

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ ACİL SERVİSİ'NE YAPILAN
BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ACİL
OLMAYAN KULLANIMIN BELİRLENMESİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ

132125

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

Tez No:

2003-ANKARA

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

T.C.

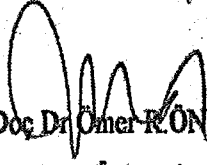
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı

Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 01.07.2003



Yrd Doç Dr Ömer R. ÖNDER

Ankara Üniversitesi

Jüri Başkanı



Doç Dr Sıdika KAYA

Hacettepe Üniversitesi



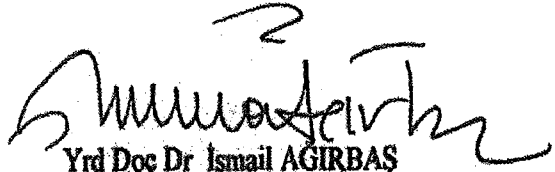
Yrd Doç Dr Ahmet M. ACUNER

Ankara Üniversitesi



Yrd Doç Dr A. Ezel ESATOĞLU

Ankara Üniversitesi



Yrd Doç Dr İsmail AGIRBAŞ

Ankara Üniversitesi

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin kullanımının gün geçtikçe artması, hastane yataklarının kısıtlı olması, poliklinik hizmetlerinin yetersiz kalması, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuruların azalması nedenleriyle acil servise başvuran hasta sayısının arttığı ileri sürülmektedir. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine yeteri kadar yönlendirilememeleri, kişilerin birinci basamaktaki tetkikleri yetersiz bulmaları, hastanelerin polikliniklerindeki randevu tarihlerini geciktirmekte ve acil servise başvuruları da artırmaktadır. Hastaların sayısı artıkça, her hasta için ayrılan süre azalmakta, bir hasta için ayrılan sürenin uzaması hekimde stres yaratmakta, bekleme süresinin artması da hastanın servisin kalitesini olumsuz değerlendirmesine neden olmaktadır (Kunt,2001:2; Kosku,1995:18).

Acil servislere yapılan başvuruların sayısının bütün ülkelerde gün geçtikçe arttığı ileri sürülmektedir. Birinci basamakta sunulan hizmetlerin yetersizliği, halkın birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması veya bu merkezlere güvenmemeleri, bu merkezlere olan ulaşılabilirliğin güç olması, acil serviste tedavi süresinin daha kısa olduğuna inanmaları, acil servislerin tedavileri için en uygun yerler olduğunu düşünmeleri acil servislerin hasta sayısını artıran nedenlerden birkaçı olduğu ileri sürülmektedir. İleri teknolojilerin kullanıldığı ve maliyetin diğer ayakta bakım merkezlerine göre daha pahalı olduğu acil servislere amaç, gerçekten acil olan hastaların tedavisini yapmaktır. Acil servislerin uygun kullanılıp kullanılmadığı, aciliyet kriterleri ile saptanmaktadır. Acil servislere acil olmayan nedenlerden dolayı yapılan başvuruları azaltmak için gereksiz kullananların maliyet paylaşımına katılması, eğitim verilmesi, minör problemlerle gelen hastaların ayakta bakım merkezlerine yönlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılabilir olmasının sağlanması ve birinci basamakla olan ilişkilerin güçlendirilmesi yapılan uygulamalardan bazıları olarak belirtilmektedir.

Araştırma süresince yardımlarını esirgemeyen Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu'na, Ankara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi Araştırma

Görevlisi Uzman Yasemin Akbulut'a, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Dr. Erdem Karabulut'a, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı Dr. Abdulkadir Özbek'e, Genel Cerrahi Hekimi Dr. Kalbim Arslan'a, Sağlık Bakanlığı Yüksek İhtisas Hastanesi Radyoloji Hekimi Dr. Özlem Koçal'a, Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Çalışanları'na ve katkılarından dolayı arkadaşım Duygu Kükürt'e teşekkürlerimi sunarım.

Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ

Temmuz 2003



İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay	ii
Önsöz.....	iii
İçindekiler.....	v
Tablolar.....	viii
Kısaltmalar.....	x
1. Giriş.....	1
2. Genel Bilgiler	4
2.1. Acil Servislerle İlgili Tanımlar.....	4
2.1.1. Kritik Acil	5
2.1.2. Acil	5
2.1.3. Az Acil.....	5
2.1.4. Acil Olmayan	6
2.1.5. Acil Servis.....	6
2.1.6. Acil Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2. Acil Servislerin Kullanımına Etki Eden Faktörler	10
2.3. Acil Servislerin Acil Olmayan Nedenlerle Kullanımı.....	14
2.3.1 Aciliyet Kriterleri.....	14
2.3.2. Acil Servislerin Kullanımı İle İlgili Araştırmalar.....	25
2.4. Acil Servislere Acil Olmayan Nedenlerle Yapılan Başvuruların Yarattığı Sorunlar.....	29
2.4.1. Uzun Bekleme Süresi ve Hastanın Memnuniyetinin Azalması	29
2.4.2. Doktorların Verimliliğinin Azalması, Hemşire ve Yardımcı Personel Sayısının Yetersiz Kalması.....	30
2.4.3. Hastanın Sağlığının Tehlikeye Girmesi.....	34
2.4.4. Acil Servislerde Sunulan Hizmetlerin Pahalı Olması ve Hizmetin Maliyetleri Artırması.....	36
2.4.5. Şiddet	37
2.4.6. Radyoloji, Laboratuvar ve Yardımcı Tetkiklerin Gecikmesi.....	38
2.4.7. Acil Servislerin Fiziksel Yetersizlikleri ve Ambulansların Farklı Hastanelere Yönlendirilmesi	38

2.4.8. Hastanın Ağrı ve Sıkıntılarının Süresinin Uzaması.....	39
2.5. Acil Servislerin Acil Olmayan Nedenlerle Kullanımının Azaltılmasına Yönelik Öneriler.....	40
2.5.1 Acil Servislerde Triaj Kılavuzunun Kullanılması.....	41
2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Yasal Düzenlemeler	42
2.5.3. Basamaklı Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı.....	46
2.5.4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirliğin Artırılması.....	52
2.5.5. Sağlık Hizmetlerinin Etkili Yönetilmesi ve Topluma Sağlık Eğitimi Verilmesi.....	53
3. Gereç ve Yöntem.....	57
3.1. Araştırmanın Amacı.....	57
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	57
3.2.1. Tarihçe.....	57
3.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi.....	59
3.3. Araştırma Modeli.....	61
3.4. Evren ve Örneklem.....	62
3.5. Hipotezler.....	63
3.6. Sınırlılıklar.....	64
3.7. Ön Uygulama.....	64
3.8. İzinler.....	64
3.9. Veri Toplama Aracı.....	64
3.10 Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	70
3.11. Analiz ve Değerlendirme.....	71
4. Bulgular	72
5. Tartışma	93
6. Sonuç ve Öneriler	118
Özet.....	125
Summary.....	127
Kaynaklar.....	129
Ekler.....	141
Ek 1.	142
Ek 2.	145

Ek 3.146



TABLOLAR

Tablo 2.1. Acil Servis Kullanımına İlişkin Literatürden Seçilen Bazı Araştırmalardaki Aciliyet Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar.....	28
Tablo 3.1. Yıllara Göre Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik ve Yatan Hasta Sayıları ile Yatak İşgal Oranları	58
Tablo 3.2. Yıllara Göre Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Başvuru ve Olgu Sayıları.....	61
Tablo 4.1.1. Acil Servise Başvuran Hastaların Dörtlü Aciliyet Kriterleri Sınıflamasına Göre Dağılımı.....	72
Tablo 4.1.2. Acil Servise Başvuran Hastaların İkili Aciliyet Kriterleri Sınıflamasına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 4.1.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Başvuru Saatlerine ve Günlerine Göre Dağılımı.....	74
Tablo 4.1.4. Acil Olmayan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	76
Tablo 4.1.5. Acil Olmayan Hastaların Algıladıkları Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı.....	77
Tablo 4.1.6. Acil Olmayan Hastaların Acil Servise Ulaşım Şekline Göre Dağılımı.....	78
Tablo 4.1.7. Acil Olmayan Hastaların Hastalık Tanılarına Göre Sınıflandırılması.....	79
Tablo 4.1.8. Acil Olmayan Hastaların Herhangi Bir Acil Servise Daha Önce Bir Defa Başvurma Nedenlerinin Dağılımı.....	80
Tablo 4.1.9. Acil Olmayan Hastaların Herhangi Bir Acil Servise Daha Önce İkinci Defa Başvurma Nedenleri	80
Tablo 4.1.10. Acil Olmayan Hastaların Acil Servisi Seçme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	81
Tablo 4.1.11. Acil Olmayan Hastaların Acil Servislerle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı.....	82
Tablo 4.1.12. Acil Olmayan Hastaların Acil Servis Hizmetlerini Kullanımı ile İlgili Dağılımı.....	83
Tablo 4.1.13. Acil Olmayan Ankara Merkez ve İlçelerinde Başvuran Hastaların Oturdukları Semtlere Göre Dağılımı.....	83
Tablo 4.1.14. Acil Olmayan Hastaların Hastalandıklarında Genellikle Gittikleri Sağlık Kurumlarının Dağılımı	84
Tablo 4.1.15. Acil Olmayan Hastaların Sağlık Ocakları Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı	84

Tablo 4.1.16. Acil Olmayan Hastaların Sağlık Ocağına Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı	85
Tablo 4.2.1. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	86
Tablo 4.2.2. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	86
Tablo 4.2.3. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	87
Tablo 4.2.4. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	88
Tablo 4.2.5. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı.....	88
Tablo 4.2.6. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Aylık Gelire Göre Dağılımı.....	89
Tablo 4.2.7. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının İkamet Ettikleri Yere Göre Dağılımı	90
Tablo 4.2.8. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Ağrı Düzeyine Göre Dağılımı.....	90
Tablo 4.2.9. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Şikayet Süresine Göre Dağılımı.....	91
Tablo 4.2.10. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları İle İlgili Algılamalarının Son Bir Yılda yapılan Başvuru Sayısına Göre Dağılımı.....	92

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	American College of Emergency Physicians
ANEAH	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BBSH	Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri
CLSCs	Centres Locaux Des Services Communautaires
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
GAO	General Accounting Office (Genel Muhasebe Örgütü)
SPGK	Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TSHGM	Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



1. GİRİŞ

Son on yıl acil tıp hizmetleri açısından olağanüstü yıllar olmuştur. Acil servislerde kalabalık on yıl öncesine kadar bir sorun değilken, günümüzde kır ve kentlerdeki çoğu hastanede gittikçe ciddi bir sorun haline gelmiştir. Acil servislere yapılan başvuruların sayısının gün geçtikçe artması, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bir yıl içerisinde yapılan başvuruların 100 milyonu geçmesine neden olmuştur. Acil servislerdeki kalabalığın ABD'nin bazı bölgelerinde kritik sorunlara yol açtığı ileri sürülmektedir (Derlet,2002:430).

Hastaların acil servisleri seçmelerinde hazırlayıcı faktörlerin (cinsiyet, yaş, ırk/etnik köken, medeni durum, sosyal destek), kolaylaştırıcı faktörlerin (gelir, sigorta kapsamı, düzenli bakım kaynağı, acil servislerin yakınlığı, algılanan ulaşılabilirlik) ve gereksinim faktörlerinin (ağrının düzeyi, semptomların şiddeti ve tanımlanması) etkili olduğu ileri sürülmektedir (Padgett ve Brodsky,1992:1191). Asplin (2001:282), öğrenim düzeyinin düşük olmasının, düzenli bakım kaynağının olmamasının, sağlık sigortasının olmamasının, hastaneye nakil sırasında yaşanan sorunlar gibi giriş bariyerlerinin acil servislerin kullanımı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.

Hastaların acil servisi seçmelerinde, acil servisleri hastalıklarının tedavisi için en uygun yerler olarak düşünmelerinin ve tedaviye gereksinim duydukları anda diğer bakım merkezlerinin ulaşılabilirliğinin olmamasının etkili olduğu ileri sürülmektedir. ABD'de Genel Muhasebe Örgütü (General Accounting Office), 1993 yılında yayınladığı raporda, acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımında kolaylık ve uygunluğun önemli rol oynadığını belirtmiştir (Barish ve Doherty,1995:677).

Çeşitli çalışmalarda, düzenli birinci basamak kaynağa sahip olmanın, acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımını engellediği belirtilmesine karşın Burnett ve Grover'ın (1996:1350) araştırmasında, acil olmayan başvuruların yaklaşık yarısının sağlık çalışanları tarafından acil servislere sevk edildiği belirlenmiştir.

ABD’de sigorta şirketleri, Health Maintenance Organizations ve bazı sağlık bakım politikacıları acil servisleri, acil olmayan hastalar için özendirildiği ve bir çekim merkezi haline getirildiği için sorumlu tutmaktadırlar (Derlet,2002:430).

Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanılmasının neden olduğu kalabalık, sunulan tedavinin kalitesini düşmesine, bazı hastaların ağrılarının uzamasına, tedavi olmak için uzun süre beklemlerine ve bu nedenle hastaların memnuniyetsizliğine, doktorların verimliliğinin düşmesine, ambulansların diğer hastanelere yönlendirilmesine ve şiddet olaylarının artmasına neden olduğu ileri sürülmektedir (Derlet ve Richards,2000:63; Derlet ve ark.,1995:216). Acil servislere başvuran vakaların bu servislerdeki hizmetlerden memnuniyetinin sağlanmasının, hem hasta ve yakınlarının tatmini, hem de hastane işletmeciliği açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Genç ve ark.,1994:338).

Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanılması, burada sunulan hizmetlerin pahalıya mal olmasına ve harcamaların artmasına neden olmaktadır. (Selby ve ark.,1996:635). Bu durum hastaneler için kazançlı görünmesine karşın burada sunulan hizmetlerin ayakta bakım merkezlerine göre daha maliyetli olduğu ileri sürülmektedir (Gill ve ark,1996:475). Williams (1996), acil servislerde minör hastalıklar için verilen tedavinin maliyetinin hekim ofislerine göre üç kat daha fazla olduğunu belirtmiştir. Selby (1997:1751) maliyet yüksekliğinin nedeni olarak, acil servis hekimlerine birinci basamak hekimlerden daha fazla ücret ödenmesini ve benzer acil olmayan problemler için daha fazla kaynak ayrılmasını göstermektedir. Williams (1996), acil olmayan hastaların acil servislerden hekim ofislerine yönlendirilmesi ile maliyetlerde büyük tasarruf sağlanacağını ileri sürmüştür.

Acil servislerin uygun kullanılması için çeşitli öneriler ileri sürülmektedir. Bu öneriler; acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların maliyet paylaşımına katılması (Selby ve ark.,1996:935), yönetimli bakım (hastanın acil servise başvurmadan önce birinci basamak hekime tedavi olmasının zorunlu hale getirilmesi ve hekimin uygun bulması halinde sevkinin gerçekleşmesi) başvuran hastaların triaja (sınıflandırma) tabi tutularak acil olmayanların ayakta bakım merkezleri olan birinci

basamak sağlık merkezlerine gönderilmesi (Gill ve ark.,1996:476), birinci basamak sağlık merkezlerine başvuruların arttırılması (Gill,1994:953) ve hastalara eğitim verilmesidir. Bazı hastanelerde, acil servislerdeki kalabalığa     m olarak, acil servislere daha fazla yatırım yapmakta, hemşire ve hekim sayısını arttırmakta, hastalara daha iyi bakım üzerine odaklanmaktadırlar (Derlet ve Richards,2000:63).

Çeşitli çalışmalarda, hastanenin acil servisine hastaların 1/3-2/3'ünün genel pratisyen düzeyinde çözülebilen problemler için başvurduğu ve hastanenin acil servisinin bu şekilde kullanımının hemen hemen bütün  lkelerde benzer olduğu ifade edilmektedir. İngiltere'de hastane hizmetlerinden yararlanabilmek için önce genel pratisyen sevki olması gerektiğinden (acil durumlar dışında), hastaların hastane hizmetinden yararlanmak için hastane acil servislerine başvurma eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Khalil,1996:7).

Türkiye'de acil servislerin kullanımı ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıdadır. Sınırlı sayıdaki bu araştırmalarda acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanım oranı aralığının %35 ile %52.8 çıkması bu ülkede de acil servislerin uygun kullanılmadığının birer göstergesi olmaktadır (Yeşilkayalı,1991:24;  nsoy,1993:59; şemin ve Güldal,1993:12; Akbulut,1998:31; Civaner,1999:6). Türkiye'de, sağlık hizmetleri sisteminin etkin şileyebilmesi öncelikle Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nin (BBSH)  rg tlenme biçimi ve örgütsel performans göstergelerinin yüksekliğine bağlı olduğu belirtilmektedir. BBSH'nin etkili şilememesi, kaçınılmaz olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin etkililiğine de olumsuz yansiyarak, önemli maliyet artışı ve kalite sorunlarını da gündeme getirebilmektedir (Algın,2002:8).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sevk organizasyonun bozuk olduğu belirtilmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sevk zincirinde bir karmaşanın söz konusu olduğu, ilk basamak sağlık hizmeti vermesi gereken kuruluşlar yerine, bu hizmeti ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların verdiği belirtilmektedir. Hastalar sağlık ocakları, dispanserler ve muayenehanelere başvurmak yerine, direkt olarak hastanelere başvurmaktadır.

Hastanelerde gereksiz yığılmalar meydana gelmekte ve hizmetin kalitesi düşmektedir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile düzenlenen hasta sevk zinciri uygulanmamakta, sağlık evleri ve sağlık ocaklarına özellikle kentlerde başvuru sayısı çok düşük bir düzeyde kalmaktadır (Güney,1998:100).

Bu çalışmanın amacı, acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların oranını saptamak, hastaların mesai saatleri içerisinde diğer sağlık bakım merkezleri (sağlık ocakları, dispanserler, semt poliklinikleri, sağlık merkezleri vb) açık olduğu halde, acil olmayan tıbbi problemleri yüzünden acil servisi kullanmalarının nedenlerini belirlemek, acil servise başvuran, acil olmayan hastaları hastalık tanılarına göre sınıflamaktır. Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanıldığını ortaya çıkartmayı amaçlayan bu araştırmada elde edilecek veriler ve geliştirilecek öneriler sağlık politikası üreticileri ve yöneticileri için yararlı olabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Servislerle İlgili Tanımlar

Sağlık hizmeti, sağlığı korumak ve daha iyiye götürerek hastalık oluşumunu önlemek, hastaları olanaklarının elverdiği en erken dönemde tanımak, tedavi etmek ve böylece kişinin en uzun süre en mutlu şekilde yaşamasını sağlamak amacıyla yönelik olarak düzenlenen toplumsal bir hizmettir (Söylemez ve ark.,2000:191-192). Sağlık hizmetlerinin sürekli sunulduğu yerlerden biri olan acil servisler, tıbbi çalışma süreci içinde çalışma koşullarının ağır olması, vakaların aciliyeti, hastaların içinde bulunduğu stres düzeyinin yüksekliği gibi nedenlerle diğer sağlık birimlerine göre belirli farklılıklar göstermektedir. Acil servise başvuran hastalar aciliyet ve tedavi önceliği açısından önem arz etmektedir.

Acil hastalar, hayati tehlike geçirmekte olan, daha tanı konulmamış heterojen bir grup olarak hastanede yatan hasta bireylerden farklıdır. Bu hastalar

problemleri ani gelişmiş, henüz hasta rolünü kabul etmemiş, teşhis ve tedavi beklemekte olan hastalardır. Acil hastalar hastalıklarını bilmediklerinden dolayı endişe, stres, şaşkınlık, panik ve kayıp korkuları ile saldırgan, suçlayıcı ve şikayet edici davranışlar gösterebilmektedir. Hasta ile birlikte yakınları da, bu ani olay karşısında çeşitli tepkiler verebilmektedir. Hastaların bu şekilde gelmesi çoğu zaman hasta ve sağlık personeli için büyük problemler oluşturmaktadır. Aciliyet içeren durumlarda zamanı, kaynakları ve müdahaleyi çok iyi planlamak ve uygulamak gerekmektedir. Hastaların tıbbi tedavi ve bakımının anında yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde çok küçük zaman kayıpları bile olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Yıldırım,1994:2,3,12; Güneş,1996:13; Civaner,1999:3). Aşağıda bu çalışmada sıklıkla kullanılan bazı tanımlara ait açıklamalar verilmiştir.

2.1.1. Kritik acil

Ölüm veya sakatlık gibi durumları önlemek için acil bakım gerektiren durumlardır (Slee ve ark.,1996:57). En şiddetli kategoridir. (miyokard enfarktüsü, solunum sıkıntısı vb.) (Bindman ve ark.,1991:1092)

2.1.2. Acil

Yirmidört saat içinde tıbbi müdahale gerektiren hastalıklardır (örneğin hastanın komada olması, büyük kanamalar, solunum güçlüğü) (Akbulut,1998:11). Kritik acillere göre az acil olan durumlardır (Slee ve ark.,1996:191).

2.1.3. Az acil

Acil bakım verilmesi ile sıkıntısı ve rahatsızlığı azaltılabilecek olan hastalardır (Shah,1996:1316). Gün içinde diğer sağlık merkezlerinde de bakım alabilecek hastalardır.

2.1.4. Acil olmayan

Hemen değerlendirilmesi gerekmeyen, fakat tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalardır (üst solunum yolu enfeksiyonu, hafif ishal) (Uğur,1995:2).

2.1.5. Acil Servis

Literatürde, araştırmacılar tarafından yapılan acil servis tanımları genelde benzerlik gösterir. Bu araştırmacılardan Lee ve arkadaşları (2000:1076) acil servisleri, yaşamı tehdit eden acil veya kritik durumdaki hastalara hizmet veren yerler olarak belirtmişlerdir.

Orr ve arkadaşları da (1991:283) acil servisleri, aniden ortaya çıkan hastalıkların ve kaza/travmaya maruz kalan yaralıların hemen tedavisi için tasarlanmış yerler olduğunu belirtmişlerdir.

Torrens ve Yedvab, acil servislerin sağlık bakımı üzerinde üç temel işlevi olduğunu belirtmektedirler. Birinci işlevi, acil servislerin travma merkezi olarak hizmet vermesidir. Roth ile Ullman ve arkadaşları da, acil servis başvurularının yaklaşık %40'ının travmatik yaralanmalar olduğunu belirtmişlerdir. İkincisi, özel bakımın kullanılabilir olmadığı durumlarda bunların yerine hizmet vermesi, üçüncüsü, kentteki yoksul hastalar için aile hekimliği olarak hizmet vermesidir (Padgett ve Brodsky,1992:1191-1192).

Çeşitli yazarlar sağlık sisteminin vitrinini acil tıp sistemi, hastanelerin vitrinini ise acil servislerin oluşturduğunu belirtmektedir. Haftanın yedi günü, yirmidört saat açık olup gerektiğinde hastanenin diğer kısımlarından tıbbi personel ve hemşire ile diğer konularda destek talep eden acil servisler genelde, ülkenin koşul ve standartlarına, özelde ise, bölgesel niteliklere, bölge halkının gereksinimlerine uygun, insanların en çok yardıma muhtaç oldukları yerlerdir (Bohland,1984:1218;

Orr ve ark.,1991:284; Güneş,1996:11; Adaş ve ark.,1998:1; Rodoplu,2001a:641; Cander,2001:652).

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren acil servislere olan yoğun talep sonucu bu servislere ilişkin bakım, ayrı bir bilim dalı olarak gelişmiş ve çağa uygun olacak şekilde plan ve organizasyonları yapılmaya başlanmıştır. Bugün bu servisler ekipmanından fiziki konumuna, teknik donanımından işgücüne kadar her ayrıntısı ile ayrı ayrı planlanmaktadır (Adaş ve ark.,1998:1).

2.1.6. Acil Sağlık Hizmetleri

Kişinin yer ve zaman belli olmaksızın ani olarak karşılaştığı hayatı tehdit eden ve bu nedenle anında yardım edilmesi gereken sağlık sorunlarını çözmeye yönelik bir hizmetler dizisi olarak tanımlanabilir. Acil sağlık gereksiniminin ortaya çıktığı yer ve andan başlayarak hastalığının ilgilendirdiği servise yatışlarına veya tekrar normal koşullara döndürülüşüne kadar hayati fonksiyonları korumaya yönelik bir dizi hizmetler bütünüdür (Şemin ve Güldal,1993:11,14). Acil hastalara uygulanan tüm işlerin hastaların tıbbi gereksinimlerini karşılayacak kalitede olması gerekmektedir (Adaş ve ark.,1998:2).

Çeşitli yazarlar acil sağlık hizmetlerinin, kalp durması, hava yolu tıkanması, dış kanama, iç kanama, şok ve çeşitli yaralanmalar, iş kazaları, apandisit, mide-barsak delinmesi, yanıklar vb. nedeniyle acil servise başvuran veya getirilen hastalara en kısa sürede, en etkili sağlık hizmetinin götürülmesi ve hastanın hayati bulgularının stabil hale getirilmesi, tedavi sonrası taburcu veya hastalığı ile ilgili servise yatış gibi işlemleri içerdiğini belirtmektedir (Sevim,1986:6; Gezer,1992:5; Önsoy,1993:4; Eren,2000:8).

Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda etkili olan temel faktörler insangücü kaynakları, kaynak dağılımı, nitelikli programlamadır. Nitelikli bir sağlık hizmeti, sağlığın temel gereklerinin etkin bir şekilde yerine getirilmesi, sağlık politikalarının

iyileştirilmesi ve risklerin azaltılmasının tek yolu iyi bir işbirliğidir. Başarı, ekip elemanlarının eğitim düzeyleri ve özveri potansiyelleri yanında, iş bölümünün doğru yapılmasına ve ücretin de hakça dağıtılmasına bağlı olarak artacaktır (Pişkinsüt,1994:2).

Bir yönetim ekibi oluşturulurken, dikkat edilmesi gereken, ekibin unvan sahibi minimum sayıdaki kişilerden oluşmasıdır. Ekibin boyutları ne olursa olsun insan yetenekleri, klinik yetenekler ve kurumsal yetenekler olmak üzere üç temel içerik söz konusudur. İnsan yetenekleri, bakım konusunda etkileşimi, yüzleşmeyi, danışmanlığı ve iyi niyetlerin görünmesini içerir. Klinik Yetenekler; klinik uzmanlığı, eğitim coşkusu, öğrenme ve öğretime katılımı içermektedir. Kurumsal yetenekler; etkinliğin artırılması, eksikliklerin tanımlanması, mantıklı düşünce ve proje organizasyonu sistemlerinin tanımlanması yeteneğidir. İşbirliğinin en güzel örneği ise, acil servis ekibidir. Acil servis ekibi; Türkiye’de ve diğer bazı ülkelerde olduğu gibi acil hekimleri, pratisyen hekimler, hemşireler, sağlık memurları, yardımcı destek hizmetlileri gibi değişik disiplinlerden meslek üyelerinin ve hastane yönetiminin birlikte belirledikleri, acil bakım standartları ile ilgili ortak amaçlar doğrultusunda sunulan acil tedavi ve bakım hizmetlerini belirli görev, yetki ve sorumluluklar çerçevesinde, uyumlu bir şekilde sunan profesyonel ve profesyonel olmayan kişilerden oluşur. Acil bakım hizmeti veren bu ekip arasında sürekli bir iletişim, disiplinlerarası işbirliğinin varlığı verilen bakımın etkinliğini ve niteliğini yükselttiği gibi; ortamın ve ekibin huzur ve güven içinde olmasına ve hasta akışının hızlanmasına yol açar. Tersini düşünüldüğünde bu disiplinler arasında işbirliğinin koptuğu durumlarda ise verilen hizmet olumsuz yönde etkilenmektedir (Güneş,1996:56-57; Civaner,1999:3).

Acil servislerin önemli hedeflerinden biri düzenli hasta akışının sağlanmasıdır. Hasta akışını girişten taburcu olana dek bir çok faktör etkileyebilir. Gereği gibi yönetilen bir acil serviste bu etkenler düzenli olarak değerlendirilmeli ve gerekli düzeltmeler yapılarak hastaların olumlu geri bildirimlerinin artması sağlanmalıdır (Gürsoy ve ark.,1999:110). Acil serviste hasta akışını etkileyen faktörler iki başlık altında toplanabilir.

- **Dış Faktörler:** Bunlar hasta hacmi ve hastaların aciliyet düzeyleridir. Acil hasta başvurularının vardiya ve haftanın günlerine göre dağılımı sürekli olarak izlenmelidir. Böylece yöneticinin plan yapma olasılığı doğar. Hastaların aciliyet düzeyi günden güne hatta saatten saatte değişebilen bir faktördür. Vardiya ve haftanın günlerine göre uygun personel dağılımı yapmak üzere hasta aciliyet durumu izlenmelidir. Yoğun zamanlar için ek personel sağlama olanağı olmalıdır (Gürsoy ve ark.,1999:110).
- **İç Faktörler:** Kurumun kontrolü altında bulunan koşullardır. Personelin yeterliliği, kayıt süreci, destek sistemleri, iş akışı, alt yapı, laboratuvar hizmetleri, tanı yöntemleri, yardımcı hizmetler, diğer hizmetler gibi (Gürsoy ve ark.,1999:110).

Dış faktörler göz önüne alınarak iç faktörlerin değiştirilmesi gerekmektedir. Personel düzenli olarak mesleki eğitim ve iletişim becerileri konusunda eğitim almalıdır. Acil servis personeli her hastayı zamanında tedavi etmenin önemini kavramış olmalıdır. Eksik oldukları alanları belirleyip gereken değişiklikleri yapmalıdır. Tüm acil servis ekibinin hedefi etkin hasta akışını sağlamak olmalıdır (Gürsoy ve ark.,1999:110).

Yoğun hasta akışının ve stresin üstesinden gelmek ve insani bir çalışma ortamı yaratmak planlama ile olasıdır. Acil servislerde doğru ve amaca yönelik planlama yapabilmek için hasta yoğunluğunun ve zamana göre dağılım farklılıklarının saptanması, hastaların aciliyet düzeylerinin saptanması, hastaların acil serviste kalış sürelerinin ölçülmesi gerekmektedir. İnsan kaynakları planlaması yapılırken, gün içinde en yoğun saatlerde çalışan hekim, hekim dışı sağlık personeli sayısının diğer saat dilimlerinden fazla olması ve iş performansı açısından çalışanların dinlenmiş olarak acil servis görevine gelmeleri sağlanmalıdır (Gürsoy ve ark.,1999:110,112).

2.2. Acil Servislerin Kullanımına Etki Eden Faktörler

Hastaların acil servisleri kullanmalarında çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Hastanın hastalığını algılaması acil servis kullanımında önemli bir faktör olmakla birlikte, acil servis kullanımını etkileyen diğer bazı faktörler de bulunmaktadır. Hastanın cinsiyeti, yaşı, öğrenim düzeyi gibi psikososyal faktörlerin yanında ekonomik durumu, sosyal güvence durumu, acil servise yakınlığı, ağrı düzeyi de acil servis kullanımını etkilemektedir (Padgett ve Brodsky,1992:1191; Shah ve ark.,1996:1314).

Andersen ve Newman tarafından kuramsal olarak geliştirilen ve sağlık kullanım araştırmalarında yaygın olarak kullanılan davranışsal model, Goldsmith ve arkadaşları tarafında yeniden gözden geçirilerek kapsamı daraltılmıştır (Shah ve ark.,1996:1313-1314). Padgett ve Brodsky (1992:1190) bu modeli acil servise uyarlayarak bu servislerde hizmet almayı üç aşamalı bir modele dönüştürmüştür. Bu üç aşama, sorunun tanımlanması, hizmet arama kararı, acil servisi kullanmaya karar verme potansiyel olarak sağlık hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörlerden olan hazırlayıcı faktörlerden (yaş, cinsiyet, ırk/etnik grup, öğrenim düzeyi, medeni durum, sosyal destek vb.), kolaylaştırıcı faktörlerden (gelir, sigorta kapsamı, düzenli bakım kaynağı, kullanılabilirlik ve yakınlık, bakımın algılanan ulaşılabilirliği) ve gereksinim faktörlerinden (acil ve gereksinim algılaması, ağrının düzeyi) etkilenmektedir.

Hazırlayıcı faktörler, bireyin toplumsal, ekonomik ve kişisel-davranış özelliklerini içermektedir. Bazı bireylerin diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimi vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce varolan bireysel özellikler tarafından belirlenir. Abernathy ve Moore tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, değişik etnik kökenli nüfus gruplarındaki sağlık hizmet kullanımının (koruyucu sağlık hizmetleri), gelir, eğitim düzeyi, yaş, anadil, ulaşım süresi ve ikamet edilen yerde kalış süresi bakımından farklılıklar gösterdiği, başka bir deyişle bu özelliklerin hizmet kullanımında önemli rol oynadığı saptanmıştır (Kavuncubaşı,2000:60,64).

Ullman ve arkadaşları, Mannon, Andren ve Rosenqvist sosyo-ekonomik durum ve öğrenim düzeyinin, acil servis kullanımı üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. İsveç'te yapılan bir araştırmada da, psikososyal faktörlerin ve sosyal iletişimin kalitesinin acil servis kullanımını etkilediği saptanmıştır. Araştırmada psikiyatri servisi ile iletişim içinde olma, yalnız yaşama, yalnız olduğunu hissetmenin acil servis kullanımı üzerinde pozitif etkisinin olduğu belirlenmiştir (Andren ve Rosenqvist,1987:825,829). Shah ve arkadaşlarının (1996:1320) Kuveyt'te altı devlet hastanesi acil servisinde yaptıkları araştırmada, öğrenim düzeyinin hem Kuveyt vatandaşlarının hem de Kuveyt'teki yabancıların acil servis kullanımları üzerinde pozitif etkisinin olduğu belirlenmiştir. Padgett ve Brodsky de, (1992:1192,1194) acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımında, sosyal desteğin olmamasının ve sosyo-ekonomik baskıların rol oynadığını vurgulamıştır. White-Means ve Thronton, beyazlarda öğrenim düzeyinin yüksekliği ile acil servisi kullanımı arasında ters bir ilişkinin olduğunu belirtmiştir. Beyazların öğrenim düzeyi yükseldikçe acil servis kullanım oranı düşmektedir. Siyahlarda ise öğrenim düzeyi ile acil servis kullanımı arasında bir ilişki olmadığını belirtmiştir. Yapılan birkaç araştırmada acil servisi kullananların cinsiyet oranlarının birbirine eşit olduğu saptanmıştır.

Kolaylaştırıcı faktörler, bireyin ailesi ile ilgili özelliklerini, sigorta durumunu, ekonomik düzeyini, üyesi olduğu toplumun ve yaşadığı bölgenin özelliklerini, ekonomik sistemi ve sağlık hizmetleri örgütlenmesini içermektedir. Hazırlayıcı faktörlerin mevcut olması, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanacağı anlamına gelmemektedir. Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanması için kolaylaştırıcı faktörlerin var olması gerekmektedir (Kavuncubaşı,2000:64). Kaya'nın araştırmasında, kişilerin sağlık olanağına başvuru süresinin yaş gruplarına, ikamet yerine, eğitim düzeyine, bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumunun türüne ve toplam aile gelirine göre farklılık gösterdiği, başka bir deyişle bu etmenlerle başvuru süresi arasında bir ilişkinin bulunduğu ortaya konmuştur. Aynı araştırmada, hekime görünme sayısını, bireyin genel sağlık durumunun, belirli bir doktorunun bulunmasının, işgörmezlik gün sayısının ve sosyal güvenlik durumunun etkilediği saptanmıştır. Gesler ve Meade tarafından yapılan araştırmada da, uzaklık

değişkeninin sağlık hizmeti kullanımında önemli bir etmen olduğu ve değişik, ırk, cinsiyet ve yaş gruplarında farklı etkiler yarattığı ortaya konmuştur (Dinçer ve ark.,1994:120-121).

Ingram ve Magnusson, acil servisin yakınlığının başvuru üzerinde etkisi olduğunu, Schneider ve Dove da, yakınlığın, kronik hastalıklarla beraber acil servislere başvuruları artırdığını belirtmişlerdir (Andren ve Rosenqvist,1987:825). Çeşitli yazarlar sosyal problemler, işsizlik, ev sahibi olamama gibi streslerin acil servis başvurularını artırabileceğini belirtmiştir. Yazarlara göre sigorta kapsamı, gelir düzeyi, düzenli bakım kaynağı, hastanelerin acil servislerinin ulaşılabilirliği ve uygunluğu kullanım üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Miners ve arkadaşları ile White-Means ve Thronton, ekonomik faktörlerin siyahlar ve beyazların acil servis kullanım kararı üzerinde farklı etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Ullman ve arkadaşları ile White-Means ve Thronton, Medicaid'li beyaz hastaların acil servisleri (sigortasız beyaz hastalarla karşılaştırıldığında) daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir. Beland ve arkadaşları acil servise yakın olan yerlerde oturan hastaların, daha uzak yerlerde oturan kişilere göre acil servisleri daha sık kullandıklarını belirtmişlerdir. Roghmann ve Zastonyy acil servislerin uzaklığı ile kullanımı arasında ters bir ilişki olduğunu belirtmiştir (Padgett ve Brodsky,1992:1192-1193).

