sistemin etkisindeki farklı ülkelerde etkin bir şekilde verilmekteydi. Acil bakım talep eden hastaların sayısı 1960’lı yıllardan beri katlanarak arttı ve geçtiğimiz yüzyılın sonunda sağlık hizmet sunucularının en büyük alıcısı oldular. Bu artan hasta sayısına yerinde hizmet götürmek teknik ve ekonomik olarak daha zor olmaya başladı ve bu durum Franko-German sisteminde zaman zaman tıkanıklıklara yol açtı. Kalite artırma çalışmaları ile Anglo-Amerikan modeli daha fazla benimsenmeye başladı. Daha önemlisi artan trafik kazaları, doğal afetler ve terör gelişmiş acil servislerin kurulmasının bir zorunluluk olduğunu ortaya koymuştur(20).

2.4. Türkiye’de Acil Tıp

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 senesinde bazı ana yollar ve turistik yerlerde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile erişilebilen gezici ambulans ekipleri bir süre hizmet vermiş ve bu yapılanma genellikle trafik kazaları için kullanılmıştır(19).

1986 senesinde de Ankara, İstanbul ve İzmir Büyükşehir Belediyeleri ve Sağlık Bakanlığı’nın işbirliği sonucu, belediyelerin ambulans, teknik alt yapı, şoför

ve maddi destek vermeleri, Sağlık Bakanlığı'nın da hekim ve tıbbi malzeme desteği ile şimdiki acil sağlık hizmetlerinin öncüsü olan 077 Hızır Acil Servis hizmeti verilmiştir(19). 1994 yılında 112 acil yardım için ambulans çağrı numarası olarak kabul edildi(20).

1993 yılında "Acil Tıp" ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Türkiye'nin ilk acil tıp uzmanlık eğitim programı İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nde (DEÜ) başlamıştır(19). Günümüzde acil tıp uzmanlık eğitim programı hemen hemen tüm tıp fakültelerinde ve birçok eğitim araştırma hastanesi bünyesinde bulunmaktadır.

2.5. Triaaj Tanımı ve Acil Servislerde Triaaj

Triaaj Fransızca kökenli olup sınıflamak, seçmek, ayırmak anlamına gelir(21, 22). İlk olarak savaşta yaralanan askerlerden cepheye dönebilecek veya dönemeyecekler arasında yapılmıştır(21).

Sağlık Bakanlığı'nın 2009'da yayınlamış olduğu "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ"inde; Triaaj: AS'lere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi olarak tanımlanmıştır(23).

ABD'de genellikle üç basamaklı triaaj sistemi uygulanmakta iken Kanada, İspanya ve Avusturalya'da beş basamaklı triaaj sistemleri kullanılmaktadır(22). ABD'de triaaj sistemi çok acil, acil, acil olmayan olarak gruplandırılmaktadır(22, 24).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından en son yayınlanan tebliğe göre triaaj sistemi Tablo 2.1'de kısaca tanımlanmış olup bu sınıflamaya uyan durumlar için bazı örnekler verilmiştir(23).

Tablo 2.1. Triaaj Kategorilerinin Tanımı ve Bazı Örnekler

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
YEŞİL=ACİL OLMAYAN	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	<ul style="list-style-type: none">*Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı*Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü*Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti*Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler*Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar
SARI=ACİL	Kategori 1: Hayati tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	<ul style="list-style-type: none">*Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı*Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)*Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta*İnatçı kusma*Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta*Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı*65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta*Şiddetli karın ağrısı olan hasta*Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddi potansiyeli taşıyan durumlar	<ul style="list-style-type: none">*Basit kanamalar*Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları*Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları*Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishallere*Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim*Şiddetli olmayan karın ağrısı
KIRMIZI=ÇOK ACİL	Kategori 1: Hayati tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	<ul style="list-style-type: none">*Kardiyak arrest*Solunumsal arrest*Havayolu tıkanıklığı riski*Major çoklu travma*Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar*Devam eden veya uzamış nöbet
	Kategori 2: Hayati tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	<ul style="list-style-type: none">*İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması*Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı*Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski*Akut hemiparazi/disfazi*İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması*Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma*Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı

2.6. Acil Servis Kalabalığı ve Kalış Süresini Etkileyen Faktörler

AS'ler yapısı gereği yedi gün yirmi dört saat hizmet veren kurumlardır. Poliklinikler de sıra bulamayan ve aciliyeti olmayan nedenlerle başvuruların sayısı hızla artmaktadır. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı'nın (TEPAV) 2010'da bir yayımlanan değerlendirme raporunda 2005'de AS'lere başvuran hastaların %65'inin acil olmayan vakalardan oluştuğu bu oranın günümüzde %70'lere ulaşması sonucu AS'lere başvuruların artmasına ve AS'lerin yoğunluğunun artması ile sonuçlandığı belirtildi(25).

Hastanın AS'ye kabul zamanı ve hastanın medikal durumunun sonuçlanmasına kadar geçen süre AS'de kalış süresi olarak tanımlanır (26). AS'de kalış süresi artması AS'de hasta yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır. Çeşitli nedenler hastanın AS içinde kalış süresini etkiler. AS'de hasta kalış süresinin uzaması ve yoğunluk artış nedenleri olarak hastane yatak kapasitesinin azlığı, hasta sayısındaki artış, AS'deki muayene alanının azlığı, personel yetersizliği, hastalıkların şiddetindeki artış ve eş zamanlı birkaç hastalığın olması, konsültasyonlar ve laboratuvar çalışmalarındaki gecikmeler bildirilmiştir(27, 28).

Toplumda yaşlı nüfusun hızla artışı ve yaşlanmayla birlikte sağlık sorunların da artma sonucu AS başvurularında yaşlı nüfus hızla artmaktadır(29, 30). Yaşlı hastaların AS'ye karmaşık problemlerle başvurmaları sonucu daha fazla tetkik ve görüntüleme yöntemi istenmektedir ve AS'de kalış süreleri diğer hastalardan daha uzundur(31).

2.7. Konsültasyon

Konsültasyon hastadan birinci derecede sorumlu hekimin, hasta izlemi sırasında değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim olduğuna karar vermesi durumunda ya da hastanın isteği üzerine başka bir uzmanlık dalından ilgili bölüm hekimine danışılması olarak tanımlanmaktadır(32, 33).

Konsültan hekim, hastayı davet üzerine genellikle yatak başında ziyaret ederek ilgili hekimine önerdiği tanı ve tedavi yöntemlerini kendisine ayrılan konsültan hekim formuna yazarak bildirir(34-36). Birçok Amerika hastanesinde acil hekiminin teşhisine göre farklı tipte konsültasyon uygulaması vardır. Hastanın hastaneye kabulü için danışılması (en sık kullanım şekli), görüş almak için

konsültasyon istemi, tedavi veya özel prosedürler için konsültasyon, hastayı ilgili branş servisine yatırmak için konsültasyon istemi, taburcu olacak hastanın tedavisinin düzenlenmesi veya ilgili branşın önerilerini almak için konsültasyon istemleri yapılmaktadır(12).

Cortozo ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ABD acil serviste konsültasyon istem oranı azami % 39,9 olarak bulunmuştur(12, 37). Tıbbi literatürde AS konsültasyon oranları %20-60 arasındadır(12).

AS yoğunluğunun önemli nedenlerinde biri hiç kuşkusuz konsültasyon istem sürecidir. Konsültasyon istemindeki aksaklıklar ve konsültan hekim geliş sürelerindeki gecikmeler AS yoğunluğunun artışına neden olmaktadır(36).

Birçok ülkede AS kalabalığı önemli bir sağlık sorunudur, Kanada' da AS kalabalığının önde gelen nedenlerinde biri konsültasyon istem zamanının gecikmesi ve konsültan hekim geliş sürelerinin uzun olmasıdır. Konsültan hekimle irtibat kurulduktan sonra AS'ye geliş süresi ortalama 40 dakika olarak tespit edilmiş ve bu sürenin AS kalabalığına katkıda bulunduğu belirtilmiştir(12, 38). Yine meslek örgütlerinin yönergeleri, konsültan hekim geliş süresini 30-45 dakika aralığında makul kabul etmiş ve konsültan hekim geliş süresinde en önemli belirleyici faktörün hastanın gereksinimleri olduğunu belirtmiştir(39).

Diğer çalışmalar konsültan hekim geliş süresinin konsültan hekime göre çok farklılık gösterebileceğini ve danışılan hastanın özellikleri ve ani gelişen durumunun etkisi olduğunu belirtmektedirler(12, 40).

Kanada'da acil servis hekimlerinde yapılan bir çalışmada diğer hekimlerden resmi konsültasyon isteminde hekimlerle daha az çatışma yaşamak için hastanın klinik durumunun abartıldığı gösterilmiştir(12).