Büyük Britanya'da Ulusal Sağlık Sistemi'nin (National Health Service) geliştirilmesine, genel pratisyenlik ağının yaygınlaştırılmasına rağmen acil servisler üzerindeki yük ciddi bir şekilde azaltılamamıştır ve bazı kentlerde bu halen devam etmektedir. Hollanda'da genel pratisyenler tarafından yirmidört saat boyunca hizmet verildiği ve nüfusun hemen hemen hepsinin bu pratisyenlere kayıtlı olduğu halde Kooiman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, genel pratisyenlerine gitmeden acil servise başvuran hastaların oranı %46 olarak belirlenmiştir (Padgett ve Brodsky,1992:1191). Frey ve arkadaşları, Haddy ve arkadaşları, Dickhudt ve arkadaşları ve Kasper, acil servisleri ihtiyaç dolayısıyla resmi kuruluştan yardım alanların veya alternatif bakım kaynakları olmayan insanların daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir (Shah ve ark.,1996:1314). Bohland da (1984:1221),

genellikle şehir merkezinde yaşayan düşük gelirli hastaların birinci basamak olgular için acil servisleri daha fazla kullandığını belirtmiştir.

Acil servislerin kullanımını etkileyen bir diğer faktör, gereksinim faktörüdür. Birey veya onun ailesi hastalığı veya hastalığın ortaya çıkma olasılığını algılayabilirler. Hastalığın algılanması, yani hizmet gereksinmesinin algılanması, sağlık hizmet kullanımına yol açan temel uyarandır. Klinik değerlendirmede bu sürecin bir parçasıdır. Zira birey hastalık durumunu algıladıktan sonra hizmet arama davranışı göstererek kaynağa yönelmektedir. Bu yöneliş bir isteğin ürünüdür. Bireyin sağlık durumunu düzeltme isteği içerisinde sağlık kurumuna başvurusuyla, gerçek anlamda talep ortaya çıkmaktadır. Klinik değerlendirme, sağlık profesyonellerinin yargılarını içeren teknik bir süreçtir. Bireyin sağlık hizmet talebini büyük ölçüde- çağdaş tıp bilimine dayalı olarak- hekim belirlemekte ve hastayı yönlendirmekte, bireyin sağlık hizmeti talebi sağlık profesyonelleri tarafından sağlık gereksinimine dönüştürülmektedir (Kavuncubaşı,2000:62). Acil servise hastalar çeşitli şikayetlerle- göğüs ağrısı, solunum güçlüğü, bel ağrısı, baş dönmesi, baş ağrısı, boğaz ağrısı- başvururlar. Bu hastaların çoğu durumlarını acil olarak algırlar. ABD’de yapılan bir araştırmada, acil servis başvurularının yalnız %15’inin yaşamı tehdit eden nedenlerden dolayı yapıldığı saptanmıştır. Geriye kalan %85 başvurunun, acil servisi seçme nedeni diğer bakım merkezlerinin kullanılabilir olmaması ve acil servislerin tedavileri için en iyi yerler olduğunu düşünmeleri olarak belirlenmiştir (Padgett ve Brodsky,1992:1189). Akbulut’un (1998:35) Ankara’da bir üniversite hastanesinde yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %67.3’ünün kendisini acil hissettiği saptanmıştır.

Soyer’e göre kullanımı etkileyen bir diğer önemli faktör de, ülkenin ekonomik sistemidir. Ekonomik sistemin, dayalı olduğu felsefenin insan ögesine bakışı açısından yukarıda sayılan kullanımı etkileyen faktörler üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisinin bulunduğu söylenebilir (Kavuncubaşı,2000:63).

2.3. Acil Servislerin Acil Olmayan Nedenlerle Kullanımı

Acil servislere yapılan başvuruların değerlendirilmesinde, literatürde aciliyet dereceleri ile ilgili kesin bir sınıflandırmanın ve tutarlılığın olmamasından dolayı aciliyet derecesinin tanımı, sağlık çalışanları, ödeme yapan üçüncü kişiler (third-party payers) ve hastalar için farklı anlam içermektedir. Avrupa ve ABD’de sağlık çalışanları ve ödeme yapan üçüncü kişiler, aciliyet sınıflamasında sağlık sorununun aciliyetini ve şiddetini bir kriter olarak kabul etmektedirler. Hastaların aciliyet sınıflamasını ise yaş, cinsiyet gibi biyolojik etmenler, içinde bulunduğu sosyo-kültürel yapı, çeşitli hizmetlerin kullanılabilirliği ve ulaşılabilirliği etkilemektedir. Araştırmalarda, hastalık yapılan herhangi sınıflandırmaya göre acil sınıfına giriyorsa, acil servisin uygun kullanıldığı, acil sınıfına girmiyorsa uygun kullanılmadığı kabul edilmektedir (Hansagi,1990:249; Padgett ve Brodsky,1992:1190; Gill,1994:954; Lowe ve ark.,1994:288; Gill ve ark.,1996:475; Burnett ve Grover,1996:1350; Shah ve ark.,1996:1314,1316; Sucov ve Clark,1998:25; Fisher ve ark.,1998:340; Fernandes ve ark.,1999:144; Sharma ve ark.,2000:1031).

Glutzer ve arkadaşları, De Angelis ve arkadaşları ile Mayefsky ve arkadaşları, literatürde aciliyet durumları ile ilgili tam bir anlaşmaya varılmadığını belirtmişlerdir. Jacobs ve arkadaşları ile Amerikan Acil Hekimleri Birliği (American College of Emergency Physicians-ACEP) aciliyeti belirlemek için kullanılan metodolojilerin bir tutarlılık içinde olmadığını belirtmiştir (Sharma ve ark.,2000:1031).

2.3.1. Aciliyet Kriterleri

Araştırmacılar araştırmalarında hastaların aciliyet durumlarını göz önüne alarak çoğunlukla ikili (acil, acil değil) veya dörtlü (kritik acil, acil, az acil, acil değil) sınıflamayı kullanmaktadırlar. Araştırmacılar tarafından dörtlü sınıflama içerisinde özellikle en sık kullanılanı Shah ve arkadaşlarının da (1996:1316) Kuveyt’te yaptıkları bir araştırmada kullandıkları sınıflama sistemidir. Aşağıda bu sistem belirtilmiştir. Bu araştırmalarda, kritik acil hastalar ve acil hastalar acil hasta

sınıflaması içerisinde yer alırken az acil ve acil olmayan hastalar acil olmayan hastalar sınıflaması içerisinde yer almaktadır.

1. Kritik Acil (Emergent): Yaşamın tehdit altında olduğu durumları içermektedir.
2. Acil (Urgent): Yaşamın tehdit altında olmadığı fakat birkaç saat içinde tedaviye alınması gereken hastaları içermektedir.
3. Az acil (Marginally Urgent): Acil bakım verilmesi ile sıkıntısı ve rahatsızlığı azaltılabilecek olan hastaları içermektedir.
4. Acil olmayan (Non-urgent): Acil bakımın gerekmediği durumları içermektedir.

Diğer bir dörtlü sınıflama, Burnett ve Grover'ın (1996:1346,1348) Kanada Montreal'de 3. basamak bir devlet hastanesinde yaptıkları araştırmada kullandığı sınıflamadır. Acil servise başvuran hastalar, triaja tabi tutulmuş ve bu triaj renkleri kullanılarak ifade edilmiştir. Kırmızı ve sarı kod verilen hastalar acil hastalar sınıfı içerisinde yer alırken, yeşil ve mavi kod verilen hastalar acil olmayan hastalar sınıfı içerisinde yer almaktadır. Aşağıda kullanılan renk sistemi belirtilmiştir.

1. Kırmızı kod: En şiddetli kategoridir. Hastanın yaşamı tehdit altında olduğu için hemen müdahale edilmesi gerekmektedir (akut kalp krizi, solunum sıkıntısı vb.).
2. Sarı kod: Bir saat içinde müdahale edilmesi gereken durumları ifade etmektedir (akut karın ağrısı, gözde yaralanma ile beraber şiddetli ağrı ve görmede rahatsızlık).
3. Son iki kategori yeşil ve mavi kod: Acil olmayan problemleri ifade etmektedir (lokalize selülitler, grip ve soğuk algınlığı, migren, travma olmaksızın eklem ağrıları).

Derlet ve arkadaşlarının (1995:217-218) Kaliforniya Üniversitesi'nde yaptıkları araştırmada, acil olmayan hastalar dört kategori altında toplanmıştır. Birinci kategoride vital bulguları belirli sınırlar içinde olan acil olmayan hastalar, ikinci kategoride yüksek risk göstergeleri olmaksızın acil olmayan hastalar, üçüncü kategoride hemşire triajına göre acil olmayan hastalar, dördüncü kategoride acil olmayan temel şikayetler bulunmaktadır. Bu kategoriler aşağıda verilmiştir.

1. Vital Bulguları Belirli Sınırlar İçindeki Acil Olmayan Hastalar

Derece	35●-38.5● (60 yaşından büyükler için 38.3●C)
Solunum	12-20/dk
Kan basıncı	90-160 mm Hg sistolik 60-110 mm Hg diastolik
Nabız	60-110 (100 eğer 60 yaşından büyükse)

2- Yüksek Risk Göstergeleri Olmaksızın Acil Olmayan Hastalar

- Şiddetli ağrı
- Göğüs veya karın ağrısı
- 16 yaşının altında olması
- Yürüyemeyecek durumda olması
- Hastanın yüksek risk altında olduğu koşullar

3- Hastalığına Odaklı İnceleme- Triaj Hemşiresi İçin Kılavuz

<u>Şikayeti ile ilgili</u>	<u>Yapılması gerekli muayene</u>
Kulak ağrısı	Kulak muayenesi
Baş ve boyun	Boğaz, boyun, ağız, yüzün muayenesi
Solunumla	Akciğerin dinlenmesi
Cilt/yara şikayetleri	Derinin sorunlu bölgesinin kontrolü
Eklem ağrısı	Elle muayene, eklem hareket genişliğine bakmak
Bel ağrısı	Yürüyüşün gözlenmesi, hastanın genel görünüşüne bakılması
Ayak	Ayağın muayene edilmesi (kontrol)

4.Acil Olmayan Temel Şikayetler

- Alerji veya saman nezlesi
- Küçük bere ve sıyrıklar
- Diş problemleri
- Eklem ağrıları
- Bit veya uyuz
- Ağızda kabarmalar
- Kas ağrısı
- Bulantı veya kusma
- Ağrısız idrar kaçırma
- Zayıflık, güçsüzlük
- Yara kontrolü
- Vajinal akıntı (discharge)
- Minör deri enfeksiyonları, ağrılı
- Fiziksel muayene talebi

- İdrar çıkarmada zorluk (hafif), kadınlarda
- Boyun ağrısı (akut travma öyküsü olmayan)
- Kronik tekrarlayan hematuri
- Enfeksiyon belirtileri olmaksızın gözde hafif kızarıklık (tahriş)
- İlaç veya alkol detoxification (zehrini çıkarma) (mide lavajı)
- Vajinal kanama-minör (son 6 saate bir ped)
- Ayak problemleri (kabarcıklar, ağrı, içe doğru büyüyen ayak tırnağı, ayak tabanında siğil)
- Reçete doldurmak
- Dikiş aldırma
- Anksiyete
- Gebelik testi
- Döküntü olmaksızın kaşıntı
- Basit, lokalize döküntüler
- İshal (not or orthostatic)
- Kulak ağrısı
- Kronik sinüzit
- Cinsel hastalık belirtileri
- Boğaz ağrısı
- Uyku düzensizlikleri
- Minör deri yaraları, enfekte değil
- Kabartı olmaksızın lokalize güneş yanıkları
- Minör rektal ağrı veya kaşıntı
- Kabızlık, üç gün veya daha az
- Hepatit belirtileri
- Nörolojik sorunlar olmaksızın hafif baş ağrısı
- Travma (başka yerde tedavi edilmiş minör yaralanmalar)
- Hafif bel ağrısı, yardımcı olmaksızın yürüyebilir
- Hafif öksürük, hemoptizi veya solunum sıkıntısı olmaksızın
- Üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri (kanser, böbrek yetmezliği, konjestive kalp yetmezliği, diyabetli hastalar hariç)

Shesser ve arkadaşlarının (2000:212,216) ABD’de bir üniversite hastanesinde yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran hastalar aşağıda yazılan George Washington Üniversitesi Acil Servis hasta sınıflamasına göre dört kategoriye göre ayrılmışlardır. Birinci kategoride kritik acil hastalar, ikinci kategoride iki saat içinde değerlendirilmesi gereken hastalar, üçüncü kategoride 2-24 saat içerisinde değerlendirilmesi gereken hastalar, dördüncü kategoride acil olmayan nedenlerle başvuran hastalar yer almaktadır.

George Washington Üniversitesi Aciliyet Sınıflaması

Kategori 1: Kritik Acil

Bu hastaların hemen tıbbi olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Yaşamları ciddi şekilde tehdit altındadır. Çok şiddetli ağrıları vardır. Tehlikeli kimyasal, biyolojik veya radyoaktif ajanlara maruz kalan hastalar uygun bir dekontaminasyon (temizleme) prosedürüne (işlemine) tabi tutulmalıdır. Genel olarak bu gruba giren hastaların çeşitli bulguları aşağıda verilmiştir.

Genel Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Anormal vital bulguları olanlar (nabızın 40’ın altında 130’un üstünde olması, sistolik kan basıncının 80’in altında 220’nin üzerinde olması, vücut sıcaklığının 34°C’nin altında 40°C’nin üstünde olması)
- Total kan hacminin %20’sinden fazlasının vücut içine veya vücut dışına kanaması
- Şiddetli akut ağrı (VAS* > 70 mm)
- Durumu ilk başvuru odasında kalması için uygun olmayan hastalar (şiddetli kusmalar gibi...)

Psikiyatrik Hastalar

- Ziyaretçilere ve çalışanlara tehlikeli davranışları olabilecek kadar ajite olan hastalar

* VAS: Ağrı skalası

- Kendisinin tedavisinin diğerlerinden önemli olduğu konusunda triaj hemşiresini ikna eden hastalar

Nörolojik Hastalar

- Zihinsel durumda dalgalanmalar
- Ekstremitte güçsüzlüğü ile beraber akut boyun travması
- Akut kas tonüs bozukluğu
- Aktif hemipleji, parapleji
- Akut nöromusküler bozukluk

Travmaya Maruz Kalan Hastalar

- Vertebral kolumna yaralanma şüphesi olan, açık kemik fraktürü olan, çevresel damar yaralanması olan, iç organ yaralanması olan hastalar,
- Travma ekibine ihtiyaç duyacak bir şekilde travmaya maruz kalmış hastalar

Göz Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Akut görme kaybı, göz küresine majör travma veya ciddi asit veya alkali teması

Gastroenterolojik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Yoğun rektal kanama (melena veya hematokezya) ve kan kusma (hematemez)
- Rektumda yabancı cisim şüphesi
- Özefagusta yabancı cisim şüphesi

Genitoüriner Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Şiddetli üreteral ağrısı olan hastalar (VAS>70 mm)
- Testis dönme şüphesi olan akut testis ağrısı olan hastalar

Solunum Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Akut oluşan solunum şikayetleri
 - ❖ İnleme
 - ❖ Solunum hızının dakikada 24'den fazla olması
 - ❖ Oksijen basıncının %93'ün altında olması

Kalple ilgili Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Göğüs ağrısı sürekli devam eden hastalar veya son 12 saate göğüs ağrısı gelişen hastalar veya akut kardiyak iskemi bulguları olan hastalar

- Kalp hastalığından dolayı olan bayılma öyküsü olan hastalar

Kulak Burun Boğaz ile ilgili Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Solunum yolunu tıkayan şüpheli yabancı cisim olan hastalar

Enfeksiyon Hastalıkları Şüphesi

- İzolasyon gerektirecek durumda olan hastalar

Allerjik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Akut anafilaksi şüphesi olan hastalar

Kategori 2: İki Saat İçinde Değerlendirilmesi Gereken Hastalar

Genel Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Ciddi ağrıdan şikayet eden fakat vital bulguları stabil olan hastalar (VAS 40'dan küçük)

Kardiyovasküler Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Son 12 saate iskemik olabilecek kalp ağrısı olan, fakat hastaneye başvurduğu anda ağrısı olmayan hastalar

Gasroenterolojik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Son 12 saate başlayan karın ağrısı olan ve kategori 1'deki özellikleri taşımayan hastalar

- Serum tedavisine ihtiyaç duyan şiddetli kusma ve ishali olan hastalar

- Kan kaybı olmaksızın kanlı ishali olan hastalar

Kas-İskelet/Deri Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Son 12 saate kırık şüphesi olan periferik kemik travması

- Yanık yüzdesi %5'in üzerinde olan ve ağrıya olan yanıklar

- Son 4 saat içinde gelişmiş ancak kan hacminin %20'sinin altında kan kaybı yaratmış ve kanaması durmuş olan dış kanamalar

- 6 saat içinde oluşmuş ve tedavi gerektiren kas ve deri yırtılmaları

Göz Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Görme kaybı, korneaya travma şüphesi veya korneaya yabancı cisim olmadan son 4 saate olan akut göz ağrıları

Solunum Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Kategori 1'i sağlamayan solunum sıkıntısı olan solunum sayısı artmış hastalar

Hematolojik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Ateş veya ciddi ağrısı olan orak hücre anemili hastalar ($40 < \text{VAS} < 70$)

Kulak-Burun-Boğaz Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Sıvı yutma zorluğu olan farenjitli hastalar
- Solunum sıkıntısı yapmayan yutak, gırtlak, kulak ve burunda yabancı cisim şüphesi

Enfeksiyon Hastalıkları Şüphesi

- Akut ateşli hastalık ($38.5 \leq C$ üzerinde ateşi olan 3 ay>hastalar>60 yaş)

Genitoüriner Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Ağrı skalası 40 ile 70 arasında uzun süredir devam eden testisi ağrıyan diğer hastalar
- Peniste sürekli sertlik
- Normal vital bulguları olan önemli vajinal kanaması olan hastalar
- Hafif ağrısı olan akut üreteral ağrısı olan hastalar ($\text{VAS} < 80 \text{ mm}$)

Nörolojik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Başlangıçta inme veya akut nöromüsküler hastalık bulguları olan, açık nörolojik bulguları olmayan, normal duyu ve stabil vital bulgular olan, şimdi stabil olan, yakın zamanda felç hikayesi olan hastalar
- İşitmesi normal olan, normal vital bulguları olan, nörolojik bulguları olmayan diğer akut nöromüsküler hastalar

Allerjik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Son zamanlarda inme öyküsü olan fakat şimdi stabil vital bulguları kategori 1'i karşılamayan anaflaksiyi düşündüren subakut veya kronik şişme veya ürtiker şikayeti olan hastalar

Kategori 3: 2-24 Saat İçinde Değerlendirilebilecek Hastalar

Dolaşım-Solunum ile ilgili Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Triaj hemşiresinin triaj değerlendirmesi sırasında kategori 1 veya kategori 2 sınıfında olmadığına inandığı göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı olan hastalar
- Hafif alevlenme gösteren stabil astım hastaları

Gasroenterolojik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- 24 saatten önce başlamış ve son 24 saate şikayetleri artmış olan hastalar
- Stabil vital bulguları olan veya önemli karın ağrısı olmayan devam eden kusmalar
- Son 12 saate ciddi ağrısı olmuş şimdi kendini daha iyi hisseden hastalar
- Oral sıvı alamayan kansız ishali olan hastalar

Kas-İskelet/Deri Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Son 24 saat içinde ekstremitelerde fonksiyon kaybına neden olabilecek periferik kemik veya yumuşak doku travması
- Yara kontraksiyonunu etkileyecek derecede enfeksiyonu olan hastalar
- Toksik şok sendromu gibi sistemik durum düşünülen 24 saatten az olan deri iltihabı

Göz Rahatsızlığı Olan Hastalar

- 12 saat önce başlamış daha önceden tanısı olmayan göz semptomları

Genitoüriner Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Son 24 saate olan ateş veya bel ağrısı ile birlikte idrar yaparken yanma

Enfeksiyon Hastalıkları Şüphesi

- Menenjit, sıtma, ensefalit, de dahil olmak üzere akut enfeksiyon şüphesi olan hastalar

Kategori 4: Acil Olmayan Nedenler

Genel Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Rahatsızlığı 24 saatten önce başlayan, Kategori 1 ve 2'ye uymayan, semptomlarda ciddi değişiklik olmayan hastalar

- Kategori 1 ve 2'ye uymayan, başka bir sağlık kurumunda verilen tanıyı doğrulamak için gelen hastalar

- Reçete yazmak

Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Kategori 1 ve 2'ye uymayan kronik davranış bozuklukları, diğer akut davranış değişikliği olmayan hastalar

Kas-İskelet/Deri Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Fonksiyonel kayba neden olmayan küçük travmalar
- Rutin deri yaralanmaları
- Ciddi sistemik bir hastalığı düşündürmeyen 24 saatten uzun olan deri iltihapları

Enfeksiyon Hastalıkları Şüphesi

- Solunum sıkıntısı veya yutma sıkıntısı olmayan ÜSYE semptomları olan hastalar

Gasroenterolojik Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Normal vital bulguları olan oral alımı iyi kansız ishali hastalar

Genitoüriner Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Vajina iltihabı, üretra iltihabı

Kulak-Burun-Boğaz Rahatsızlığı Olan Hastalar

- Ciddi yutkunma problemi olmayan diş ağrısı olan hastalar

Diğer bir sınıflama sistemi Ankara'da bir üniversite hastanesinde, acil serviste çalışan hekimlerin oluşturduğu ve aşağıda belirtilen acil hasta sınıflamasıdır (Akbulut,1998:29).

- Ani bilinç kaybı
- Hayati bulguların kabul edilebilir sınırlar dışında olması
- Ateş 35-38.8°C
- Solunum 12-20/dk

- Nabız 60-110 /dk
- Kan basıncı 90-160 sistolik
60-110 diastolik
- Şiddetli ağrı (karın, göğüs, sırt bölgelerinde)
- Vücudun bir tarafında ani oluşan uyuşma, güç kaybı ve/veya konuşma bozukluğu
- Kanamalar (ağız, burun, anüs, üretra, vajinal yoldan, melena)
- Travmalar (kafa, boyun, göğüs, karın, ekstremiteler)
- Ateşli silah veya kesici, delici alet yaralanmaları
- O₂ tedavisi gerektiren solunum sıkıntısı (gırtlak ödemi, astım, anafilaksi)
- 24 saatte kalp ritminde olan bozukluklar
- Alkol, gıda, ilaç vb. endikasyonları, böcek sokmaları
- İntihar girişimleri
- Yeni oluşmuş yanık ve donuklar
- Vital bulguları bozan ishal
- İdrar çıkışının durması

Literatürde aciliyet kriterleri ile ilgili çalışmalar olmasına rağmen tüm ülkelerde ortak kullanılan bir sınıflamanın olmaması nedeniyle araştırmalarda kullanılan aciliyet kriterleri, araştırma yapılan hastanelere özgün olarak oluşturulmaktadır. Araştırmalarda aciliyet kriterleri ya hastanenin daha önceden oluşturduğu kriterler ile (Lowe ve ark.,1994:288; Fernandes ve ark.,1999:143; Shesser ve ark.,2000:214,215) yada literatürden de yararlanarak araştırmacı veya araştırmacı ile acil serviste çalışan sağlık personeli tarafından oluşturulmaktadır (Hansagi ve ark.,1987:100; Bindman ve ark.,1991:1092; Derlet ve ark.,1995:217; Afilalo ve ark.,1995:260; Burnett ve Grover,1996:1346; Gill ve ark.,1996:475; Shah ve ark.,1996:1316; Akbulut,1998:29; Grove ve ark.,2000:480; Pointer ve ark.,2001:277).

2.3.2. Acil Servislerin Kullanımı İle İlgili Araştırmalar

Acil servislerinin kullanımı 1950'lerden günümüze kadar devam eden bir artış göstermektedir (Padget ve Brodsky,1992:1189). Özellikle kentlerde acil servislere başvurular daha fazla artmıştır. Gün geçtikçe sağlık hizmetlerinin kullanımının artması, kısıtlı hastane yatağı, birinci basamak sağlık hizmetlerine hastaların yeteri kadar yönlendirilememeleri, kişilerin birinci basamaktaki tetkikleri yetersiz bulmaları, birinci basamak kaynağından haberdar olmamaları veya bu kaynağa sahip olunmaması, poliklinik hizmetlerinin yetersiz kalması nedenleri hastanelerin polikliniklerindeki randevu tarihlerini geciktirmekte ve acil servise başvuruları artırmaktadır. Belirtilen nedenler, hastalara yapılan tedavinin kalitesiz olması, acil servislerdeki maliyetlerin artması, bazı hastaların uzun süreli ağrılarının ve acılarının devam etmesi, tedavi olmak için uzun süre beklemeleri, bekleme süresinin artması ise hastanın, servisin kalitesini olumsuz değerlendirmesi, bazı hastaların uzun süre bekleme yerine bakım almadan acil servisten ayrılmaları, hastaların hoşnutsuzluğu, doktorların ve diğer sağlık çalışanlarında stres yaratması ve verimliliğinin düşmesi, çalışanlar arasındaki huzursuzluğun ve uyumsuzluğun artması gibi olumsuzluklara yol açmaktadır (Albin ve ark.,1975:1063; Straus ve ark.,1983:57; Dickinson,1989:270; ACEP,1990:179; Bindman ve ark.,1991:1094; Orr ve ark.,1991:283; Lowe ve ark.,1994:287; Derlet ve ark.,1995:216; Halfon ve ark.,1996:28; Steinbrook,1996:657; Akbulut,1998:7; Dale ve ark.,1995:423; Kosku,1995:18; Selby ve ark.,1996:635; Selby,1997:1750; Asplin,2001:282; Schneider ve ark.,2001:1044; Viccellio,2001:186; Derlet,2002:430; Salazar ve ark.,2002:79; Steele ve ark.,2002:16).

ACEP'e göre ABD'de, 1988 ile 1999 arasında acil servise başvuran hastaların sayısı 81.3 milyondan 100 milyona yükselmiştir (Partovi ve ark.,2001:990). Son 30 yıldır ABD'de acil servislere acil olmayan nedenlerle yapılan gereksiz başvurular artarken özellikle son on yıldır bu artış çok ciddi bir boyutta ulaşmıştır. 1980 yılında nüfusun %11'inin acil servislere başvurduğu belirlenmiştir (Padget ve Brodsky,1992:1189). Bu durum özellikle ülkenin bazı bölgeleri için kritik bir duruma gelmiştir. Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımı sadece

ABD’de var olan bir sorun değil, Kanada, Avustralya, İsveç, Büyük Britanya, Kuveyt ve Tayvan gibi ölkelerde de ciddi bir sorun haline gelmiştir. Bazı yazarlar, acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımı sonucu ortaya çıkan aşırı kalabalığın önemli ulusal bir sorun olduğunu ileri sürmektedirler (Hansagi ve ark.,1987:99; Shah ve ark.,1996:1313; Koziol-McLain,2000:554; Schull ve ark.,2001:1037). Bindman ve arkadaşlarının (1991:1092) ABD’de bir hastanede yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran hastaların %15’inin uzun bekleme süresi yüzünden muayene olmadan ayrıldıkları belirlenmiştir.

Aşağıda Tablo 2.1’de bazı araştırmalarda elde edilen aciliyet değerlendirmeleri verilmiştir. Tablo 2.1 incelendiğinde, Gill ve arkadaşları (1996:477) tarafından yapılan araştırmada, bir eğitim hastanesinin acil servisindeki hastaların aciliyet durumlarını saptamak için sağlık çalışanları (4 acil hemşiresi, 2 acil hekimi ve 2 aile hekimi) arasındaki uyum, hasta kayıtlarından yararlanarak benzer kriterler kullanılarak araştırılmış ve acil olmayan kullanım oranları hemşirelerde sırasıyla %89, %78, %48, %63; acil hekimlerinde %63, %48; aile hekimlerinde %37, %37 bulunmuştur.

Kanada’da bir hastanede yapılan bir araştırmada, hem hemşireler hem de doktorlar benzer olarak başvuran hastaların %51’inin acil olduğu saptamışlardır (Kelly ve Birtwhistle,1993:1346).

Pointer ve arkadaşlarının (2001:272) bir eğitim hastanesinde yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran hastalar acil tıp teknikerleri ve doktorlar tarafından sınıflandırılmışlardır. Acil tıp teknikerleri başvuran hastaların %84.7’sinin acil servise gelmesi gereken hastalar, %15.3’ünün gelmesi gerekmeyen hastalar olarak belirlemişlerdir. Doktorlar başvuran hastaların %81.2’sinin acil servise gelmesi gereken hastalar, %18.8’inin gelmesi gerekmeyen hastalar olarak belirlemişlerdir. Grove ve arkadaşlarının (2000:481) yaptıkları bir araştırmada da, acil servise başvuran ergenlerin %93’ünün acil olmayan nedenlerle, %7’sinin acil nedenlerle başvurdukları belirlenmiştir.

Buesching ve arkadaşlarının (1985:675) araştırmasında, şehir merkezine uzak semtlerdeki acil servislerin acil olmayan nedenlerden kullanımı daha az çıkmıştır. Cunningham ve arkadaşları ile Sarver ve arkadaşlarının araştırma bulguları da bu bulguları desteklemektedir. Başvuranların çoğu acil hastalar olarak saptanmıştır (Sarver ve ark.,2002:922). Benzer bulgular Davison ve arkadaşları, Afilalo ve arkadaşları (Afilalo ve ark.,1995:262), Genel Muhasebe Örgütü (General Accounting Office-GAO) (Fisher ve ark.,1998:340), Yeşilkayalı (1991:24), Akbulut (1998:31) ve Önsoy (1993:59) tarafından da belirlenmiştir. Lee ve arkadaşları (2000:1079) ile Shesser ve arkadaşları (2000:212) da acil servise başvuran hastaların çoğunluğunun acil olmadığını belirlenmiştir. Hansagi ve arkadaşları (1987:101) ile Derlet (1995:215) ise, başvuranların büyük çoğunluğunun acil olduğunu belirtmişlerdir.



Tablo 2.1. Acil Servis Kullanımına İlişkin Literatürden Seçilen Bazı Araştırmalardaki Aciliyet Değerlendirmelerine İlişkin Sonuçlar ¹

		Acil * (%)	Acil değil * (%)
Derlet		82	18
Hansagi ve arkadaşları		73	27
Afilalo ve arkadaşları		69	31
Yeşilkayalı		65	35
Davison ve arkadaşları ²		61	39
Sarver ve arkadaşları		60.3	39.7
Akbulut		59.5	40.5
Genel Muhasebe Örgütü-GAO ³		57	43
Önsoy		52.8	47.2
Civaner ⁴		52.3	47.7
Kelly ve Birtwhistle		51	49
Shesser ve ark.		46	54
Lee ve arkadaşları		43	57
Grove ve arkadaşları		7	93
Cunningham ve arkadaşları ⁵		60.5	39.5
Pointer ve arkadaşları	Acil Tıp Teknikerleri	84.7	15.3
	Doktorlar	81.2	18.8
Buesching ve arkadaşları	Kentlerde	84.4	15.6
	Şehir Merkezine Uzak Semtler	98.4	1.6
	Toplam	89.2	10.8
Gill ve arkadaşları	1. Hemşire	11	89
	2. Hemşire	22	78
	3. Hemşire	52	48
	4. Hemşire	37	63
	1. Acil hekim	37	63
	2. Acil hekim	52	48
	1. Aile hekim	63	37
	2.Aile hekim	63	37
	Triaj hemşiresi	9	91

*Yüzdelere satır yüzdesidir.

¹ Tablo literatürden araştırmacı tarafından derlenerek düzenlenmiştir.

² Afilalo ve ark.,1995:262

³ Fisher ve ark.,1998:340

⁴ Civaner,1998:6

⁵ Sarver ve ark.,2002:922

2.4. Acil Servislere Acil Olmayan Nedenlerle Yapılan Başvuruların Yarattığı Sorunlar

Acil servislere acil olmayan nedenlerle yapılan başvuruların, farklı sorunlar ortaya çıkarttığı ileri sürülmektedir. Bunlar, uzun bekleme süresi ve hastanın memnuniyetinin azalması, doktorların verimliliğinin azalması, hemşire ve yardımcı personel sayısının yetersiz kalması, hastanın sağlığının tehlikeye girmesi, acil servislere sunulan hizmetlerin pahalı olması ve hizmetin maliyetlerini artırması, şiddet, radyoloji, laboratuvar ve yardımcı tetkiklerin gecikmesi, acil servislerin fiziksel yetersizlikleri ve ambulansların farklı hastanelere yönlendirilmesi, hastanın ağrı ve sıkıntılarının süresinin uzamasıdır. Aşağıda bu sorunlardan bazılarına ilişkin açıklamalar verilmiştir.

2.4.1. Uzun Bekleme Süresi ve Hastanın Memnuniyetinin Azalması

Acil serviste tedavi olması gereken acil hastaların, acil olmayan hastaların yarattığı yoğunluk nedeniyle uzun süre beklemek zorunda kalmaları hastalarda memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Bu memnuniyetsizlik nedeniyle tedavi olması gereken bazı acil hastalar tedavisini yaptırmadan acil serviste ayrıldıkları belirtilmektedir. Acil serviste bir çok küçük problemin zamanında tedavi edilmemesi ciddi rahatsızlıklara yol açabilmektedir (Derlet ve Richards,2000:66). Bindman ve arkadaşlarının (1991:1092) araştırmasında, acil serviste tedavisini yaptırmadan ayrılan hastaların %86'sının bekleme süresinin fazla olması nedeniyle ayrıldıkları belirtilmiştir. Fernandes ve arkadaşları (1997:397), acil serviste tedavi olamadan ayrılan hastaların çoğunluğunun acil olmayan hastalar olduğunu ifade etmişlerdir.

Yıllardır Türkiye’de nüfus artış hızının istenen düzeye indirilememesi, kırsal alandan kentlere göçün sürmesi, birinci basamak hizmetlerin gerektiği gibi gelişmemiş ve hasta sevk zincirinin kurulmamış olması, koruyucu hekimlik sisteminin halk tarafından yeterince rağbet görmemesi nedeniyle, hastaneler ve acil servislere başvuran hasta sayısının arttığı bunun da kalabalıklara ve kuyruklara neden

olduğu ileri sürülmektedir. Bu yoğunluk ve kuyruklar tedavi bekleyen hastaların memnuniyetinin düşmesine neden olmaktadır (SPGK,1992:6-7; Özşarı,1997:7; Özüçelik,2001).

Yıldırım'ın (1994:46) Sivas'ta üç hastane acil servisinde yaptığı araştırmada, hastaların %24.6'sının bakım, yaklaşım ve tedaviden memnun olmadıkları saptanmıştır. Memnun kalmama nedenleri, %84.9'unun doktorun uzun süre gelmemesi ve müdahalenin gecikmesi, %81.4'ünün ekibin hasta bakım ve yaklaşımının olmaması olarak belirlenmiştir. Kaya'nın (1995:110,112) Ankara'da yaptığı bir araştırmada, kişilerin en son doktora gittiklerinde en az bekledikleri yer sırasıyla özel muayenehane, özel poliklinik ve hastane acil servisi; en çok bekledikleri yerler ise dispanser ve hastane poliklinikleri çıkmıştır. Ankara metropolitan alanda, ayakta bakım hizmeti veren özel muayenehaneler, işyeri doktorları, öğrenci sağlık merkezleri, sağlık evleri, sağlık ocakları Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, özel poliklinikler, kurum poliklinikleri ve dispanserler de bulunmasına rağmen, doktora gidenlerin yarısının hastanelere gitmesinin, hem bakımın maliyetini artırdığı hem de uzun kuyruklar oluşmasına sebep olarak bekleme süresini uzattığı doktorların hastalara ayırdıkları süreyi kısalttığı ve sonuçta hastaların aldıkları hizmetten memnun kalmamalarına yol açtığı ifade edilmektedir.

2.4.2. Doktorların Verimliliğinin Azalması, Hemşire ve Yardımcı Personel Sayısının Yetersiz Kalması

Acil servisin hizmet verdiği bölgenin nüfusunun artması ve sağlık hizmeti veren kuruluşların imkanlarının aynı oranda artmaması bu servislerde sorunlara yol açmaktadır (Derlet ve Richards,2000:64). İnsan kaynağının optimum düzeyde üretkenliği için belli düzeyde fiziksel ve zihinsel sağlık gereklidir. Bu düzeyin altında beklenen üretkenliği tutturmak olanaksızdır (Belek ve ark,1998b:36). Acil servislerdeki hasta yoğunluğu hekimlerin üretkenliği ve verimliliği üzerinde olumsuz bir etkiye yol açmaktadır. Hekimlerin kısıtlı zaman dilimi içerisinde birçok hastaya

bakmak zorunda kalmaları fazla iş yükü ile karşı karşıya kalmalarına ve performanslarında düşüklüğe neden olmaktadır (Derlet ve Richards,2000:67). Acil servise başvuran hastaların kabulü veya acil servislerdeki hastalara kesin tanı koymak ve tedavilerini yapmak için konsültanlara gereksinim vardır. Bazı hastanelerde konsültanların sayısının yetersiz olması ve acil servise bakan konsültanlara başka görevlerin de verilmesi konsültanların acil servise gelmesini geciktirmekte, acilde bekleyen hastaların tedavi için beklemelerine neden olmaktadır (Derlet ve Richards,2000:66).