AS'de hasta bakımı ve verimliliği geliştirmek için konsültasyonun etkili kullanılması gerekmektedir. Konsültasyon istemleri ve kararları ile ilgili gecikmeler acil hekimleri için bir endişe nedeni olmaktadır. Canadian Association of Emergency Physicians (CAEP) ve National Emergency Nurses Affiliation (NENA) dernekleri konsültasyon sürelerinin kabul edilebilir zamanlarının tespitinin acil AS'nin kalabalık koşullarını ve tedavi gecikmesini önlemede önemli bir rol oynayabileceğini kabul etmiştir(36).

Konsültan hekimlerin AS'ye geliş süreleri AS'de hastaların uzun bekleme nedenleri arasında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur(27).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 21.06.2012 tarih ve 2011/65 sayılı yerel etik kurul onayı alındıktan sonra 01.08.2012 – 31.12.2012 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı bünyesindeki erişkin acil servisinde prospektif olarak gerçekleştirildi.

AS'ye herhangi bir nedenle başvuran ve konsültasyon istenip form doldurulan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilecek bütün hastaların yazılı onamları alındı. Eğer hasta hastalığı nedeni ile onam veremeyecek durumda ise onam birinci derece yakınından eğer birinci derece yakını yok ise hastaneye birlikte geldiği yakınından onam alındı. Travma nedeni ile AS'ye başvuran hastalar AS işleyişi gereği yaş sınırlaması gözetilmeden çalışmaya dahil edildi. Travma dışı nedenle başvuran hastalarda ise AS işleyişi gereği 16 yaş ve üzerindeki hastalar çalışmaya dahil edildi.

Çalışmaya konsültasyon istenmeyen hastalar, konsültasyon istenip çalışmaya katılmak için kendisi veya yakını tarafından onam vermeyen ve verilerinde eksiklik olan hastalar dahil edilmedi. Çalışma döneminde yoğunluk ve diğer nedenler ile form doldurulamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışma döneminde kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları hastaları AS'de ekipman yetersizliğinden dolayı servis de değerlendirdiğinden bu bölümlerden istenen konsültasyonlar çalışmaya dahil edilmedi. Kalp ve Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi bölümlerin hekim yetersizliği nedeni ile icap nöbeti tutulmakta olduğundan çalışmaya dahil edilmedi. Psikiyatri, dermatoloji ve fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümlerinde doldurulan form bulunmadığı için çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışmaya dahil edilen hastaların verileri bir form (Tablo 3.1) aracılığı ile kayıt altına alındı. Hastalar Sağlık Bakanlığı'nın en son yayınladığı tebliğine göre, çok acil, acil, acil olmayan olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 2.1). Hastanın genel durum değerlendirmesi muayene eden hekim kararına göre iyi, orta ve kötü olarak alındı. AS'ye başvuran hastalar geliş tarihlerine göre hafta sonu ve hafta içi olarak iki kategoriye ayrıldı. Hastalar geliş saatlerine göre sabah (08:00-17:00), akşam (17:00-00:00), gece (00:00-08:00) olmak üzere üç kategoriye ayrıldı.

Hastaların AS'ye girişinden AS'den ayrılışına (taburculuk, servise yatış, izinsiz terk, tedaviyi kabul etmeme, exitus vb.) kadar geçen süre AS'de bekleme süresi olarak tanımlandı ve dakika üzerinden hesaplandı.

Konsültasyon istemi hastanemizin kullanmakta olduğu Seprasoft programı ile yapıldı ve konsültan hekim iç hat veya cep telefonları ile bilgilendirildi. Konsültan hekime ulaşıldıktan (iç hat veya cep telefonu) sonra konsültan hekimin hastayı değerlendirmeye başlamasına kadar geçen süre konsültan hekim geliş süresi olarak tanımlandı ve dakika üzerinden hesaplandı.

Tablo 3.1.Veri Toplama Formu

ADI SOYADI:			
YAŞ:		CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> K	
PROTOKOL NO:		TARİH: / /	
ACİLE GELİŞ SAATİ:		ACİLDEN AYRILIŞ SAATİ:	
BAŞVURU ŞEKLİ:			
<input type="checkbox"/> AYAKTAN <input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> ÖZEL ARAÇ <input type="checkbox"/> HASTANELER ARASI TRANSFER			
ŞİKAYETİ:			
GENEL DURUM: <input type="checkbox"/> İYİ <input type="checkbox"/> ORTA <input type="checkbox"/> KÖTÜ			
HASTANIN ACİLİYETİ	<input type="checkbox"/> ÇOK ACİL	<input type="checkbox"/> ACİL	<input type="checkbox"/> ACİL OLMAYAN
KONSÜLTASYON İSTENEN BÖLÜM	ÇAĞRI SAATİ	GELİŞ SAATİ	SONUÇ
SONUÇ:			
<input type="checkbox"/> TABURCU		<input type="checkbox"/> YATIŞ	<input type="checkbox"/> YOĞUN BAKIM YATIŞI
<input type="checkbox"/> SEVK		<input type="checkbox"/> İZİNSİZ TERK	
<input type="checkbox"/> TEDAVİYİ KABUL ETMEME		<input type="checkbox"/> EXİTUS	

Hastaların AS'de bekleme süresine, başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, hastanın cinsiyetin, hastanın yaşının, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun, hastanın aciliyetinin, istenen bölüm konsültan hekim geliş süresinin, istenen konsültasyon sayısının ve aynı bölümden tekrar konsültasyon istenmesinin etkisi incelenmiştir.

Kardiyoloji, göğüs hastalıkları, nöroloji, iç hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları (KBB), plastik ve rekonstruktif cerrahi ve üroloji bölümleri konsültan hekim geliş süresine hastanın başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, hastanın cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etkisi incelenmiştir

Elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldı. Tüm veri analizleri SPSS 20.0 paket programları ile yapılmıştır. Sürekli nicel veriler 'n', ortalama ve standart sapma olarak; nitel veriler ise 'n', median değerler olarak ifade edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen skor değişkenlerinden oluşan verilerin grup sayılarına göre Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiyi gösterebilmek için normalite testleri sonucuna göre Spearman Correlation testlerinden yararlanılmıştır. Kategorik yapıdaki veri setlerine ise Chi-square testleri uygulanmıştır. $p < 0.05$ olasılık değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir..

4. BULGULAR

4.1 Hastaların Genel Özellikleri

Çalışmaya 01.08.2012 - 21.12.2012 tarihleri arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Acil Servisine başvuran ve konsültasyon istenen 430 hasta alınmıştır.

Çalışmaya alınan 430 hastanın yaş ortalaması 55.23 ± 20.98 idi. Hastaların 152'si (%35.3) bayan, 278'i (%64.7) erkek hastaydı. Bayan hastaların yaş ortalaması 58.46 ± 21.57 , erkeklerin yaş ortalaması 53.47 ± 20.48 olduğu tespit edildi.

Hastaların 104'ünün (%24,2) acile ayaktan başvurduğu, 190 (%44,2) hastanın 112 acil sağlık hizmetleri tarafından getirildiği, 68'inin (%15,8) özel araçlarıyla geldiği, 68'inin (%15,8) de hastaneler arası sevk ile getirildiği tespit edildi.

Hastaların 353'ü hafta içi (%82,1), 77'si (%17,9) hafta sonu başvurduğu tespit edildi. Hastaların başvuru zamanlarına bakıldığında 232 hastanın (%54) sabah başvurduğu, 120 hastanın (%27,9) akşam başvurduğu, 78 hastanın (%18,1) gece AS'ye başvurduğu tespit edildi.

Hastaların 186'sı (%43,3) genel durumu iyi, 178'i (%41,4) genel durumu orta, 66'sının (%15,3) ise genel durumu kötü olduğu tespit edildi. Başvurular aciliyet durumuna göre sınıflandırıldığında 76'sının (%17,7) acil olmadığı, 167'sinin (%38,8) acil, 187'sinin (%43,5) çok acil olduğu tespit edildi. 126 hasta (%29,3) çeşitli travma nedeni ile başvururken, başvuran 304 hastada (%70,7) travma olmadığı tespit edildi.