Türkiye’de yıllardır koruyucu hekimlik sisteminin, ve sağlık ocağı hekimliğinin halk tarafından yeterince rağbet görmemesi nedeniyle, hastanelerin polikliniklerinde gereğinden fazla yığılmalar olduğu ileri sürülmektedir. Yılın üçte birinin tatil olarak geçirilmesi ve polikliniklerin bu tarihlerde kapalı olması nedeniyle, doğal olarak hastaların tanı ve tedavi için hastane acil servislerini kullanmak zorunda kaldığı belirtilmektedir. Tatil günlerinde acil servislere başvurularda artışa neden olan çoğu poliklinik hastaları, acil hastaların ilk stabilizasyonu ve acil tedavisinden sorumlu olan acil servis çalışanlarına ek sorumluluk ve iş yükü getirisine neden olmaktadır. Hasta sayısının artmasının, acil servislerin iş yükünü ve yoğunluğunu arttırdığı ve acil servislerin amacı dışında kullanılmasına neden olduğu ileri sürülmektedir. Bu artışın sağlık çalışanlarına getirmiş olduğu iş stresi ve yorgunluğu ile gelişen Tükenmişlik Sendromu’nun ise her zaman dikkatten kaçan başka bir mesele olarak kaldığı ileri sürülmektedir. Tükenmişlik sendromu, hekimin acil serviste yaptığı işin, hasta bakımının kendisine bir yük olarak algılaması, genellikle yaptıkları iş için heyecanın yitilmesi, tatminsizlik ve yardım bekleyen hastalara karşı olumsuz bir davranış tutumuyla kendini gösteren bir sürecin son basamağı olduğu belirtilmektedir (Özüçelik,2001; Ayrık,2001).

Ayrık’a göre acil servis personelinin, hastanede çalışan diğer personele göre farklılıkları aşağıda şöyle belirtilmektedir. (2001), “Acil servis personeli, acil servis ortamının yoğunluğu, bakım verilen hastaların ciddiyeti, shift şeklinde çalışma programı nedeniyle sürekli stres altında bulunmaktadır. Uyku süresinin ve zamanının

iyi planlanamaması da diğer önemli yıpranma, tükenmişlik faktörleridir. Acil servis personelinin ortamdaki kaynaklanan stresleri yanında fiziki ve psikolojik hastalıklara yakalanma risklerinin bulunması durumun ciddiyetle irdelenmesini gerektirmektedir. Acil servisteki hizmetlerin normal serviste yapılan hizmetlerden önemli bir farkı bulunmaktadır. Bu fark yapılan tüm hasta bakım işlem ve prosedürlerinin göz önünde olması ve diğer birimlerin hekimleri, hasta yakınları tarafından izlenebilmesidir. Bu çalışanlar üzerinde ayrı bir stres faktörüdür. Bununla beraber çalışanlar genellikle diğer servislerde acil servis hakkında veya kişisel bazda olumsuz eleştirilerin yapılması ile yüz yüze gelmektedirler. Olumlu sözler ise acil servis ekibi için oldukça nadiren sarf edilmektedir. Acil serviste çalışırken hekimi ve diğer personeli strese sokan durumlardan birisi de hastaların ağrı çekmesi ve acil serviste bu nedenle bağırması, uyumsuz ve saldırgan davranışlar göstermeleridir. İş yerlerindeki bu streslerin yanında düzeni bozulan sosyal, aile ve arkadaşlık ilişkileri acil servis personelinin yıllar içinde yıpranmasına zemin hazırlayan multifaktöryel etkenlerin başında gelmektedir”.

Genelde bütün ülkelerde, acil servislerde sunulan hasta bakımının büyük kısmını kendini işine adanmış, deneyimli hemşireler gerçekleştirmektedir. Acil servislere başvuran hasta sayısının artması ve deneyimli hemşirelerin sayısının yetersiz olması yüzünden hizmetler az deneyimli hemşireler tarafından verilmektedir. Acil servislerdeki hemşire yetersizliği nedeniyle diğer bölümlerden hemşireler bazen buralarda çalıştırılmaktadır. Böylece acil servislerde deneyimsiz hemşirelerin sayısı artmakta ve acil servislerde hızlı bir biçimde çalıştırılan hemşireler verimli olamamaktadır. Acil servislerde yardımcı personele çok ihtiyaç duyulmaktadır. Bazı hastaneler bütçeden kesinti yapmak ve maliyeti düşürmek için destek hizmetleri veren hasta bakıcı, sekreter gibi personelin sayılarını azaltma yoluna gitmeleri acil servislerde verilen hizmeti olumsuz yönde etkilemektedir (Derlet ve Richards,2000:65).

Yıldırım'ın (1994:51,52) araştırmasında, hemşirelerin %100'ünün görevlerini yaparken çeşitli güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin en sık yaşadıkları ilk üç güçlük nedeninin, elemanların sayıca ve nitelik olarak yetersizliği, malzeme ve

ekip yetersizliği ve hasta iletişimde yaşanan güçlükler olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelerin, acil serviste hizmet verirken yaşadıkları güçlüklerin %89.8 oranında hizmet sunanların motivasyonunun azalmasına, %53.1 oranında da işlerin yavaşlamasına ve zaman kaybına neden olduğu belirtilmiştir.

İstanbul'daki üniversite hastanelerinin acil servislerinde yapılan bir araştırmada, acil servislerde hemşirelik hizmetleri yürütülürken en çok karşılaşılan sorunun (hekim grubu hariç) personelin sayısal yetersizliği olduğu belirlenmiştir. Bunun birinci nedeninin, üniversite hastanelerine gelen kadroların yetersiz olması, ikincisinin yoğun iş temposu gerektiren bu ünitelerde hiçbir güdüleyici faktörün olmaması nedeniyle hemşirelerin burada çalışmak istememeleri olduğu belirlenmiştir. Çoğu Avrupa ülkesinde ve ABD'de iş yükü fazla olan, acil ve yoğun bakım gibi servislerde çalışan personeli motive etmek için ya haftalık çalışma saatleri azaltılır veya ücret olarak diğer bölümlerde çalışan kişilerden daha fazla ücret verilir (Güneş,1996:135-136).

Güneş'in (1996:135) araştırmasında en çok sorun olarak görülen diğer iki faktör, görev, yetki ve sorumlulukların belirli olmamasına bağlı meslekler arası çatışma yaşanması ve hemşirenin görevi dışındaki işlerle ilgilenmek zorunda kalması çıkmıştır. Bu iki sorun birbiriyle ilgili olduğu belirtilmektedir. Görev, yetki ve sorumlulukların açıkça belirlenmiş olması, iş tanımları ve iş analizlerinin yapılmış olmasının çatışma ve de görev dışındaki işlerle ilgilenmek zorunda kalması ile ilgili sorunları en aza indirilebileceği önerilmektedir.

Kocaeli Üniversite Hastanesi Acil Servisi'nde çalışanlara yönelik yapılan araştırmaya göre, genel yakınma konusu iş yükünün ağırlığı üzerinde yoğunlaşmakta iken, yaşanan iletişim sorunlarına, iş akışının belirsizliği ile görev alanları ve tanımlarının tam olmaması da eklenmektedir (Büyükgebiz ve ark.,2000:208).

Çağdaş sağlık kurumları yönetiminde kaynakların maksimum verimli kullanımı temel amaçtır. Kaynakların en önemli girdisi de insan kaynaklarıdır. İnsan kaynaklarının gerektirdiği gibi verimli olabilmesi ise, çağdaş insan kaynaklarının

yönetimi ilkelerinin uygulanması ile mümkündür. Acil servisler birçok kurumun aksine mesai saatlerinden çok mesai saatleri dışında çalışan birimlerdir. Öğle tatilleri, geceler, hafta sonları ve bayram tatillerinde servisin işyükü, normal mesai saatlerinden daha fazladır. Bu nedenle acil servisin organizasyonu ve çalışma sistemi özellik arz eder. Mesai saatleri dışında hastanenin işleyişi, işlerin yürütülmesi, personel arası ilişkiler çok farklıdır. Bir hekim mesleğinde ne kadar tecrübeli olursa olsun mesai saatleri dışında çalışırken zorlanabilir. Acil birimlerin verimi açısından, iyi bir sistemde, doğru insanların seçimi ve insanların çağdaş yönetim ilkelerine göre yönetilmesi çok önemli bir yere sahiptir (Güneş,1996:143; Yıldırım ve ark.,2000:108).

2.4.3. Hastanın Sağlığının Tehlikeye Girmesi

Bazı durumlarda yoğunluk, hasta tedavisi açısından genellikle olumsuz sonuçlara neden olabilir. Örneğin vücut ısısının yüksekliğinden şikayet eden bir hastanın vücut ısı, hemşirenin çok yoğun olmasından dolayı tedavisi ve tanımlanması gecikebilir. Öte yandan daha tehlikeli sonuçlar doğurabilecek durumlar da ortaya çıkabilir. Derlet ve Richards (2000:66), şiddetli baş ağrısı şikayeti ile başvuran bir subdural hematoma zamanında değerlendirilmediği için hastanın hematomu artıp hastanın solunumunu durdurabileceğini ya da bir başka hastanın göğüs ağrısı ile geldiği halde zamanında hastanın miyokard enfarktüsü teşhis edilmediği için trombolitik tedavi şansını kaybedebileceğini belirtmektedir. Diğer yandan hekimler acil olmayan kullanımın yol açtığı yoğunluk nedeniyle muayene süresini kısa tutmak, yeterli ve gerekli laboratuvar incelemelerini tamamlayamadan hastalık tanıları koymak zorunda kalmışlardır. Bir başka deyişle, kesin tanı koyabilme olanaklarından yoksun olduklarından, ihtimali tanımlarla (ön tanımlarla) hastalarını tedavi etmek durumunda kalmışlardır. Bunun sonucu olarak da, düşünebildikleri her ihtimali tanı için ayrı ilaçlar vermişlerdir. Bu durum gereksiz yere çok ve çeşitli ilaç kullanımına yol açmıştır. Zararını hem hastalar hem de ülke ekonomisi çekmektedir (Öztek ve Eren,1996:31).

Acil servislerdeki vakaların farklılığı gün geçtikçe artmaktadır. Son 30 yılda dünyada 65 yaş ve üstü yaş grubunun nüfusu %63 oranında artmıştır. Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üstü yaş grubunun 1988'de nüfusun %18'ini oluşturduğunu ve bu oranın 2000 yılında nüfusun %28'ini oluşturacağını bildirmiştir (Ünlüoğlu ve ark, 1997:37). Türkiye'de 1990 yılında 65 yaş ve üstü nüfus, tüm nüfusun %4.3'ünü oluşturmakta iken bu durum nüfus transizyonu ile değişmekte ve nüfus yaşlanmaya başlamaktadır. Birleşmiş Milletler'e göre 2025 yılında Türkiye'nin yaşlı nüfusu nüfusun %9'unu oluşturacaktır (SPGK,1992:3). Gelecek yıllarda yaşlı nüfusun artması ile yaşlı nüfus içerisinde acil servisi kullanım oranını yükselecektir. Kullanım oranının artması, ilave kaynak kullanımına yol açacaktır; bununla birlikte bu birimlerde sosyal çalışmacı gibi yaşlı hastalara yardım edecek personellere ihtiyaç duyulacağı, daha önemlisi, acil hekimler geriatrik sorunlardan dolayı ilave eğitime ihtiyaç duyacakları ileri sürülmektedir.

Birinci basamağa başvuruların artması, sigaranın bırakılması, halk sağlığı programlarının olması gibi başlıca çabalar acil servislerin ve hastanelerin yaşlılarca kullanılmasını azaltacaktır. Yaşam kalitesini artıracak ve bakımı geliştirecektir. Aynı zamanda tıbbi teknolojinin gelişmesi ve yeni ilaçlar kronik hastalığı olan insanların daha uzun yaşamasına imkan sağlamaktadır. Konjestif kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, AIDS gibi rahatsızlıkları olan hastalar, sık sık bu hastalıkların komplikasyonları ile acil servislerde bakım almak zorunda kalırlar. Ayrıca birden fazla kronik hastalığa sahip olan insanların sayısının artması ve bunların acil servise başvuru şikayetlerinin ayırıcı tanıların uzun ve zor olması da ayrı bir sorundur. Sağlıklı bir insandaki karın ağrısının etiolojisini ayırt etmek ile alta yatan diyabet, kanser, koroner arter hastalığı gibi kronik bir hastalığı olan insanlarda ayırıcı tanı yapmak farklıdır (Derlet ve Richards,2000:64).

2.4.4. Acil Servislerde Sunulan Hizmetlerin Pahalı Olması ve Hizmetin Maliyetleri Artırması

Acil servis harcamalarındaki artışlar ve bunların ulusal sağlık harcamaları üzerindeki etkileri dikkat çekicidir. Bu konuda yapılan bir araştırmada, acil servislerin birinci basamak sağlık hizmeti almak için kullanan kişilere önemli miktarda ödemeler yapıldığı ortaya konmuştur. ABD'deki National Ambulatory Medical Care Survey sonuçlarına göre, 1992 yılında 89.8 milyon kişinin yarısından fazlası acil servisleri acil olmayan hastalıklar için kullanmışlardır. Pahalı acil hizmetlerin böyle kullanımı sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır. Geniş tabanda bu durumun neden olduğu aşırı maliyetler konusunda dikkatli hesaplamalar mevcut değildir. Ancak, 1987 National Medical Expenditure Survey verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada, 1993 yılı rakamları ile acil servislerin amaç dışı kullanımının 5-7 milyon dolarlık aşırı bir harcamaya neden olduğu belirtilmiştir. 1992 yılında Office of the Inspector General tarafından hazırlanan raporda, medicaid hastaların acil olmayan problemleri için acil servislere ödenen ortalama harcamaların özel doktor ofis ve kliniklerine ödenenlerden 1 ile 5 kez daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur (Akbulut,1998:19).

Tedavileri için hastane veya birinci basamak sağlık merkezlerine başvurması gereken hastalar içerisinde zamanında bu merkezlere başvuramayan ve gecikerek tedavilerini acil serviste yaptıran hasta sayılarının oranı, özellikle bazı hastanelerin acil servislerinde giderek artmaktadır. Teknolojideki ilerlemeler, yeni ilaç şirketleri, tıp bilimindeki ilerlemeler, acil servis hekimlerinin eğitimlerinin ve uygulama standartlarının artması, acil servislerdeki tedavi anlayışını değiştirmiş ve buralara daha fazla kaynak aktararak daha fazla bakım verilmiştir. Derlet ve Richards (2000:65), bu duruma örnek olarak aşağıdaki olguları vermişlerdir.

- Astım hastaları bir saat içinde hastaneye yatmak yerine, acil serviste 6-8 saatlik yoğun bir tedavi ile evlerine gönderilmektedir.

- Travma hastaları hastaneye yatırılıp izlenmek yerine, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi, laboratuvar testleri ve tekrar muayeneden sonra değerlendirilerek gönderilebilmektedir.
- Aşırı ilaç almış bir hasta 6 saat sonra psikiyatri ünitesine veya evine güvenle taburcu edilebilmektedir.
- Göğüs ağrılı hasta seri elektrokardiografi ve kardiyak enzim takibi ile acil servis içinde 24 saat içinde değerlendirilebilmektedir.
- Genel durumu kötü olmayan pnömoni ve piyelonefrit hastaları intravenöz antibiyotiklerini acil servis içinde alıp gözlemlendikten sonra ağızdan tedavi ile evlerine gönderilmektedir.

2.4.5. Şiddet

Uzun süre tedavi olmak için bekleyen hastalar ve hasta yakınları ajite ve kızgın oldukları için daha kolay şiddete başvurmaya eğilimli olabilirler. Şiddet ya da tartışma durumları genelde bekleme salonunda gerçekleşmektedir (Derlet ve Richards,2000:67).

Türkiye’de, son yıllarda acil servislerde çalışanlara karşı yapılan saldırı olayları artmıştır. Gerek fiziksel ve gerekse sözlü olarak saldırıyla karşı karşıya kalan hekim sayısında artma vardır. Acil servisler, hastalar, hasta yakınları ve burada çalışanlar için stresli ortamlardır. Yaralı, korku ve endişe içinde buraya gelmiştir, kolayca saldırgan olabilir. Hasta yakınları, tedavinin gecikmesi, bekleme süresinin uzaması, tedaviye rağmen hastanın kurtarılamaması gibi nedenlerle suçlu aradığından bu suçlu zaman zaman acil servis ve burada çalışanlar olmaktadır (Rodoplu,2001b).

2.4.6. Radyoloji, Laboratuvar ve Yardımcı Tetkiklerin Gecikmesi

Teknolojideki ilerlemeler ve bakım standartlarının yükselmesi sonucu acil servislerdeki hastaların çoğu düz grafi, laboratuvar testleri, diğer yardımcı tetkiklerin kan gazı, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, nükleer tıp yöntemleri gibi çeşitli teşhis yöntemlerine ihtiyaç duymaktadırlar. Özellikle bazı eğitim hastanelerinde hasta yoğunluğu nedeniyle, radyoloji ve laboratuvar testlerinin sonuçları için çok zaman harcanmaktadır (Derlet ve Richards,2000:65). Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımının yarattığı bir başka sorun da, hastalardan acil serviste gereksiz yere tetkiklerin istenmesidir. Ankara'da bir üniversite hastanesinde yapılan araştırmada hekim tarafından tanı konabilmek için tetkiklere fazlaca yüklenildiği ileri sürülmektedir (Önsoy,1993:55).

2.4.7. Acil Servislerin Fiziksel Yetersizlikleri ve Ambulansların Farklı Hastanelere Yönlendirilmesi

Acil servislerdeki yatak sayılarının yetersiz olması nedeniyle, hastaların hizmetten yararlanma süreleri uzamaktadır. Aynı sayıdaki hastaya daha iyi hizmet vermek için daha büyük acil servisler ihtiyaç vardır. Acil servislerin fiziksel yetersizliği trafik kazası, yangın gibi toplu bir acil olay gerçekleştiğinde büyük bir problem olmaktadır. Bu servisler bir hastanenin verdiği hizmetlerin çoğunu geceleri, hafta sonları, tatil ve bayram günleri tek başına 24 saat vermektedir (Derlet ve Richards,2000:66).

Hasta bakım kalitesini ve akışını düzeltmek, çalışan görevlilerde çalışma zevki ve şevki, hasta ve yakınlarına kolaylıklar sağlayabilmek için acil servis dizaynı için bilimsel değerler ve kurallar kullanılmalıdır. Bunun için hastane ve özellikle acil servis mimarisi hakkında bilgi ve tecrübesi olan mimarlarla, yetkili kişiler konuşarak hedefler üzerinde bir anlaşmaya varmalıdır. Acil servis dizayn edilirken genelde en sık unutulan noktalardan bazıları, acil servis planı çizilirken ilgili acil hekimlerinin fikirlerinin alınmaması, acil servisin yıllık hasta kapasitesi ve ileri yıllarda oluşacak

talebin göz önüne alınması, ayakta ve ambulans ile gelen hastalar için ayrı ayrı girişlerin kullanılmaması, hemşire istasyonu olarak yeterli ve uygun alanların kullanılmaması, acil servis çalışanlarına uygun dinlenme ortamının sağlanamaması, acil servis dizaynının iç mimar tarafından yapılmaması, bekleme salonunda hasta yakınlarının rahat edecekleri ortamın sağlanmaması, acil servis girişinin kolay bulunabilir olmayışıdır. Belki de en önemlisi bu dizaynı yapacak olan ve sağlık ekibinin bir arada karar vermemesi ve birbirlerinin ihtiyaçlarından habersiz uygulamalardır (Özüçelik,2001; Rodoplu,2001b).

Özışık ve Sevim, acil servise başvuran hasta ve yaralıların sağlık sorunlarının ağırlığından değil de, acil servislerin yetersizliğinden kaybedildiğini belirtmişlerdir. Almanya’da 1970 yılında tüm kazalar nedeniyle 19193 olan can kaybı, acil hizmetlerin yeniden organizasyonu ile 1982 yılında 11608’e düşürülmüştür (Yıldırım,1994:1). Cander (2001:654), acil servislerin Türkiye’de birçok hastanenin kanayan yarası olmaya devam ettiğini, hiçbir hastanenin acil servisinin diğerine uymadığını ve ideal acil servis mimari planının olmadığını belirtmiştir.

Acil servise gelen ambulansların, acil servislerdeki yoğunluk nedeniyle diğer hastanelere yönlendirilmeleri, özellikle kentlerde gittikçe büyüyen bir sorun haline gelmiştir. Hastanın bir an önce herhangi hastaneye transfer edilme isteği, trafik kazaları riskine, hastaneye ulaşma süresinin artmasına, bakım kalitesinin düşmesine ve hasta sağlığının ciddi şekilde riske girmesine neden olmaktadır (Derlet ve Richards,2000:66).

2.4.8. Hastanın Ağrı ve Sıkıntılarının Süresinin Uzaması

Acil servis çalışanlarının acil olmayan kullanım nedeniyle yoğun olması, hastaların bekleme süresinin uzamasına, ağrılarının uzun süre devam etmesine sebep olmaktadır. Farklı kültürlerden ve dillerden olan insanların yaşadığı iletişim sorunları da bu hastaların ağrı ve sıkıntılarının uzamasına neden olmaktadır. Böyle hastalarla

iletişim kurabilmek için tercümana ve fazladan zamana gereksinim vardır. Her zaman kültürel bazı faktörler hastaların tanılarının ve tedavilerinin uzamasına neden olmaktadır (Derlet ve Richards,2000:66). Bu konularda hasta yakınlarından ve diğer sağlık çalışanlarından yardım alınmalıdır. Kopenhag, Ljubljana Konferanslarında, sağlık hizmeti sunan ile hasta arasında ortak karar verme mekanizmasının kuvvetlendirilmesi ve hizmetin kapsamlı ve sürekli bir şekilde kendilerine özgü kültürel çevreleri içerisinde verilmesinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir (Algın,2002:8).

Acil servislerdeki yoğunluğun yarattığı diğer bir sorun da, üniversite ve eğitim hastanelerinde eğitim misyonu üzerinde negatif etki göstermesidir. Tıp öğrenimi “izle ve gör” ilkesine dayandığı için, daha çok hasta bakmak zorunda olan öğretim elemanı, yatak başı eğitime yeterli vakit ayıramamaktadır (Kunt,2001:5). Bu da farklı alanlardaki eğitimlerinin eksik kalmasına neden olmaktadır.

Hasta yoğunluğunun artması nedeniyle ortaya çıkan iletişim bozuklukları ve yanlış anlaşılmalara diğer oluşan sorunlardandır. Acil servislerde acil olmayan kullanım nedeniyle oluşan yoğunluk, sonuçların yanlış değerlendirilmesi, yanlış etiketlenilmiş örnekler, yanlış yazılmış radyoloji istemleri, yanlış hemşire istemleri vb hataların artmasına neden olmaktadır (Derlet ve Richards,2000:67) .

2.5. Acil Servislerin Acil Olmayan Nedenlerle Kullanımının Azaltılmasına Yönelik Öneriler

Acil servislere acil olmayan nedenlerle yapılan başvuruları engellemek için, gerek hastane yönetimleri gerek hükümetler çeşitli yollara başvurmak zorunda kalmaktadırlar. Shah ve arkadaşları (1996:1321-1322), birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği engelleyen nedenlerin ortadan kaldırılmasını, acil servislerin doğru kullanılması için belirli standartların getirilmesini, acil servise başvuran ancak acil olmayan hastaların birinci basamak sağlık merkezlerine yönlendirilmesini önermektedirler. Derlet ve Richards (2000:67), sigortalı ve

sigortasız hastaların diğer bakım kliniklerine başvurmalarının sağlanmasını, hastanenin, özellikle yoğun bakım yatak kapasitesinin artırılmasını, acil servislerin gözlem ünitelerinin geliştirilmesini, hekim, hemşire ve diğer yardımcı personelin sayısının artırılmasını, acil servisin fiziki yapısının geliştirilmesini, radyoloji, laboratuvar ve konsültasyon hizmetlerinin düzeltilmesini ve geliştirilmesini, acil servislerin yoğun olduğu saatlerde hastaların özellikle başka sağlık kurumlarına yönlendirilmesi önermektedirler.

Aşağıda bütün ülkeler için acil servislerin acil olmayan nedenlerden dolayı kullanımının engellenmesine yönelik bazı öneriler sunulmuştur.

2.5.1. Acil Servislerde Triaaj Kılavuzunun Kullanılması

Acil servise başvuran hastaların sayısı artıkça, öncelikle müdahale gerektiren gerçek acil vakalar beklemek zorunda kalmakta ve erken veya yeterince müdahale edilememe durumu ortaya çıkmaktadır. Bir hekim aynı anda birden fazla hastaya müdahale edemeyeceği için öncelik sırasının tespiti gereklidir. Literatürde araştırmacılar tarafından kullanılan çok fazla sayıda ve çeşitte, adına aciliyet kriteri denilen acil servise başvuran hastaların tıbbi durumlarına göre değerlendirildiği sınıflama sistemleri kullanılmaktadır. Hangi hastanın öncelikle hizmet göreceği ve acil servisin hangi bölümünde hizmet alacağını belirlenmesine “triaaj” ya da “sınıflama” ismi verilir. Triaaj, hasta ve yaralıların yaralanma tipleri, o anki durumlarına göre sınıflandırılıp hastaneye yatırma, tedavi ve tahliye konularında öncelik derecelerinin saptanmasıdır (Kunt,2001:1). Slee ve arkadaşları (1996:188) triaajı, hastaların yaralanmalarının veya hastalıklarının tedavi önceliği açısından aciliyet durumlarına göre sınıflandırılması olarak belirtmişlerdir.

Çeşitli yazarlar, acil servise başvuran hastaların triaja tabii tutulup acil olmayanların reddedilerek diğer bakım merkezlerine yönlendirilmelerinin bu servislerdeki hasta sayısının azaltılabileceğini ileri sürmektedirler (Gill,1994:953; Gill ve ark.,1996:475; Partovi ve ark.,2001:990). Derlet yaptığı araştırmalarda, triaajın

nadiren hastaların tedavisinin gecikmesine ve hastaların bu yüzden zarar görmesine yol açtığını saptadığı için, triaj uygulanırken çok dikkatli olunması gerektiği belirtmiştir (Kunt,2001:17). Bunun için uygulanacak triaj kılavuzunun belli özelliklere ve belli standartlara sahip olması gerekmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, acil serviste triaja tabi tutulup eve gönderilen 106 hastanın 35’inin (%33) acil olduğu belirlenmiştir. Bir başka araştırmada, triaj kılavuzuna göre acil servisten gönderilen hastalar arasında yatış oranı %0.25 ile %3 olarak belirlenmiştir (Lowe ve ark.,1994:287,292).

Kaliforniya Davis Hastanesi’nde 1988-1993 yılları arasında yapılan bir araştırmada, tedavi önceliği (triaj) sıralamasına tabi tutularak bakım verilmeyen 14.682 hastanın 5.065’inin telefonuna ulaşılmış ve bu hastaların %38’inin aynı gün, %35’inin üç gün içinde başka bir kurumdan tedavi aldıkları belirlenmiştir. Hastaların %26’sının daha fazla bakım aramadıkları, %1’inin ise diğer acil servislere başvurdukları belirlenmiştir (Akbulut,1998:24).

2.5.2. Sağlık Hizmetlerinin Kullanımında Yasal Düzenlemeler

Hastanelere, özellikle de acil servislere yapılan gereksiz başvuruları önlemek için ülkeler çeşitli yasal düzenlemeler yapma yoluna gitmişlerdir. Bu düzenlemeler içerisinde, hastanın acil serviste gereksiz hizmet alması halinde maliyet paylaşımına katılması ve acil servisten diğer bakım merkezlerine yönlendirmesi gibi uygulamalar vardır. Acil servis kullanımı üzerinde çalışmalar yapan araştırmacılara göre, ülkelerde acil servislerdeki uygunsuz kullanımın önemli nedeni birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısızlığıdır. Araştırmalarda, hastaların genellikle acil servisleri uygun bakım merkezi gibi düşündükleri, diğer bakım merkezlerinde zamanında hizmet almak için ulaşılabilirlik sorunu olduğunu belirtmeleri dikkat çekicidir. Yapılan bu araştırmaların önerilerinde de, acil servis ziyaretlerini azaltmak için uygunsuz kullananların maliyet paylaşımına katılması, minör problemlerle gelen hastaların ayakta bakım merkezlerine yönlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılabilir olmasının sağlanması ve birinci basamakla olan ilişkilerin

güçlendirilmesi kavramları yer almaktadır. Araştırmacılar, hastaların alternatif bakım merkezlerine ve birinci basamak sağlık merkezlerine yönlendirilmesi konusunda hastalara eğitim verilmesi, telkinde bulunulması ve cesaretlendirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar (Sharma ve ark.,2000:1038; Selby ve ark.,1996:635; Selby,1997:1750; Kellerman,1994:1953; Lowe ve ark.,1994:287; Straus ve ark.,1983:60).

Fowler (1995:36) ABD sağlık organizasyonunu aşağıdaki biçimiyle aktarmıştır. “ABD’de acil servis hekimleri, hizmet yönetiminin gittikçe zorlaşması nedeniyle sorun yaşamaktadırlar. Önceden belirlenmiş sistemin dışındaki hizmetleri kullanması durumunda hasta, ücretini kendi cebinden vermektedir ki bu da hastayı ürkütmektedir. Herhangi bir acil sağlık sorunu ortaya çıktığı zaman (bir trafik kazası veya ateşli bebeğin gece boyu ağlaması gibi) hasta acil servise başvurmaktadır. Hastanın bakımı yapılırken veya yapıldıktan sonra (hasta transferi ile ilgili federal yasalar gereği) hasta veya hastane görevlisi, sağlık planı ile ilgili yetkilileri arayıp “bu acil durum için ödeme yapılabilir” cevabını ve iznini almak zorundadır. Hastane görevlileri ve hekimler, tedaviyi geciktirmek istememektedir. Fakat aynı zamanda hastayı, faturadan sağlık şirketi yerine kendisinin sorumlu olabileceği konusunda uyarmak durumundadır. Hekimler ve hastaneler verdikleri hizmetin bedelini istemektedirler.”

Türkiye’de 1961 Anayasası ve onun 49. maddesine göre, sağlık, temel bir hak olarak tanımlanmış, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin sorumluluğu ve düzenlenmesi görevi devlete verilmiştir. Bu anlayış ile Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda sağlık hizmetleri yeniden düzenlenmiştir. 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi dönemine girilmiştir. Kanun, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinin genelini düzenleyen bir ilkeler kanunudur. Kanun’a göre; birinci basamak sağlık kurumlarından sevk edilerek gelen bireylerin yatırılarak veya ayakta, sağaltım ve/veya esenlendirici hizmet aldıkları, ileri tanı ve inceleme olanaklarına sahip 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu kurumlar 2. ve 3. basamak sağlık hizmetleri vermesi gereken, sınırlı kaynakları optimal kullanması beklenen sağlık

kuruluşlarıdır. Birinci basamakta uygun ve yeterli hizmet verilmesi, hastanelerin görevlerini daha iyi yerine getirmesine yardımcı olacaktır (SPGK,1992:6-7; Özçelik,1995:12; Ekuklu ve Saltık,1998:342; Özsarı ve Varlık,1998:2013; Şahin ve Eğri,1999:333; Berberoğlu ve ark,2000:200; Akyıldız,2001:186).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da yer alan ilkelerin hemen hemen hepsi, kabulünden 17 yıl sonra 1978 yılında, Alma-Ata da toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda bütün ülkeler tarafından benimsenmiştir. İlerleyen yıllarda 24 Ocak 1980 Kararları ve 1982 Anayasa'sının 56. maddesindeki yeni düzenlemeler ile herkese, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama sahip olma hakkı verilmiştir. Anayasa'da devletin, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak, insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemesi gerektiğini belirtmiştir. Devlet, halkın sağlık hakkını sağlama temel görevi yerine, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesi ile görevlendirilmiştir. Bir başka deyişle, insan haklarına dayalı devlet anlayışı, insan haklarına saygılı devlet anlayışına dönüşmüştür (Öztek ve Eren,1996:32; Akyıldız,2001:186; Berberoğlu ve ark,2001:470).

Türkiye'de çeşitli yazarlar, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'unun getirdiği ilkelerin, genelde batılı ülkelerin, özelde de İngiltere'nin sağlık örgütlenmesi ilkeleriyle tıpa tıp benzerliğinin ilginç olduğunu belirtmektedirler. 1961 Anayasası ile batı tipi demokrasiye yönelme eğilimleri benzeri olarak, sağlık alanında da batının standartlarının benimsendiği ifade edilmektedir. Diğer bazı yazarlar, sosyalleştirme modelinin yerküredeki benzerlerinin çok ilerisinde olduğu düşüncesindedirler. Fakat kanununun hazırlanırken toplum içinde ve yasama organında enine boyuna tartışılmadığı, tasarının kısa süre içinde ve dar bir grup tarafından hazırlandığı belirtilmektedir. Kanun'un zaten seçimle gelmiş bir meclisten değil, bir askeri darbe sonrası atanmış bir kurucu meclisten geçtiği belirtilmektedir. Bu nedenle de toplumun siyasi temsilcilerinin ve siyasi partilerin kanuna sahip çıkmadığı, daima belli bir politik platformda algılandığı, teknik ayrıntılarının da bu nedenle olgunlaşmadığı belirtilmektedir. Uygulamada, mevcut yapı ile

sosyalleştirilmenin entegre edilmediği, mevcut yapıların yanına bir yenisinin eklendiği ifade edilmektedir. Ülkede genel bir demokratikleşme sağlanmadan ve toplumun, seçilme hakkı kağıt üzerinde kalan kesimlerinin bu haklarının kullanılabilmesinin güvencesi sağlanmadan, hiçbir kanunun sorunları çözmek için yeterli olmayacağı ifade edilmektedir. Toplumun da bu nedenle kanuna sahip çıkmamış olabileceği belirtilmektedir (Aksakoğlu,1994:54; Akalın,1994:62; Fidaner,1994:58; Belek ve ark.,1998a:65). Akalın'a (1994:62) göre, başarısızlık 224 sayılı yasanın değil Türkiye'nin toplumsal yaşamının başarısızlığıdır. Ekuklu ve Saltık'a (1998:342) göre sorun, uygun modelin bulunmasında değil, aksine var olan sistemin günün koşullarına göre uyarlanıp, işletilebilecek bir modele dönüştürülmemesidir.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'unla öngörülenlerin 1966 sonrası tamamen başarısız bir uygulama haline geldiği belirtilmektedir (Ağın,2002:57). Başarısızlığın nedenleri; yüksek kademe yöneticilerin kanunun uygulanması gereğine inanmaları, hastane ve sağlık ocaklarına yeteri kadar hekim atanmaması, hekim ver diğer sağlık personelinin hizmetin gerektirdiği şekilde yetiştirilmemesi, sağlık ocakları ile hastaneler arasında işbirliğinin kurulmamış olması, il düzeyinde sağlık yönetimi yetersizlikleri ve araç, gereç sıkıntıları olarak altı temel neden halinde sıralanmıştır.

Günümüzde sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri konusunda yasal düzenlemelerde sağlık ocakları yoğun olarak aşı ve kontrol amacıyla sürekli hizmet kaynağı olarak kullanılmasına rağmen, hastalık ve acil gibi nedenler söz konusu olduğunda, sürekli hizmet alınan bir yer olarak kullanılmamaktadır (Çiçeklioğlu,1999:330). Uygulamada mevzuata aykırı durumlar söz konusudur. Sosyal güvencesi olan, acil olmayan hastalar hiçbir ücret ödmeden hastane ve acil serviste tedavi olmaktadır. 24046 sayılı Resmi Gazete (2000:40) de, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nin 15. maddesinde, "Özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Başvuran her hasta için acil tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır." şeklinde ifade edilmektedir. Acil servisler yönetmelik gereği, başvuran her hastayı kabul etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu da acil veya acil olmayan her

hastanın başvurmasına ve acil servislerin amacı dışında kullanılmasına yol açmaktadır.

2.5.3. Basamaklı Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı

İdeal bir sağlık sistemi kendi kendine bakım, birinci basamak sağlık hizmetleri (genel tıp yaklaşımı), ikinci basamak sağlık hizmetleri (konsültan uzman yaklaşımı) ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden (uzmanlık ve yan dal uzmanlıklarının sunduğu bakım) oluşur. Bu sistem, sağlık hizmeti sunulan birimlere yansıtıldığında, ikinci basamak genel hastanelerde, üçüncü basamak ise özel dal ve üniversite hastanelerinde verilen hizmetleri kapsamaktadır. Nitelikli bir sağlık sisteminde bu hizmetlerin yukarıya doğru daralan bir piramit şeklinde ifade edilebilmesi esastır. Piramitin en alt katmanını oluşturan birinci basamak sağlık hizmetinin, olmazsa olmaz diye tanımlanabilen ilk başvuru, süreklilik, kapsayıcı hizmet ve koordinasyon olmak üzere dört temel özelliği vardır. İlk başvuru herhangi bir sağlık sorunu ya da sorunun yeni bir yönü sözkonusu olduğunda sağlık bakımı almak için başvuran kişinin hizmete erişebilmesi ve hizmet kullanması anlamındadır. İlk başvuru yeri olarak birinci basamağın kullanılmasının, hem uzman hekimin hem de acil hizmetin kullanımını azalttığı ileri sürülmektedir (Çiçeklioğlu, 1999:323; Tüzer ve Görpelioğlu,2001:845; Algın,2002:5).