Hastalar en sık göğüs ağrısı (n=83, %19,3) nedeni ile AS'ye başvurdu. Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların AS'den ayrılış şekilleri ve sayıları Tablo 4.2 gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların başvuru şikayetlerinin dağılımı

	Hasta sayısı (n)	%
Göğüs Ağrısı	83	19,3
Nefes Darlığı	58	13,5
Düşme	56	13,0
Trafik Kazası	43	10,0
Karın Ağrısı	41	9,5
Bilinç Kaybı	38	8,8
Ağrı	19	4,4
GİS Şikayeti	18	4,2
Kesi	18	4,2
Baş Ağrısı	16	3,7
Halsizlik	15	3,5
Çarpıntı	9	2,1
Darp	4	0,9
Burun Kanaması	4	0,9
Yanık	3	0,7
Ateş Yükseliği	2	0,5
Ürolojik Şikayetler	2	0,5
Elektrik Çarpması	1	0,2

Tablo 4.2. AS'den hastaların ayrılış şekilleri, sayıları ve AS'de bekleme süreleri

	Hasta sayısı (n)	%	AS'de Bekleme Süreleri (dk)		
			Min	Max	Median
Taburcu	165	38,4	23,0	3198,0	304,0
Yatış					
Kardiyoloji Servisine	81	18,8	8,0	915,0	119,0
Göğüs Hastalıkları Servisine	26	6,0	84,0	1650,0	344,0
Nöroloji Servisine	24	5,6	68,0	950,0	225,0
İç Hastalıkları Servisine	20	4,7	79,0	290,0	345,0
Enfeksiyon Hastalıkları Servisine	8	1,9	19,0	1445,0	261,0
Genel Cerrahi Servisine	22	5,1	104,0	780,0	230,0
Beyin ve Sinir Cerrahisi Servisine	19	4,4	120,0	750,0	327,0
Ortopedi ve Travmatoloji Servisine	14	3,3	70,0	780,0	323,0
Plastik Ve Rekonstruktif Cerrahi Servisine	12	2,8	40,0	343,0	93,0
Kulak Burun Boğaz Servisine	2	0,5	52,0	368,0	210,0
Üroloji Servisine	4	0,9	190,0	1338,0	270,0
Anestezi Yoğun Bakıma	2	0,5	140,0	201,0	170,5
Acil Yoğun Bakım Servisine	16	3,7	123,0	2788,0	354,5
Diğer Hastanelere Sevk	3	0,7	95,0	375,0	132,0
Tedaviyi Kabul Etmeme	12	2,8	28,0	990,0	247,5

4.2 Hastaların Acil Servis'te Bekleme Sürelerine Etki Eden Faktörler

AS'de hastaların bekleme süreleri değeri 240 dakika (min:3, dakika max:705 dakika) olduğu tespit edildi.

Başvuru diliminin AS'de hastaların bekleme süresine etkisi araştırıldığında, hafta içi AS'ye başvuran hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, hafta sonu AS'ye başvuran hastalara göre daha uzun olduğu ve aralarında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.3).

AS'ye giriş zaman diliminin AS'de bekleme süresine etkisi araştırıldığında, zaman dilimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Sabah AS'ye başvuran hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, gece AS'ye başvuran hastalara göre daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Akşam AS'ye başvuran hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, gece AS'ye başvuran hastalara göre daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların AS'ye başvuru şekillerinin AS'de hastaların bekleme süresine etkisi araştırıldığında, başvuru şekilleri ile bekleme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.3). 112 acil sağlık hizmetleri tarafından getirilen hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, ayaktan başvuran ve hastaneler arası sevk edilen hastalara göre daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Özel araçla getirilen hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, hastaneler arası sevk edilen hastalara göre daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların genel durumunun AS'de bekleme süresine etkisi araştırıldığında, hastaların genel durumu ile bekleme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Genel durumu iyi olan hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, genel durumu orta olan hastalara göre daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların aciliyet durumunun AS'de bekleme süresine etkisi araştırıldığında, aciliyet durumları ile AS'de bekleme süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.3). Acil kabul edilen hastaların AS'de bekleme süresi median değeri, çok acil kabul edilen hastalara göre daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların AS'de bekleme süreleri ile hastaların yaşı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edildi ($p=0.013$) ($r=0.120$).

En kısa konsültasyona geliş süresi median değeri 17 dakika (min:5 dakika, max:65 dakika) ile KBB bölümüne ait iken en uzun konsültasyona geliş süresi median değeri 52.5 dakika (min:8 dakika, max:290 dakika) ile iç hastalıkları bölümüne aitti (Tablo 4.4).

Kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstruktif cerrahinin AS'ye geliş süresi ile hastaların AS'de bekleme zamanı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu tespit edildi. Diğer bölümlerin AS'ye geliş süresi ile hastaların bekleme süresi arasında korelasyon olmadığı tespit edildi (Tablo 4.5).

Hastalardan farklı bölümlerden istenen konsültasyon sayıları ile AS'de bekleme süreleri arasındaki ilişki araştırıldığında; 296 hastaya bir bölümden konsültasyon istenirken (%68.8), 77 hastadan iki bölümden (%17.9), 44 hastadan üç bölümden (10.2), 9 hastadan dört bölümden (%2.1), 3 hastadan beş bölümden (0.7), 1 hastadan altı bölümden (%0.2) konsültasyon istendiği tespit edildi. Hastaların AS'de bekleme süreleri ile istenen konsültasyon sayısı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edildi ($p=0.000, r=0.472$).

62 hastadan aynı bölümden tekrar konsültasyon istenirken, 398 hastadan aynı bölümden tekrar konsültasyon istemine ihtiyaç duyulmadı. Tekrar konsültasyon istenmeyen hastaların AS'de kalış süreleri median değeri 210 dakika (min:8 dakika, max:3198 dakika) iken, tekrar konsültasyon istenen hastaların AS'de kalış süreleri median değeri 470 dakika (min:84 dakika, max:2788 dakika) olduğu tespit edildi. Hastaların AS'de bekleme süresini, tekrar konsültasyon isteminin uzattığı istatistiksel olarak tespit edildi ($p<0,05$).

Tablo 4.3. Hastaların AS’de bekleme sürelerine etki eden faktörler

		Hastaların AS’de bekleme süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	136,5	428,5	261,0	0,029*
	Hafta sonu	87,0	393,5	162,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	117,2	381,0	225,5	0,000 ^φ
	Akşam	100,0	344,5	195,5	
	Gece	225,7	636,2	457,5	
Cinsiyet	Kadın	115,0	364,7	210,0	0,123*
	Erkek	131,5	453,2	280,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	90,0	345,0	195,0	0,000 ^φ
	112	153,0	530,5	338,5	
	Özel Araç	155,0	395,2	270,5	
	Hastaneler arası sevk	80,0	294,5	141,5	
Genel durumu	İyi	94,2	362,7	198,5	0,004 ^φ
	Orta	144,5	481,2	290,0	
	Kötü	139,5	428,2	252,5	
Aciliyet	Acil Olmayan	105,0	540,2	268,0	0,000 ^φ
	Acil	179,0	500,0	322,0	
	Çok Acil	95,0	343,0	178,0	

*Mann-Whitney U Test ^φ Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.4. Konsültasyon istenen bölümlerin geliş süreleri

	n	Geliş süreleri (dk)		
		Min.	Max.	Median
Tüm Konsültasyonlar	632	3,0	705,0	40,0
Kardiyoloji	143	3,0	705,0	26,0
Göğüs Hastalıkları	60	5,0	180,0	32,5
Nöroloji	61	7,0	135,0	40,0
İç Hastalıkları	58	8,0	290,0	52,5
Enfeksiyon Hastalıkları	23	10,0	180,0	40,0
Genel Cerrahi	76	6,0	285,0	45,0
Beyin ve Sinir Cerrahisi	69	5,0	180,0	37,0
Ortopedi ve Travmatoloji	86	5,0	170,0	40,0
Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi	31	4,0	240,0	30,0
KBB	18	5,0	65,0	17,0
Üroloji	7	17,0	160,0	45,0

Tablo 4.5. Hastaların AS’de bekleme süresi ile konsültan hekimlerin AS’ye geliş süresi arasındaki ilişki

Geliş Süresi	AS’de Bekleme Süresi	
	P	r
Kardiyoloji	0.000	0.643
Göğüs Hastalıkları	0.720	0.234
Nöroloji	0.000	0.510
İç Hastalıkları	0.132	0.200
Enfeksiyon Hastalıkları	0.011	0.520
Genel Cerrahi	0.003	0.336
Beyin ve Sinir Cerrahisi	0.074	0.216
Ortopedi ve Travmatoloji	0.000	0.527
Plastik ve Rekonstruktif Cerrahi	0.003	0.523
KBB	0.081	0.422
Üroloji	0.294	0.464

Spearman Analizi

4.3 Bölümlere Göre Konsültan Hekim Geliş Sürelerine Etki Eden Faktörler

4.3.1. Kardiyoloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 143 hastadan kardiyoloji konsültasyonu istendi. Kardiyoloji bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 10 hastada acil patoloji düşünülmedi, 39 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, 23 hastaya enzim takibi önerildi, 71 hastaya kardiyoloji bölümüne yatış önerildi.

Hastaların aciliyet durumu ile kardiyoloji konsültan hekim AS’ye geliş süresi arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Konsültan hekim geliş süresi median değeri acil olmayan hastalara ve acil olan hastalara göre çok acil olan hastalarda daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Başvuru şekli ile kardiyoloji konsültan hekiminin AS’ye geliş süresi arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Konsültan hekim geliş süresi median değeri ayaktan başvuran hastalara göre 112 acil sağlık hizmetleri tarafından getirilen ve hastaneler arası sevk olan hastalarda daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Konsültan hekim geliş süresi median değeri özel araçla gelen hastalara göre hastaneler arası sevk olan hastalarda daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Kardiyoloji konsültan hekim geliş süresine hasta başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin ve hastanın genel durumunun etki etmediği istatistiksel olarak tespit edildi

4.3.2. Göğüs hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 60 hastadan Göğüs Hastalıkları konsültasyonu istendi. Göğüs hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; altı hastada acil patoloji düşünülmedi, 15 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, 21 hastanın diğer bölümlerden konsültasyon ve/veya ek tetkik istenmesi önerildi, 16 hastaya göğüs hastalıkları bölümüne yatışı önerildi, iki hastaya yoğun bakım takibi önerildi. Göğüs hastalıkları konsültan hekim geliş süresine hasta başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 4.7).

Tablo 4.6. Kardiyoloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Kardiyoloji		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	3,0	705,0	28,0	0,655*
	Hafta sonu	4,0	180,0	20,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	3,0	385,0	25,0	0,829 ^Φ
	Akşam	3,0	705,0	34,5	
	Gece	4,0	180,0	30,0	
Cinsiyet	Kadın	4,0	385,0	30,0	0,669*
	Erkek	3,0	705,0	25,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	6,0	273,0	45,0	0,027 ^Φ
	112	3,0	180,0	15,0	
	Özel Araç	5,0	300,0	60,0	
	Hastaneler arası sevk	5,0	705,0	15,0	
Genel durumu	İyi	3,0	300,0	30,0	0,301 ^Φ
	Orta	3,0	705,0	20,0	
	Kötü	4,0	180,0	25,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	10,0	120,0	60,0	0,000 ^Φ
	Acil	3,0	705,0	70,0	
	Çok Acil	3,0	385,0	15,0	

*Mann-Whitney U Test ^Φ Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.7. Göğüs hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Göğüs Hastalıkları		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	5,0	180,0	30,0	0,450*
	Hafta sonu	10,0	140,0	35,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	5,0	180,0	30,0	0,825 ^Φ
	Akşam	5,0	130,0	40,0	
	Gece	10,0	150,0	45,0	
Cinsiyet	Kadın	5,0	130,0	30,0	0,692*
	Erkek	5,0	180,0	39,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	5,0	140,0	30,0	0,984 ^Φ
	112	5,0	180,0	39,0	
	Özel Araç	13,0	90,0	32,5	
	Hastaneler arası sevk	10,0	82,0	30,0	
Genel durumu	İyi	30,0	77,0	35,0	0,777 ^Φ
	Orta	5,0	150,0	35,0	
	Kötü	10,0	180,0	30,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	15,0	130,0	79,5	0,253 ^Φ
	Acil	5,0	180,0	30,0	
	Çok Acil	5,0	127,0	32,5	

*Mann-Whitney U Test ^Φ Kruskal-Wallis Test,

4.3.3. Nöroloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 61 hastadan nöroloji konsültasyonu istendi. Nöroloji bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 13 hastada acil patoloji düşünülmedi, 20 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, 16 hastaya nöroloji bölümüne yatış önerildi, beş hastaya yoğun bakım takibi önerildi, yedi hastadan diğer bölümlerden konsültasyon ve/veya ek tetkik istenmesi önerildi. Nöroloji konsültan hekim geliş süresine hasta başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 4.8).

4.3.4. İç Hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 58 hastadan iç hastalıkları konsültasyonu istendi. İç hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 22 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, 23 hastadan diğer bölümlerden konsültasyon ve/veya ek tetkik istenmesi önerildi, 10 hastaya iç hastalıkları bölümüne yatış önerildi, üç hastada diğer hastanelere sevk önerildi. İç hastalıkları konsültan hekim geliş süresine hasta başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel

durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 4.9).

4.3.5. Enfeksiyon hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 23 hastadan enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. Enfeksiyon hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 13 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, sekiz hastaya enfeksiyon hastalıkları bölümüne yatış önerildi, iki hastaya yoğun bakım takibi önerildi.

Hastaların genel durumuna ile konsültan hekim geliş süresi arasında istatistiksel fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Konsültan hekim geliş süresi median değeri genel durumu iyi olan hastalara göre genel durumu orta ve kötü olan hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Enfeksiyon hastalıklarının konsültan hekim geliş süresine hastanın başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin ve hastanın aciliyetinin etki etmediği tespit edildi (Tablo 4.10).

Tablo 4.8. Nöroloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Nöroloji		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	7,0	135,0	35,0	0,850*
	Hafta sonu	7,0	120,0	50,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	7,0	130,0	45,0	0,884 Φ
	Akşam	10,0	135,0	22,5	
	Gece	8,0	120,0	21,0	
Cinsiyet	Kadın	7,0	135,0	25,0	0,890*
	Erkek	8,0	130,0	46,5	
Başvuru şekli	Ayaktan	10,0	135,0	57,5	0,731 Φ
	112	7,0	130,0	21,5	
	Özel Araç	8,0	110,0	60,0	
Genel durumu	Hastaneler arası sevk	7,0	120,0	32,5	0,532 Φ
	İyi	15,0	135,0	60,0	
	Orta	7,0	130,0	22,0	
Aciliyet	Kötü	7,0	122,0	48,0	0,271 Φ
	Acil Olmayan	8,0	110,0	57,5	
	Acil	7,0	135,0	46,5	
	Çok Acil	7,0	122,0	20,0	

*Mann-Whitney U Test Φ Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.9. İç hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

İç Hastalıkları		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	8,0	200,0	46,0	0,150*
	Hafta sonu	12,0	290,0	105,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	12,0	200,0	57,5	0,764 [‡]
	Akşam	13,0	145,0	40,0	
	Gece	8,0	290,0	75,0	
Cinsiyet	Kadın	8,0	290,0	47,5	0,443*
	Erkek	10,0	270,0	57,5	
Başvuru şekli	Ayaktan	14,0	145,0	30,0	0,079 [‡]
	112	8,0	200,0	55,0	
	Özel Araç	13,0	270,0	111,0	
	Hastaneler arası sevk	13,0	290,0	50,0	
Genel durumu	İyi	14,0	180,0	52,5	0,990 [‡]
	Orta	8,0	270,0	57,5	
	Kötü	10,0	290,0	48,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	13,0	180,0	75,0	0,260 [‡]
	Acil	8,0	290,0	30,0	
	Çok Acil	13,0	125,0	50,0	

*Mann-Whitney U Test ‡ Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.10. Enfeksiyon hastalıkları araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Enfeksiyon Hastalıkları		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	10,0	180,0	35,0	0.190*
	Hafta sonu	70,0	75,0	72,5	
Giriş zaman dilimi	Sabah	10,0	180,0	35,0	0.901 [‡]
	Akşam	12,0	95,0	42,5	
	Gece	-	-	-	
Cinsiyet	Kadın	10,0	120,0	57,5	0.591*
	Erkek	12,0	180,0	35,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	10,0	75,0	27,5	0.063 [‡]
	112	12,0	180,0	70,0	
	Özel Araç	15,0	60,0	40,0	
	Hastaneler arası sevk	-	-	-	
Genel durumu	İyi	10,0	45,0	17,5	0.007 [‡]
	Orta	25,0	180,0	65,0	
	Kötü	35,0	120,0	70,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	10,0	75,0	37,5	0.928 [‡]
	Acil	13,0	95,0	51,5	
	Çok Acil	12,0	180,0	35,0	

*Mann-Whitney U Test ‡ Kruskal-Wallis Test

4.3.6.Genel cerrahi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 76 hastadan genel cerrahi konsültasyonu istendi. Genel cerrahi bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 46 hastada acil patoloji düşünülmedi, dört hastaya poliklinik kontrolü önerildi, altı hastadan diğer bölümlerden konsültasyon ve/veya ek tetkik istenmesi önerildi, 20 hastaya genel cerrahi bölümüne yatış önerildi.

Genel cerrahi konsültan hekim geliş süresi ile geliş zaman dilimleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Konsültan hekim geliş süresi median değeri sabah ve gece gelen hastalara göre akşam gelen hastalarda daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Genel cerrahi konsültan hekim geliş süresine hastanın başvuru diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği tespit edildi.

4.3.7.Beyin ve sinir cerrahisi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 69 hastadan beyin ve sinir cerrahisi bölümünden konsültasyon istendi. Beyin ve sinir cerrahisi bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 35 hastada acil patoloji düşünülmedi, dört hastaya medikal tedavi önerildi, 15 hastaya gözlem önerildi, 15 hastaya beyin ve sinir cerrahisi bölümüne yatış önerildi.