Leberghe'e göre, hastanelerin birinci basamak sağlık hizmetleri faaliyetlerine katılması (tedavi edici ve koruyucu hizmetleri vermesi) istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır. Hastanelere birinci basamak sağlık hizmeti alacak hastaların yığılması hastanenin potansiyeli altında çalışmasına neden olmaktadır. Hastanelerde, düşük kalitede hizmetin verilmesinin (sağlık merkezleri bakım hizmetleri vermek için hastaneden daha iyi hazırlandığından bu hizmet hastane tarafından verildiğinde düşük kalitede olabilmektedir) ve sağlık merkezlerinin hastane ile kaynak ve prestij konusunda rekabete girmesinin çalışmaları olumsuz etkileyeceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle hastanelerin BBSH'ni bu hizmeti asıl vermesi gereken diğer sağlık birimlerine bırakması ve kıt, pahalı kaynaklarını ikinci ve üçüncü basamak

hizmetlere ihtiyacı olanlara vermesi uygun olmaktadır (Khalil,1996:7). Hastanelerin temel işlevi yataklı tedavi kuruluşları olmalarıdır. Poliklinik hizmetleri hastanelerin esas hizmetlerinden değildir. Birinci basamak hizmetlerinin verimli bir biçimde işletilebildiği yerlerde hastanelerde poliklinik hizmetlerinin verilmesi gerekmeyebilir. Nitekim, başta Almanya olmak üzere bazı ülkelerdeki bazı hastanelerde poliklinikler Türkiye’de olduğu gibi doğrudan hastanelere başvuran hastaları kabul etmezler (Öztek,2001:295,297).

Çeşitli yazarlar, birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvurunun artırılması ile acil servislerin uygun kullanımının artırılabilceğini ileri sürmektedirler (Gill,1994:953-954; Key ve ark.,2002:274). İngiltere’de yapılan bir çalışmada, hekime başvuran hastaların sorunlarının üçte ikisinin ayakta tedavi ile çözülebilir sorunlar olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmaya göre 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarının devreye girmesini gerektirecek sorunları olanlar, hasta grubunun ancak %10’unu oluşturmaktadır (Pekcan ve Uğurluoğlu,2001:818). Sağlık sigorta sisteminin uygulandığı bir programda, birinci basamağa uğrama zorunluluğunun geliştirilmesinden bir yıl sonra birinci basamağa uğrayan hastaların hastanede yatış sürelerinin kısaldığı belirlenmiştir. Bir çalışmada, dört ayrı Medicaid uygulamasından tabakalı tesadüfi seçilen hastalarda birinci basamak hekimine uğrama zorunluluğu getirildikten sonra acil servis kullanımı çocuk hastalarda %27-37, yetişkinlerde %30-45 oranına düşmüştür (Çiçeklioğlu,1999:323).

Norveç ve İsveç’teki hastane başvuru hızlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, daha fazla ayakta bakım hizmeti vermenin daha az hastane kullanımıyla ilişkili olduğu ve böylece sağlık harcamalarında azalmaya yol açtığı belirlenmiştir. Küba’da aile hekimliğinin uygulandığı bölgelerde, hastane acil servislerinin kullanımının azaldığı belirlenmiştir (Kılıç,1993:97). Birinci basamakta sunulan sürekli bakım ile acil serviste sunulan aralıklı bakımın karşılaştırıldığı bir araştırmada, acil serviste yetişkinlere gastrointestinal rahatsızlıkları ile ilgili radyolojik testler kullanılarak verilen bakımın zayıf olduğu gözlenmiştir. Diğer bir araştırmada, acil servise tansiyon ölçmek için kontrole gelen ve reçete yazdıran hastaların, birinci basamakta benzer hizmetleri alan hastalara göre aldıkları tedaviyi uygulama düzeyleri daha

düşük çıkmıştır. Bir başka araştırmada, birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran çocuk hastaların hastalıklarının bakımı ve tedavisinin acil servislere göre daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Birinci basamakta çözümlenebilecek problemlerin acil servislere taşınmasının bu merkezlerin verimliliğini ve etkinliğini düşürdüğü ileri sürülmektedir. Acil servis hekimlerinin birinci basamakta çözümlenebilecek hastalıklar konusunda yeterli eğitim ve deneyime sahip olmamaları nedeniyle, acil serviste gereksiz testlerin ve işlemlerin yapılmasının verimliliği ve etkinliği düşüren nedenler arasında olduğu ileri sürülmektedir (Gill,1994:954-955).

Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hizmetleri dendiğinde genellikle tedavi kuruluşları ve özellikle hastaneler akla gelmektedir. En basit yakınmalarda bile insanlar hastanelere başvurabilmektedir. Sağlık hizmetini alanlar da verenler de, başta hastaneler olmak üzere tedavi edici sağlık hizmetlerini ön planda tutarlar. Bunun nedeni, bu ülkelerde birinci basamaktan önce ikinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmiş olmasıdır. Yataksız sağlık kuruluşlarından önce yataklı sağlık kuruluşları kurulmuş ve geliştirilmiş olmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmemiş, kaynaklar hemen hemen hastanelerin kurulup işletilmesine ayrılmıştır. Sağlık sisteminin tedavi yönelimli olarak organize edilmesi bile, Dünya Sağlık Örgütü’nün de halen yakındığı politik bir tercihtir. Halka her türlü yakınmasında başvurmak için, hastanelerden farklı bir kuruluş çok uzun yıllar sunulmamıştır. Hastaneye gitmekten başka bir seçeneği olmayan halk, hastaneleri kullanmaya adeta teşvik edilmiş ve alıştırılmıştır. Bunun sonucu olarak, hastaneler kapasitelerinin üzerinde hasta başvurusuyla karşılaşmış, aşırı nitelikte personel (örneğin genel pratisyen yerine uzman hekim) kullanılmış, gereksiz miktarda tıbbi malzeme harcanmış ve buna bağlı olarak verim düşmüş ve hekimler fazla sayıdaki hastaya bakabilmek için hastalarına gereken muayene süresini ayıramamıştır (Öztek ve Eren,1996:30-31; Belek,1998b:65,109).

Tedavi edici hizmetler özellikle koruyucu hizmetlerin başarısız kaldığı yerlerde ona destek olmak üzere tasarlanmıştır. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birbirini desteklemesi zorunludur. Çünkü, dünyanın hiçbir ülkesinde tedavi edici hizmetlerin desteği olmadan bir koruyucu hizmet modelinin başarılı olduğu

görülmemiştir. Koruyucu hekimlikle desteklenmemiş tedavi hizmetlerinin de, kesinlikle başarılı olamayacağı ileri sürülmektedir (Eren,1989:183).

Türkiye’de, halkın birinci basamak hizmetlerini sunan sağlık ocaklarından yeterince yararlanmadığı, sevk zincirinin gerçekleşmediği, ikinci basamak hizmeti sunan hastanelerin birinci basamak hizmetleri vermek durumunda oldukları yapılan çeşitli araştırmalarla ortaya konulmuştur. Gebze’de yapılan bir araştırmada, basamaklar arası sevk sisteminin işlemediği, hastaların %23.7’sinin doğrudan doğruya devlet hastanesine başvurduğu saptanmıştır (Gürses ve ark.,2001:145). Edirne’de sağlık ocaklarında yapılan bir araştırmada, başvuran hastaların %20’sinin 2. ya da 3. basamağa sevk edildiği belirlenmiştir (Ekuklu ve Saltık,1998:344). Eskişehir’de yapılan başka bir araştırmada, bu değerin %16 olduğu belirlenmiştir (Ünsal ve ark.,1994:24). İzmir’de sağlık ocaklarında yapılan bir araştırmada, sağlık ocaklarına başvuran hastaların %8.3’ünün merkezde, %13’ünün ilçelerde bir üst basamağa sevk edildikleri belirlenmiştir (Gürsoy ve ark.,1998:352). Kayseri’de yapılan bir araştırmada, sağlık ocağında muayene edilen çocukların yalnızca %4.9’unun bir üst basamağa sevk edildiği belirlenmiştir. Araştırmada Devlet Hastanesinde muayene edilen çocukların %1.6’sının ve Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi’nde (SSK) muayene edilenlerin %2.5’inin bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edildikleri belirlenmiştir (Çetinkaya:1994:8). Bornova merkez sağlık ocağında yapılan çalışmada, laboratuvar imkanlarının geliştirilmesi ve kullanılması ile birinci basamak sağlık kuruluşlarına olan başvuruların anlamlı bir biçimde yükseldiği ve halkın sağlık ocaklarına güveninin arttığı belirlenmiştir (Gürses ve ark.,2001:145).

Üçüncü basamak sağlık hizmeti üreten İbn-i Sina Hastanesi’nde yapılan bir araştırmada, on yıl içinde başvuran hastaların %89’unun birinci ve ikinci basamakta tedavi edilebilecekleri sonucuna varılmıştır. Aynı bağlamda, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran hastaların %59.9’unun daha alt basamakta iyileştirilebileceği sonucuna varılmıştır (Algın,2002:58-59). Sağlık Bakanlığı yapısı içindeki poliklinik hizmetlerinin önemli oranda hastaneler tarafından verildiği görülmektedir. Sevk sisteminin işlemesi

durumunda 1/9 olması beklenen hastane/sağlık ocağı poliklinik oranı, 1996 yılı için 1.3'tür. Oranda 1990'dan beri bir ölçüde düzelme olmuşsa da, sonucun beklenenin çok uzağında olduğu ortadadır. Kısacası sağlık ocağı ile hastaneler arasında olması gerekli ilişki biçimi, hiçbir biçimde işlememektedir ve beklenenden uzaktır. Bu durum Devlet Planlama Örgütü'nün (DPÖ=DPT) VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da tüm ayrıntılarıyla belirtilmiştir (Belek ve Belek,1998c:326; Ekuklu ve Saltık,1998:342). Yukarıdaki veriler etkin bir temel sağlık hizmeti geliştirildiği takdirde, uygulamada sevk zincirine uyulması, 1. basamağa gereken önemin verilerek gerekli donanımın sağlanması halinde, hastaneye başvuran hastaların %80-95'inin probleminin birinci basamakta çözüleceğini kanıtlamaktadır. Hasta sevk zincirindeki bu bozukluk, hastanelerde yoğun işyükü, kalite düşüklüğü ve verimsizlik olarak sonuçlanmaktadır (Musall ve ark.,1993:52; Yılmaz,1996:113; Ekuklu ve Saltık,1998:344; Berberoğlu ve ark., 2000:205; DPT.,2001:34).

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis'inde yapılan bir araştırmada, çevre hastanelerden acil servise sevk edilen hastaların %89.7'sinin görüşülmeden gönderildiği, %10.7'sinin görüşülerek gönderildiği belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın ve Amerikan Acil Hekimleri Birliği'nin önerilerinde, mutlaka hastanın sevk edileceği hastanenin aranması ve karşı hastanenin sevki kabul edebileceğinin öğrenilmesinin uygun olacağı belirtilmektedir (Oktay ve ark.,2001:38).

Avrupa'da sağlık bakım sistemlerinde reform yapma çabalarının hepsinin paylaştığı amaçlar, yüksek kaliteli bakımın kullanılabilirliğinde eşitlikle beraber, sağlık hizmetlerinin sunumunda daha etkili-maliyet sınırlamayı, daha fazla verimlilik ve etkililiği içerir. Toplam sağlık bakım harcamalarının önemli bir kısmını hastaneler oluşturduğundan, bütün ülkelerin sağlık politikasına ilişkin amaçlarından biri, hastane kullanımının verimliliğinin ve uygunluğunun geliştirilmesidir. Kullanım incelemesi ve kullanım yönetimi programlarının amacı, ihtiyaç duyulan hizmetlerin kullanılabilirliği sürdürülürken, gereksiz ya da uygun olmayan hastane kullanımını belirlemek ve azaltmaktır. Uygun olmayan hastane kullanımı, hastanın tıbbi ihtiyaca uygun olmayan kullanımı olarak tanımlanabilir. Hastanelerin uygunsuz

kullanılmasının nedenlerinden biri de, uygun olmayan yatışların yapılmasıdır. Kanada bir Çocuk Hastanesi'nde uygunsuz yatış oranı %24, kızamık nedeniyle uygunsuz yatış oranı da %23 bulunmuştur. Çoğu sağlık bakım organizasyonu ve sağlık sigorta şirketleri maliyetleri kontrol altına almak için kullanım incelemesini kullanmaktadır. Kullanım incelemesi programları, hizmete özgü olarak verilen bakımın tıbbi yönden gerekli olup olmadığı, bu hizmetler için harcanan maliyetin ve yoğunluğunun uygun olup olmadığını belirlemeye yarar. Yapılan bir çok araştırmaya göre, kullanım incelemesi yoluyla hastane masraflarının ve hastaneye yatış günlerinin azaldığı saptanmıştır. Son yıllarda, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmak ve maliyetleri sınırlamak üzere Mavi Haç (Blue Cross), Mavi Kalkan (Blue Shield), Özel Ticari Sigorta Şirketleri, Tercihli Hizmet Organizasyonları ve Sağlığa Destek Organizasyonları kullanım yönetimini yaygın olarak kullanmaktadır (Rosenberg ve ark.,1995:1326; Feldstein ve ark.,1988:1310; Khandker ve ark.,1992:1043; Wickizer,1992:103; Ermann,1988:683; Phelps,1993:1241; Kaya,1998a:311-312).

Türkiye'de hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutması, hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamaların önlenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Hastanelerin gereksiz kullanılması, verimsizliği ve gereksiz harcamalar ile ilgili sorunların çözülebilmesi için kullanım incelemesinin yürürlüğe girmesi gerektiği çeşitli yazarlar tarafından ileri sürülmektedir (Kaya ve ark.,2000:325; Kaya ve ark., 2002b:229).

Ankara'daki bir devlet hastanesi ve bir üniversite hastanesinde hasta günlerinin uygunluğu üzerinde yapılan bir araştırmada, Boston Üniversitesi Sağlık Bakım Araştırmaları Ünitesi tarafından geliştirilen uygunluk değerlendirme protokolü (Appropriate Evaluation Protocol- AEP) ile uygun olmayan kullanım miktarı Devlet Hastanesinde %34.3, Üniversite Hastanesinde ise %24.6 çıkmıştır (Kaya ve ark.,2002c:140). Çelik ve arkadaşları (1999:169), tarafından Ankara'da bir eğitim hastanesinde yapılan bir araştırmada, 221 hasta gününden 49'unun gereksiz olduğu saptanmıştır. Demir ve arkadaşları (2001:213-214) Ankara'da bir hastanede defter taraması yoluyla gereksiz poliklinik kullanım düzeyini saptamak amacıyla

yaptıkları bir araştırmada da, hastaların %51.7'sinin birinci basamak tedavi hizmeti, %41.7'sinin ikinci basamak tedavi hizmeti ve %6.6'sının üçüncü basamak tedavi hizmeti alması gerektiğini belirlemişlerdir. Gereksiz hastane kullanımı incelendiğinde ise; bu oranın %93.4 olduğu saptanmıştır.

Hekimlerin uygun olmayan kullanım konusunda eğitilmesi, kendilerine uygun olmayan kullanım yüzdeleri konusunda geribildirim verilmesi ve izlenmeleri, etkili taburcu planlaması yapılması, ayakta bakım hizmetlerinin daha iyi kullanılmasının sağlanması, hastane-sonrası bakımın geliştirilmesi (bakımevleri, evde bakım, vb), kronik hastalar için uzun süreli bakım sunan kuruluşların geliştirilmesi, uzaktan gelen hastalar için hastane yakınında, hastaneyle ilişkili oteller inşa edilmesi gibi yollarla uygun olmayan kullanım miktarı azaltılabilir (Kaya ve ark, 2002c:144).

2.5.4. Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirliğin Artırılması

Sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği, hizmeti etkileyen önemli faktörlerden birisidir. Ulaşılabilirlik faktörü cinsiyet, yaş, ırk, din, dil, eğitim ve kültür düzeyi, sosyal güvence durumu, hava şartları, uzaklık vb. unsurlardan etkilenmektedir. Örneğin, bazı ülkelerde yabancı işçiler, sigortaya dayalı sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Kişilerin karşılaştığı mali, yapısal ve kültürel darboğazlar hizmetleri kullanma isteğini kısıtlamakta ve böylece, teorik olarak bu kişilerin sağlık hizmetlerini kullanmaya hakları olmasına rağmen pratikte bu engellemektedir. Örneğin, ulaşım giderleri düşük gelirli grupları daha fazla etkilemekte ve mevcut hizmetlere ulaşılabilirliklerini kısıtlamaktadır. Kliniklerin çalışma saatlerinin uygun olmaması nedeniyle ancak belirli gruplar buralarda sunulan hizmetlerden yararlanabilmektedir. Etnik azınlıkların ulaşılabilirliğini engelleyen temel etmenler ise dil ve kültür farklılıkları olmaktadır. Sağlık hizmetleri ihtiyacının çoğu zaman acil bir ihtiyaç olması nedeniyle, bireylerin bu hizmete ulaşamamaları, aynı zamanda aralarında bir eşitsizlik yaratmaktadır (Saltık,1995:39; Güney,1998:33; Whitehead,2001:13).

Hizmetlere ulaşılabilirlikte eşitsizlikler en çok, kaynaklar ve kuruluşlar ülke genelinde kentlerde ve refah düzeyi yüksek bölgelerde daha yoğun, kırsal bölgelere ise daha az olmak üzere dengesiz dağıldığında ortaya çıkar. Ülkenin mevcut kaynakları büyük oranda nüfusun ufak bir kesimine hitap eden ve ileri teknoloji gerektiren tıbbi hizmetlere ayrılırken, toplumun çoğunluğunun yararına olacak dengeli sağlık hizmetlerine ayrılan payın az olduğu durumlarda da ulaşılabilirlik gereksiz yere sınırlanmış olur (Whitehead,2001:11-12). Eşitlik, sağlık için eşit koşullar yaratmak ve sağlık farklılıklarını ortadan kaldırmakla, yani sonuçlardaki eşitlikle sağlanabilir. Eşitsizlik sorunu aşmak için bütün topluma ulaşabilir ve evrensel nitelikli sağlık hizmetinin örgütlenmesi ve sağlık hizmetinin kendisinin çevresel risk etkenlerinin ortadan kaldırılması yönünde de etkin olması gerekir. Bunun için de, para sağlık hizmetinin kullanımında engel oluşturmamalıdır. Bu da kamusal sosyal güvenlik sistemlerini gerektirmektedir (Belek,1998b:101,125).

Ulaşılabilirliği etkileyen faktörlerden biri de, gelir düzeyidir. Polonya’da hastane hizmetlerinin yetersiz olduğu bir dönemde yapılan bir çalışmada, hastaların mesleki sınıfı yükseldikçe, hastane personelini şahsen tanıma oranının arttığı ve bu sayede bu kişilerin hastaneye yatma şanslarının yükseldiği belirtilmiştir. Aynı şekilde Hollanda’da mali kısıtlamalardan dolayı hastane yataklarının azaltıldığı bir dönemde yüksek sosyal sınıfların daha yüksek oranda hastaneye kabul edildikleri: yatak kapasitesinin yüksek olduğu dönemlerde ise tam tersi bir durumun ortaya çıktığı belirlenmiştir. Verimlilik önlemleri kısıtlamalara neden olduğundan eşitsizlikte bir artış tehlikesi ortaya çıkmaktadır (Whitehead,2001:13).

2.5.5. Sağlık Hizmetlerinin Etkili Yönetilmesi ve Topluma Sağlık Eğitimi Verilmesi

Bir acil servis yöneticisinin insanlar arası ilişkiler ve grup dinamiği konusunda yeterince donanım sahibi olması ve serviste çalışanlar için de aynı eğitimleri disiplinler arası işbirliği ile sağlaması gerekmektedir (Büyükgebiz ve ark.,2000:210). Sağlık hizmetleri yöneticiliğini hem bir yönetim alanı olarak, hem de

sağlık ve tıbbi bakım sektörü içinde bir fonksiyon olarak benzersiz kılan bazı koşullar mevcuttur. Bu koşullar mesleğin önemini arttırmaktadır. Bu koşullardan biri, sağlık sektöründe insana verilen hizmetlerin aşırı derecede bireyselleştirme gerektirmesidir. Kişisel sağlık hizmetleri kitle halinde üretilip satılmadığı için her birey için özel olarak tasarlanmak zorundadır ve bu zorunluluk hizmetin yönetimini karmaşıklştırmaktadır. Sağlık hizmetleri yöneticileri, çeşitli sağlık meslek mensuplarının (hekimler, eczacılar, hemşireler vb) katkı ve katılımlarını sağlayarak, her gün gelişen çeşitli tekniklerden yararlanarak, sağlık sistemlerinin hedeflerini belirlemek ve bu hedefleri gerçekleştirmek için plan ve programlar oluşturmak, insan ve maddi kaynakları örgütlemek, devinime geçirmek ve elde edilen sonuçları denetleme ve değerlendirme işlevini yerine getirmektedir (Dinçer ve ark,1994:115; Sarvan,1995a:12; Ak,2001:860).

Hastaneler hemen hemen her ülkede sağlık sisteminin en çok kaynak tüketen alt sistemleridir. Organizasyon yapılarının karmaşıklığı nedeniyle yönetim güçlüğü yaşayan hastanelerin yönetimi, dolayısıyla da yöneticileri, “nitelikli yönetimden” beklenen yararların sağlanması açısından özellikle büyük önem taşımaktadır. Hastane yönetiminin karşılaştığı sorunların temelinde, hastanelerin bilimsel çalışmalara dayalı olarak geliştirilen amaçlara sahip olmamasının, bu kuruluşların yönetiminde profesyonel yönetim teknikleri kullanılmamasının, yönetim yeterli düzeyde ekonomi, istatistik, işletme bilgilere sahip profesyonel yöneticiler bulunmamasının yattığı söylenebilir (Tatar ve ark.,1995:19; Ersoy ve Kavuncubaşı,1995:7; Güney,1998:100).

Günümüzde Türk sağlık sektörünün içinde bulunduğu tüm çaresizlik ve aksaklıkların, sağlık hizmetlerinin yetersizliğinin, yaşanan kayıp ve israfların ve her gün medyada çeşitli örnekleri yansıyan yetersiz hastane hizmetlerinin önemli nedenlerinden biri de, sağlık kuruluşlarının çeşitli yönetsel pozisyonlarında mevcut maddi ve beşeri kaynakları çağdaş işletmecilik ilkelerine uygun, etkili ve verimli bir şekilde yönetmek için gerekli bilgi, beceri ve teknik konusunda formal eğitime sahip olmayan; hizmetin planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi ile değil, kadrolaşma faaliyetleri ile görevlendirilen yöneticilerin bulunmasıdır. Türkiye’de

profesyonel alanda sağlık yöneticisi yetiştiren okullar bulunduğu halde, bunların kamu ya da özel sektörce görevlendirilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Devlet Planlama Teşkilatı'nın hazırladığı Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı zel İhtisas Komisyonu Raporlar'ında mevcut durum saptanırken, sağlık birimlerinde yönetim sorumluluğu, profesyonel yöneticiler ya da yönetim konusunda özel eğitim almış meslek sahipleri tarafından stlenilmediğinin üzerinde, öneriler kısmında da, sağlık yöneticisi ve sağlık eğitimcisi mesleklerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Sağlık sektörünün her kademesinde, özellikle birinci basamaktan (sağlık ocağı) itibaren ikinci ve nc basamak hastanelerde, lisans düzeyinde eğitim görmüş ve profesyonel meslek sahibi olmuş sağlık yöneticileri için kadrolar tahsis edilerek görevlendirilmelidir (Sarvan,1995b:5; Belek ve ark,1998a:101; nder,2001:1275; DPT.,2001:34,76).

Bugün gelişmekte olan lkelerde sağlık hizmetlerinin yönetiminde karşılaşılan en büyük güçlüğün sağlık idarecilerinin yönetimin bir bilim olduğunu bilmemeleri veya kabul etmek istememeleri olduğuna dikkat çeken Nusret Fişek, "şurası bir gerçektir ki, hekimler yönetimin bilim olduğunu kabul etmezler ve sağlık idaresinde görev alanlar da yönetim bilimini öğrenemez, yönetim uzmanlarının tavsiyelerini dinlemezler, yönetim kurallarını uygulamazlarsa hizmetlerini geliştiremezler" görüşünü savunmaktadır (Sarvan,1995b:5).

Güneş (1996:145) araştırmasında, acil servislerde çalışan tüm yöneticilerin, ünitelerinde işleyiş ve yönetimle ilgili problemler yaşandığını ifade etmelerine rağmen, çözüm için yapılması gereken değişiklikler sorulduğunda, somut öneriler getiremediklerini belirterek, acil servis yöneticilerinin, yönetim konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıklarını ifade etmektedir.

Genelde ikinci ve nc basamak sağlık kurumlarının, özelde ise bu kurumların acil servislerinin acil olmayan nedelerle kullanılmasını önlemek için, topluma sağlık eğitiminin verilmesi gerektiği, ülke yöneticilerinin ve politikalarının etkinliğinin de arttırılması gerektiği ifade edilmektedir (zelik, 1995:5). Bir devletin profesyonelliğini gösteren en iyi ölçütlerin, sağlık ve eğitim olduğu, bu iki

sistemin iyi işlememesinin hiçbir siyasal da yapısal gerekçesinin olamayacağı belirtilmektedir (Buğdaycı ve ark,2001:179). Acil serviste bekleyen hastalara, trafik kazaları, büyük yaralanmalar ve bunlara yapılan acil tıbbi müdahalelerle ilgili programlar izletilmesinin, hastaların bilinçlendirilmesi konusunda faydalı olabileceği ifade edilmektedir (Akbulut,1998:24). Çeşitli yazarlar, hastalara acil servislerin uygun kullanılması konusunda eğitim verilmesinin acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanılmasını azaltacağını ileri sürmüşlerdir (Kelly ve Birtwhistle,1993:1351; Gill,1994:953)



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların oranını saptamak, hastaların mesai saatleri içerisinde diğer sağlık bakım merkezleri (sağlık ocakları, dispanserler, semt poliklinikleri, sağlık merkezleri vb) açık olduğu halde, acil olmayan tıbbi problemleri yüzünden acil servisi kullanmalarının nedenlerini belirlemek, acil olmayan hastaları hastalık tanılarına göre sınıflamaktır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

3.2.1. Tarihçe

Araştırma, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) Acil Servisi'nde yapılmıştır. ANEAH'nin tarihsel gelişimi iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hastanenin Numune Hastanesi ismini almasından önceki dönemdir. Eldeki veriler bugün hastanenin bulunduğu yerde Ankara'nın ilk ve tek sağlık kuruluşu olan Ankara Gureba Hastanesi'nin bulunduğunu göstermektedir. Hastanenin ilk kuruluş binası olduğu sanılan ve bugün yıkılmış olan binanın kapısı üzerindeki bir taşın üzerine kazınmış olan 1297-1881 tarihi hastanenin kuruluş tarihi olarak kabul edilmiştir.

Tarihsel gelişimin ikinci bölümü Numune Hastanesi ismini aldıktan sonraki dönemdir. Türkiye Cumhuriyeti'nin ilanından sonra, 18.03.1924'de hastane TBMM'de çıkartılan bir kanun ile İl Özel İdaresinden alınarak Sıhhat ve İçtimai Muavemat Vekaletine (bugünkü Sağlık Bakanlığı) bağlanmış ve ismi Ankara Numune Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Başkent Ankara'nın hızla gelişmesi, nüfusun artması hasta sayısının da artmasına neden olmuş, 1933 yılında 300 yataklı dönemin en büyük hastane binası yapılmıştır. 1935 yılından sonra hastaneye atanan Alman profesörlerin yarattığı gelişim, hastanenin bilimsel atılımında önemli rol

oynamıştır. 1990'lı yıllardan sonra hastanedeki akademik unvanlı hekim sayısı artmıştır. Her türlü tetkik ve tedavinin yapıldığı hastane 1998'de Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ismini almıştır (Numune 2000,2000:xii-xiv; ANEAH,1998:9-14).

Hastane, Türkiye'nin referans hastanesi olarak çeşitli konularda hakemlik hizmetini yerine getirmektedir. Personel şubesinden alınan bilgilere göre, 2003 yılı Ocak ayı itibari ile toplam personel sayısı 2586'dır. Hastanede 1118 doktor, (54 klinik şefi, 76 klinik şef yardımcısı, 141 başasistan) 455 hemşire, 177 ebe, 120 hizmetli, 117 röntgen teknisyeni, 599 diğer personel görev yapmaktadır.

Tablo 3.1. Yıllara Göre Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Poliklinik ve Yatan Hasta Sayıları ile Yatak İşgal Oranları

Yıllar	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Yatak İşgal Oranı (%)
1993	672.574	35.386	70.5
1994	777.707	34.893	77.0
1995	779.308	35.452	80.7
1996	789.293	37.469	79.7
1997	782.138	38.857	85.2
1998	791.207	34.538	81.5
1999	740.660	35.875	85.6
2000	903.126	39.554	83.0
2001	891.978	37.184	80.4
2002	941.196	38.114	83.7

Kaynak: ANEAH İstatistik Şubesi Yayınlanmamış Hastane İstatistikleri

Yıllara göre ANEAH poliklinik ve yatan hasta sayıları ile yatak işgal oranlarının dağılımı Tablo 3.1'de verilmiştir. Tablo 3.1 incelendiğinde, 1993-2002 yılları arasında poliklinik sayısında %28.5'lik bir artış olmuştur. Polikliniklere 1993 yılında 672.574 kişi başvururken, 1996 yılında 789.293 kişi, 2000 yılında 903.126 kişi ve 2002 yılında 941.196 kişinin başvurduğu belirlenmiştir. Yatan hasta sayısı 1993 yılında 35.386, 1996 yılında 37.469, 2000 yılında 39.554 ve 2002 yılında

38.114 olarak belirlenmiştir. Yatak işgal oranı 1993 yılında %70.5, 1996 yılında %79.7, 2000 yılında %83 iken 2002 yılında %83.7 olarak belirlenmiştir (ANEAH İstatistik Şubesi Yayınlanmamış Hastane İstatistikleri).

3.2.2. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi

Acil olgu sayısının giderek artması 1952’de Numune Hastanesine Acil Hastalıklar ve İlk Yardım Pavyonu yapılması gereğini gündeme getirmiş, Acil Servis Binasının temeli 1952 yılında atılmış ve 1956’da tamamlanmıştır. Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz’un isteği ile bina Çocuk Hastalıkları Servisi olarak çalışmaya başlamıştır. Acil olguların her geçen gün artışı ve dünya tıbbında da acil servis bilincinin gelişmesi, bu binanın 11.11.1963 yılında asıl amaç ve yapılış nedeni olan acil servise dönüşmesine neden olmuştur (ANEAH,1998:216).

Acil serviste karşılama bölümü (Giriş Katı) ve laboratuvar birimleri 1994 yılında yeniden yapılanmıştır. Yeni yapılanmada geniş hasta kabul bölümlerinin yanında, iki röntgen odası, bir bilgisayarlı tomografi bölümü ve 12 yataklı gözlem odası da yapılmıştır. Yeni yapılanmasına rağmen bilimsel anlamda acil servis mimarisi ile karşılaştırıldığında bir çok sorun günümüzde de kadar devam etmektedir.

Acil servisler için en önemli kriterlerden bir tanesi, ambulans ve ayakta hasta giriş kapılarının kesinlikle görsel ve fonksiyonel olarak birbirinden ayrı olması ve hastanenin diğer bölümleri ile bağlantısının tek bir kapıdan olmasıdır. Oysa ANEAH Acil Servisi’nde ambulans ve ayakta gelen hastalar tek yol olduğu için sadece bunu kullanmak zorunda kalmaktadır. Bu yolun dik ve virajlı olması nedeniyle, özellikle kış aylarında buzlanma sebebi ile araçlar bu yolu aşamamakta ve hastalar cadde üzerinde indirilmektedir. Bu hastalar acil servisten temin edilen bir sedye ile caddeden taşınmaya çalışılmakta, ancak aynı sorunlar nedeni ile bu da güçlüklerle başarılmaktadır. Özellikle bu durum arrest olan hastalar için hayati zaman kaybına yol açmaktadır. Acil servis girişinin araç akışının hızlı olmasına imkan vermemesi

sebebi ile zaman zaman araç kuyrukları oluşmakta, görevli olarak gelen emniyet araçları ve hasta getiren araçlar için park yeri bulunmadığından ciddi tıkanıklıklar yaşanmaktadır.

Acil servis girişindeki bekleme salonundan geçen hastalar müracaat odasında kayda alındıktan sonra, rahatsızlığı ile ilgili odaya müracaat doktorları tarafından verilen hasta kayıt formu ile yönlendirilmektedirler. Acil serviste yeniden düzenlenen bir çalışma programı ile de dahiliye, cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahi, nöroloji, kulak burun boğaz, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, radyoloji servisi doktorlarının 24 saat nöbet tutmaları sağlanmıştır (ANEAH,1998:216).

ANEAH Personel Şubesi'nden alınan 2002 yılı bilgilerine göre, 5 ebe, 11 hemşire, 22 sağlık memuru, 25 pratisyen hekim acil olguların ilk karşılanmasında görev yapmaktadır. Acil servis de başhekime bağlı bir koordinatör, koordinatöre bağlı üç başhekim yardımcısı, bir başhemşire yardımcısı ve bir acil servis sorumlu hemşiresi çalışmaktadır. Acil serviste çalışan pratisyen hekimler ve idari personel başhekim yardımcısına bağlı iken, yardımcı sağlık personeli sorumlu hemşireye bağlı olarak çalışmaktadırlar.

Acil servisin çalışma saatleri mesai saatleri içinde çalışan yardımcı sağlık personeli ve idari personel için 08.⁰⁰ ile 16.⁰⁰ saatleri arasında, akşam nöbete gelen ekip için 16.⁰⁰ ile 08.⁰⁰ saatleri arasındadır. Acil serviste görevli pratisyen hekimler beşer kişilik beş ayrı gruptan oluşmakta ve 08.⁰⁰-20.⁰⁰ saatleri ile 20.⁰⁰-08.⁰⁰ saatleri arasında iki vardiya halinde çalışmaktadır.

Acil servise başvuran hastanın kabulü bir numaralı odada hekimler tarafından yapılmaktadır. Hastaların şikayeti bu odada çalışan görevli hekim tarafından öğrenilmekte, kayıt defterine kaydedilmekte ve hastaya giriş formu çıkarılmaktadır. Hasta formuyla beraber rahatsızlığı ile ilgili acil poliklinik odasına gönderilmekte ve burada tedavisi yapılmaktadır. ANEAH Acil Servisi'nin Ankara'nın ve Türkiye'nin en modern acil servislerinden biri olduğu belirtilmektedir (ANEAH,1998:216).

Tablo 3.2. Yıllara Göre Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Başvuru ve Olgu Sayıları

Yıllar	Yıllık Başvuru Sayısı	Günlük Ortalama Acil Olgu Sayısı
1993	91.113	250
1994	98.144	268
1995	102.478	280
1996	107.965	295
1997	109.004	298
1998	106.064	290
1999	94.026	257
2000	142.725	391
2001	127.614	349
2002	116.694	319

Kaynak: ANEAH İstatistik Şubesi Yayınlanmamış Hastane İstatistikleri

Yıllara göre ANEAH Acil Servis başvuru ve olgu sayılarının dağılımı Tablo 3.2’de verilmiştir. Tablo 3.2 incelendiğinde, 1993 yılında acil servise başvuran hasta sayısının 91.113 olduğu, 1996 yılında 107.965, 2000 yılında 142.725 ve 2002 yılında 116.694 olduğu belirlenmiştir. 2001-2002 yılları arasında hasta sayısının düşmesinin nedeni, bu yıllarda acil servise başvuran bazı acil olmayan hastaların acil servis hekimlerince kabul edilmemesi olarak ifade edilmiştir. 1993 yılında günlük ortalama acil olgu sayısının 250 olduğu, 1996 yılında 295, 2000 yılında 391 ve 2002 yılında 319 olduğu belirlenmiştir.

3.3. Araştırma Modeli

Bu araştırma tanımlayıcı nitelikte kesitsel bir araştırmadır.

3.4. Evren ve Örneklem

Bu araştırmada çalışma evrenini ANEAH Acil Servisi'ne 20 Nisan ile 20 Mayıs 2002 tarihleri arasında, mesai saatlerinde (08.⁰⁰-16.⁰⁰) bir hafta içerisinde (beş gün) başvuran, acil servisteki muayenesinden sonra tedavi altına alınan ve acil olmayan (az acil, acil değil) hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiştir.

Araştırma öncesinde çalışma evreninin belirlenebilmesi için, ANEAH Acil Servis İstatistiklerine bakılmış, acil servise 2001 yılında başvuran ortalama aylık hasta sayısının 10.500 olduğu saptanmıştır. Acil Servise 2001 yılında araştırma tarihinden önceki son üç aylık (Ocak-Şubat- Mart), ortalama bir aylık, haftalık (Pazartesi, Salı, Çarşamba, Perşembe, Cuma) ve günlük mesai saatleri içerisinde gelen hasta sayılarına da bakılmış; bu sayıların sırasıyla, 8856, 2974, 725, 144 olduğu belirlenmiştir.