Konsültan hekim geliş süresi median değeri hafta içi gelen hastalara göre hafta sonu gelen hastalarda daha uzun olduğu ve arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.12).

Hastaların genel durumu ile konsültan hekim geliş süresi arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Konsültan hekim geliş süresi median değeri genel durumu iyi olan hastalara göre genel durumu orta olan hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların aciliyet durumuna göre konsültan hekim geliş süresi arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Konsültan hekim geliş süresi median değeri acil kabul edilen hastalara göre çok acil kabul edilen ve acil olmayan hastalarda daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Beyin ve sinir cerrahisi konsültan hekim geliş süresine hastanın başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin ve hastanın aciliyetinin etki etmediği tespit edildi.

4.3.8.Ortopedi ve travmatoloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 86 hastadan ortopedi ve travmatoloji bölümünden konsültasyon istendi. Ortopedi ve travmatoloji bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; 26 hastada acil patoloji düşünülmedi, 45 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, 15 hastaya ortopedi ve travmatoloji bölümüne yatış önerildi.

Ortopedi ve travmatoloji konsültan hekim geliş süresi ile giriş zaman dilimleri arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Konsültan hekim geliş süresi median değeri sabah ve akşam gelen hastalara göre gece gelen hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların başvuru şekilleri ile konsültan hekim geliş süresi arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Konsültan hekim geliş süresi ayaktan gelen ve özel araç ile gelen hastalara göre 112 acil sağlık hizmetleri tarafından getirilen hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Konsültan hekim geliş süresi median değeri özel araç ile gelen hastalara göre hastaneler arası sevk olan hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Hastaların genel durumu ile konsültan hekim geliş süresi arasında istatistiksel olarak fark tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Konsültan hekim geliş süresi median değeri genel durumu iyi olan hastalara göre orta olan hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Konsültan hekim geliş süresi median değeri genel durumu kötü olan hastalara göre orta olan hastalarda daha uzun olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Ortopedi ve travmatoloji konsültan hekim geliş süresine hastanın başvuru diliminin, cinsiyetin ve hastanın aciliyetinin etki etmediği tespit edildi.

Tablo 4.11. Genel cerrahi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Genel Cerrahi		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	6,0	285,0	45,0	0,742*
	Hafta sonu	19,0	105,0	47,5	
Giriş zaman dilimi	Sabah	10,0	285,0	60,0	0,017 [‡]
	Akşam	6,0	105,0	40,0	
	Gece	30,0	180,0	45,0	
Cinsiyet	Kadın	6,0	285,0	45,0	0,560*
	Erkek	10,0	240,0	45,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	10,0	285,0	40,0	0,992 [‡]
	112	6,0	154,0	45,0	
	Özel Araç	7,0	240,0	60,0	
	Hastaneler arası sevk	17,0	110,0	60,0	
Genel durumu	İyi	15,0	285,0	45,0	0,849 [‡]
	Orta	7,0	154,0	52,0	
	Kötü	6,0	240,0	45,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	7,0	285,0	45,0	0,422 [‡]
	Acil	10,0	220,0	60,0	
	Çok Acil	6,0	240,0	45,0	

*Mann-Whitney U Test ‡ Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.12. Beyin ve sinir cerrahisi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Beyin ve Sinir Cerrahisi		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	5,0	180,0	32,0	0,033*
	Hafta sonu	25,0	120,0	60,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	8,0	180,0	40,0	0,688 [‡]
	Akşam	5,0	105,0	28,5	
	Gece	15,0	160,0	34,0	
Cinsiyet	Kadın	6,0	160,0	53,0	0,596*
	Erkek	5,0	180,0	33,5	
Başvuru şekli	Ayaktan	15,0	65,0	40,0	0,640 [‡]
	112	6,0	124,0	32,0	
	Özel Araç	32,0	85,0	61,0	
	Hastaneler arası sevk	5,0	180,0	40,0	
Genel durumu	İyi	13,0	75,0	20,0	0,003 [‡]
	Orta	8,0	160,0	57,5	
	Kötü	5,0	180,0	32,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	15,0	70,0	22,5	0,031 [‡]
	Acil	10,0	160,0	51,5	
	Çok Acil	5,0	180,0	32,0	

*Mann-Whitney U Test ‡ Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.13. Ortopedi ve travmatoloji araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Ortopedi ve Travmatoloji		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	5,0	170,0	47,0	0,099*
	Hafta sonu	8,0	150,0	20,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	5,0	90,0	30,0	0,000 [‡]
	Akşam	7,0	150,0	30,0	
	Gece	20,0	170,0	60,0	
Cinsiyet	Kadın	5,0	90,0	30,0	0,197*
	Erkek	5,0	170,0	50,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	5,0	140,0	20,0	0,011 [‡]
	112	8,0	170,0	60,0	
	Özel Araç	8,0	81,0	25,0	
	Hastaneler arası sevk	30,0	150,0	46,0	
Genel durumu	İyi	5,0	170,0	30,5	0,004 [‡]
	Orta	25,0	166,0	68,5	
	Kötü	11,0	60,0	35,0	
Aciliyet	Acil Olmayan	8,0	95,0	60,0	0,226 [‡]
	Acil	5,0	170,0	50,0	
	Çok Acil	7,0	120,0	30,5	

*Mann-Whitney U Test ‡ Kruskal-Wallis Test

4.3.9. Plastik, rekonstruktif ve estetik cerrahi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 86 hastadan plastik ve rekonstruktif cerrahi bölümünden konsültasyon istendi. Plastik ve rekonstruktif cerrahi bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; iki hastada acil patoloji düşünülmedi, 16 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, 12 hastaya plastik ve rekonstruktif cerrahi bölümüne yatış önerildi, bir hastaya diğer hastanelere sevk önerildi.

Geliş zaman dilimleri ile konsültan hekim geliş süreleri arasında istatistiksel olarak fark olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 4.14). Konsültan hekim geliş süresi median değeri akşam ve gece gelen hastalara göre sabah gelen hastalarda daha kısa olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

Plastik, rekonstruktif ve estetik cerrahi konsültan hekim geliş süresine hastanın başvuru diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği tespit edildi.

Tablo 4.14. Plastik, rekonstruktif ve estetik cerrahi araştırma görevlileri geliş süresine etki eden faktörler

Plastik Ve Rekonstruktif Cerrahi		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	4,0	240,0	30,0	0,319*
	Hafta sonu	7,0	60,0	20,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	4,0	60,0	20,0	0,004 ^Φ
	Akşam	20,0	210,0	67,5	
	Gece	10,0	240,0	105,0	
Cinsiyet	Kadın	7,0	210,0	75,0	0,341*
	Erkek	4,0	240,0	30,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	4,0	55,0	30,0	0,583 ^Φ
	112	7,0	105,0	30,0	
	Özel Araç	21,0	240,0	25,0	
	Hastaneler arası sevk	10,0	210,0	50,0	
Genel durumu	İyi	4,0	240,0	40,0	0,165 ^Φ
	Orta	7,0	30,0	22,5	
	Kötü	-	-	-	
Aciliyet	Acil Olmayan	10,0	105,0	55,0	0,526 ^Φ
	Acil	4,0	240,0	40,0	
	Çok Acil	7,0	110,0	21,0	

*Mann-Whitney U Test ^Φ Kruskal-Wallis Test

4.3.10.KBB araştırma görevlileri konsültasyona geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan 18 hastadan KBB bölümünden konsültasyon istendi. KBB bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; beş hastada acil patoloji düşünülmedi, 11 hastaya poliklinik kontrolü önerildi, iki hastaya KBB bölümüne yatış önerildi. KBB konsültan hekim geliş süresine hasta başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 4.15).

4.3.11.Üroloji araştırma görevlileri konsültasyona geliş süresine etki eden faktörler

Çalışmaya alınan yedi hastadan Üroloji bölümünden konsültasyon istendi. Üroloji bölümünden istenen konsültasyonların sonucunda; dört hastaya üroloji bölümüne yatış önerildi, üç hastaya poliklinik kontrolü önerildi. Üroloji konsültan hekim geliş süresine hasta başvuru diliminin, giriş zaman diliminin, cinsiyetin, başvuru şeklinin, hastanın genel durumunun ve hastanın aciliyetinin etki etmediği istatistiksel olarak tespit edildi (Tablo 4.16).