Hastane istatistiklerinin değerlendirilmesinden sonra, araştırmanın mesai saatleri içerisinde bir haftalık süre içerisinde gelen hastalar üzerinde yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Araştırmanın 2002 yılı 20 Nisan tarihinden itibaren mesai saatleri içinde başvuran hastalara haftanın günleri birbirini takip edecek şekilde, bir haftada yapılması (29 Nisan Pazartesi, 30 Nisan Salı, 9 Mayıs Perşembe, 10 Mayıs Cuma, 15 Mayıs Çarşamba) planlanmış ve bu şekilde uygulanmıştır. Araştırmanın mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmesinden dolayı Cumartesi ve Pazar günleri hariç tutulmuştur. Araştırmanın veri toplama aracının uygulanması bölümünde araştırma metodu ayrıntıları ile açıklanmıştır.

Araştırma süresi içerisinde pratisyen hekimler başvuran 606 hastanın 350'sini acil, 256'sını acil olmayan olarak sınıflandırmışlardır. Acil olmayan 256 hastadan 218'ine anket uygulanabilmiştir. Penisilin enjeksiyonu işlemi acil kriterleri içerisinde değerlendirilmediği halde başhekimlik emri ile acil serviste yapılabildiğinden bu şekilde reçetesi ile birlikte enjeksiyon yaptırmaya gelen 24 hasta araştırma kapsamı dışında tutulmuş ve anket yapılmamıştır. Ayrıca anketi cevaplamak istemeyen 6 hastaya ve çeşitli nedenlerle de (hastanın serviste kaybedilmesi, işlemi bitenlerin

servisten erken ayrılmaları, vb.) 8 hastaya anket uygulanamamıştır. Değerlendirme 218 hastaya göre yapılmıştır.

3.5. Hipotezler

- Hipotez 1. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, cinsiyetlerine göre fark vardır.
- Hipotez 2. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, yaşlarına göre fark vardır.
- Hipotez 3. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, medeni durumlarına göre fark vardır.
- Hipotez 4. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, öğrenim durumlarına göre fark vardır.
- Hipotez 5. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, sosyal güvencelerine göre fark vardır.
- Hipotez 6. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, aylık gelirlerine göre fark vardır.
- Hipotez 7. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, ikamet yerlerine göre fark vardır.
- Hipotez 8. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, hastalıklarının ağrı düzeylerine göre fark vardır.
- Hipotez 9. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, hastalıklarının şikayet süresine göre fark vardır.
- Hipotez 10. Acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanan hastaların aciliyet durumlarını algılamaları yönünden, herhangi bir acil servise son bir yıl içerisindeki başvuru sayılarına göre fark vardır.

3.6. Sınırlılıklar

Araştırma ANEAH Acil Servisi'ne 2002 yılı 20 Nisan'ından sonra (haftanın günleri birbirini takip edecek şekilde) bir haftalık mesai saatleri içinde (08. ⁰⁰16. ⁰⁰) başvuran ve yapılan sınıflandırmada acil olmadığı saptanan hastalarla sınırlıdır.

3.7. Ön Uygulama

Hazırlanan anket formunun ön uygulaması ANEAH Acil Servisi'ne üst üste üç gün mesai saatleri içinde başvuran, acil olmadığı belirlenen ve rasgele seçilen 25 hasta üzerinde yapılmıştır. Hastaların anlayamadıkları, çelişkide kaldıkları sorular hastaların anlayabileceği hale getirilmiş ve ankete son şekli ön uygulamada tespit edilen diğer sorunların da giderilmesinden sonra gerekli düzeltme ve tamamlamalar ile verilmiştir.

3.8. İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için ANEAH Başhekimliği'nden 19.04.2002 tarih ve 5810 sayılı yazı ile gerekli izin alınmıştır. (Ek 2)

3.9. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri iki ayrı veri aracı kullanılarak toplanmıştır. Bunlardan birincisi acil servisin uygunsuz kullanılıp kullanılmadığını belirlemek amacıyla kullanılan aciliyet kriterleridir.

Literatürde aciliyet kriterleri ile ilgili çok sayıda çalışmalar olmasına karşın (Lowe ve ark.,1994:288-289; Derlet ve ark.,1995:217; Akbulut,1998:29; Kunt,2001:21-33; Pointer,2001:277; Wuerz ve ark.,2001:172-176) aciliyet kriterlerinin kesinliği konusunda tam bir anlaşmaya varılmış değildir. Aciliyet

kriterleri ile ilgili araştırmalarda, genellikle araştırmacıların kendi oluşturdukları kriterlerle değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir. Bu çalışmanın literatür kısmında konu ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Yapılan bu araştırmada aciliyet kriterlerinin oluşturulmasında aşağıdaki metodoloji kullanılmıştır. Bu araştırmada, acil serviste çalışan 4 pratisyen hekim (en az beş yıllık acil servis deneyimi olan) ile acil serviste polikliniği bulunan dallar içerisinde 16 uzman hekim (kulak burun boğaz 1 hekim, genel cerrahi 2 hekim, dahiliye servisi 2 hekim, üroloji 1 hekim, göğüs cerrahi 1 hekim, ortopedi ve travmatoloji 1 hekim, beyin cerrahi 1 hekim, göz 1 hekim, kardiyoloji 1 hekim, anestezioloji ve reanimasyon 2 hekim, cildiye 1 hekim, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji 1 hekim, psikiyatri 1 hekim) ile çalışılmıştır.

Bu hekimlere önce araştırmanın amacı ve önemi hakkında bilgi verilmiş ve araştırma ile ilgili çeşitli soruları yanıtlanmıştır. Daha sonra, literatürdeki aciliyet kriterleri bu hekimlere dağıtılmıştır. Hekimler literatürdeki aciliyet kriterlerinden faydalanarak kendi klinik bilgileri doğrultusunda “ANEAH Acil Servisi Aciliyet Kriterleri” ’ni oluşturmuşlardır. Toplanan kriterler, araştırmacı tarafından ortak bir kriter listesine dönüştürölmüştür. Bu kriter listesi, hekimler ile yeniden ortak çalışılarak sistematik bir şekilde yapılandırılmış ve son şekli verilmiştir.

Araştırmada başvuran hastalar aciliyet durumlarına göre kritik acil, acil, az acil, acil değil olarak dörtlü sınıflamaya tabi tutulmuşlardır. Daha sonra kritik acil ve acil hastalar kendi içerisinde acil hastalar olarak; az acil ve acil değil sınıfına giren hastalar da acil olmayanlar olarak ikili bir sınıflamaya dönüştürölmüştür.

Bu araştırmada kullanılan aciliyet kriterleri aşağıda verilmiştir.

Kritik Acil Hastalar (Hayati Tehlikesi Olan Durumlar)

- şuur kaybı olan kafa travması mevcut hastalar
- Glasgow Koma Skalasına göre 12 puanın altındaki hastalar

- Anafilaksi sebebi olan alerjik reaksiyonlar
- Akut miyokard enfarktüsü
- Travmatik ekstremité amputasyonları
- Her türlü şok
- Yüksekten düşen, servikal kırığı ve şok bulguları olan hastalar
- Şok ve koma ile getirilen her türlü zehirlenme vakaları
- Status Epilepticus
- Status Astmaticus
- İntihara teşebbüs
- Aşırı dozda uyuşturucu kullanan hastalar
- Trakeaya yabancı cisim kaçması
- Ateşli silah yaralanması
- Torax ve abdomene nazfz delici kesici alet yaralanması
- Ani gelişen yüksek ve düşük hızlı kardiyak ritim bozuklukları
- Vital bulguları bozulmaya başlamış multitravmalı hastalar (Trafik kazaları, yüksekten düşme, iş kazaları, darp)
- 18. Parezi-plejisi olan spinal travmalı hastalar
- 19. Komada başvuran gastrointestinal kanamalar
- 20. Akut akciğer ödemi
- 21. Genel durumu bozulmuş karın ağrılı hastalar (mezenter iskemi, ileus, peritonit)
- 22. Kalp yetmezliği (unstabil)
- Böbrek yetmezliği (diyaliz endikasyonunda olan)
- Arrest
- Abondan (Massif) Gastrointestinal Sistem Kanaması (Peptik Ulcus Perforasyonu, Özefagus varis kanaması, Rektal kanama)
- Hipoglisemi ve hiperglisemik koma
- Donma
- Arter /Ven kesisi olan, ekstremité de delici-kesici alet yaralanması
- Hipertansif atak
- Serebra vasküler olay (inme-felç)
- % 20 dan fazla 2.derece ve 3.derece yanık
- Trakeaya yabancı cisim kaçması
- Göğüs Ağrısı (Anjina Pektoris)

Acil Hastalar (Birkaç saat içinde müdahale edilmesi gereken hastalar)

- Tromboze hemoroid
- Alerjik reaksiyonlar (Şok tablosunda olmayan)
- Kapalı ekstremitte kırıkları
- Parmak amputasyonları
- Apseler
- Nekrotik ekstremiteler
- Glob vesicale
- Hayvan ısırıkları
- Vajinal kanama, penil fraktür
- Sıvı kaybı belirtileri olan gastroenteritler
- Ani ve çok şiddetli baş ağrıları
- Aşırı alkol alınması (şuur kapalı)
- Karın ağrısı
- Ekstremitelerde oluşan delici kesici alet yaralanması (Arter ve Ven yaralanması yoksa)
- İnkarsere herniler
- Enfekte ve gangrene diyabetik yaralar
- Abortuslar
- Kulağa-göze yabancı cisim kaçması
- Ani bayılma (tekrarlayan senkop-gün içinde birden çok)
- Burun kanaması
- Üreter komplet obstrüksiyonu
- Testis torsiyonu ve travmaları
- Priapizm
- Renal kolik
- Mesane ruptörü
- Fournier gangreni
- Üreter yaralanmaları
- Renal arter ve ven yaralanmaları
- Renal laserasyonları
- Üretra travmaları

Az Acil Hastalar (Gün içinde diğer bakım merkezlerinde de tedavisi yapılabilecek hastalar)

- El ve ayak burkulmaları
- Suture gerektiren basit kesiler
- Ateşle beraber olan baş ağrısı-soğuk-algınlığı
- İdrar çıkarmada zorluk veya idrar yaparken yanma
- Eklem şişmeleri
- Kulak ağrısı
- Uzun süreli baş ağrıları
- Uzun süreli alerjik reaksiyonlar
- Birinci derece güneş yanıkları
- Travma olmadan gelişen bel ağrıları ve motor güç kaybı olmadan bel ağrısı
- Depresyon
- Viral hepatit belirtileri
- Uzun süreli baş dönmesi
- Gastroenteritler
- Diş ağrıları
- Tıkanma ikterleri
- Anksiyete
- Perianal ve renal apse
- Pyonefroz
- Psoas absesi
- Akut üretritler
- Akut hemorajik sistik
- Akut epididimorşit

Acil Olmayan Hastalar

- Soğuk Algınlığı-grip
- Pansuman
- Sıyrıklar
- Suture gerektirmeyen kesiler
- Reçete talebi

- Suture aldirma
- Enjeksiyon yaptirmak
- Tahlil yaptirmak için basvuran hastalar
- Extremitte varisleri
- Elektif şartlarla sevk edilmiş hastalar
- Uzun süreli extremitte ağrıları
- Gebelik testi
- Tırnak yatağı enfeksiyonları ve tırnak batması
- Kronik kabızlık
- Sonda değişimi
- Dizüri

Araştırmada kullanılan diğer veri toplama aracı, acil olmadığı saptanan hastalara uygulanan araştırmacı tarafından geliştirilmiş konuyla ilgili bir acil servis kullanım anketidir. Anket geliştirilmesinde büyük ölçüde literatürde rastlanan benzer araştırmaların anketlerinden (Shah ve ark.,1996:1316-1319; Burnett ve Grover,1996:1347-1349; Selby ve ark.,1996:637-639; Akbulut,1998;Ek-1; Rhodes ve ark.,2001:288; Shah ve ark.,2001:269-270) yararlanılmıştır. Anket 25 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmada kullanılan

Bağımsız değişkenler

- Cinsiyet
- Yaş
- Medeni durum
- Öğrenim durumu
- Sosyal güvence durumu
- Aylık gelir
- Ağrı düzeyi
- Şikayetin süresi
- Son bir yılda başvuru sayısı

● İkamet yeri

Bağımlı Değişken

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamaları

3.10. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma ANEAH Acil Servisi'nde vardiyalı olarak çalışan iki ayrı hekim grubu ile yapılmıştır. Araştırma için belirlenen bir aylık süre içerisinde mesai saatlerini temsil eden bir haftalık bir dilime denk gelecek şekilde beş gün seçilmiştir. Belirlenen beş gün birbirini tarih olarak takip etmiştir. Çalışma günlerinin bu şekilde seçilmesinin nedeni araştırma ekibi olarak seçilen iki ayrı hekim grubunun vardiyalı çalışma günlerindeki farklılıktır. Araştırmanın yalnızca belirlenen bu iki hekim grubu tarafından sürekli olarak yapılabilmesi için, hekimlerin acil serviste görev yapacakları günler nöbet çizelgesinden belirlenmiş ve araştırma bu günlerde yapılmıştır.

Önceden hazırlanarak çoğaltılan aciliyet kriterleri araştırmadan on gün önce, araştırmada çalışılacak iki ayrı hekim grubuna (her grupta beş hekim, toplam on hekim) çalışma öncesinde konuya hakim olmalarının sağlanabilmesi için verilmiştir. Araştırma, seçilen hekim grubunun hafta içi mesai saatlerine denk gelen günlerinde yapılmıştır (Aciliyet kriterlerinin oluşturulmasında da çalışan dört pratisyen hekim bu iki grup içerisinde yer almaktadır). Araştırma için tanımlanan süre içerisinde acil servise başvuran hastalar, ortak çalışılan pratisyen hekimler tarafından aciliyet kriterlerine göre acil olanlar (kritik acil, acil) ve acil olmayanlar (az acil, acil olmayan) olarak sınıflandırılmıştır. Sınıflandırma sonucu acil olmadığı saptanan hastalara bu araştırma için hazırlanan anket uygulanmıştır.

Araştırmada araştırmacının kendisi ile birlikte iki anketör (bir hemşire, bir sağlık memuru) kullanılmıştır. Anketör eğitimi araştırmacı tarafından bizzat yapılmış, anketörler anket uygulaması için kullanılmıştır. Araştırmacı anket

uygulaması yapıldığı süre içerisinde acil servis girişinde bulunan ilk başvuru odasında bulunmuştur. Acil olmadığına karar verilen hastalar, araştırmacı tarafından ilk başvuru odasında araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgilendirilmiş, araştırmanın sonucunu etkilememek için araştırmanın hastane yönetimi ile ilgili bir bağlantısının olmadığı da belirtilerek anketörlere yönlendirilmiştir.

Anket uygulaması, acil olmadığı saptanan hastalardan bir kısmına tetkik sonuçlarını beklerken, bir kısmına muayene olmayı beklerken, bir kısmına da tedavi bittikten sonra bekleme salonunda yapılmıştır.

3.11. Analiz ve Değerlendirme

Veriler, toplandıktan sonra bilgisayara yüklenmiş, bilgisayar ortamında SPSS for Windows 10.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı-yüzde ve ki-kare testi (chi-square) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde Ankara il merkezindeki Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine mesai saatleri içerisinde yapılan başvuruların değerlendirilmesi ve acil olmayan kullanımının belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma ile ilgili bulgulara yer verilmiştir. Birinci bölümde tanımlayıcı bulgulara, ikinci bölümde ise araştırma hipotezlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Tanımlayıcı Bulguları

Tablo 4.1.1. Acil Servise Başvuran Hastaların Dörtlü Aciliyet Kriterleri Sınıflamasına Göre Dağılımı

Aciliyet durumları	1. gün		2. gün		3. gün		4. gün		5. gün		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kritik acil	30	25.4	29	24.4	31	22.8	28	22.2	20	18.7	138	22.8
Acil	39	33.1	40	33.6	47	34.6	43	34.1	43	40.2	212	35.0
Az acil	19	16.1	19	15.9	39	13.9	12	9.6	10	9.3	99	16.2
Acil değil	30	25.4	31	26.1	19	28.7	43	34.1	34	31.8	157	26.0
Toplam	118	100.0	119	100.0	136	100.0	126	100.0	107	100.0	606	100.0

Acil servise başvuran hastaların dörtlü aciliyet kriterleri sınıflamasına göre dağılımı Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Acil servise başvuran hastaların aciliyet durumlarına göre dağılımı incelendiğinde 1. gün (29 Nisan Pazartesi) başvuran hastaların %33.1’inin acil olduğu, %25.4’ünün kritik acil, %25.4’ünün acil değil, %16.1’inin az acil olduğu;

2. gün (30 Nisan Salı) %33.6’sının acil, %24.4’ünün kritik acil olduğu, %26.1’inin acil değil, %15.9’unun az acil olduğu saptanmıştır.

3. gün (9 Mayıs Perşembe) %34.6’sının acil, %22.8’inin kritik acil, %28.7’sinin acil değil, %13.9’unun az acil olduğu saptanmıştır.

4. gün (10 Mayıs Cuma) %34.1’inin acil, %22.2’sinin kritik acil, %34.1’inin acil değil, %9.6’sının az acil olduğu belirlenmiştir.

5. gün (15 Mayıs Çarşamba) %40.2’sinin acil, %18.7’sinin kritik acil, %31.8’inin acil değil, %9.3’ünün az acil olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.2. Acil Servise Başvuran Hastaların İkili Aciliyet Kriterleri Sınıflamasına Göre Dağılımı

Aciliyet durumları	1. gün		2. gün		3. gün		4. gün		5. gün		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Acil	69	58.5	69	58.0	78	57.4	71	56.3	63	58.9	350	57.8
Acil değil	49	41.5	50	42.0	58	42.6	55	43.7	44	41.1	256	42.2
Toplam	118	100.0	119	100.0	136	100.0	126	100.0	107	100.0	606	100.0

Acil servise başvuran hastaların dörtlü aciliyet kriterleri sınıflamasına göre yapılan dağılımı, daha sonra ikiliye dönüştürülmüştür. Kritik acil hastalar ve acil hastalar acil hasta sınıflaması içinde, az acil ve acil değil sınıfındaki hastalar da acil olmayan hastalar içinde sınıflandırılmıştır. Buna göre sınıflamanın yeni hali Tablo 4.1.2’de verilmiştir. Acil servise başvuran hastaların aciliyet durumlarına göre dağılımı incelendiğinde 1. gün (29 Nisan Pazartesi) başvuran hastaların %58.5’inin

acil, %41.5'inin acil olmadığı; 2. gün (30 Nisan Salı) %58'inin acil, %42'sinin ise acil olmadığı saptanmıştır. 3. gün (9 Mayıs Perşembe) hastaların %57.4'ünün acil, %42.6'sının acil olmadığı; 4.gün (10 Mayıs Cuma) %56.3'ünün acil, %43.7'sinin acil olmadığı; 5. gün (15 Mayıs Çarşamba) %58.9'unun acil, %41.1'inin acil olmadığı saptanmıştır. Araştırmanın yapıldığı günler içerisinde acil servise başvuran tüm hastaların %57.8'inin acil, %42.2'sinin ise acil olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.1.3. Acil Servise Başvuran Hastaların Başvuru Saatlerine ve Günlerine Göre Dağılımı

Başvuru saatleri	1. gün		2. gün		3. gün		4. gün		5. gün		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
08. ⁰⁰ -09. ⁵⁹	19	16.1	23	19.3	16	11.8	26	20.6	17	15.9	101	16.7
10. ⁰⁰ -12. ⁵⁹	44	37.3	50	42.0	63	46.3	53	42.1	41	38.3	251	41.4
13. ⁰⁰ -15. ⁵⁹	55	46.6	46	38.7	57	41.9	47	37.3	49	45.8	254	41.9
Toplam	118	19.5	119	19.6	136	22.4	126	20.8	107	17.7	606	100.0

Acil servise başvuran hastaların başvuru saatlerine ve günlerine göre dağılımı Tablo 4.1.3'te verilmiştir. Hastaların birinci gün (29 Nisan Pazartesi) %16.1'inin 08.⁰⁰-09.⁵⁹ saatleri arası, %37.3'ünün 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arası, %46.6'sının 13.⁰⁰-15.⁵⁹ saatleri arası başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3).

2. gün (30 Nisan Salı) hastaların %42'sinin 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arası, %38.7'sinin 13.⁰⁰-15.⁵⁹ saatleri arası, %19.3'ünün 08.⁰⁰-09.⁵⁹ saatleri arası başvurduğu belirlenmiştir.

3. gün (9 Mayıs Perşembe) hastaların %46.3'ünün 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arası, %41.9'unun 13.⁰⁰-15.⁵⁹ saatleri arası, %11.8'inin 08.⁰⁰-09.⁵⁹ saatleri arası başvurduğu belirlenmiştir.

4. gün (10 Mayıs Cuma) hastaların %42.1'inin 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arası, %37.3'ünün 13.⁰⁰-15.⁵⁹ saatleri arası, %20.6'sının 08.⁰⁰-09.⁵⁹ saatleri arası başvurduğu belirlenmiştir.

5. gün (15 Mayıs Çarşamba) hastaların %45.8'inin 13.⁰⁰-15.⁵⁹ saatleri arası, %38.3'ünün 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arası, %15.9'unun 08.⁰⁰-09.⁵⁹ saatleri arası başvurduğu saptanmıştır.

Tüm başvurular incelendiğinde ise hastaların %41.9'unun 13.⁰⁰-15.⁵⁹, %41.4'ünün 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arasında hastaneye başvurdukları, en az başvurunun da %16.7 ile 08.⁰⁰-09.⁵⁹ arasında yapıldığı saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, hastaların 10.⁰⁰-12.⁵⁹ ile 13.⁰⁰-15.⁵⁹ saatleri arasında acil servise daha fazla başvurdukları belirlenmiştir.



Tablo 4.1.4. Acil Olmayan Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Hastaların özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	110	50.5
Kadın	108	49.5
Yaş		
≤ 24	37	17.0
25-34	59	27.1
35-49	62	28.4
50 ≥	60	27.5
Medeni durum		
Evli	142	65.1
Bekar	51	23.4
Dul	25	11.5
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	40	18.3
İlkokul mezunu	67	30.8
Ortaokul mezunu	28	12.8
Lise mezunu	55	25.3
Üniversite ve üstü mezunu	28	12.8
Sosyal güvenlik durumu		
Sosyal güvencesi olan	185	84.9
Sosyal güvencesi olmayan	33	15.1
Ailedeki birey sayısı		
≤ 2 Kişi	35	16.1
3-4 Kişi	106	48.6
5 + Kişi	77	35.3
Ailenin aylık geliri ¹		
≤ 164 Milyon	36	16.5
165-299 Milyon	48	22.0
300-500 Milyon	63	28.9
501 + Milyon	71	32.6
Toplam	218 ²	100.0

Acil servise başvuran hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.4'te verilmiştir. Acil olmayan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, %50.5'inin erkek, %49.5'inin kadın, %28.4'ünün 35-49, %27.5'inin de 50 ve daha fazla yaşta olduğu, %27.1'inin 25-34, %17'sinin 24 ve altı yaş grubu hastalar olduğu saptanmıştır. Araştırmada medeni durumla ilgili bulgulara bakıldığında, hastaların %65.1'inin evli, %23.4'ünün bekar, %11.5'inin

¹ Araştırma yapılan zaman diliminde 1 ABD Doları 1.382.000 TL idi.

² Acil olmayan hastalar içerisinde anket uygulanan hasta sayısı.

dul olduğu, öğrenim durumlarına bakıldığında, %18.3'ünün okuryazarlığı olmadığı, %30.8'inin ilkokul mezunu, %25.3'ünün lise mezunu, %12.8'inin üniversite ve daha üstü öğrenim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Başvuran hastaların %84.9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %15.1'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Hastaların %32.6'sı 501 milyon ve üstü gelire, %28.9'u 300-500 milyon arası, %22'si 165-299 milyon arası gelire sahip olduğu belirlenmiştir. En az başvuruyu 164 milyon ve daha altında gelire sahip olan bireylerin yaptığı belirlenmiştir (%16.5). Hastaların %48.6'sının ailesindeki birey sayısı 3-4 kişi, %35.3'ünün 5 ve 5'den daha fazla kişi, %16.1'i 2 ile 2'den az kişidir.

Tablo 4.1.5. Acil Olmayan Hastaların Algıladıkları Sağlık Durumlarına Göre Dağılımı

Aciliyet Durumu		Sayı	%
Aciliyet derecesi	Çok acil	26	11.9
	Acil	84	38.5
	Az acil	37	17.0
	Acil değil	71	32.6
Ağrı düzeyi	Orta derecede ağrı	80	36.7
	Çok ağrı	66	30.3
	Şiddetli ağrı	11	5.0
	Ağrı yok	61	28.0
Şikayet süresi	<=1 Gün	11	5.0
	2-3 Gün	60	27.5
	4-6 Gün	52	23.8
	7 + Gün	62	28.4
	Şikayetim yok	33	15.3
Toplam		218	100.0

Acil servise başvuran hastaların algıladıkları aciliyet durumlarına göre dağılımı Tablo 4.1.5'te verilmiştir. Buna göre hastaların %38.5'i hastalıklarını acil, %32.6 'sı acil değil, %17'si az acil, %11.9'u ise çok acil olarak algılamaktadır. Hastaların %36.7'si orta derecede ağrısının olduğunu, %30.3'ü çok ağrısının olduğunu, %28'i ağrısının olmadığını, %5'i ise şiddetli ağrısının olduğunu belirtmişlerdir. Araştırma sonucunda hastaların %28.4'ü şikayetinin 7 ve üstü gündür

devam ettiğini, %27.5'i 2-3 gün, %23.8'i 4-6 gün, %5'i şikayet süresinin 1 gün olduğunu, %15.3'ü ise şikayetin olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.1.6. Acil Olmayan Hastaların Acil Servise Ulaşım Şekline Göre Dağılımı

Acil servise ulaşım şekli	Sayı	%
Ambulans	5	2.3
Herhangi bir vasıta	185	84.9
Yürüyerek	27	12.4
Hatırlamıyor	1	0.4
Toplam	218	100.0

Acil olmayan hastaların acil servise ulaşım şekline göre dağılımı Tablo 4.1.6'da verilmiştir. Acil olmayan hastaların %84.9'unun acil servise kendi imkanlarıyla, %2.3'ünün ambulansla, %12.4'ünün yürüyerek geldiği saptanmıştır.

Tablo 4.1.7. Acil Olmayan Hastaların Hastalık Tanılarına Göre Sınıflandırılması

Hastalık kodu	Hastalık adı	Sayı	%
A.137	Semptomlar ve iyice belirtilmeyen diğer durumlar	72	33.0
A.89	Akut, solunum yolu enfeksiyonları	34	15.5
A.125	İskelet-kas sistemi ve bağdokusunun diğer hastalıkları	25	11.4
AN.145	Yırtıklar ve yaralar	22	10.0
A.82	Hipertansiyon	20	9.1
A.99	Gastrit ve duodinit	7	3.2
A.5	Enterit ve diğer diyare hastalıkları	6	2.7
A.79	Sinir sistemi ve duyu organlarının diğer hastalıkları	6	2.7
A.120	Deri ve deri altı dokusunun diğer hastalıkları	6	2.7
AN.142	Eklemler ve bitişik kasların burkulma ve incinmesi	6	2.7
A.75	İltihaplı göz hastalıkları	4	2.0
A.69	Psikozlar	2	1.0
A.122	Eklemlerle ilgili olmayan ve belirtilmeyen romatizma	2	1.0
A.44	Diğer enfeksiyon ve parazit hastalıkları	1	0.5
A.88	Dolaşım sisteminin diğer hastalıkları	1	0.5
A.98	Peptik ülser	1	0.5
A.121	Artrit ve spondilit	1	0.5
AN.146	Yüzeysel travmalar, deri sathını bozmayan kontüzyon ve çürükler	1	0.5
AN.147	Vücudun tabii boşluklarından giren yabancı cisimler	1	0.5
Toplam		218	100.0

Acil servise başvuran acil olmayan hastaların hastalık tanılarına göre dağılımı Tablo 4.1.7’de verilmiştir. Acil servise başvuran acil olmayan hastaların hastalık tanılarına göre dağılımı 150 başlıklı Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırılmasına göre yapılmıştır (Sümbüloğlu,1970). Başvuran hastalarla ilgili olarak acil servis defterine hekimler tarafından yazılan tanımlar, bu listeye göre kodlanmıştır. Acil olmayan 218 hastanın bu listeye göre dağılımı Tablo 4.1.7’de gösterilmiştir.

Tabloda belirtilen hastalıklar arasında ilk sırayı %33 ile A.137 kodu alan, “Semptomlar ve iyice belirtilmeyen diğer durumlar” almaktadır. İkinci sırayı A.89 kodu ile akut, solunum yolu enfeksiyonları (%15.5) almakta, üçüncü sırayı ise A.125 kodu ile iskelet-kas sistemi ve bağdokusunun diğer hastalıkları (%11.4) almaktadır.

Dördüncü sırada AN.145 kodu ile yırtıklar ve yaralar (%10) gelirken, beşinci sırada A.82 kodu ile hipertansiyonlu (%9.1) hastaların geldiği saptanmıştır.

Tablo 4.1.8. Acil Olmayan Hastaların Herhangi Bir Acil Servise Daha Önce Bir Defa Başvurma Nedenlerinin Dağılımı

Başvuru Nedenleri	Sayı	%
Dahiliye	49	35.3
Ortopedi	26	18.7
Reçete Yazdırmak	22	15.8
Diğer ¹	42	30.2
Toplam	139 ²	100.0

¹Diğer:Genel Cerrahi, Üroloji, Cildiye, Kulak Burun Boğaz, Beyin Cerrahi, Göz, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Kadın Doğum, tetkik ve kontrol

² Bu soruya yanıt veren hasta sayısı

Acil olmayan hastaların herhangi bir acil servise daha önce 1. defa başvurma nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.1.8’de yer verilmiştir. Başvurma nedenlerine göre dağılım incelendiğinde hastaların %35.3’ünün dahiliye polikliniği ile ilgili nedenlerden başvurdukları, %18.7’sinin ortopedik nedenlerden, %15.8’inin reçete yazma nedeniyle, %30.2’sinin diğer nedenlerden (üroloji, beyin cerrahi, genel cerrahi, cildiye, tetkik, kontrol, nöroloji, kulak burun boğaz, göz, kadın doğum, fizik tedavi ve rehabilitasyon) acil servise başvurdukları saptanmıştır.

Tablo 4.1.9. Acil Olmayan Hastaların Herhangi Bir Acil Servise Daha Önce İkinci Defa Başvurma Nedenleri

Başvuru Nedenleri	Sayı	%
Dahiliye	9	56.1
Ortopedi	4	25.0
Reçete Yazdırmak	1	6.3
Beyin Cerrahi	1	6.3
Nöroloji	1	6.3
Toplam	16 ¹	100.0

¹ Bu soruya yanıt veren hasta sayısı

Acil olmayan hastaların herhangi bir acil servise daha önce 2. defa başvurma nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.1.9’da yer verilmiştir. Acil olmayan hastaların ikinci defa başvurma nedenlerine göre dağılım incelendiğinde, %56.1’inin dahiliye

polikliniği ile ilgili nedenlerden başvurdıkları, %25'inin ortopedik nedenlerden, %6.3'ünün reçete yazmak için, %6.3'ünün beyin cerrahi ile ilgili nedenlerden, %6.3'ünün ise nörolojik nedenlerden dolayı başvurdıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1.10. Acil Olmayan Hastaların Acil Servisi Seçme Nedenlerine Göre Dağılımı

Acil servisin seçilme nedenleri	Evet		Hayır*	
	Sayı	%	Sayı	%
Doktorların ilgilenme düzeyi	75	34.7	141	65.3
Hizmetten daha kolay yararlanabilme imkanı	71	32.9	145	67.1
Hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik)	50	23.1	166	76.9
Diğer sağlık personelinin ilgilenme düzeyi	47	21.8	169	78.2
Reçete yazdırma	46	21.3	170	78.7
Yakının veya kendisinin hastanede çalışıyor olması	23	10.6	193	89.4
Muayene ve muayene sonrası tetkik ve testlerin kısa sürede bitirilmesi	14	6.5	202	93.5
Sevкли gelme	12	5.6	204	94.4
Acil servisin farklı sosyal güvenlik kurumlarında olanları da kabul etmesi	8	3.7	208	96.3
Normal polikliniklerde muayene olanağı bulamama	4	1.9	212	98.1
Normal şartlarda muayeneyi bekleyemeyecek derecede sağlığından endişe duyma	3	1.4	213	98.6
Öneri üzerine	2	0.9	214	99.1
Sosyal güvencenin olmaması	2	0.9	214	99.1

★ Bu soru hastalar tarafından birden fazla seçenekle yanıtlanmıştır. Hayır sütunu, soru seçeneğinin yanıtlanmadığını göstermektedir.

Acil servise başvuran hastaların acil servisi seçme nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.1.10'da verilmiştir. Araştırma sonucunda, acil olmayan hastaların acil servisi seçmelerinin birinci nedeni doktorların ilgilenme düzeyindeki yeterlilik olarak saptanmıştır (%34.7). İkinci nedeni acil serviste verilen hizmetten daha kolay yararlanabilme imkanı (%32.9), üçüncü nedeni hastaneye yakınlık ve kolay ulaşılabilirlik (%23.1) olduğu saptanmıştır. Hastaların %21.8'inin diğer sağlık personelinin ilgilenme düzeyi yüksek olduğu için, %21.3'ünün reçete yazdırmak için, %10.6'sının ya yakının ya da kendisinin hastanede çalıştığı için, %6.5'inin muayene ve muayene sonrası tetkik ve testlerin kısa sürede tamamlandığı için, %5.6'sının sevкли geldiğinden, %3.7'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu için, %1.9'unun normal polikliniklerde muayene olanağı bulamadığı için, %1.4'ünün normal şartlarda muayeneyi bekleyemeyecek derecede sağlığından endişe duyduğu

için, %0.9'unun birilerinin önerisi üzerine, %0.9'unun sosyal güvencesi olmadığı için acil servisi seçtikleri saptanmıştır.

Tablo 4.1.11. Acil Olmayan Hastaların Acil Servislerle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı

Hastaların düşünceleri	Değerlendirme ölçeği	Sayı	%
Hastaların acil servisler hakkındaki genel düşünceleri	Çok olumlu	17	7.8
	Olumlu	144	66.0
	Ne olumlu ne olumsuz	43	19.8
	Olumsuz	13	5.9
	Çok olumsuz	1	0.5
Hastaların acil servise başvuru anında güçlüklerle karşılaşma durumu	Evet	3	1.4
	Hayır	6	2.8
	Kısmen	209	95.8
Toplam		218	100,0

Acil olmayan hastaların acil servislerle ilgili düşüncelerinin dağılımı Tablo 4.1.11'de verilmiştir. Dağılım incelendiğinde hastaların %66'sının acil servislerde verilen hizmetler ile ilgili düşüncelerinin olumlu, %7.8'i çok olumlu, %5.9'u olumsuz, %0.5'i çok olumsuz olduğu saptanmıştır. Acil olmayan hastaların %19.8'i de kararsızdır. Acil olmayan hastaların %1.4'ünün hizmet alırken bazı güçlüklerle karşılaştıkları, %2.8'inin hiçbir güçlükle karşılaşmadıkları, %95.8'inin kısmen bazı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır. Güçlüklerle karşılaştığını belirten hastaların %66.7'sinin doktorların ilgisiz davranmalarından dolayı, %33.3'ünün acil servislerin çok kalabalık olmasından dolayı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1.12. Acil Olmayan Hastaların Acil Servis Hizmetlerini Kullanımı ile İlgili Dağılımı

		Sayı	%
Hastaların daha önce acil serviste muayene olma durumu	Evet	139	63.8
	Hayır	79	36.2
Hastaların acil servise gelmeden önce herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma durumu	Evet	35	16.1
	Hayır	183	83.9
Son bir yılda herhangi bir acil servise yapılan başvuru sayısı	1 Defa	41	18.8
	2 Defa	33	15.1
	3 + Defa	44	20.2
	Başvurmayan	100	45.9
Toplam		218	100,0

Acil olmayan hastaların acil servis hizmetlerini kullanımı ile ilgili dağılımı Tablo 4.1.12’de verilmiştir. Hastaların %63.8’inin daha önce acil serviste muayene oldukları, %36.2’si muayene olmadıkları saptanmıştır. Hastaların %45.9’unun son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı, %20.2’sinin 3 ve 3’ten daha fazla sayıda başvurduğu, %18.8’nin 1 defa, %15.1’inin 2 defa başvurduğu saptanmıştır. Hastaların %83.9’unun acil servise başvurmadan önce bu şikayetleri ile ilgili herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı, %16.1’inin başvurduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.13. Acil Olmayan Ankara Merkez ve İlçelerinde Başvuran Hastaların Oturdıkları Semtlere Göre Dağılımı

Semtlar	Sayı	%
Keçiören	48	24.8
Yenimahalle	35	17.9
Çankaya	33	16.9
Mamak	29	14.9
Altındağ	19	9.8
Etimesgut	11	5.6
Sincan	11	5.6
Diğer ¹	9	4.5
Toplam ²	195	100.0

1. Diğer: Elmadağ, Kızılcahamam, Bala, Çubuk, Kazan, Gölbaşı, Kalecik ilçelerini ifade etmektedir.

2. Başvuran hastaların 195’i Ankara merkez ve ilçelerinden, 23’ü Ankara dışından başvurmuştur.

Acil olmayan Ankara merkez ve ilçelerinde ikamet eden hastaların oturduğu semtlere göre dağılımı Tablo 4.1.13’te verilmiştir. Hastaların %24.8’inin Keçiören

semtinden, %17.9'unun Yenimahalle'den, %16.9'unun Çankaya'dan, %14.9'unun Mamak'tan, %9.8'inin Altındağ'dan, %5.6'sının Etimesgut'tan, %5.6'sının Sincan'dan, %4.5'inin diğer semtlerden başvurdıkları saptanmıştır.

Tablo 4.1.14. Acil Olmayan Hastaların Hastalandıklarında Genellikle Gittikleri Sağlık Kurumlarının Dağılımı

Sağlık Kurumları	Evet		Hayır*	
	Sayı	%	Sayı	%
Devlet Hastanesi	200	91.7	18	8.3
Sağlık Ocağı	78	35.8	140	64.2
SSK Hastanesi	11	5.0	207	95.0
Özel Poliklinik	11	5.0	207	95.0
Diğer	6	2.8	212	97.2
Üniversite Hastanesi	4	1.8	214	98.2
Özel Hastane	2	0.9	216	99.1

★ Bu soru hastalar tarafından birden fazla seçenekle yanıtlanmıştır: Hayır sütunu, soru seçeneğinin yanıtlanmadığını göstermektedir.

Acil olmayan hastaların hastalandıklarında genellikle gittiklerini belirttikleri sağlık kurumlarının dağılımı Tablo 4.1.14'te verilmiştir. Hastaların genellikle gittiklerini belirttikleri sağlık kurumlarının dağılımı incelendiğinde, hastaların %91.7'sinin devlet hastanesine, %35.8'inin sağlık ocağına, %5'inin SSK'ya, %5'inin özel polikliniklere, %1.8'inin üniversite hastanelerine gittikleri saptanmıştır.

Tablo 4.1.15. Acil Olmayan Hastaların Sağlık Ocakları Hakkındaki Düşüncelerinin Dağılımı

Hastaların Düşünceleri	Sayı	%
Çok olumlu	6	2.8
Olumlu	52	23.9
Ne olumlu ne olumsuz	107	49.0
Olumsuz	51	23.4
Çok olumsuz	2	0.9
Toplam	218	100.0

Acil olmayan hastaların sağlık ocakları hakkındaki genel düşüncelerinin dağılımı Tablo 4.1.15'te verilmiştir. Acil olmayan hastaların sağlık ocakları

hakkındaki genel düşüncelerinin dağılımı incelendiğinde %49'unun kararsız oldukları saptanmıştır. Hastaların %23.9'unun sağlık ocakları hakkında olumlu, %2.8'inin çok olumlu, %23.4'ünün olumsuz, %0.9'unun çok olumsuz düşüncelere sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 4.1.16. Acil Olmayan Hastaların Sağlık Ocağına Başvurmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Sağlık Ocağına Başvurmama Nedenleri	Evet		Hayır*	
	Sayı	%	Sayı	%
Olanaklarının kısıtlı olduğunun düşünülmesi	75	34.4	143	65.6
Yeteri kadar ilgi gösterilmemesi	42	19.3	176	80.7
Güvenilmemesi	35	16.1	183	83.9
Verdiği hizmet hakkında bilgi sahibi olunmaması	10	4.6	208	95.4
Çok kalabalık olması	8	3.7	210	96.3
Parasız olduğu için nitelikli hizmet sunulmadığı düşüncesi	7	3.2	211	96.8
Ulaşım güç olması	6	2.8	212	97.7
Yerinin bilinmemesi	4	1.8	214	98.2

★ Bu soru hastalar tarafından birden fazla seçenekle yanıtlanmıştır. Hayır sütunu, soru seçeneğinin yanıtlanmadığını göstermektedir.

Acil olmayan hastaların sağlık ocağına başvurmama nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.1.16'da verilmiştir. Acil olmayan hastaların sağlık ocağına başvurmama nedenleri incelendiğinde, hastaların %34.4'ünün sağlık ocaklarının olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle, %19.3'ünün yeteri kadar ilgi gösterilmemesi, %16.1'i ise güvenmemesi, %4.6'sı sağlık ocağının verdiği hizmet hakkında bilgisi olmaması, %3.7'si çok kalabalık olması, %3.2'si parasız olduğu için nitelikli bakılmadığını düşünmesi, %2.8'i ulaşımı zor olması, %1.8'i sağlık ocağının yerini bilmemesi nedeniyle sağlık ocağına başvurmadıkları saptanmıştır.

4.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kadın	52	47.3	56	51.9	108	49.5
Erkek	58	52.7	52	48.1	110	50.5
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=0.457$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde, kendini acil algılamayan hastaların %51.9’unun kadın, %48.1’inin erkek olduğu saptanmıştır. Kendini acil algılayan hastaların %52.7’sinin erkek, %47.3’ünün kadın olduğu saptanmıştır. Cinsiyete göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 1 reddedilmiştir ($\chi^2=0.457$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.2. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grupları	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
≤ 24	14	12.7	23	21.3	37	17.0
25-34	31	28.2	28	25.9	59	27.1
35-49	33	30.0	29	26.9	62	28.4
$50 \geq$	32	29.1	28	25.9	60	27.5
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=2.848$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.2.2’da verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, kendini acil algılayanların %30’unun 35-49 yaş grubundaki hastalar, %29.1’inin 50 ve üstündeki hastalar, %28.2’sinin 25-34 yaş grubundaki, %12.7’sinin 24 yaş ve altındaki hastalar olduğu saptanmıştır.

Kendini acil algılamayan hastaların %26.9'unun 35-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Kendini acil algılamayan hastaların %25.9'unun 50 ve üstü yaş, %25.9'unun 25-34 yaş grubu, %21.3'ünün 24 yaş ve altındaki hastalar olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre hastaların aciliyet durumları ile ilgili algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 2 reddedilmiştir ($\chi^2=2.848$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.3. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	80	72.7	62	57.4	142	65.1
Bekar	19	17.3	32	29.6	51	23.4
Dul+Ayrı Yaşayan	11	10.0	14	13.0	25	11.5
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=5.938$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2.3'te verilmiştir. Kendini acil algılayan hastaların %72.7'sinin evli, %17.3'ünün bekar ve %10'unun dul veya ayrı yaşayanlar olduğu saptanmıştır.

Kendini acil algılamayan hastaların %57.4'ünün evli, %29.6'sının bekar ve %13'ünün dul veya ayrı yaşayanlar olduğu belirlenmiştir. Medeni durumlarına göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 3 reddedilmiştir ($\chi^2=5.938$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.4. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okuryazar değil	24	21.9	16	14.8	40	18.3
İlkokul mezunu	37	33.6	30	27.8	67	30.7
Ortaokul mezunu	11	10.0	17	15.7	28	12.8
Lise mezunu	26	23.6	29	26.9	55	25.2
Üniversite ve üstü mezunu	12	10.9	16	14.8	28	12.8
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=4.334$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının öğrenim durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2.4'te verilmiştir. Kendini acil algılayan hastaların %33.6'sının ilkokul mezunu, %23.6'sının lise, %10.9'unun üniversite ve üstü mezunu, %10'unun ortaokul mezunu olduğu, %21.9'unun okuryazar olmadığı saptanmıştır.

Kendini acil algılamayan hastaların %27.8'inin ilkokul, %26.9'unun lise, %15.7'sinin ortaokul, %14.8'inin üniversite ve üstü mezunu olduğu, %14.8'inin ise okuryazar olmadığı saptanmıştır. Öğrenim durumuna göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 4 reddedilmiştir ($\chi^2=4.334$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.5. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvencesi olan	94	85.5	91	84.3	185	84.9
Sosyal güvencesi olmayan	16	14.5	17	15.7	33	15.1
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=0.061$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımı Tablo 8.2.5'te verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımı incelendiğinde, kendini

acil algılayan hastaların %85.5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %14.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Kendini acil algılamayan hastaların %84.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %15.7'sinin olmadığı belirlenmiştir. Sosyal güvence durumuna göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 5 reddedilmiştir ($\chi^2=0,061$, $p>0.05$)

Tablo 4.2.6. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Aylık Gelire Göre Dağılımı

Aylık Gelir Grupları	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
164 milyon ve altı	19	17.3	17	15.7	36	16.5
165-299 milyon	26	23.6	22	20.4	48	22.0
300-500 milyon	32	29.1	31	28.7	63	28.9
501 + milyon	33	30.0	38	35.2	71	32.6
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=0.794$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının aylık gelire göre dağılımı Tablo 4.2.6'da verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının aylık gelire göre dağılımı incelendiğinde, kendisini acil algılamayan hastaların %35.2'sinin aylık gelirinin 501 ve 501 milyondan daha fazla olduğu, %28.7'sinin 300-500 milyon arası, %20.4'ünün 165-299 milyon arası, %15.7'sinin 164 milyon ve altında bir gelire sahip olduğu belirlenmiştir.

Kendini acil algılayan hastaların %30'unun 501 ve üstü gelire, %29.1'inin 300-500 milyon arası, %23.6'sının 165-299 milyon arası, %17.3'ünün 164 milyon ve altı gelire sahip oldukları saptanmıştır. Aylık gelir düzeyine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 6 reddedilmiştir ($\chi^2=0.794$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.7. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının İkamet Ettikleri Yere Göre Dağılımı

İkamet Yeri	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ankara merkez-ilçeler	96	87.2	99	91.6	195	89.4
Ankara ili dışı	14	12.8	9	8.4	23	10.6
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=1.115$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının ikamet ettikleri yere göre dağılımı Tablo 4.2.7’de verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının ikamet ettikleri yere göre dağılımı incelendiğinde, kendini acil algılayan hastaların %87.2’si Ankara merkez ve ilçelerinde ikamet etmekte iken, %12.8’i Ankara ili dışında ikamet etmektedir. Kendini acil algılamayan hastaların %91.6’sı Ankara merkez ve ilçelerinde ikamet etmekte iken, %8.4’ü Ankara ili dışında ikamet etmektedir. İkamet ettikleri yere göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 7 reddedilmiştir ($\chi^2=1.115$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.8. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Ağrı Düzeyine Göre Dağılımı

Ağrı Düzeyi	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı yok	8	7.3	53	49.1	61	28.0
Orta derece ağrı	37	33.6	43	39.8	80	36.7
Çok ağrı	55	50.0	11	10.2	66	30.3
Şiddetli ağrı	10	9.1	1	0.9	11	5.0
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=70.331$, $p<0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının ağrı düzeyine göre dağılımı Tablo 4.2.8’de verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının ağrı düzeyine göre dağılımı incelendiğinde, kendini acil algılayan hastaların %50’sinin çok ağrısının olduğu, %33.6’sının orta derecede ağrısının olduğu, %9.1’inin şiddetli ağrısının olduğu, %7.3’ünün ise ağrısının olmadığı saptanmıştır.

Kendini acil algılamayan hastaların ise %49.1'inin ağrısının olmadığı, %39.8'inin orta derecede ağrısının olduğu, %10.2'sinin çok ağrısının, %0.9'unun şiddetli ağrısının olduğu saptanmıştır. Ağrı düzeyine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, hipotez 8 kabul edilmiştir ($\chi^2=70.331$, $p<0.05$). Aciliyet dereceleri, çok ağrı ve şiddetli ağrı düzeylerinde farklı değilken, ağrı yok ile orta derecede ağrı düzeylerinde farklı bulunmuştur.

Tablo 4.2.9. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Şikayet Süresine Göre Dağılımı

Şikayet Süresi	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<=1 gün	6	5.5	5	6.5	11	5.9
2-3 gün	31	28.4	29	38.2	60	32.4
4-6 gün	29	26.6	23	30.3	52	28.1
7 + gün	43	39.5	19	25.0	62	33.5
Toplam*	109	100.0	76	100.0	185	100.0

($\chi^2=4.394$, $p>0.05$) * Şikayetin olmadığı belirtilen 33 hasta kros tabloda değerlendirmeye alınmamıştır.

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının şikayet süresine göre dağılımı Tablo 4.2.9'da verilmiştir. Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının şikayet süresine göre dağılımı incelendiğinde, kendini acil algılayan hastaların %39.5'inin şikayetin 7 gün ve daha fazla sürdüğü, %28.4'ünün 2-3 gün, %26.6'sının 4-6 gün sürdüğü, sadece %5.5'inin şikayetin 1 gün ve daha az sürdüğü belirlenmiştir.

Kendini acil algılamayan hastaların %38.2'sinin şikayetin 2-3 gün, %30.3'ünün 4-6 gün, %25'inin 7 gün ve daha fazla sürdüğü belirlenirken, %6.5'inin şikayetin 1 gün ve daha az sürdüğü belirlenmiştir. Şikayet süresine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 9 reddedilmiştir ($\chi^2=4.394$, $p>0.05$).

Tablo 4.2.10. Acil Olmayan Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Algılamalarının Son Bir Yılda Yapılan Başvuru Sayısına Göre Dağılımı

Başvuru Sayısı	Aciliyet Algılamaları					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç gelmedi	57	51.8	43	39.9	100	45.9
1	20	18.2	21	19.4	41	18.8
2	16	14.5	17	15.7	33	15.1
3 + daha fazla	17	15.5	27	25.0	44	20.2
Toplam	110	100.0	108	100.0	218	100.0

($\chi^2=4.269$, $p>0.05$)

Acil olmayan hastaların aciliyet algılamalarının son bir yılda yapılan başvuru sayısına göre dağılımı Tablo 4.2.10'da verilmiştir. Kendini acil algılayan hastaların %51.8'inin son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı saptanırken, %18.2'sinin 1 defa, %15.5'inin 3 ve daha fazla, %14.5'inin 2 defa başvurduğu saptanmıştır.

Kendini acil algılamayan hastaların %39.9'unun son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı saptanırken, %25'inin 3 ve daha fazla, %19.4'ünün 1 defa, %15.7'sinin 2 defa başvurduğu saptanmıştır. Son bir yılda başvuru sayısına göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, hipotez 10 reddedilmiştir ($\chi^2=4.269$, $p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Ankara il merkezindeki Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne mesai saatleri içerisinde yapılan başvuruların değerlendirilmesi ve acil olmayan kullanımının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Bu araştırmada, bu çalışma için geliştirilen aciliyet kriterleri ve anket kullanılmıştır. Literatürde bu araştırma için kullanılan yöntem ve veri toplama araçları ile birebir benzer araştırma bulunmadığı için bu araştırmada elde edilen bulgular, benzer araştırma bulguları ile karşılaştırılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı Bulgular

Yapılan bu araştırmada, dörtlü aciliyet kriterleri sınıflamasına göre, acil servise başvuran hastaların %22.8'inin kritik acil, %35'inin acil, %26'sının acil değil, %16.2'sinin de az acil olduğu (Tablo 4.1.1); ikili aciliyet sınıflamasına göre de, hastaların %57.8'inin acil (kritik acil, acil), %42.2'sinin ise acil olmadığı (az acil, acil değil) belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Literatürde acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımına ilişkin olarak mesai saatleri içerisinde yapılmış sınırlı sayıda araştırma vardır. Sınırlı sayıda yapılan bu araştırmalardan biri, Shah ve arkadaşlarının (1996:1316) birinci basamak sağlık merkezlerinin açık olduğu saatlerde Kuveyt'te altı devlet hastanesi acil servisinde yaptıkları araştırmadır. Bu araştırmada hastaların %2'sinin kritik acil, %17'sinin acil, %61'inin acil değil, %20'sinin az acil olduğu saptanmıştır. Bir diğer araştırma, Hansagi ve arkadaşlarının (1987:101) İsveç'te bir üniversite hastanesi acil servisinde yaptıkları araştırmadır. Bu araştırmada hastaların, %27'sinin asistan hemşire tarafından acil olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Shah ve arkadaşlarının araştırma bulgularını desteklememekte, Hansagi ve arkadaşlarının bulgularını desteklemektedir.

Literatürde rastlanan diğer araştırmalar sadece mesai saatleri içerisinde değil, günün diğer zaman dilimlerinde de gelen hastaları içeren hastaların aciliyet durumlarına göre, ikili, üçlü ya da dörtlü olarak sınıflandırıldığı araştırmalardır. Bu araştırmalardan Akbulut'un (1998:31) Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi'nde yaptığı araştırmada, hastaların %59.5'inin acil, %40.5'inin ise acil olmadığı, Önsoy'un (1993:59) Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Acil Servisi'nde yaptığı araştırmada, hastaların %52.8'inin acil, %47.2'sinin acil olmadığı saptanmıştır. Yeşilkayalı'nın (1991:24) Trabzon Numune Hastanesi Acil Servisi'nde kayıtlardan yararlanarak yaptığı araştırmada, %65'inin acil, %35'inin acil olmadığı, Civaner'in (1999:6) Urla Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde kayıtlardan yararlanarak yaptığı araştırmada, hastaların %52.3'ünün acil, %42.8'inin acil olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Önsoy'un, Akbulut'un, Yeşilkayalı'nın ve Civaner'in araştırmalarında elde ettikleri bulguları desteklemektedir.

ABD'de bir üniversite hastanesi acil servisine başvuran hastaların triaj hemşiresi tarafından sınıflandırıldığı araştırmada, başvuran hastaların %46'sının acil, %54'ünün acil olmadığı belirlenmiştir (Shesser ve ark.,2000:212). GAO, 1993 yılındaki raporunda, acil servislerin %43'ünün acil olmayan nedenlerle kullanıldığını belirtmiştir (Fisher ve ark.,1998:340). ABD'de bir üniversite hastanesinde yapılan diğer bir araştırmada, hastaların %18'inin acil olmadığı belirlenmiştir. Ulusal Ayakta Sağlık Hizmetleri Araştırması, Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (The National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, The Centers for Disease Control and Prevention) araştırmasında, acil servislerin %55.4'ünün acil olmayan nedenlerle kullanıldığını belirtmiştir (Derlet ve ark.,1995:218).

Buesching ve arkadaşları (1985:673,675), ACEP aciliyet kriterleri üzerinden değerlendirme yaparak oluşturdukları yeni aciliyet kriterlerine göre, üç devlet hastanesine başvuran hastaları sınıflandırmışlardır. Sınıflamaya göre, üç hastaneye yapılan başvuruların %10.8'inin acil olmadığı belirlenmiştir. Şehir merkezine uzak semtlerde acil servislerin %1.6'sının, şehirde %15.6'sının acil olmayan nedenlerle kullanıldığını belirlenmiştir. Bu araştırmada, acil servislerin acil olmayan nedenlerle

kullanım oranının düşük olmasının birinci nedeni, son beş yıldır birinci basamak sağlık hizmetlerine olan kullanılabilirliğin artırılması, ikinci nedeni ACEP kılavuzunun kullanılması olarak belirtilmektedir. Grove ve arkadaşlarının (2000:481-482) yaptığı bir araştırmada, ergenler tarafından acil servise yapılan başvuruların %93'ünün acil problemlerinin olmadığı, sadece %7'sinin acil problemlerinin olduğu belirlenmiştir. Waldrop ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da, acil servise ergenlerin %40'ının acil olmayan nedenlerle başvurdukları belirlenmiştir.

Kanada'da yapılan bir araştırmada, üçüncü basamak bir üniversite hastanesinin acil servisine başvuran hastalar aciliyet durumlarına göre üç gruba ayrılmışlardır. Hastaların %60.8'inin acil serviste bakılması gereken hastalar (Kategori 1), %24'ünün altı saat içerisinde acil veya yeterli tıbbi malzemeye sahip ayakta bakım merkezlerinde bakılması gereken hastalar (Kategori 2), %15.2'sinin acil serviste bakımı geciktirilebilecek veya altı saatten sonrada ayakta bakım merkezlerinde de değerlendirilebilecek hastalar (Kategori 3) olduğu belirlenmiştir. Daha sonra yeniden yapılan ikili sınıflandırmaya göre, bu hastaların %31'inin acil olmadığı belirlenmiştir. Vayda ve arkadaşlarının Kanada'da hekimlerin değerlendirmesine dayanarak yaptıkları araştırmada, acil servislerin %33-44 dolayında acil olmayan nedenlerle kullanıldığı belirlenmiştir. Davison ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da, hekimler tıbbi kayıtları inceleyerek hastaların %39'unun acil olmadığını belirlenmiştir (Afilalo ve ark.,1995:261,262).

Lee ve arkadaşlarının (2000:1079) Hong Kong'da yaptığı araştırmada, acil servise yapılan başvuruların %57'sinin acil olmadığı belirlenmiştir. Dale ve arkadaşlarının (1995:423) Londra'da yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran hastaların %41'inin tedavisinin birinci basamakta yapılabileceği saptanmıştır. Sarver ve arkadaşlarının (2002:922) yaptığı araştırmada, acil servise başvuran hastaların %39.7'sinin acil olmadığı belirlenmiştir. Cunningham ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada hastaların %39.5'inin acil olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada elde edilen bulguların, GAO'nun (Fisher ve ark.,1998:340), Derlet ve arkadaşlarının (1995:218), Hansagi ve arkadaşlarının

(1987:101), Pointer ve arkadaşlarının (2001:272) (Bkz Tablo 2.1), Buesching ve arkadaşlarının (1985:673), Waldrop ve arkadaşlarının (Grove,2000:482), Kelly ve Birtwhistle'in (1993:1346) (Bkz Tablo 2.1), Afilalo ve arkadaşlarının, Davison ve arkadaşlarının, Vayda ve arkadaşlarının (Afilalo ve ark.,1995:261,262), Dale ve arkadaşlarının (1995:423), Sarver ve arkadaşlarının, Cunningham ve arkadaşlarının (Sarver ve ark.,2002:922) yurtdışından yaptıkları araştırmalarda elde ettikleri bulguları desteklediği, Shah ve arkadaşlarının (1996:1316), Shesser ve arkadaşlarının (2000:212), Grove ve arkadaşlarının (2000:481), Gill ve arkadaşlarının (1996:477) (Bkz Tablo 2.1), Lee ve arkadaşlarının (2000:1079) yurtdışından yaptıkları araştırmalarda elde ettikleri bulguları desteklemediğini göstermiştir.

Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımı ile ilgili çeşitli araştırmalarda, acil olmayan vakaların aralığının %5 ile %95 arasında olduğu belirlenmiştir. Bir grup araştırmada 0-15 yaş grubundaki çocuk hastaların ebeveynlerinin de, acil servisi %15 ile %61 oranında acil olmayan nedenlerle kullandıkları belirlenmiştir. Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımı ile ilgili kullanım oranı aralığının bu kadar geniş olmasının nedeni aciliyet durumunun tanımlanması ile ilgili literatürde tam bir anlaşmaya varılmamış olması, aciliyeti ölçecek standart bir metodun olmaması ve değerlendirme yaparken kullanılan tıbbi verilerdeki farklılıktan kaynaklanmaktadır (Gill,1994:954; Grove ve ark.,2000:481; Sharma ve ark.,2000:1031; Sarver ve ark.,2002:922; Young ve ark.,2002:25; Key ve ark.,2002:274).

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların %41.9'unun 13.⁰⁰-15.⁵⁹, %41.4'ünün 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arasında başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.3). Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'in (1996:1349-1350) yaptığı benzer bir araştırmada da, acil servise acil olmayan hastaların en fazla başvuruda bulundukları saatin 10.⁰⁰ ile 13.⁰⁰ arası çıkması, yapılan bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir. Akbulut'un (1998:34) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %66.9'unun 08.⁰⁰-17.⁰⁰ saatleri arasında başvurduğu, %33.1'inin 17.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında başvurduğu belirlenmiştir. Önsoy'un (1993:21) günün tüm saatlerini içeren araştırmasında, acil servise

başvuruların en yoğun olduğu zaman 16.⁰¹-24.⁰⁰ saatleri arası (%75.9) çıkmıştır. Hastaların %17.9'unun 08.⁰¹-16.⁰⁰ saatleri arasında, %6.2'sinin 00.⁰¹-08.⁰⁰ saatleri arasında başvurduğu saptanmıştır. Gürsoy ve arkadaşlarının (1999:110) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis kayıtlarından yararlanarak yaptıkları araştırmada, hastaların %16.3'ünün 00.⁰¹-08.⁰⁰ saatleri arasında, %33.2'sinin 08.⁰¹-16.⁰⁰ arasında, %50.4'ünün 16.⁰¹-24.⁰⁰ saatleri arasında başvurduğu belirlenmiştir. Gill ve arkadaşlarının (1996:476) yaptığı araştırmada, acil servise hastaların %50'sinin gündüz başvurduğu, %41'inin akşam başvurduğu, %9'unun gece başvurduğu saptanmıştır.

Yapılan bu araştırmanın sonucunda elde edilen bulgulara göre, acil hastaların en fazla Çarşamba günü (mesai saatleri içerisinde) (%58.9) acil servise başvurdıkları, acil olmayan hastaların ise Cuma günü (%43.7) acil servise başvurdıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Önsoy'un (1993:37) yaptığı araştırmada ise, acil hastaların en fazla Salı günü, acil olmayan hastaların en fazla Perşembe günü (haftanın tüm günleri araştırma kapsamına alınmıştır) acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Akbulut'un (1998:47) yaptığı araştırmada da, hem kendini acil algılayanların hem de acil algılamayanların en fazla başvurdıkları gün, pazartesi olarak saptanmıştır. Akbulut, araştırma yaptığı üniversite hastanesinde özellikle bunun nedenini pazartesi günlerinin (haftanın tüm günleri araştırma kapsamına alınmıştır) randevu verme günü olmasına bağlamıştır. Cuma günü acil olmayan başvuruların daha fazla artmasının nedeninin, hafta sonu tatilinin yaklaşması olduğu söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların %50.5'inin erkek, %49.5'inin kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Araştırmada, acil olmayan erkek hastaların kadın hastalara göre acil servisi daha fazla kullandığı söylenebilir. Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'ın (1996:1347) yaptıkları araştırmada, acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %52'sinin erkek, %48'inin kadın olduğu saptanmıştır. Shah ve arkadaşlarının (1996:1317) yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran 1986 hastanın 1091'inin erkek, 895'inin kadın olduğu saptanmıştır. Hansagi ve arkadaşlarının (1987:101) yaptığı araştırmada, başvuran hastaların

%41.2'sinin erkek, %58.8'inin kadın olduğu saptanmıştır. Yapılan bu araştırmalarda elde edilen bulgular, Burnett ve Grover ile Shah ve arkadaşlarının bulgularını desteklerken, Hansagi ve arkadaşlarının bulgularını desteklememektedir.

Günün diğer zaman dilimlerini içeren araştırmalardan biri olan Akbulut'un (1998:32) yaptığı araştırmada, acil olmadığı saptanan hastaların %52'sinin erkek %48'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Önsoy'un (1993:16) araştırmasında, acil servise başvuran hastaların %50.8'inin erkek, %49.2'sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Eren'in (2000:28) Gülhane Tıp Akademisi'nde Acil Servis kayıtlarından yararlanarak yaptığı araştırmada, acil servise başvuranların %56.9'unun erkek, %43.1'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Ünlüoğlu ve arkadaşlarının (1997:38) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi Acil Servis kayıtlarından yararlanarak yaptığı araştırmada, başvuran hastaların %54.2'sinin erkek, %45.8'inin kadın olduğu belirlenmiştir. Civaner'in (1999:5) yaptığı araştırmada ise, acil servise başvuran hastaların %53.3'ünün kadın, %45.6'sının erkek olduğu belirlenirken, %1.1'inin ise cinsiyetinin kaydedilmediği belirlenmiştir. Gill ve arkadaşlarının (1996:476) yaptığı araştırmada ise, acil servise başvuran kadın ve erkeklerin eşit düzeyde oldukları belirlenmiştir. Dale ve arkadaşlarının (1995:424) araştırmasında, erkek hastaların %51.4'ünün, kadın hastaların %48.6'sının birinci basamakta çözülebilecek problemler için acil servise başvurduğu saptanmıştır. Buesching ve arkadaşlarının (1985:674) araştırmasında, kadınların %10.4'ünün, erkeklerin %9.1'inin acil servisleri acil olmayan nedenlerle kullandıkları belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların %28.4'ünün 35-49 yaş grubunda, %27.5'inin 50 ve 50 yaş üstü grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.4). Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'ın (1996:1347) yaptığı araştırmada, acil olmayan başvuruların %30'unun 30-49, diğer %30'unun da 50-49 yaş grubundaki hastaların yaptığı belirlenmiştir. Weissman ve Epstein ile Pane ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalarda da, diğer zaman dilimlerinde başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri Burnett ve Grover'ın sonuçları ile benzer çıkmıştır. Hansagi ve arkadaşlarının (1987:101) araştırmasında ise, acil servise

başvurduktan sonra acil olmadığı saptanan hastaların %66.8'inin 16-44 yaş grubundaki hastalar olduğu belirlenmiştir. Hastaların %22'sinin 45-64 yaş grubu, %11.2'sinin 65 ve 65 yaş üstündeki hastalar olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmalarda elde edilen bulgular, Burnett ve Grover'ın araştırma bulgularını desteklerken, Hansagi ve arkadaşlarının bulgularını desteklememektedir.

Akbulut'un (1998:32 yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %27.5'inin 55 yaş ve 55 yaşından büyük hastalar, %23.8'inin 14-24 yaş grubundaki hastalar olduğu belirlenmiştir. Dale ve arkadaşlarının (1995:424) yaptığı araştırmada, acil servise en fazla başvuruyu yapanların, birinci basamakta tedavisi yapılabilecek 17-30 yaş grubu hastalar (%41.3) olduğu belirlenmiştir. 17-30 yaş grubundaki hastaların sadece %26.5'inin acil olduğu belirlenmiştir.

Eagle ve arkadaşlarının, Lowenstein ve arkadaşlarının ve Wolcot'un yaptıkları araştırmalarda, yaşlı hastaların acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanım değeri düşük çıkarken, Oberlander ve arkadaşlarının, Prince ve Worth'un yaptıkları araştırmalarda, çocukların acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı kullanım değerinin yüksek çıktığı belirlenmiştir (Afilalo ve ark.,1995:262). Gill ve arkadaşlarının (1996:476) yaptığı araştırmada, acil servise başvuran bütün hastalar içinde en fazla başvuruyu 18-39 yaş grubundaki hastaların (%49) yaptığı, ikinci sırada 40-64 yaş grubunun (%18) yaptığı belirlenmiştir. Sarver ve arkadaşlarının (2002:919) araştırmasında da, en fazla başvurunun 25-44 yaş grubu tarafından (%39) yapıldığı, ikinci fazla başvurunun da 45-64 yaş grubu tarafından (%31) yapıldığı belirlenmiştir. Shah ve arkadaşlarının (2001:268) yaşlı Medicare'li hastalar üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre, 85 yaş ve üstündeki yaşlı hastaların 66-84 yaş grubundaki yaşlı hastalara göre acil servisleri daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada, hastaların %65.1'inin evli, %23.4'ünün bekar olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'ın (1996:1347) yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %47'sinin evli, %36'sının bekar olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Burnett ve Grover'ın araştırma bulgularını desteklemektedir.

Akbulut'un (1998:32) araştırmasında, hastaların %61.6'sının evli, %27.8'inin bekar olduğu belirlenmiştir. Rhodes ve arkadaşlarının (2001:288) araştırmasında, hastaların %60'ının bekar, %19'unun evli, %17'sinin boşanmış veya ayrı yaşayan hastalar olduğu belirlenmiştir. Andren ve Rosenqvist (1987:825), acil servisleri yalnız yaşayan, sosyal desteği yetersiz olan hastaların daha fazla kullandığını belirtmişlerdir. Ancak yapılan bu çalışmada, acil olmadığı saptanan hastaların çoğunun evli hastalar çıkması bu yargıyı desteklememektedir.

Yapılan bu çalışmada, hastaların öğrenim durumlarına bakıldığında, hastaların %18.3'ünün okuryazarlığı olmadığı, %30.8'inin ilköğretim mezunu, %25.3'ünün lise mezunu, %12.8'inin üniversite ve daha üstü öğrenim düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'in (1996:1347) yaptığı çalışmada, acil olmadığı saptanan hastaların çoğu en az yüksek okul mezunu (%63) olan hastalar olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular Burnett ve Grover'in araştırma bulgularını desteklemektedir. Elde edilen bu bulgulara göre, ANEAH Acil Servisi'ni öğrenim düzeyi düşük hastaların daha çok kullandığı söylenebilir. Bu durumun nedenleri arasında, topluma basamaklı sağlık hizmetlerinin kullanılması için yeterli eğitimin verilmemesi ve halkın buralara yönlendirilmemesinin yer aldığı söylenebilir.

Akbulut'un (1998:32) araştırmasında, acil olmayan hastaların %40.7'sinin lise mezunu, %25.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Rhodes ve arkadaşlarının (2001:288) araştırmasında, acil servise başvuran tüm hastalar içinde en fazla başvuruyu yükseköğretim mezunlarının (%38), ikinci yüksek başvuruyu da kolej mezunlarının (%27) yaptığı belirlenmiştir. Sarver ve arkadaşlarının (2002:919) araştırmasında da, acil servise başvuran hastaların %83'ünün yükseköğretim ve daha üst düzey öğrenime sahip hastaların yaptığı belirlenmiştir.

Rucker ve arkadaşlarının (2001:166) yaptığı çalışmada, acil servise geç başvuran hastaların çoğunun öğrenim düzeyi yüksek hastalar olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, hastaların %43.8'inin kolej veya daha üstü öğrenime, %37.5'inin

yüksekokul mezunu, %18.7'sinin yüksekokuldan daha alt öğrenime sahip oldukları belirlenmiştir. Shah ve arkadaşlarının (2001:268) yaptıkları araştırmada, öğrenim düzeyi düşük 85 yaş ve üstündeki yaşlı hastaların, 66-84 yaş grubundaki yaşlı hastalara göre acil servisleri daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Brown ve Goel'in (1994:1090) yaptıkları araştırmada, çalışmayan ve öğrenim düzeyi düşük olan yetişkin hastaların acil servisleri daha sık kullandıkları belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların 84.9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %15.1'inin olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.4). Akbulut'un (1998:33) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %7.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, Gürsoy ve arkadaşlarının (1999:110) araştırmasında da, acil servisi kullananların yaklaşık yarısının (%45.9) sosyal güvencesinin olmadığı ve cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Genç ve arkadaşlarının (1994:338) Turgut Özal Tıp Merkezi Acil Servisi'nde 17.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptıkları araştırmada, hastaların %9.3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Rhodes ve arkadaşlarının (2001:288) araştırmasında, hastaların %12'sinin cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Sharma ve arkadaşlarının (2000:1035) araştırmasında, bebeklerin %5'inin cepten harcama yapılarak tedavi edildiği saptanmıştır. Gill ve arkadaşlarının (1996:476) yaptığı araştırmada, acil servise başvuran hastaların %33'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, Rucker ve arkadaşlarının (2001:166) yaptığı araştırmada da, hastaların %10.5'inin cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Sarver ve arkadaşlarının (2002:919) araştırmasında ise, acil servise başvuran hastaların %7'sinin sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Sosyal güvencenin, acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımı üzerinde önemli bir etkisinin olduğunu, Türkiye'de sosyal güvenceli hastaların, tedavi sırasında cepten harcama yapmamalarının ve maliyet paylaşımına katılmamalarının acil servis kullanımını artırdığı söylenebilir (TSHGM.,2001:56).

Yapılan bu araştırmada, hastaların %32.6'sının 501 milyon ve üstü, %28.9'unun 300-500 milyon arası, %22'sinin de 165-299 milyon arası gelire sahip olduğu, en az başvuruyu da 164 milyon ve daha altında gelire sahip olan bireylerin yaptığı belirlenmiştir (%16.5). Hastaların %48.6'sının ailesindeki birey sayısı 3-4 kişi, %35.3'ünün 5 ve 5'den daha fazla kişi, %16.1'inin 2 ile 2'den daha az kişi olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.4).

Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'in (1996:1347) yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların büyük bir kısmının (%40) gelir düzeyi düşük hastalar olduğu belirlenmiştir. Hastaların %26'sının da düşük gelir sıralamasında ikinci sırada olduğu belirlenmiştir. Araştırmada da yüksek gelire sahip hastaların acil servise fazla başvurmadığı belirlenmiştir. Shah ve arkadaşlarının (1996:1317) araştırmasında, acil servise başvuran 1986 hastanın 1062'sinin üst gelir grubundan, 924'ünün alt gelir grubundan hastalar olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Burnett ve Grover'in araştırma bulgularını desteklememekte, Shah ve arkadaşlarının araştırma bulgularını desteklemektedir.