Tablo 4.15. KBB araştırma görevlileri konsültasyona geliş süresine etki eden faktörler

KBB		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	5,0	65,0	20,0	0,621*
	Hafta sonu	10,0	14,0	12,0	
Giriş zaman dilimi	Sabah	6,0	65,0	14,0	0,572 [‡]
	Akşam	5,0	52,0	25,0	
	Gece	-	-	-	
Cinsiyet	Kadın	5,0	65,0	25,0	0,102*
	Erkek	6,0	36,0	9,0	
Başvuru şekli	Ayaktan	5,0	52,0	20,0	0,540 [‡]
	112	6,0	36,0	10,0	
	Özel Araç	20,0	65,0	42,5	
	Hastaneler arası sevk	-	-	-	
Genel durumu	İyi	5,0	65,0	20,0	0,908 [‡]
	Orta	8,0	36,0	10,0	
	Kötü	-	-	-	
Aciliyet	Acil Olmayan	5,0	65,0	17,0	0,842 [‡]
	Acil	6,0	52,0	30,0	
	Çok Acil	8,0	30,0	12,0	

*Mann-Whitney U Test [‡] Kruskal-Wallis Test

Tablo 4.16. Üroloji araştırma görevlileri konsültasyona geliş süresine etki eden faktörler

Üroloji		Geliş süresi (dk)			P
		Min.	Max.	Median	
Başvuru dilimi	Hafta içi	17,0	160,0	40,0	0,439*
	Hafta sonu	45,0	118,0	81,5	
Giriş zaman dilimi	Sabah	30,0	160,0	42,5	1,000 [‡]
	Akşam	17,0	118,0	75,0	
	Gece	-	-	-	
Cinsiyet	Kadın	30,0	160,0	75,0	0,629*
	Erkek	17,0	118,0	42,5	
Başvuru şekli	Ayaktan	17,0	160,0	75,0	0,456 [‡]
	112	-	-	-	
	Özel Araç	30,0	45,0	40,0	
	Hastaneler arası sevk	-	-	-	
Genel durumu	İyi	17,0	160,0	42,5	0,317 [‡]
	Orta	-	-	-	
	Kötü	-	-	-	
Aciliyet	Acil Olmayan	45,0	118,0	81,5	0,297 [‡]
	Acil	30,0	160,0	75,0	
	Çok Acil	17,0	40,0	28,5	

*Mann-Whitney U Test [‡] Kruskal-Wallis Test

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda AS’de bekleme sürelerine; hastaların giriş zaman dilimlerinin, başvuru zamanlarının, başvuru şeklinin, genel durumunun ve aciliyetinin etkili olduğu tespit edilmiştir. Hasta yaşının artması ve istenen konsültasyon sayının artması ile AS’de kalış süresinin uzadığı tespit edilmiştir. Hastaların AS’de bekleme süreleri ile kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstruktif cerrahi konsültan hekimlerinin AS’ye geliş süresi ile pozitif yönde korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Karadağ ve ark.’larının İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 2010 yılında yapmış oldukları çalışmada acil polikliniğe başvuranların 65 yaş altındaki hastalarda daha sık olduğu ve acil gözlem servisine alınma endikasyonu konulan hastaların daha çok 65 yaşının üzerinde (65 yaş altı acil gözlem servisine alınma %0,8 iken 65 yaş üstü hastalarda %3,2) olduğu tespit edilmiştir(41). Taymaz T.’nin Amerikan Hastanesi’nde 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada yaşlı hasta grubunun genç popülasyona göre daha fazla yatırılarak tedavi edildiği ve AS’de bekleme süresinin daha uzun olduğunu bildirilmektedir(42). Singal ve arkadaşlarının Wright Eyalet Üniversitesi’nde 1992’de yaptıkları çalışmada, yaşlıların AS’lere daha az oranda acil olmayan nedenlerle başvurdukları yaşlıların yakınmalarının daha akut ve ciddi olduğu, AS’de kalış sürelerinin daha uzun olduğu ve hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir(43).

Bizim çalışmamızda yapılan çalışmalarla benzer şekilde hasta yaşı ile hastaların AS’de bekleme zamanı arasında pozitif yönde korelasyon olduğu çalışmamız verilerinden elde edilmiştir. Bunun nedeni yaşlanmayla beraber organ fonksiyonlarında gerileme olmakta, hastalarda daha çok ve daha ciddi sağlık problemleri meydana gelmektedir. Yaşlı hastalara tanı ve tedavi amaçlı daha çok tıbbi işlem (girişimsel işlem, laboratuvar testi, radyolojik tetkik, fazla sayıda konsültasyon vb.) yapılması da kaçınılmazdır. Böylelikle yaşlı hastaların AS’de daha kritik, daha yoğun ve daha uzun süre sağlık hizmeti alması gerekmekte ve bu da kalış süresini uzatmaktadır.

Uludağ Üniversitesi'nde Aydın ve ark.'ı tarafından 2010 yılında yapılan bir çalışmada hastaların hastaneye geliş şekilleri incelendiğinde, büyük bir çoğunluğun evden (%70) ve özel araçla (%84.9) AS'ye başvurduğu görülmüştür. Ambulansla AS'ye başvuran hastaların oranı %10.2' olduğu tespit edilmiştir(44). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda Ceyhan ve ark.'ı tarafından 2007 yılında yapılan çalışmasında hastaların en sık başvuru şeklinin hastaneler arası sevk (%60.5) ve doğrudan 112 acil sağlık hizmetleri tarafından getirilen hastalar (%3.5) olarak bulunmuştur(45). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi 2005 verilerinde ise, ayaktan başvuru oranı %78.5 ve ambulansla başvuru oranı %15.5' dir(46).

Bizim çalışmamızda hastaların geliş şekli ile AS'de bekleme sürelerine bakıldığında en kısa bekleme süresi 141.5 dakika ile hastaneler arası sevk iken en uzun bekleme süresi 338.5 dakika ile 112 acil hizmetlerinin getirdiği hastalarda tespit edildi. Hastaneler arası sevk ile gelen hastaların kısa beklemesini doğal olarak hasta hakkında ilgili bölümler hasta gelmeden bilgilendirilmiş olmasına bağlı olabileceği düşünüldü. 112 acil hizmetlerinin getirmiş olduğu hastaların daha uzun beklemesi, hastaların daha komplike olmasına ve daha fazla tıbbi işlemin (girişimsel işlem, laboratuvar testi, radyolojik tetkik, konsültasyon vb.) yapılmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Özçelik ve ark.'nın Eskişehir Osmangazi üniversitesi hastanesi AS'sinde 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada hafta içi (n=403) ve hafta sonu (n=789) AS'ye başvuran hastaların yoğunluğu ve bekleme zamanı yönünden anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir(47). Durmuş ve ark.'nın Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi AS'sinde 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada hafta içi başvuru sayısının (%68.5) hafta sonu başvuru sayısına göre daha fazla olduğunu saptanmışlardır. Yine aynı çalışmada hafta içi başvuran hastaların kalış süreleri hafta sonu başvuranların kalış sürelerine göre daha uzun olduğu görüldü(48).

Bizim çalışmamızda hastaların AS'de bekleme zamanı hafta içi gelen hastalara göre hafta sonu gelen hastaların daha kısa AS'de beklediği tespit edilmiştir. Hafta içi dönemde hastaların acil serviste daha uzun süre beklemesi polikliniklerin çalışmakta olması, elektif yapılması planlanan ameliyatların yapıyor olması, acil servisin ortak biyokimya ve radyoloji alanlarını kullanıyor olması, konsültan hekimin

hafta içi iş yoğunluğunun fazlalığı ve ulaşılmasında ki güçlük gibi nedenlere bağlı olabileceği düşünüldü.

Köse ve ark.'larının Van Devlet Hastanesi'nde 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada en çok başvuru zamanın 08:00-17:00 saatleri arasında ve en az başvurunun 00:00-08:00 saatleri arasında olduğu görüldü(49). Ersel ve ark.'larının Dokuz Eylül Üniversitesi'nde 2006 yılında yapmış oldukları bir çalışmada en yoğun başvuru saatlerinin 20:00-21:59 arasında, en düşük başvuru saatlerinin 04:00-05:59 arasında olduğunu tespit etmişlerdir. Yine aynı çalışmada geliş saatleri ve aciliyetinin uygunluğu arasında anlamlı bir ilişkinin varlığı gösterilememiştir(50). Guterman ve ark.'larının Chicago üniversitesinde 1985 yılında yaptıkları bir çalışmada, gece saatlerinde hasta yoğunluğunun daha az olduğu, ancak yatış oranının gündüz saatlerine göre iki kat daha fazla olduğu görüldü(51). ABD' de acil servis başvurularının %64.7' si saat 17:00-20:00 arasında olmaktadır(52). Yayıncı ve ark.'larının Acıbadem Üniversitesi'nde 2013 yılında yaptıkları çalışmada başvuru saatlerinin aciliyet yönünden incelendiğinde aciliyet açısından başvuru saatleri arasında fark olmadığı görüldü(53).

Bizim çalışmamızda gece saatlerinde gelen hastaların AS'de daha uzun beklediği tespit edildi. Gece gelen hastaların daha uzun süre AS'de beklemesinin nedeni olarak gece saatlerinde hastanemizde personel sayısının azlığı, radyoloji ve laboratuvar teknisyenin tek kişi olması ve bölümlerdeki nöbetçi hekim sayısının yetersizliğine bağlı olabileceği düşünüldü.