Akbulut'un (1998:33) araştırmasında, acil olmadığı saptanan hastaların çoğunun aylık gelir düzeyi düşük hastalar olduğu belirlenmiştir. Brown ve Goel'in (1994:1089) araştırmasında da, gelir düzeyi düşük hastaların acil servisleri diğer hastalardan daha fazla kullandıkları belirtilmiştir. Bunun birinci nedenini, bu gruptaki hastaların diğer sağlık bakım merkezlerine girişlerinin zor olması, ikinci nedeni, durumlar kötüleştğinde birinci basamağa gecikmeleri olarak belirtilmiştir. Rucker ve arkadaşlarının (2001:166) yaptığı araştırmada, acil servise geç başvuran hastaların çoğunun gelir düzeyi düşük (%45) hastalar olduğu belirlenmiştir.

Buesching ve arkadaşları (1985:675), Bohland (1984:1224-25), Vayda ve arkadaşları, Prince ve Worth, Walsh (Afilalo ve ark.,1995:262) düşük sosyo-ekonomik sınıfların acil servisi acil olmayan nedenlerden daha fazla kullandıklarını belirtmişlerdir. Shah ve arkadaşlarının (2001:268) yaptıkları araştırmada, düşük gelirli 85 yaş ve üstündeki yaşlı hastaların 66-84 yaş grubundaki yaşlı hastalara göre acil servisleri daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Ailelerin tıbbi servisleri seçmesinde sosyal desteğin önemli bir etkisinin olduğu belirtilmektedir. ABD’de yapılan bir araştırmada, ailelerin acil servis kullanımı üzerindeki etkisinin büyük olduğu saptanırken, İngiltere’de tersi bir durumun yaşandığı belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmada, acil servise başvuran hastaların %62.4’ünün tam gün çalışan hastalar, %28.3’ünün part time çalışanlar veya ev hanımı olan hastalar olduğu, %7.5’inin de çalışmayan hastalar olduğu belirlenmiştir (Lee ve ark.,2000:1076,1080).

Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgulara göre, ANEAH Acil Servisine gelir düzeyi yüksek acil olmayan hastaların daha fazla başvurduğu belirlenmiştir. Bu bulgular düşük sosyoekonomik sınıfların acil servisi acil olmayan nedenlerden dolayı fazla kullandıkları tezini desteklememektedir. Gelirin, ulaşılabilirlik üzerinde etkisinin olabileceği, gelir düzeyi düşük acil olmayan hastaların acil servise ulaşamadıkları için daha az başvurdukları söylenebilir. Gelir düzeyi düşük hastaların acil servise daha az başvurmalarının bir diğer nedeni de, bu servislerde sunulan hizmetlerin pahalı olması söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, hastaların %38.5’inin hastalıklarını acil olarak algıladığı, %11.9’unun çok acil, %32.6’sının acil değil, %17’sinin az acil olarak algıladığı saptanmıştır (Tablo 4.1.5). Elde edilen bulgulara göre, hastaların %49.6’sının kendisini acil olarak algılamadığı belirlenmiştir. Mesai saatleri içerisinde Shah ve arkadaşlarının (1996:1316) yaptığı araştırmada, hastaların %32’sinin kendisini kritik acil algıladığı, %45’inin acil, %23’ünün ise acil algılamadığı belirlenmiştir. Akbulut’un (1998:35) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada ise, hastaların %67.3’ünün kendini acil algıladığı, %32.7’sinin kendini acil algılamadığı belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulguların Shah ve arkadaşlarının bulgularını desteklememektedir. Hastaların aciliyet algılamalarının içinde yaşadığı topluma göre değişebileceği söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, hastaların %36.7’sinin orta derecede ağrısının olduğu, %30.3’ünün çok ağrısının olduğu, %28’inin ağrısının olmadığı, %5’inin ise şiddetli ağrısının olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.5). Mesai saatleri içerisinde

Burnett ve Grover (1996:1349) yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %40'ının bu soruya yanıt vermediği, yanıt verenlerin %18'inin orta düzeyde ağrısının olduğu, %15'inin hafif, %14'ünün çok ağrısının, %5'inin şiddetli ağrısının olduğu belirlenmiştir. Akbulut'un (1998:35) mesai saatlerine özel olmayan araştırmasında, acil olmayan hastaların %34.6'sının orta şiddete ağrısının olduğu, %28.6'sının ağrısının olmadığı, %22.2'sinin çok ağrısının olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Burnett ve Grover ile Akbulut'un araştırmasında elde ettiği bulguları desteklemektedir.

Yapılan bu araştırmada, hastaların %28.4'ü şikayetinin 7 gün ve daha fazla devam ettiğini, %27.5'i 2-3 gündür sürdüğünü belirtmiştir (Tablo 4.1.5). Akbulut'un (1998:35) araştırmasında, acil olmayan hastaların %32.5'inin şikayetinin 7 gün ve daha fazla sürdüğü, %28.1'inin 1-3 gündür sürdüğü belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Akbulut'un araştırmasında elde ettiği bulguları desteklemektedir.

Rhodes ve arkadaşlarının (2001:288) araştırmasında, başvuran hastaların %44'ünün şikayetinin bir günden fazla, bir haftadan az sürdüğü, %22'sinin bir haftadan fazla, bir aydan az sürdüğü, %21'inin bir günden az sürdüğü, %7'sinin bir aydan fazla bir yıldan az sürdüğü, %6'sının bir yıldan fazla sürdüğü belirlenmiştir. Pointer ve arkadaşlarının (2001:272) yaptığı araştırmada, hastaların %54.2'sinin şikayetinin bir veya bir saatten az süredir sürdüğü, %16'sının 1-6 saat arası, %11.2'sinin 72 ve 72 saatten daha fazla, %9.6'sının 24-72 saat arası olduğu belirlenmiştir. Önsoy'un (1993:30) araştırmasında, acil servisine başvuran çocuk hastaların söz konusu hastalığı nedeniyle %61.6'sının birinci günde, %24'ünün ikinci günde, %8.8'inin üçüncü günde, %5.6'sının dördüncü günde aileleri tarafından acil servise getirildiği belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada, şikayet süresi ile ilgili elde edilen bulgular, mesai saatine özel olmaksızın günün diğer zaman dilimlerinde Akbulut'un araştırma bulgularını desteklerken, Önsoy'un, Rhodes ve arkadaşları ile Pointer ve arkadaşlarının araştırma bulgularını desteklememektedir.

Acil olmayan hastaların çoğunun şikayetinin yedi gün ve daha fazla sürdüğü dikkate alınır, çoğu öğrenim düzeyi düşük olan bu hastaların, acil servislerin hangi hastalara hizmet vereceği hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların %84.9'unun acil servise kendi imkanlarıyla, sadece %2.3'ünün ambulansla geldiği belirlenmiştir (Tablo 4.1.6). Acil servise yapılan tüm başvuruların değerlendirilmesi ile ilgili Yıldırım'ın (1994:44) mesai saatlerine özel olmayan araştırmasında, Sivas'ta bir devlet hastanesi, üniversite hastanesi ve sigorta hastanesi acil servisine başvuran hastaların çoğunun (%72) acil servise kendi imkanları ile geldikleri, hastaların sadece %19.3'ünün ambulans ile acil servise ulaştığı belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Yıldırım'ın araştırma bulgularını desteklemektedir. Acil olmayan hastaların büyük bir kısmının kendi imkanlarıyla acil servise gelmelerinin bu hastaların acil servisi amacına uygun kullanmadıklarının da bir kanıtı olduğu söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların %33'ünün 150 başlıklı hastalıklar sınıflandırılmasına göre A.137 (Semptomlar ve iyice belirtilmeyen diğer durumlar) kodu aldığı belirlenmiştir. Hastaların %15.5'inin A.89 (Akut, solunum yolu enfeksiyonları) kodu, %11.4'nün A.125 (iskelet-kas sistemi ve bağdokusunun diğer hastalıkları) kodu, %9.1'inin A.82 kodu (hipertansiyon) aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.7).

Literatürde farklı yöntemler kullanılarak yapılan hastalık tanıları sınıflaması aşağıda verilmiştir. Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'ın (1996:1348) yaptığı araştırmada, acil olmadığı saptanan hastaların %26'sının ortopedik tanılar (%55'i yumuşak doku travması, %17.6'sı kırık, %13.7'si dejeneratif eklem hastalığı), %25'inin dahiliye tanıları (%30'u gastrointestinal semptomlar, %24'ü viral sendrom), %15'inin cerrahi tanılar (%30'u yumuşak doku travması, %26.7'si karın ağrısı), %8'inin nörolojik tanılar, %6'sının ürolojik tanılar, %4'ünün kadın doğum ile ilgili tanılar, %4'ünün kulak burun boğaz tanıları, %12'sinin diğer tanıları aldıkları belirlenmiştir. Hansagi ve arkadaşlarının (1987:101) araştırmasında, acil olmadığı saptanan hastaların %34.6'sının ortopedik nedenlerle, %26.2'sinin kulak

burun boğaz hastalıkları nedeniyle hastaneye başvurdıkları belirlenmiştir. En az başvurunun nörolojik ve ürolojik rahatsızlıklar nedeniyle yapıldığı belirlenmiştir.

Mesai saatlerine özel olmaksızın yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde, Pointer ve arkadaşlarının (2001:272) araştırmasında, acil servise başvuran hastaların %39.2'sinin majör şikayetlerle, %8.5'inin minör şikayetlerle, %29.8'inin travmatik şikayetlerle, %13.1'inin yabancı madde kullanımı şikayetleriyle, %9.6'sının psikiyatrik şikayetlerle geldikleri saptanmıştır. Şemin ve Güldal (1993:12-13) İzmir Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde kayıtlardan yararlanarak yaptıkları araştırmada, ayakta tedavi edilen hastaları tanularına göre minör (acil olmayan; üst solunum yolu enfeksiyonu, üriner sistemle ilgili hastalıklar, minör travmalar, GİS kanamaları, non-spesifik ağrılar, göze ait yakınmalar vb) ve majör (acil; kalp-damar hastalıkları, kaza, travma, zehirlenme, nörolojik hastalıklar vb.) olarak sınıflara ayırmışlar ve hastaların %72.6'sının minör tanılar nedeniyle başvurduğunu belirlemişlerdir. Civaner'in (1999:5) araştırmasında, acil servise başvuran hastaların %14.1'inin reçete yenileme, %12.9'unun minör travma, %11.9'unun üst solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle başvurduğu belirlenmiştir.

Kelly ve Birtwhistle'in (1993:1349) araştırmasında, başvuran hastaların %21'inin kas-iskelet hastalıkları nedeniyle, %19'unun cildiye, %14'ünün kulak burun boğaz, %11'inin nörolojik, %10'unun gastrointestinal, %25'inin diğer (%3.5'inin göz, %3.5'inin göğüs ağrısı, %4'ünün alerji) nedenlerle hastaneye başvurdıkları belirlenmiştir. Grove ve arkadaşlarının (2000:481) ergenler üzerinde yaptığı bir araştırmada, hastaların %29'unun yaralanma şikayetleri ile acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Hastaların %16'sının karın ağrısı, %8'inin solunum problemleri, %7'sinin jinekolojik nedenlerle acil servise başvurdıkları belirlenmiştir.

Ziv ve arkadaşlarının ABD'de bir hastanede yaptıkları bir araştırmada, ergen dönemdeki çocukların %24'ünün akut yaralanma veya travma şikayetleri nedeniyle, %24'ünün karın ağrısıyla beraber gastrointestinal şikayetleri nedeniyle, %17'sinin nöropsikiyatrik şikayetler (senkop, baş ağrısı, depresyon, inme) nedeniyle acil servislere başvurduğu belirlenmiştir (Embling ve ark.,2000:30).

Yapılan bu araştırmada, acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %35.3'ünün acil servise birinci defa dahiliye polikliniği ile ilgili nedenlerden geldikleri, %15.8'inin reçete yazdırmak için başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.8). Araştırmada ikinci defa da hastaların %56.1'inin yine dahiliye polikliniği ile ilgili nedenlerden başvurduğu belirlenmiştir. Hastaların %6.3'ünün reçete yazdırmak için başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.9). Elde edilen bulgulara göre, hastaların çoğunun dahiliye polikliniği ile ilgili şikayetler ve reçete yazdırmak için acil servise gelmesinin nedeninin, bu servislerin bakımları için en uygun yerler olduğunu düşünmeleri ve tedavi süresinin kısa olması olduğu söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmadığı saptanan hastalar tarafından acil servisin seçilmesinin birinci nedeni olarak, doktorların ilgilenme düzeyindeki yeterlilik belirtilmiştir (%34.7). Hastalar acil servisi seçmelerinin ikinci nedeni olarak, acil serviste verilen hizmetten daha kolay yararlanabilme imkanını (%32.9), üçüncü neden olarak da hastaneye yakınlık ve kolay ulaşılabilirliği (%23.1) belirtmişlerdir (Tablo 4.1.10). Mesai saatleri içerisinde Shah ve arkadaşlarının (1985:1320) yaptığı araştırmada, acil servislerin birinci basamak sağlık merkezlerine tercih edilmesinin birinci nedeni ulaşılabilirlik ve kullanılabilirlik olarak belirlenmiştir. Bu neden yapılan bu araştırmada üçüncü neden olarak belirlenmiştir. Shah ve arkadaşlarının araştırmalarında, ikinci önemli neden acil servislerde verilen hizmetlerin daha iyi olması, diğer nedenlerde, hastanın kendisinin ya da yakınının hastanede çalışıyor olması ve acil servisin yakınlığı olarak belirtilmiştir. Yapılan bu araştırmada, elde edilen bulgular Shah ve arkadaşlarının araştırma bulgularını desteklememektedir. Hastaların acil servisleri, ulaşılabilirliği kolay olması ve daha kolay hizmet almaları nedeniyle seçtikleri söylenebilir. Burnett ve Grover'ın (1996:1349) araştırmasında, acil olmadığı saptanan hastaların %60'ının acil servislerin tedavileri için en uygun yerler olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Akbulut'un (1998:36) araştırmasında, acil olmadığı saptanan hastaların acil servisi seçmelerinin birinci nedeni, normal şartlarda muayeneyi bekleyemeyecek derecede sağlık durumlarından endişe duymaları çıkmıştır. Bu neden yapılan bu araştırmada çok önemli bulunmamıştır. Akbulut'un araştırmasında, ikinci neden

hastaların iğne ve pansuman yaptırmak, dikiş aldirmek, rapor almak için (%16.2), üçüncü neden muayene olmak için daha kısa süre beklenmesi (%16.2) çıkmıştır. Araştırmada dördüncü neden, çalışma koşulları nedeni ile gündüz muayene olamaması (%8.9), beşinci neden normal poliklinikte muayene olanağı bulamaması (%7.3) çıkmıştır. Afilalo ve arkadaşlarının (1995:262) araştırmasında, acil olmayan hastaların acil servisi seçmelerinin birinci nedeni, mesai saatleri dışında diğer klinikler kapalı olduğundan dolayı gidecek başka bir sağlık kurumunun olmadığını düşünmeleri, ikinci neden hastalıklarının ciddi olduğunu düşünmeleri (%20.7), üçüncü neden acil servise güvenmeleri veya aşına olmaları (%12.1), dördüncü neden yakın olması (%10.7), beşinci neden diğer bakım merkezlerinden haberdar olamamaları (%8.6), altıncı neden diğer ayakta bakım merkezlerinden memnun olmamaları (%8.6) çıkmıştır.

Yapılan bu araştırmada, acil olmadığı saptanan hastaların %66'sının acil servislerde verilen hizmetler ile ilgili düşüncelerinin olumlu, %7.8'inin çok olumlu, %5.9'unun olumsuz, %0.5'inin çok olumsuz olduğu saptanmıştır. %19.8'inin kararsız oldukları saptanmıştır (Tablo 4.1.11). Acil servislerde, daha nitelikli sağlık çalışanlarının olması (uzman doktorlar, röntgen teknisyenleri, laboratuvar teknisyenleri vb.), tıp teknolojisinin diğer bakım merkezlerine göre daha gelişmiş olması ve kendileri ile daha fazla ilgilenilmesi nedenleriyle hastaların olumlu düşündükleri söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil servise başvuran hastaların %1.4'ünün (3 hasta) hizmet alırken bazı güçlüklerle karşılaştıkları, %2.8'inin hiçbir güçlükle karşılaşmadıkları, %95.8'inin kısmen bazı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır. Güçlüklerle karşılaştığını belirten 3 hastadan 2'sinin hekimlerin ilgisiz davranmalarından dolayı, 1'inin de acil servislerin çok kalabalık olmasından dolayı güçlüklerle karşılaştıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.11). Yıldırım'ın (1994:45) mesai saatlerine özel olmaksızın yaptığı araştırmada, başvuran hastaların %75.3'ünün acil servise başvurduklarında güçlükle karşılaştıkları belirlenmiştir. Ancak güçlük nedenleri sorulduğunda %34'ünün yanıt verdiği, yanıt veren hastaların %43.1'inin hekim bekleme konusunda güçlükle karşılaştıkları belirlenmiştir. Hastaların

%21.6'sının ekonomik yetersizlikler nedeniyle, %19.6'sının hasta merkezli bakım ve yaklaşım alamaması nedeniyle güçlüklerle karşılaştıkları belirlenmiştir. Eras'ın yaptığı araştırmada ise, hastaların en sık karşılaştığı güçlüklerin, fizik ortam ve eleman sayısının yetersizliği olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Yıldırım'ın araştırma bulgularını desteklemektedir. İki araştırmada da hastaların karşılaştıkları en önemli güçlüğü, doktorlardan kaynaklı güçlükler olduğu belirlenmiştir. Yoğun iş yükü nedeniyle stres altında çalışan doktorların hastalara bazen yeteri kadar ilgi göstermedikleri söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, hastaların %63.8'inin daha önce acil serviste muayene oldukları, %36.2'sinin muayene olmadıkları saptanmıştır. Hastaların %45.9'unun son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı, %20.2'sinin 3 ve 3'ten fazla, %18.8'nin 1 defa, %15.1'inin 2 defa başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.12). Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'in (1996:1349) yaptığı araştırmada, acil olmayan hastaların %76'sının son bir ayda acil servise hiç başvurmadığı, %13'ünün ilk defa başvurduğu belirlenmiştir.

Akbulut'un (1998:35) araştırmasında, acil olmayan hastaların %61.9'unun son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı, %22.2'sinin bir kez, %8.3'ünün üç ve üçten fazla başvurduğu belirlenmiştir. Friedmann ve arkadaşlarının (2001:127) ABD'de bir üniversite hastanesi acil servisinde yaptıkları bir araştırmada, 65 ve 65 yaş üstündeki hastaların %71'inin son altı ayda acil servise hiç başvurmadığı, %17'sinin bir defa başvurduğu, %12'sinin iki ve ya daha fazla sayıda başvurduğu belirlenmiştir. Brown ve Goel'in (1994:1085) araştırmasında, 20-29 yaş grubundaki hastaların %23.6'sının acil servislere bir veya birden daha fazla sayıda başvurduğu, 16-19 yaş grubundaki hastaların da %23.2'sinin, 75 ve 75 yaş üstündeki hastaların da %22.3'ünün acil servislere bir veya birden daha fazla sayıda başvurduğu belirlenmiştir. Çalışan hastaların %18.7'sinin, boşanmış veya ayrı yaşayan hastaların %23.2'sinin acil servislere bir veya birden daha fazla sayıda başvurduğu belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmadığı belirlenen hastaların %83.9'unun acil servise başvurmada n önce bu şikayetleri ile ilgili herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları, %16.1'inin başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.12). Mesai saatleri içerisinde Shah ve arkadaşlarının (1985:1316) yaptığı araştırmada, acil servise başvuran hastaların %57'sinin birinci basamak sağlık hizmetlerine uğramadan acil servise başvurdıkları belirlenmiştir. onsoy'un (1993:34) araştırmasında, acil servise başvuran hastaların %88.8'inin söz konusu hastalığı nedeniyle daha önceden başka bir sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Shah ve arkadaşları ile onsoy'un mesai saatlerine özel olmaksızın yaptığı araştırmada elde ettikleri bulguları desteklemektedir. Acil olmayan hastaların acil servisi ilk başvuru basamağı olarak kullandıkları söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmadığı belirlenen hastaların %24.8'inin Keçiören semtinden, %17.9'unun Yenimahalle'den, %16.9'unun ankaya'dan başvurduğu saptanmıştır. En az başvuruyu hastaneye uzak semtlerde oturan hastaların yaptığı saptanmıştır (Tablo 4.1.13). onsoy'un (1993:17) günün tüm saatlerini kapsayan araştırmasında, acil servise başvuran hastaların %27.4'ünün ankaya ilçesinden, %19'unun Keçiören, %15'inin Mamak, %14.5'inin Yenimahalle ilçesinden başvurduğu belirlenmiştir. En az başvurunun uzak semtlerde oturan hastalar tarafından yapıldığı belirlenmiştir.

Lee ve arkadaşları (2000:1079), uzaklığın sağlık hizmeti kullanımını etkilediğini belirtmişlerdir. Lee ve arkadaşları araştırmalarında, acil servise ortalama 5 km yakın mesafede oturan hastaların genel hekimlik olguları nedeniyle daha fazla başvurduklarını belirtmişlerdir. Acil servisten 6 km ve 6 km'den daha uzakta oturanların genel hekimlik olguları nedeniyle hastaneye başvurmalarının daha az olduğunu belirtmişlerdir. Shah ve arkadaşlarının (1985:1316) araştırmasında, hastaların acil servisi tercih etmelerinin birinci nedeni ulaşılabilirlik ve kullanılabilirlik çıkmıştır. Yapılan bu araştırmada, acil servislerin kullanımında ulaşılabilirliğin önemli bir etken olduğu, acil servislere yakın oturan hastaların

ulaşım sorunu olmadığından, daha kolay ulaştıklarından buraları diğer merkezlere tercih ettikleri söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların hastalandıklarında %91.7'sinin genelde devlet hastanesine, %35.8'inin sağlık ocağına, %5'inin SSK'ya, %5'inin özel polikliniklere, %1.8'inin niversite hastanelerine gittikleri saptanmıştır (Tablo 4.1.14). Akbulut (1998:43) tarafından mesai saatlerine özel olmaksızın yapılan araştırmada, acil olmayan hastaların hastalandıklarında birinci sırada niversite hastanesine (%49), ikinci sırada devlet hastanesi (%21.3) gittikleri belirlenmiştir. Rhodes ve arkadaşlarının (2001:288) araştırmasında, hastaların %31'inin hastane kliniklerini, %18'inin semt kliniklerini, %17'sinin acil servisleri düzenli bakım kaynağı olarak kullandıkları belirlenmiştir. Brousseau ve arkadaşlarının (2002:298) ABD'de bir hastanede kayıtlar üzerinden 19 ile 35 aylık çocuklar üzerinde yaptıkları bir araştırmaya göre, sağlık kurumlarının acil servisinin kullanımı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmada hastane kliniklerinin acil servislerinin en fazla kullanılan yerler olduğu belirlenmiştir. Acil olmayan başvuruların artmasının nedeni, genelde hastanelerin özelde ise acil servislerin hastalar için özendirilmesi ve bir çekim merkezi haline getirilmesi olarak gösterilebilir. Ayrıca, acil olmayan hastaların acil servise başvurmalarının bir başka nedeninin de, acil serviste verilen hizmetleri kaliteli bulmaları ve güvenmeleri olduğu söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların %49'unun sağlık ocakları hakkında ne olumlu ne olumsuz bir yargı içinde olmadığı, %23.9'unun sağlık ocakları hakkında olumlu düşünceye sahip oldukları, %23.4'ünün ise olumsuz düşünceye sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1.15).

Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'ın (1996:1349-1350) yaptığı araştırmada, alternatif bakım merkezlerinden biri olan semt sağlık merkezleri (centres locaux des services communautaires-CLSCs) hakkında bilgi sahibi olan hastaların %34'ünün bu merkezler hakkında olumlu düşünceye, %8'inin olumsuz düşünceye, %25'inini ne olumlu ne olumsuz bir düşünceye olmadıkları

belirlenmiştir. Ayakta bakım merkezleri hakkında bilgi sahibi olan hastaların %34'ünün olumlu düşünceye, %12'sinin olumsuz düşünceye, %29'unun ne olumlu ne olumsuz bir düşünceye olmadıkları belirlenmiştir. Rizos ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da hastaların küçük bir oranının CLSCs ve ayakta bakım merkezleri hakkında olumsuz düşünceye sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Burnett ve Grover'ın araştırma bulgularını desteklemektedir. Ulaşımın kolay olması ve hizmetlerin ücretsiz olması nedeniyle, acil olmayan hastaların sağlık ocakları hakkında olumlu düşündükleri söylenebilir.

Yapılan bu araştırmada, acil olmayan hastaların sağlık ocağına başvurmama nedenleri incelendiğinde, hastaların %34.4'ünün sağlık ocaklarının olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle, %19.3'ünün yeteri kadar ilgi gösterilmemesi, %16.1'inin ise güvenmemesi, %4.6'sının sağlık ocağının verdiği hizmet hakkında bilgisi olmaması, %3.7'sinin çok kalabalık olması, %3.2'sinin parasız olduğu için nitelikli bakılmadığını düşünmesi, %2.8'inin ulaşımı zor olması, %1.8'inin sağlık ocağının yerini bilmemesi nedeniyle sağlık ocağına başvurmadıkları saptanmıştır (Tablo 4.1.16).

Mesai saatleri içerisinde Burnett ve Grover'ın (1996:1349) yaptığı araştırmada, acil olmayan hastalara alternatif bakım merkezleri hakkındaki düşünceleri sorulmuş, hastaların %73'ünün CLSCs'ler hakkında bilgi sahibi oldukları, bilgi sahibi olanların yalnızca %41'inin daha önceden bu merkezlerden bakım aldıkları saptanmıştır. Hastaların %70'inin ayakta bakım merkezleri hakkında bilgi sahibi oldukları, bilgi sahibi olanların %59'unun bu merkezlerden daha önce bakım aldıkları saptanmıştır. Afilalo ve arkadaşlarının (1995:262) yaptığı araştırmaya göre, 2. kategorideki (altı saat içerisinde acil veya yeterli tıbbi malzemeye sahip ayakta bakım merkezlerinde bakılması gereken hastalar) hastaların %74'ünün ve 3. kategorideki hastaların (acil serviste bakımı geciktirilebilecek veya altı saatten sonrada ayakta bakım merkezlerinde de değerlendirilebilecek hastalar) %84'ünün en az bir ayakta bakım merkezinin varlığından haberdar olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada ise, hastaların çoğu diğer klinikler kapalı olduğu için ve hastalıklarının ciddi olduğunu düşündükleri için acil servisi seçtiklerini

belirtmişlerdir. Acil olmayan hastaların, acil servislerden daha kolay yararlandıkları, daha iyi bakıldığı ve güvendikleri için sağlık ocağına başvurmadıkları söylenebilir.

5.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Yapılan bu araştırmada, cinsiyete göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.457$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.1). Kendini acil algılamayan hastaların %51.9'unun kadın, %48.1'inin erkek olduğu saptanmıştır. Kendini acil algılayan hastaların %52.7'sinin erkek, %47.3'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Akbulut'un (1998:38) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada, kendini acil algılamayan hastaların %51'inin kadın, %49'unun erkek olduğu, kendini acil algılayan hastaların %53'ünün kadın, %47'sinin erkek olduğu saptanmıştır. Yapılan bu araştırmada kendini acil algılamayanlarla ilgili elde edilen bulgular Akbulut'un (1998:38) bulgularını desteklerken, kendini acil algılayanlar ile ilgili bulgular ise desteklememektedir.

Yapılan bu araştırmada, yaş gruplarına göre hastaların aciliyet durumları ile ilgili algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=2.848$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.2). Kendini acil algılayan hastaların %30'unun 35-49 yaş grubu hastalar olduğu saptanmıştır. Kendini acil algılamayanların %26.9'unun yine 35-49 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Akbulut'un (1998:37) araştırmasında, kendini en fazla acil algılayanlar 55 ve 55 yaşından büyük hastalar (%29.7) çıkmıştır. Kendini acil algılamayan hastaların çoğu 14-24 yaş grubu (%29.6) çıkmıştır. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular Akbulut'un araştırma bulgularını desteklememektedir.

Yapılan bu araştırmada, medeni durumlarına göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=5.938$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.3). Kendini acil algılayan hastaların %72.7'sinin evli, %17.3'ünün bekar, %10'unun dul veya ayrı yaşayan hastalar olduğu saptanmıştır. Kendini acil algılamayan hastaların %57.4'ünün evli, %29.6'sının bekar, %13'ünün

dul veya ayrı yaşayan hastalar olduğu saptanmıştır. Akbulut'un (1998:39) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada, kendini acil algılamayan hastaların %57.1'inin evli, %34.7'sinin bekar, %8.2'sinin ise dul olduğu belirlenmiştir. Kendini acil algılayan hastaların %63.4'ünün evli, %24.8'inin bekar, %11.9'unun dul olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Akbulut'un araştırma bulgularını desteklemektedir.

Yapılan bu araştırmada, öğrenim durumuna göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($x^2=4.334$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.4). Araştırmada, kendini acil algılayan hastaların çoğu ilkokul mezunları (%33.6) çıkmıştır. Algılaması yüksek ikinci grup, lise mezunları (%23.6), üçüncü grup okuryazar olmayanlar (%21.9) olarak saptanmıştır. Acil olmadığını algılayan hastaların içinde en yüksek oran %27.8 ile yine ilkokul mezunlarına aittir. İkinci yüksek grubun yine lise mezunları (26.9), üçüncü ortaokul mezunları (%15.7) olduğu saptanmıştır. Akbulut'un (1998:40) araştırmasında, lise mezunlarının (%38.1) kendilerini acil algılaması diğer gruplara göre daha yüksek çıkmıştır. İkinci olarak kendini fazla acil algılayan grup ilkokul mezunları (%27.7), üçüncü okuryazar olmayanlar (%14.9) olarak belirlenmiştir. Kendini acil algılamayanlar içinde en yüksek grup yine lise mezunları (%45.9) olarak belirlenmiştir. İkinci olarak yine ilkokul mezunları (%20.4), üçüncü ortaokul mezunları (%12.2) olarak belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Akbulut'un araştırma bulgularını desteklememektedir.

Yapılan bu araştırmada, sosyal güvence durumuna göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($x^2=0.061$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.5). Kendini acil algılayan hastaların %85.5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %14.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı belirlenirken, kendini acil algılamayan hastaların %84.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %15.7'sinin olmadığı belirlenmiştir. Akbulut'un (1998:41) araştırmasında, hem kendini acil algılayan hem de kendini acil algılamayan hastaların çoğunun sosyal güvencesi olan hastalar olduğu belirlenmiştir. Kendini acil algılayan hastaların %5.9'unun, kendinin

acil algılamayan hastaların da %10.2'sinin sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada, aylık gelir düzeyine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.794$, $p>0.05$)(Tablo 4.2.6). Kendini acil algılayan ve acil algılamayan hastaların çoğu yüksek gelir grubundaki hastalar olduğu belirlenmiştir. Kendisini acil algılamayan hastaların %35.2'sinin aylık gelirinin 501 ve 501 milyondan daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların %28.7'sinin 300-500 arası gelire, %20.4'ünün 165-299 milyon arası gelire sahip oldukları belirlenmiştir. Kendisini acil algılayan hastaların %30'unun yine aylık gelirinin 501 ve 501 milyondan daha fazla olduğu saptanmıştır. Akbulut'un (1998:42) yaptığı araştırmada, gelir düzeyi en düşük olan hastaların %47.5'inin (en yüksek değer) kendini acil algıladığı belirlenirken, kendini acil algılamayan hastaların %45.9'unun (en yüksek değer) ikinci düşük gelire sahip olduğu saptanmıştır. Yapılan bu araştırmada elde edilen bulgular, Akbulut'un araştırma bulgularını desteklememektedir.

Yapılan bu araştırmada, ikamet ettikleri yere göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.115$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.7). Kendini acil algılayan ve acil algılamayan hastaların çoğu Ankara merkez ve ilçelerinde ikamet eden hastalar çıkmıştır. Kendini acil algılayan hastaların %87.2'si Ankara merkez ve ilçelerinde ikamet etmekte iken, %12.8'i Ankara dışında ikamet etmektedir. Kendini acil algılamayan hastaların %91.6'sı Ankara merkez ve ilçelerinde ikamet etmekte iken, %8.4'ü Ankara dışında ikamet etmektedir. Önsoy'un araştırmasında (1993:17), Ankara merkez ve ilçelerinde başvuran hastalara, ki kare analizi yapıldığında, acil servis başvurularının oturulan yere göre önemli fark gösterdiği saptanmıştır. Araştırmada, acil servise başvuran bütün hastaların %98.1'inin Ankara içinden, %1.9'unun Ankara ili dışından başvurduğu belirlenmiştir.

Yapılan bu araştırmada, ağrı düzeyine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=70.331$, $p<0.05$)

(Tablo 4.2.8). Kendilerini acil algılayan hastaların %50'si çok ağrısının olduğunu, %33.6'sı orta derecede ağrısının olduğunu, %9.1'i şiddetli ağrılarının olduğunu belirtmişlerdir. Kendilerini acil algılamayan hastaların ise %49.1'i ağrısının olmadığını, %39.8'i orta derecede ağrısının olduğunu, %10.2'si çok ağrısının olduğunu bildirmişlerdir. Akbulut'un (1998:44) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada, kendini acil algılayan hastaların %37.8'sinin orta şiddette ağrısının olduğu, %30.8'inin çok şiddetli ağrısının olduğu belirlenmiştir. Kendini acil algılamayan hastaların %48'inin hiç ağrısının olmadığı, %27.6'sının orta şiddette ağrısının olduğu saptanmıştır. Yapılan bu araştırmada kendini acil algılayanlar ile ilgili elde edilen bulgular Akbulut'un araştırma bulgularını desteklemezken, acil algılamayanlar ile ilgili bulgular Akbulut'un bulgularını desteklemektedir.

Yapılan bu araştırmada, şikayet süresine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4.394$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.9). Kendini acil algılayan hastaların %39.5'i şikayetinin 7 gün ve daha fazla, %28.4'ünün 2-3 gün sürdüğü belirlenmiştir. Sadece %5.5'i şikayetinin 1 gün ve daha az sürdüğünü belirtmiştir. Acil olmadığını algılayan hastaların %38.2'si 2-3 gündür hastalıklarından şikayet etmektedirler. Başvuran hastaların %33.5'i şikayetlerinin 7 ve 7 günden fazla sürdüğünü, %32.4'ü 2-3 gün arası sürdüğünü belirtmişlerdir. Akbulut'un (1998:45) 08.⁰⁰-24.⁰⁰ saatleri arasında yaptığı araştırmada, kendini acil algılayan hastaların %33.7'sinin şikayetinin 7 ve 7 günden fazla sürdüğü, kendini acil algılamayan hastaların %30.6'sının şikayetinin 7 ve 7 günden fazladır sürdüğü belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada kendini acil algılayanlar ile ilgili elde edilen bulgular Akbulut'un araştırma bulgularını desteklerken, acil algılamayanlar ile ilgili bulgular Akbulut'un bulgularını desteklememektedir.

Yapılan bu araştırmada, son bir yılda başvuru sayısına göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4.269$, $p>0.05$) (Tablo 4.2.10). Araştırmada, kendini acil algılayan hastaların %51.8'i son bir yılda acil servise hiç başvurmadıklarını saptanmıştır. Kendilerini acil algılamayan hastaların ise %39.9'u son bir yılda acil servise hiç başvurmadıklarını

bildirmişlerdir. Akbulut'un (1998:46) araştırmasında, kendini acil algılayan hastaların %64.4'ünün acil servise son bir yıl içinde hiç başvurmadığı, kendini acil algılamayanların ise %58.2'sinin son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada kendini acil algılayanlar ile ilgili elde edilen bulgular Akbulut'un araştırma bulgularını desteklerken, acil algılamayanlar ile ilgili bulgular Akbulut'un bulgularını desteklememektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

ANEAH Acil Servisine yapılan başvuruların değerlendirilmesi ve acil olmayan kullanımın belirlenmesi ile ilgili elde edilen sonuçlar bu bölümde belirtilmiştir.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Tanımlayıcı Bulgulara İlişkin Sonuçlar

6.1.1.1. Araştırmada, acil servise başvuran hastaların %57.8'inin acil, %42.2'sinin ise acil olmadığı saptanmıştır.

6.1.1.2. Araştırmada, acil servise yapılan tüm başvurular incelendiğinde hastaların %41.9'unun 13.⁰⁰-15.⁵⁹, %41.4'ünün 10.⁰⁰-12.⁵⁹ saatleri arasında başvurdukları saptanmıştır.

6.1.1.3. Araştırmada, acil servisi acil olmayan nedenlerle gereksiz kullanan hastaların çoğunun erkek (%50.5) olduğu saptanmıştır.

6.1.1.4. Acil servisi acil olmayan nedenlerle en fazla gereksiz kullananların 35-49 yaş grubu (%28.4) hastalar olduğu belirlenmiştir. Hastaların %27.5'i 50 ve 50 yaş üzeri, %27.1'i 25-34 yaş grubundaki hastalardır.