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda Tuğrul ve ark.'nın 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada en çok triaj kategorisi çok acil olarak tespit edilmiş ve en az triaj kategorisi acil olmayan hasta olduğu görüldü. Çok acil hastaların AS'de kalış süresinin belirgin olarak fazla olduğu tespit edilmiştir. En kısa kalış süresi acil olmayan hastalara ait olduğu görüldü(1). Aydın ve ark.'nın Uludağ Üniversitesi'nde 2008 yılında yapmış olduğu çalışmada çok acil hasta %16.5 iken acil olmayan hasta %62.3 olarak görüldü(54). 2007 ABD verilerine göre de çok acil %17, acil %15.7, acil olmayan %67.3 olarak raporlanmıştır(1, 55).

Bizim çalışmamızda en sık triaj kategorisi çok acil en az triaj kategorisi acil olmayan hastalardan oluşmaktaydı. Çok acil hasta grubundaki ABD verilerine göre yükseklik hastanemizin üçüncü basamak referans hastanesi olması ve çalışmaya

sadece konsültasyon istenen hastaların alınmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. AS'de bekleme süreleri ile en kısa süre çok acil olan hastalar beklerken en uzun süre acil hastalar beklemekteydi. Kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik rekonstruktif ve estetik cerrahi, KBB ve üroloji bölümlerinin konsültan hekim geliş süreleri çok acil hastalara, acil ve acil olmayan hastalara göre daha hızlı geldiği tespit edilmiştir. Bunun nedeninin çok acil hastalarda konsültan hekim geliş süresinin kısa olması ve acil hekiminin daha kısa sürede karar vermesi ve hastaya diğer hastalara göre öncelik veriliyor olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Vanpee ve ark.'larının Mont-Godinne Üniversite Hastanesi'nde 2001 yılında yapmış oldukları çalışmada yaşlı hastaların en çok başvuru nedeninin genel durum bozukluğu olduğunu görüldü(56). Singal ve arkadaşlarının Wright Eyalet Üniversitesi'nde 1992'de yaptıkları çalışmada AS'ye yapılan geriatrik başvuruları incelemişler, bu hastaların gençlere oranla daha fazla komorbid hastalığı olduğunu, AS'de daha fazla kaldıklarını, yatış ve aciliyet oranlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir(43). Özçelik ve ark.'nın Eskişehir Osmangazi üniversitesi hastanesi AS'sinde 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada kategori bir hastaların yaş ortalaması 57.4 olduğu tespit edilmiştir(47). Yaşlıların AS'lere daha fazla acil nedenlerle başvurdukları, yaşlıların yakınmalarının daha akut ve ciddi olduğu, AS'de kalış sürelerinin daha uzun olduğu ve hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu benzer çalışmalarda da gösterilmiştir(57).

Bizim çalışmamızda en kısa bekleme süresi median değeri 198.5 dakika ile genel durumu iyi olan hastalara ait olduğu ve en uzun bekleme süresi median değeri 290 dakika ile genel durumu orta olan hatalara ait olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni genel durumu iyi ve kötü olan hastalara göre genel durumu orta hastaların birden çok bölümü ilgilendiren sorunlarının olması, tanıya yönelmedeki güçlükler ve hastayı sahiplenip takip edecek branşın bulunmasındaki zorluklardan ötürü AS'de bekleme süreleri daha uzun olduğu düşünülmüştür.

Cho ve ark.'larının Pusan Ulusal Üniversitesi Hastanesi'nde 2011 yılında yapmış olduğu bir çalışmada bir konsültasyon isteneler ile iki veya daha fazla konsültasyon istenen hastaların acil bölümde bekleme süreleri arasında önemli bir fark olduğu görüldü(58). M. Genç ve ark.'larının 1999 yılında yapmış olduğu bir

çalışmada AS’de istenen konsültasyon sayısı artıkça bekleme sürelerinin uzadığı görüldü(18). Aynı şekilde Özçelik ve ark.’nın Eskişehir Osmangazi üniversitesi hastanesi AS’inde 2012 yılında yapmış oldukları bir çalışmada bir konsültasyon istenen hastaların, iki ve üzerinde konsültasyon istenen hastalara göre daha kısa AS’de kaldığı görüldü(47).

Bizim çalışmamızda literatürle benzer şekilde istenen konsültasyon sayısının artması ve aynı bölümden tekrar konsültasyon istenmesi ile hastaların AS’de kalış süresi uzamaktadır. Bunun nedeni de kuşkusuz, her bir konsültan hekimin hastayı değerlendirebilmesi için belli bir zamana ihtiyacı olmasıdır. Yatışı gereken hastaların öncelik durumuna göre ilgili servise hızlı şekilde yatırılması, ve aciliyeti olmayan ve serviste istenebilecek konsültasyon, laboratuvar ve görüntülenme yöntemlerinin AS üzerinden yapılamamasına dikkat edilmesi ile hastaların AS bekleme sürelerinin kısılacağı düşünülmüştür. Yine acil servis hekimlerinin gereksiz konsültasyondan kaçınmasının, gerekli tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin konsültasyon isteminden önce yapılmasının hastanın AS’de bekleme süresini kısıltacağı düşünülmüştür.

Köse ve ark.’larının Van Devlet Hastanesi acil servisinde 2011 yılında yapmış oldukları çalışmada en fazla konsültasyon istenen bölümler sırası ile Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi olduğu görüldü(49). Kılıçaslan ve ark.’larının Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 2005 yılında yapmış olduğu çalışmada ise, en fazla konsültasyon istenen bölümler sırasıyla kardiyoloji, ortopedi ve travmatoloji, iç hastalıkları ve genel cerrahi olduğu görüldü(15). Taymaz T.’nin Amerikan Hastanesi’nde 2010 yılında yapmış olduğu çalışmada en çok konsültasyon istenen bölümler sırası ile kardiyoloji, nöroloji ve dahiliye olduğu görüldü(42). Bizim çalışmamızda ise en fazla konsültasyon istenen bölümler kardiyoloji, ortopedi ve travmatoloji ve genel cerrahi olarak tespit edilmiştir.

Yapılan bir çalışmada konsültan hekimle irtibat kurulduktan sonra AS’ye geliş süresi ortalama 40 dakika olarak tespit edilmiş ve bu sürenin AS kalabalığına katkıda bulunduğu belirtilmiştir(12, 38). Yine meslek örgütlerinin yönergeleri, konsültan hekim geliş süresini 30-45 dakika aralığında makul kabul etmiş ve konsültan hekim geliş süresinde en önemli belirleyici faktörün hastanın

gereksinimleri olduğunu belirtmiştir(39). Z. Karakaya ve arkadaşların Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı'nda 2004 yılında yapmış oldukları çalışmada çok acil hastalar için istenen konsültasyonlarda en hızlı yanıt veren bölüm kardiyoloji bölümü iken, en geç gelen bölüm ise enfeksiyon hastalıkları bölümü olarak saptanmıştır. Tüm konsültasyonlar ele alındığında ise konsültasyon hızını en önemli belirleyen faktörün hasta aciliyeti olduğu görülmüştür(32).

Bizim çalışmamızda tüm istenen konsültasyonların geliş süresi median değeri yapılan çalışmalara benzer şekilde 40 dakika olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda en kısa konsültasyona geliş süresi (median=17 dakika) KBB bölümüne ait iken en uzun konsültasyona geliş süresi (median=52.5 dakika) iç hastalıkları bölümüne aitti. Öngörülen geliş süreleri dikkate alındığında hastanemizde konsültan hekimlerin geliş süreleri makul süreler içerisinde olduğu tespit edilmiştir. Konsültan hekim geliş sürelerine etki eden faktörlere bakıldığında dahili bölümlerde hastanın aciliyeti ve genel durumu etkili olduğu, cerrahi bölümlerde ise en çok hastanın başvuru saatinin etkili olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni olarak mesai saatlerinde planlanan ameliyatların yapılıyor olması ve polikliniklerde hasta bakılıyor olmasına bağlı olarak konsültan hekimin iş yoğunluğunun daha fazla olmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

Kısıtlamalar

Dijital konsültasyon kayıt sisteminin olmaması, konsültan hekimlerin çağrı ve geliş saatlerinin düzenli kaydının tutulmaması nedeni ile toplanan hasta sayısının kısıtlı olması ve konsültan hekim geliş süresine etki edebilecek diğer faktörlerin (servis yoğunluğu, serviste yatan hastaların durumları, konsültan hekimlerin nöbet sayıları ve kıdem yılları vb.) araştırılmaması, çalışmamızın kısıtlamaları olarak sayılabilir.

Sonuç olarak AS'de bekleme süresine etki eden faktörler hastanın yaşının, AS'ye başvuru saatinin, hafta içi veya hafta sonu başvurmasının, hastanın genel durumunun, aciliyetinin ve istenen konsültasyon sayısının artmasının etkili olduğu tespit edildi. Kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstruktif cerrahinin AS'ye geliş süresi ile hastaların AS'de bekleme zamanı arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu tespit edildi. Konsültan hekim geliş sürelerine en önemli etki eden faktörün dahili bilimlerde

hastanın aciliyetinin ve cerrahi bilimlerde hastanın başvuru saatinin etkili olduğu tespit edildi.

6. KAYNAKLAR

1. Zeytin A, Tuğrul. Acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskisehir, 2010.
2. Shiber JR, Longley MB, Brewer KL. Hyper-use of the ED. The American journal of emergency medicine. 2009;27(5):588-594.
3. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1—concept, causes, and moral consequences. Annals of emergency medicine. 2009;53(5):605-611.
4. Pines JM, Prabhu A, McCusker CM, Hollander JE. The effect of ED crowding on education. The American journal of emergency medicine. 2010;28(2):217-220.
5. Gardner RL, Sarkar U, Maselli JH, Gonzales R. Factors associated with longer ED lengths of stay. The American journal of emergency medicine. 2007;25(6):643-650.
6. Boudreaux ED, Mandry CV, Wood K. Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. Academic emergency medicine. 2003;10(3):261-268.
7. Richards JR, Navarro ML, Derlet RW. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. Western Journal of Medicine. 2000;172(6):385-388.
8. Forster AJ. An agenda for reducing emergency department crowding. Annals of emergency medicine. 2005;45(5):479-481.
9. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. Annals of emergency medicine. 2000;35(1):63-68.
10. Lee-Lewandrowski E, Corboy D, Lewandrowski K, Sinclair J, McDermot S, Benzer TI. Implementation of a point-of-care satellite laboratory in the emergency department of an academic medical center. Archives of pathology & laboratory medicine. 2003;127(4):456-460.
11. Singer AJ, Viccellio P, Thode HC, Bock JL, Henry MC. Introduction of a stat laboratory reduces emergency department length of stay. Academic Emergency Medicine. 2008;15(4):324-328.

12. Lee RS, Woods R, Bullard M, Holroyd BR, Rowe BH. Consultations in the emergency department: a systematic review of the literature. *Emergency Medicine Journal*. 2008;25(1):4-9.
13. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Annals of emergency medicine*. 1999;33(1):97-103.
14. Bresnahan KA, Fowler J. Emergency medical care in Turkey: current status and future directions. *Annals of emergency medicine*. 1995;26(3):357-360.
15. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 2005;5(1):5-13.
16. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS. Definition of emergency medicine. *Academic emergency medicine*. 1998;5(4):348-351.
17. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Definition of emergency medicine and emergency physician. *Ann Emerg Med*. 1986;15:1240-1241.
18. Genç M, Eğri M, Pehlivan E, Kırımlıoğlu V, Yılmaz S. Acil Servise Başvuran Hastaların Bekleme Zamanları Üzerine Bir Çalışma. *Journal of Inonu University Medical Faculty*. 2010;6(4):337-339.
19. Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. Millî Eğitim Bakanlığı 2011
20. Kekeç Z. Tüm Yönleriyle Acil Tıp Tanı Tedavi ve Uygulama Kitabı. Nobel Kitabevi. 2010:3-5.
21. Pekdemir M ÇA, Eray O, Çete Y, Atilla R, Topuzoğlu A, Günerli A,. Triage Travma Skorlarının Acil Servis Performanslarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 2004:165-169.
22. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. 2007;49(3):275-281.
23. Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. T.C. Resmi Gazete. 16 Ekim 2009-Sayı:27378. <http://www.resmigazete.gov.tr>
24. Berner AR. Triage. In: Harwood-Nuss AL, Linden CH, Lutten RC, Shepherd SM, Wolfson AB, editors. *The clinical practice of emergency medicine*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996; 1525-1527.
25. Arslanhan S. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor? *Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı*. 2010; 1-6

26. Parvin C, Lo S, Deuser S, Weaver L, Lewis L, Scott M. Impact of point-of-care testing on patients' length of stay in a large emergency department. *Clinical chemistry*. 1996;42(5):711-717.
27. Derlet RW, Richards JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *Southern medical journal*. 2002;95(8):846-849.
28. Wong HJ, Morra D, Caesar M, Carter MW, Abrams H. Understanding hospital and emergency department congestion: an examination of inpatient admission trends and bed resources. *CJEM*. 2010;12(1):18-26.
29. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Annals of emergency medicine*. 2002;39(3):238-247.
30. Grief CL. Patterns of ED use and perceptions of the elderly regarding their emergency care: A synthesis of recent research. *Journal of Emergency Nursing*. 2003;29(2):122-126.
31. Ünsal A ÇA, Metintaş S, Arslantaş D, İnan OÇ. Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları. *Türk Geriatri Dergisi*. 2003;6(3):83-88.
32. Karakaya Z, Gökel Y, Açıkalın A, Karakaya O. Acil Tıp Anabilim Dalı'nda konsültasyon sisteminin işleyişi ve etkinliğinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*. 2009;15(3):210-216.
33. Holliman CJ. The art of dealing with consultants. *J Emerg Med*. 1993;11:633-640.
34. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmi Gazete, 1960; 4/12578 no lu karar.
35. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Türk Tabipler Birliği 'Etik kurallar mevzuatı' 1960; 6023 nolu yasa 59/g maddesi.
36. Woods RA, Lee R, Ospina MB, Blitz S, Lari H, Bullard MJ, et al. Consultation outcomes in the emergency department: exploring rates and complexity. *CJEM*. 2008;10(1):25-31.
37. Cortazzo JM, Guertler AT, Rice MM. Consultation and referral patterns from a teaching hospital emergency department. *The American journal of emergency medicine*. 1993;11(5):456-459.

38. Drummond AJ. No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. *CJEM*. 2002;4(2):91-97.
39. Hexter DA, Henry GL. Working with consultants. *Foresight: Risk Management for Emergency Physicians*. 2002;1(7):303-306.
40. Vosk A. Response of consultants to the emergency department: a preliminary report. *Annals of emergency medicine*. 1998;32(5):574-577.
41. Karadağ B, Çat H, Öztürk AO, Basat O, Altuntaş Y. Acil polikliniğine başvuran ve gözleme alınan hasta profili: Üç yıllık inceleme. *Akad Geriatri*. 2010;2:176-185.
42. Taymaz T. Acil Polikliniğinden Yatırılan Geriatrik Hastaların Ayrıntılı İrdelenmesi. *Akad Geriatri* 2010; 3: 167.75.
43. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, et al. Geriatric patient emergency visits part I: comparison of visits by geriatric and younger patients. *Annals of emergency medicine*. 1992;21(7):802-807.
44. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi*. 2010;9(4):163-168.
45. Ceyhan MA. Acil serviste hastaların uzun bekleme sürelerine etki eden faktörler (Uzmanlık Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2007.
46. Nawar EW, Niska RW, Xu J. National hospital ambulatory medical care survey: 2005 emergency department summary. *Emergency*. 2007;386:1-32.
47. Özçelik H. Acil Servis' e Başvuran Kategori 1 Hastaların Acil Servis'te Kalış Süresini Etkileyen Faktörler. *Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi*. Eskisehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskisehir; 2012.
48. Durmuş O. Acil Serviste Hastaların Uzun Bekleme Sürelerine Etki Eden Faktörler (Uzmanlık Tezi). Uludağ Üniversitesi; 2009.
49. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Derg*. 2011;17(2):57-62.
50. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA, et al. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi, Turk J Emerg Med*. 2006;6:25-35.

- 51.** Guterman JJ, Franaszek JB, Murdy D, Gifford M. The 1980 patient urgency study: further analysis of the data. *Annals of emergency medicine*. 1985;14(12):1191-1198.
- 52.** Niska R, Bhuiya F, Xu J. National hospital ambulatory medical care survey: 2007 emergency department summary. *Natl Health Stat Report*. 2010;26(26):1-31.
- 53.** Yaylacı S, Öztürk TC, Yilmazer SÇ. Acil Servise Ambulansla Başvuran Hastaların Aciliyetinin Retrospektif Değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;4(2):64-67.
- 54.** Aydın T. UÜTF Hastanesi acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri (Uzmanlık Tezi). Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2008.
- 55.** Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R. Trends and characteristics of US emergency department visits, 1997-2007. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2010;304(6):664-670.
- 56.** Vanpee D, Swine C, Vandebossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. *European Journal of Emergency Medicine*. 2001;8(4):301-4.
- 57.** Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? *Annals of emergency medicine*. 1994;24(5):953-957.
- 58.** Cho SJ, Jeong J, Han S, Yeom S, Park SW, Kim HH, et al. Decreased emergency department length of stay by application of a computerized consultation management system. *Academic Emergency Medicine*. 2011;18(4):398-402.