6.1.1.5. Araştırmada, hastaların %65.1'inin evli, %23.4'ünün bekar olduğu saptanmıştır.

6.1.1.6. Hastaların %30.8'inin ilkokul mezunu, %25.3'ünün lise mezunu, %18.3'ünün ise okuryazar olmadığı belirlenmiştir.

- 6.1.1.7. Acil olmayan hastaların %89.4'ünün Ankara merkez ve ilçelerinden, %10.6'sının Ankara dışından başvurduğu belirlenmiştir.
- 6.1.1.8. Araştırmada, acil olmayan hastaların %84.9'unun sosyal güvencesinin olduğu, %15.1'inin sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır.
- 6.1.1.9. Acil servise başvuran, acil olmayan hastaların %48.6'sının ailesindeki birey sayısı 3-4 kişi, %35.3'ünün ise 5 ve daha fazla olduğu belirlenmiştir.
- 6.1.1.10. Acil olmayan hastaların %32.6'sının 501 milyon ve üzeri bir gelire, %28.9'unun 300-500 milyon arası bir gelire sahip oldukları saptanmıştır.
- 6.1.1.11. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %38.5'i kendisinin acil, %32.6'sı ise acil olmadığını belirtmiştir.
- 6.1.1.12. Araştırmada, acil olmadığı saptanan hastaların %36.7'sinin orta derecede ağrısının olduğu, %30.3'ünün çok ağrısının olduğu, %28'inin ise ağrısının olmadığı belirlenmiştir.
- 6.1.1.13. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %28.4'ünün şikayetinin yedi gün ve daha fazla süredir devam ettiği, %27.5'inin 2-3 gündür devam ettiği saptanmıştır.
- 6.1.1.14. Araştırmada, acil olmayan hastaların %84.9'unun acil servise herhangi bir vasıta ile geldiği, %2.3'ünün ambulansla geldiği saptanmıştır.
- 6.1.1.15. Acil olmayan hastaların %33'ünün 150 başlıklı hastalıklar sınıflandırılmasına göre A.137 (Semptomlar ve iyice belirtilmeyen diğer durumlar) kodu aldığı belirlenmiştir. %15.5'inin A.89 (Akut, solunum yolu enfeksiyonları) kodu aldığı saptanmıştır.

- 6.1.1.16. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %35.3'ünün acil servise birinci defa ve dahiliye nedenleri ile geldiği saptanmıştır. İkinci defa %56.1'inin yine dahiliye polikliniği ile ilgili nedenlerden başvurduğu saptanmıştır.
- 6.1.1.17. Araştırmada, acil olmayan hastaların acil servisi seçmelerindeki birinci nedeni, doktorların ilgilenme düzeyindeki yeterlilik olarak saptanmıştır (%34.7). İkinci neden hizmetten daha kolay yararlanabilme imkanı (%32.9) çıkmıştır.
- 6.1.1.18. Araştırmada, acil olmayan hastaların %66'sının acil servisler hakkında olumlu düşünceye sahip oldukları, %5.9'unun olumsuz düşünceye sahip oldukları saptanmıştır.
- 6.1.1.19. Acil olmayan hastaların %63.8'ünün acil serviste daha önceden muayene olduğu saptanmıştır.
- 6.1.1.20. Araştırmada, hastaların %95.8'inin acil servise başvuru anında kısmen bazı güçlüklerle karşılaştıkları belirlenmiştir. Hastaların %2.8'inin ise hiçbir güçlükle karşılaşmadığı belirlenmiştir.
- 6.1.1.21. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %83.9'unun acil servise doğrudan başvurduğu belirlenmiştir.
- 6.1.1.22. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %45.9'unun son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı, %20.2'sinin üç ve daha fazla sayıda başvurduğu belirlenmiştir.
- 6.1.1.23. Araştırmada, acil olmayan hastaların %24.8'inin Keçiören semtinden, %17.9'unun Yenimahalle'den, %16.9'unun Çankaya'dan başvurduğu saptanmıştır.

- 6.1.1.24. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %91.7'sinin hastalandıklarında genelde Devlet Hastanesine başvurduğu, %35.8'inin Sağlık Ocağına başvurduğu saptanmıştır.
- 6.1.1.25. Araştırmada, acil olmayan hastaların %23.9'unun Sağlık Ocakları hakkında olumlu düşünceye sahip oldukları, %23.4'ünün ise olumsuz düşünceye sahip oldukları saptanmıştır.
- 6.1.1.26. Acil servisi acil olmayan nedenlerle kullanan hastaların %34.4'ünün Sağlık Ocağı'nın olanaklarının yetersiz olması nedeniyle bu merkezlere başvurmadığı, %19.3'ünün yeteri kadar ilgi gösterilmediği için başvurmadığı saptanmıştır.

6.1.2. Hipotezlere İlişkin Sonuçlar

- 6.1.2.1 Cinsiyete göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.457$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden hastaların %52.7'sinin erkek, acil hissetmeyenlerin %51.9'unun kadın olduğu belirlenmiştir.
- 6.1.2.2. Yaş gruplarına göre hastaların aciliyet durumları ile ilgili algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=2.848$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden hastaların %30'unun 35-49 yaş grubu hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Acil hissetmeyenlerin %26.9'unun yine 35-49 yaş grubu hastaların oluşturduğu belirlenmiştir.
- 6.1.2.3. Medeni durumlarına göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=5.938$, $p>0.05$). Kendini acil hissedenler içerisinde en fazla başvuruyu evli hastaların yaptığı saptanmıştır (%72.7). Kendini acil hissetmeyenler içerisinde de en fazla başvuruyu evli hastaların yaptığı belirlenmiştir (%57.4).

- 6.1.2.4. Öğrenim durumuna göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4.334$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden (%33.6) ve acil hissetmeyen (%27.8) hastalar içerisinde en fazla başvuruyu yapanlar ilkokul mezunları olarak belirlenmiştir.
- 6.1.2.5. Sosyal güvence durumuna göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.061$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden (%85.5) ve acil hissetmeyen (%84.3) hastalar içerisinde en fazla başvuruyu yapanlar sosyal güvencesi olan hastalar çıkmıştır.
- 6.1.2.6. Aylık gelir düzeyine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.794$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden (%30) ve acil hissetmeyen (%35.2) hastalar içerisinde en fazla başvuruyu yapanlar üst gelir grubundan hastalar çıkmıştır.
- 6.1.2.7. İkamet ettikleri yere göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=1.115$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden (%87.2) ve acil hissetmeyen (%91.6) hastalar içerisinde en fazla başvuruyu yapanlar Ankara'da merkez ve ilçelerinde ikamet eden hastalar çıkmıştır.
- 6.1.2.8. Ağrı düzeyine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=70.331$, $p<0.05$). Kendini acil hisseden hastaların %50'sinin çok ağrısı olduğu, acil hissetmeyenlerin %49.1'inin ağrısının olmadığı belirlenmiştir.
- 6.1.2.9. Şikayet süresine göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4.394$, $p>0.05$). Kendini acil

hisseden hastaların %39.5'inin şikayetin yedi ve daha fazla gün devam ettiği, acil hissetmeyenlerin %38.2'sinin 2-3 gün sürdüğü belirlenmiştir.

6.1.2.10. Son bir yılda başvuru sayısına göre hastaların aciliyet algılamalarında gözlenen farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=4.269$, $p>0.05$). Kendini acil hisseden hastaların %51.8'inin, acil hissetmeyenlerin %39.9'unun son bir yılda acil servise hiç başvurmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Ankara'nın en büyük acil servislerinden biri olan Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde yapılan bu araştırmada, hastaların %57.8'inin acil, %42.2'sinin acil olmadığı saptanmıştır. Araştırmada elde edilen önemli bulgulardan biri de acil olmayan hastaların %83.9'unun acil servise doğrudan başvurmasıdır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde tedavisi yapılabilecek çoğu hastanın, bu merkezlerin olanaklarının yetersiz olması, yeteri kadar ilgi gösterilmemesi, güven verici yerler olmaması nedeniyle acil servislere başvurması burada sunulan hizmetin kalitesini düşürmekte, ek yük getirmekte, hastaların memnuniyetsizliğine yol açmakta ve çalışanlarda stres yaratmaktadır. Acil servislerde yüksek teknolojinin kullanımı ile birlikte kullanılan cihaz sayısı artması, yapılan gereksiz tetkikler, acil olmayan hastalara sunulan hizmetler vb. bu servislerde sunulan hizmetlerin daha pahalıya gelmesine neden olmuş ve hastane maliyetlerinin artmasına yol açmıştır. Bu araştırmada elde edilen sonuçlar, tüm Türkiye'deki acil servislere genellenemez. Ancak araştırma bulgularına dayanarak, mesai saatleri içindeki acil vakalar için aşağıdaki öneriler geliştirilebilir.

1. Acil servisleri, acil olmayan nedenlerle gereksiz kullanan hastaların çoğu öğrenim düzeyi düşük hastalar çıkmıştır. Öğrenim düzeyi düşük hastalar başta olmak üzere, acil servislerin uygun kullanılabilmesi ve uygun olmayan kullanımın azaltılabilmesi için çeşitli bilgilerin televizyon programları aracılığıyla halka ulaştırılması, yazılı medyadan da bu konuda destek istenilmesi uygun olabilir.

2. Acil servislerde aciliyet kriterleri geliştirilmesinin, bu kriterlere göre acil olmadığı saptanan hastaların reddedilerek birinci basamak sağlık merkezlerine yönlendirilmesinin uygun olacağı söylenebilir.
3. Araştırmada, acil olmadığı saptanan hastaların çoğunun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Bu hastalar acil serviste hizmet alırken hiçbir ücret ödememektedirler. Acil servislerin acil olmayan nedenlerle gereksiz kullanan bu hastaların maliyet paylaşımına katılması acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımını azaltabilir.
4. Acil servislere yapılan gereksiz başvuruların azaltılması için birinci basamak sağlık merkezlerinin ulaşılabilirliğin ve kullanılabilirliğin artırılması uygun olacaktır.
5. Halka birinci basamak sağlık merkezlerinde verilen hizmetler hakkında bilgiler verilmesinin, bu merkezlere karşı olan güvenlerinin artırılmasının ve böylece halkın doğrudan buralara yönlendirilmesinin sağlanmasının uygun olacağı söylenebilir.

ÖZET

Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi ve Acil Olmayan Kullanımın Belirlenmesi

Artan hasta sayısı ile birlikte her geçen gün sağlık hizmetlerinin kullanımının artması, polikliniklerde sunulan hizmetlerin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Buna bir de hastaların, polikliniklerde muayene olmak için uzun süre beklemek yerine acil serviste daha kısa sürede muayene olmayı tercih etmeleri eklenince acil servislere yapılan başvurular artmakta ve bu da bu servislerin kalabalık olmasına yol açmaktadır. Gerçekten acil durumda olan bazı hastalar kalabalık nedeniyle uzun süre beklemeden ve hizmet almadan acil servisten ayrılmaktadırlar. Acil servislerin aşırı kalabalık olması birçok ülkede ciddi anlamda sorunlar yaratmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine acil olmadığı halde başvuran hastaları saptamak, hastaların mesai saatleri içerisinde diğer sağlık bakım merkezleri (sağlık ocakları, dispanserler, semt poliklinikleri, sağlık merkezleri vb) açık olduğu halde, acil olmayan tıbbi problemleri yüzünden acil servisi kullanmalarının nedenlerini belirlemek, hastaları hastalık tanılarına göre sınıflamaktır.

Araştırma, Ankara'da bulunan Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın çalışma evrenini 20 Nisan-20 Mayıs 2002 tarihleri arasında hastanenin acil servisine mesai saatlerinde (08.⁰⁰-16.⁰⁰) bir hafta içerisinde (beş gün) başvuran, acil servisteki muayenesinden sonra tedavi altına alınan acil olmayan tüm hastalar oluşturmuş; örneklem çekilmemiştir. Bu araştırmada veriler araştırmacı ve hekimlerin birlikte oluşturdukları aciliyet kriterleri ile literatürden yararlanarak oluşturulan bir kullanım anketi aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı-yüzde ve ki-kare testi (chi-square) kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine mesai saatleri içerisinde başvuran hastaların %42.2'sinin acil servisi acil

olmadıkları halde gereksiz yere kullandıkları saptanmıştır. Acil olmayan hastaların %50.5'inin erkek, %28.4'ünün 35-49 yaş grubu, %65.1'inin evli, %30.8'inin ilkokul mezunu olduğu, %15.1'inin hiçbir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Hastaların %83.9'unun acil servise gelmeden önce hastalıkları ile ilgili herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadıkları belirlenmiştir.

Acil sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri içerisinde en pahalı olan hizmetlerdendir. Gelişmiş teknolojilerin kullanıldığı acil servislerde amaç, gerçekte acil olan hastaların tedavisini yapmaktır. Acil servislerin uygun kullanılması için halka eğitim verilmesi ve bu servislerin daha etkili çalıştırılabilmeleri için yasal bazı önlemlerin alınmasının uygun olacağı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler :Acil Servis, Sağlık Yönetimi, Acil Servislerin Acil Olmayan Nedenlerle Kullanımı, Sağlık Hizmetleri

SUMMARY

The Evaluation of The Applications to The Emergency Services of The Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital & The Establishment of The Non-Urgent Care

The increase in the use of health services due to the increased number of patients has led to the inadequacy of the present service at the polyclinics. In addition to this, the application rate to the emergency services has also increased because of the patients who prefer to be examined at the emergency service in a shorter time without being have to wait in long queues during regular working hours, which makes these emergency services overcrowded. The patients who are really in need of urgent care left without seen due to the people applying unnecessarily. Overcrowded emergency services also cause similar problems in many countries. The aim of this study is to determine the rate of the patients who apply unnecessarily to the emergency services in The Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital, to find out the reasons why these people prefer to apply to emergency services during the regular business hours ignoring the fact that other health care centers such as health centers, dispensary, and local polyclinics are open, and to classify the patients according to their diagnosis.

The research has been carried out in The Ministry of Health Ankara Numune Education and Research Hospital. All patients who were accepted for the health care after the initial examination at the emergency service have been chosen among those who applied to the emergency service in one week (five working days) at regular business hours during one month period (April 20- May 20). Sample was not chosen. Emergency criteria which is used in this study has been established by the doctors together with the researcher and with the help of the information from literature. By the help of this criteria, patients have been

classified as emergency patients or not. The data was analysed by frequencies-percent and chi-square tests.

At the end of this research it has been established that %42.2 of patients who applied to the emergency services during the regular business hours engage the emergency service for non-urgent reasons. Of 218 patients, %50.5 were male, %28.4 were between the age of 35-49. %65.1 patients have declared that they were married and %30.8 were graduated from primary school. %15.1 patients were not belonged to any of social insurance institutions. %83.9 of the patients said that they had not been to any health institution for their most recent illness before coming to the emergency services.

Emergency health services are the most expensive ones among the health services. The purpose of emergency services, in which modern technologies are used, is to give treatment to the patients who really need urgent care. Necessary measurements should be taken, the public should be trained, and legal measurements should be taken if necessary in order to make effective use of emergency services.

Key Words: Emergency Services, Health Management, Non-urgent use of Emergency Services, Health Services.

KAYNAKLAR

- ADAŞ, G., SARVAN, F., KÜPELİOĞLU, R., (1998), Hastanelerde Acil ve Kaza Servislerinin Planlanması ve Fiziksel Organizasyonu, *Ulusal Travma Dergisi*, 4(1), ss.1-6
- AFILALO, M., GUTTMAN, A., COLACONE, A., DANKOFF, J., TSELIOS, C., BEAUDET, M., LLOYD, J., (1995), Emergency Department Use and Misuse, *The Journal of Emergency Medicine*, 13(2), pp.259-264
- AK, B., (2001), Yataklı Tedavi Kurumları, *Yeni Türkiye*, 7(39), ss.853-867
- AKALIN, M, A., (1994), Her İşin Başı Demokrasi, *Toplum ve Hekim*, 9(60), ss.61-62
- AKBULUT, Y., (1998), Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanımı ve Nedenleri, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara
- AKSAKOĞLU, G., (1994), Denenmeyen Model: Sosyalleştirme, *Toplum ve Hekim*, 9(60), ss.52-55
- AKYILDIZ, N., (2001), Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye*, 7(39), ss.183-187
- ALBIN, S.L., WASSERTHEIL-SMOLLER, S., BELL, B., (1975), Evaluation of Emergency Room Triage Performed By Nurse, *AJPH*, 65(10), pp.1063-1068
- ALGIN, K., (2002), Türkiye’de Faaliyet Gösteren Aile Hekimlerinin Problemlerinin Tespiti, Aile Hekimlerinin Problemlere İlişkin Değerlendirmeleri ve Çözüm Önerilerinin Tespitine Yönelik Bir Alan Araştırması, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, (1990), Hospital and Emergency Department Overcrowding, *Annals of Emergency Medicine*, 336, pp.179
- ANDREN, K. J., ROSENQVIST, U., (1987), Heavy Users of an Emergency Department-A Two Year Follow-Up Study, *Soc. Sci. Med.*, 25(7), pp.825-831
- ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, (1998), Cumhuriyetimizin 75. Yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
- ASPLIN, B. R., (2001), Undertriage, Overtriage, or No Triage? In Search of the Unnecessary Emergency Department Visit, *Annals of Emergency Medicine*, 38(3), pp.282-285

AYRIK, C., (2001), Acil Servis Hekimleri ve “Burn Out” Sendromu, [Http://www.atd.org.tr/aciltipbulteni/bultenochaz01/burnout.htm](http://www.atd.org.tr/aciltipbulteni/bultenochaz01/burnout.htm) Erişim Tarihi: 03.11.2001

BARISH, R. A., DOHERTY, R. J., (1995), The Potential Impact of Health Care Reform on Emergency Department Utilization, *The Journal of Emergency Medicine*, 13(5), pp.675-678

BELEK, İ., (1998b), Sınıf Sağlık Eşitsizlik, Sorun Yayınları, Birinci Baskı, İstanbul

BELEK, İ., BELEK, H., (1998c), Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Toplum ve Hekim, 13(5), ss.322-327

BELEK, İ., ONUROĞULLARI, H., NALÇACI, E., ARDIÇ, F., (1998a), Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi, Sorun Yayınları, İkinci Baskı, İstanbul

BERBEROĞLU, U., ESKİOCAK, M., EKUKLU, G., SALTİK, A., (2000), Edirne Devlet Hastanesi’nin Kimi Polikliniklerinde Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Boyutları, Toplum ve Hekim, 15(3), ss.199-208

BERBEROĞLU, U., ESKİOCAK, M., EKUKLU, G., SALTİK, A., (2001), Edirne İli Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Romanlar ve Öbürlerinin İlk Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı, Toplum ve Hekim, 16(6), ss.470-475

BINDMAN, A. B., GRUMBACH, K., KEANE, D., RAUCH, L., LUCE, J. M., (1991), Consequences of Queuing for Care at a Public Hospital Emergency Department, *JAMA*, 266(8), pp.1091-1096

BOHLAND, J., (1984), Neighborhood Variations in the Use of Hospital Emergency Rooms for Primary Care, *Social Science and Medicine*, 19(11), pp.1217-1226

BROUSSEAU, D. C., DANSEREAU, L. M., LINAKIS, J. G., LEDDY, T., VIVIER, P.M., (2002), Pediatric Emergency Department Utilization Within a Statewide Medicaid Managed Care System, *Academic Emergency Medicine*, 9(4), pp.296-299

BROWN, E. M., GOEL, V., (1994), Factors Related to Emergency Department Use: Result From The Ontario Health Survey 1990, *Annals of Emergency Medicine*, 24(6), pp.1083-1091

BUESCHING, D. P., JABLONOWSKI, A., VESTA, E., DILTS, W., RUNGE, C., LUND, J., PORTER, R., ILLINOIS, R., (1985), Inappropriate Emergency Department Visit, *Annals of Emergency Medicine*, 14(7), pp.672-676

BUĞDAYCI, R., ŞAŞMAZ, T., AYDIN, S., (2001), Temel Sağlık Hizmetlerinin Anlamı ve Bütünlüğü, *Yeni Türkiye*, 7(39), ss.174-182

BURNETT, M. G., GROVER, S. A., (1996), Use of the Emergency Department for Nonurgent Care During Regular Business Hours, Canadian Medical Association Journal, 154(9), pp.1345-1351

BÜYÜKGEBİZ, O., TAHRAN, U., ULUÇINAR, T. A., (2000), Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Grup Dinamiği Etmenlerinin Değerlendirilmesi, Ulusal Travma Dergisi, 6(3), ss.207-211

CANDER, B., (2001), İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye, 7(39), ss.652-656

CİVANER, M., (1999), Bir Devlet Hastanesinin Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi, Sağlık ve Toplum, 9(1), ss.3-7

ÇELİK, Y., ÇELİK, Ş. S., BULUT, H. D., KISA, A., (1999), Hastane Yataklarının Gereksiz Kullanımı, Editör: Ersoy, K., Kavuncubaşı, Ş., Haberal Eğitim Vakfı, Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi, Ankara

ÇETİNKAYA, F., GÜN, İ., ÖZTÜRK, Y., (1994), Kayseri İlinde Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 0-6 Yaş Grubu Çocukların Sevk Zinciri Açısından İncelenmesi, Toplum ve Hekim, 9(62), ss.6-9

ÇİÇEKLIOĞLU, M., (1999), 0-5 Yaş Grubu Çocuklara Sunulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin İlk Başvuru ve Sürekli Kullanım Açısından Değerlendirilmesi, Toplum ve Hekim, 14(5), ss.322-331

DALE, J., GREEN, J., REID, F., GLUCKSMAN, E., (1995), Primary Care in the Accident and Emergency Department: I. Prospective Identification of Patients, BMJ, 311, pp.423-426

DEMİR, C., FEDALİ, T., CANKUL, H. İ., YİĞİT, Ç., PEKER, S., KOSTİSK, Z., AKTAN, H. T., (2001), Bir Eğitim Hastanesinde Gereksiz Poliklinik Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, ss. 211-215, İstanbul

DERLET, R. W., KINSER, D., RAY, L., HAMILTON, B., MCKENZIE, J., (1995), Prospective Identification and Triage of Nonemergency Patients Out of an Emergency Department: A 5- Year Study, Annals of Emergency Medicine, 25(2), pp.215-223

DERLET, R. W., RICHARDS, J. R., (2000), Overcrowding in The Nation's Emergency Departments: Complex Causes and Disturbing Effects, Annals of Emergency Medicine, 35(1), pp. 63-68

DERLET, R. W., (2002), Overcrowding in Emergency Departments: Increased Demand and Decreased Capacity, Annals of Emergency Medicine, 39(4), pp.430-432

DPT., (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: DPT: 2561-ÖİK: 577, Devlet Planlama Teşkilatı Yayın ve Temsil Dairesi Başkanlığı Yayın ve Basım Şube Müdürlüğü, Ankara

DICKINSON, G., (1989), Emergency Department Overcrowding, CMAJ, 140, pp.270-271

DİNÇER, T., KAVUNCUBAŞI, Ş., ALOĞLU, E., (1994), Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Toplum ve Hekim, 9(62), ss.115-121

EKUKLU, G., SALTİK, A., (1998), Edirne Sağlık Ocaklarının Donanımı, Personel Durumu ve Sunulan Kimi Hizmetler, Toplum ve Hekim, 13(5), ss.334-346

EMBLING, M. L., MONROE, K. W., OH, M. K., HOOK, E. W., (2000), Opportunistic Urine Ligase Chain Reaction Screening for Sexually Transmitted Diseases in Adolescents Seeking Care in an Urban Emergency Department, Annals of Emergency Medicine, 36(1), pp.28-32

EREN, N., (1989), Sağlık Hizmetlerinde Yönetim, IV.Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara

EREN, T. T., (2000), 1999 Yılı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara, 2000

ERMANN, D., (1988), Hospital Utilization Review: Past Experience, Future Directions, Journal Health Polit Policy Law, 13(4), pp.683-704, [Medline], Erişim Tarihi:03.11.2001

ERSOY, K., KAVUNCUBAŞI, Ş., (1995), Hastane Yönetimi: Nereden Başlamalı, Toplum ve Hekim, 10(69-70), ss.6-9

FELDSTEIN, P. J., WICKIZER, T. M., WHEELER, J. R., (1988), Private Cost Containment.The Effects of Utilization Review Programs on Health Care Use and Expenditures, The New England Journal of Medicine, 318(20), pp.1310-1314, [Medline], Erişim Tarihi:03.11.2001

FERNANDES, C. M. B., PRICE, A., CHRISTENSON, J. M., (1997), Does Reduced Length of Stay Decrease the Number of Emergency Department Patients Who Leave Without Seeing a Physician, The Journal of Emergency Medicine, 15(3), pp.397-399

FERNANDES, C. M. B., WUERZ, R., CLARK, S., DJURDJEV, O., (1999), How Reliable Is Emergency Department Triage?, Annals of Emergency Medicine, 34(2), pp.141-147

FİDANER, C., (1994), Otuzüç Yıl Sonra Sosyalleştirme Yasası, Toplum ve Hekim, 9(60), ss.56-58

FISHER, B. A., (1998), The Emergency Department and Managed Care: A Synergistic Model, *Journal of Healthcare Management*, 43(4), pp.339-353

FOWLER, J., (1994-1995), ABD’de Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu, Çev. Ömür Çınar Elçi, *Toplum ve Hekim*, 9(64-65), ss.36-38

FRIEDMANN, P. D., JIN, L., KARRISON, T. G., HAYLEY, D. C., MULLIKEN, R., WALTER, J., CHIN, M. H., (2001), Early Revisit, Hospitalization or Death Among Older Persons Discharged From the ED, *American Journal of Emergency Medicine*, 19(2), pp.125-129

GENÇ, M., EĞRİ, M., PEHLİVAN, E., KIRIMLIOĞLU., YILMAZ, S., (1994), Acil Servise Başvuran Hastaların Bekleme Zamanları Üzerine Bir Çalışma, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 6(4), ss.337-339

GEZER, F., (1992), Acil Servislerin Modern Organizasyonu ve Sağlık Personelinin Özel Eğitiminin Buradaki Yeri ve Önemi, *Gazi Üniversitesi, Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü*, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara

GILL, J. M., REESE, C. L., DIAMOND, J. J., (1996), Disagreement Among Health Care Professionals About the Urgent Care Needs of Emergency Department Patients, *Annals of Emergency Medicine*, 28(5), pp.475-478

GILL, J. M., (1994), Nonurgent Use of the Emergency Department: Appropriate or Not, *Annals of Emergency Medicine*, 24(5), pp.953-957

GROVE, D. D., LAZEBNIK, R., PETRACK, E. M., (2000), Urban Emergency Department Utilization by Adolescents, *Clinical Pediatrics*, 39, pp. 479-483

GÜNEŞ, B., (1996), Hastane Acil Ünitelerinin Yönetimi ve İstanbul’daki Üniversite Hastaneleri Acil Ünitelerine İlişkin Bir Araştırma, *İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü* (Yayınlanmamış İlim Uzmanlığı Tezi), İstanbul

GÜNEY, M., (1998), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, *Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), İzmir

GÜRSES, F. A., ATLI, H., SUR, H., (2001), Hastanelerde Poliklinik Yüküne Alternatif; Sağlık Ocakları Gelibolu Devlet Hastanesi ve Sağlık Ocakları Örneği, IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, ss.137-147, İstanbul

GÜRSOY, Ş. T., ÇİÇEKLİOĞLU, M., TÜRK, M., SÖZBİLEN, M., (1999), E.Ü.T.F Acil Servisine Bir Yıl İçinde Başvuran Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin ve Başvuru Zamanlarının Değerlendirilmesi, *Ege Tıp Dergisi*, 38(2), ss.109-112

GÜRSOY, Ş. T., SAÇAKLIOĞLU, F., ÇİÇEKLİOĞLU, M., YILDIRIM, A., ZENGİN, T., EROĞLU, A., (1998) İzmir Sağlık Ocaklarının Koşulları, Teknolojik

Donanım ve İnsan Gücü Açısından Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, 13(5), ss.347-353

HALFON, N., NEWACHECK, P. W., WOOD, D. L., PETER, R. F., (1996), Routine Emergency Department Use for Sick Care By Children in the United States, *Pediatrics*, 98(1), pp. 28-36

HANSAGI, H., (1990), Referral of nonurgent Cases From an Emergency Department: Patient Compliance, Satisfaction and Attitudes, *Scand J Soc Med*, 18, pp.249-255

HANSAGI, H., CARLSSON, B., OLSSON, M., EDHAG, O., (1987), Trial of a Method of Reducing Inappropriate Demands on a Hospital Emergency Department, *Public Health*, 101, pp. 99-105

KAVUNCUBAŞI, Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitapevi, Ankara

KAYA, S., (1995), Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği, *Toplum ve Hekim*, 10(69-70), ss.104-116

KAYA, S., (1998a), Hastane Kullanımının İncelenmesi ve Yönetimi, *Toplum ve Hekim*, 13(4), ss.310-317

KAYA, S., VURAL, G., EROĞLU, K., SAIN, G., MERSİN, H., KARABEYOĞLU, M., SEZER, K., TÜRKKANI, B., RESTUCCIA, J. D., (2000), Reliability and Validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey, *International Journal for Quality in Health Care*, 12(4), pp.325-329

KAYA, S., EROĞLU, K., VURAL, G., (2002b), Uygunluk Değerlendirme Protokolü ile İki Hastanedeki Hasta Günlerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, 17(3), ss.229-238

KAYA, S., EROĞLU, K., VURAL, G., (2002c), Uygunluk Değerlendirme Protokolü ile İki Hastanedeki Hasta Günlerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi, *Toplum ve Hekim*, 17(2), ss.136-145

KELLERMAN, A. L., (1994), Nonurgent Emergency Department Visits, *JAMA*, 271(24), pp.1953-1954

KELLY, L., BIRTHWHISTLE, R., (1993), Is This Problem Urgent?, *Canadian Family Physician*, 39, pp.1345-1352

KEY, J. D., WASHINGTON, E. C., HULSEY, T. C., (2002), Reduced Emergency Department Utilization Associated with School-Based Clinic Enrollment, *Journal of Adolescent Health*, 30(4), pp.273-278

KHALİL, M., (1996), Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda “Özel Muayeneyi” Tercih Nedenleri: Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi’nde Bir Uygulama, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara

KHANDKER, R. K., MANNING, W. G., AHMED, T., (1992), Utilization Review Savings at the Micro Level, Medical Care, 30(11), pp.1043-1052, [Medline], Erişim Tarihi:03.11.2001

KILIÇ, B., (1993), Birincil Sağlık Bakımı ve Hospitalizasyon: Kaliforniya ve Küba, Toplum ve Hekim, ss.97, (Milton I. Roemer’den Çeviri)

KOIZOL-MCLAIN, J., PRICE, D. W., WEISS, B., QUINN, A., HONIGMAN, B., (2000), Seeking Care for Nonurgent Medical Conditions in the ED: Through The Eyes of the Patient, Journal of Emergency Nursing, 26(6), pp.554-563

KOSKU, N., (1995), SSK Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri, İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), İstanbul

KUNT, M., (2001), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Acil Polikliniği İçin Triaaj Protokolü Geliştirilmesi, Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara

LEE, A., LAU, F. L., HAZLETT, C. B., KAM, C. W., WONG, P., WONG, T. W., CHOW, S., (2000), Factors Associated With Non-Urgent Utilization of Accident And Emergency Services: A Case-Control Study in Hong Kong, Social Science and Medicine, 51, pp.1075-1085

LOWE, R. A., BINDMAN, A. B., ULRICH, S. K., NORMAN, G., SCALETTA, T, A., KEANE, D, WASHINGTON, D., GRUMBACH, K., (1994), Refusing Care to Emergency Department Patients: Evaluation of Published Triage Guidelines, Annals of Emergency Medicine, 23(2), pp.286-293

MUSAL, B., UÇKU, R., AKSAKOĞLU, G., (1993), Kentlerde Birincil Sağlık Örgütlenmesi, Toplum ve Hekim, 58, ss.52-53

NUMUNE, (2000), Numune 2000, Gün Basım, Ankara

OKTAY, C., KEŞAPLI, M., AKYOL, C., (2001), Çevre Hastanelerden Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Yapılan Sevklerdeki Sürecin Durumu, Sağlık ve Toplum, 11(4), ss.34-43

ÖNDER, Ö. R., (2001), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sorunlarına Bir Bakış ve Sağlık Yönetimi, Yeni Türkiye, 7(40), ss.1272-1275

ÖNSOY, L., (1993), Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Acil Polikliniğinin Kullanımı, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara

ORR, S., CHARNEY, E., STRAUS, J., BLOOM, B., (1991), Emergency Room Use By Low Income Children with a Regular Source of Health Care, Medical Care, 29(3), pp.283-286

ÖZÇELİK, H., (1995), Birinci Basamak Sağlık Hizmetinde Aile Hekimliği, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul

ÖZSARI, H., (1997), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

ÖZSARI, S. H., VARLIK, M., (1998), Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye, 23/24, ss. 1996-2021

ÖZTEK, Z., EREN, N., (1996), Sağlık Ocağı Yönetimi, Yedinci Baskı, Palme Yayınları, Ankara,

ÖZTEK, Z., (2001), Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye, 7(39), ss.294-298

ÖZÜÇELİK, N., (2001), Uzun Bayram Tatilleri ve Acil Servisler, [Http://www.atd.org.tr/aciltipbulteni/bultenochaz01/tatiller.htm](http://www.atd.org.tr/aciltipbulteni/bultenochaz01/tatiller.htm). Erişim Tarihi:03.11.2001

PADGETT, D. K., BRODSKY, B., (1992), Psychosocial Factors Influencing Non-Urgent Use of the Emergency Room: A Review of The Literature and Recommendations for Research and Improved Service Delivery, Social Science and Medicine, 35(9), pp.1189-1197

PARTOVI, S. N., NELSON, B. K., BRYAN, E. D., WALSH, M. J., (2001), Faculty Triage Shortens Emergency Department Length of Stay, Academic Emergency Medicine, 8(10), pp.990-995

PEKCAN, H., UĞURLUOĞLU, Ö., (2001), Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri, Aile Hekimliği, Yeni Türkiye, 7(39), ss.817-844

PHELPS, C. E., (1993), The Methodologic Foundations of Studies of the Appropriateness of Medical Care, The New England Journal of Medicine, 329(17), pp.1241-1245, [Medline], Erişim Tarihi:03.11.2001

PİŞKİNSÜT, S., (1994), Sağlıkta İnsangücü Pazarı, Toplum ve Hekim, 9(62), ss.2-3

POINTER, J. E., LEVITT, M. A., YOUNG, J. C., (2001), Care Paramedics Using Guidelines Accurately Triage Patients?, *Annals of Emergency Medicine*, 38(3), pp. 268-277

RESMÎ GAZETE, (2000), Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Sayı: 24046, ss.37-45

RHODES, K. V., (2001), Better Health While You Wait: a Controlled Trial of a Computer-Based Intervention for Screening and Health Promotion in the Emergency Department, *Annals of Emergency Medicine*, 37(3), pp.284-291

RODOPLU, Ü., (2001b), Acil Servisler Şiddet Yeri Değildir, Acil Servisler Hastanelerimizin Vitrinidir, <http://www.atd.org.tr/aciltipbulteni/bultenochaz01/saldiri.htm>, Erişim Tarihi:03.11.2001

RODOPLU, Ü., (2001a), İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye*, 7(39), ss.641-651

ROSENBERG, S. N., ALLEN, D. R., HANDTE, J. S., JACKSON, M. A., LETO, L., RODSTEIN, B. M., STRATON, S. D., WESTFALL, G., YASSER, R., (1995), Effect of Utilization Review in a Fee-For-Service Health Insurance Plan, *The New England Journal of Medicine*, 333(20), pp.1326-1331, <http://content.nejm.org/content/vol333/issue20/index.shtml>, Erişim Tarihi:03.11.2001

RUCKER, D. W., BRENNAN, T. A., BURSTIN, H. R., (2001), Delay in Seeking Emergency Care, *Academic Emergency Medicine*, 8(2), pp.163-169

SALAZAR, A., CORBELL, X., SANCHEZ, J. L., ARGIMON, J. M., ESCARRABILL, (2002), How to Manage the ED Crisis When Hospital and/ or ED Capacity is Reaching Its Limits. Report About the Implementation of Particular Interventions During The Christmas Crisis, *European Journal of Emergency Medicine*, 9(1), pp.79-80

SALTIK, A., (1995), Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar, *Toplum ve Hekim*, Temmuz-Ağustos, Sayı:68

SARVAN, F., (1995a), Hastane Yönetimi Eğitimi, *Toplum ve Hekim*, 10(69-70), ss.10-18

SARVAN, F., (1995b), Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Yöneticiliği Meslek ve Eğitimi, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Der: Hikmet Seçim, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir

SARVER, J. H., CYDULKA, R.T., BAKER, D. W., (2002), Usual Source of Care and Nonurgent Emergency Department Use, *Academic Emergency Medicine*, 9(9), pp.916-923

SCHNEIDER, S., ZWEMER, F., DONIGER, A., DICK, R., CZAPRANSKI, T., DAVIS, E., (2001), Rochester, New York: A Decade of Emergency Department Overcrowding, *Academic Emergency Medicine*, 8(11), pp.1044-1050

SCHULL, M. J., SZALAI, J., SCHWARTZ, B., REDELMEIER, D. A., (2001), Emergency Department Overcrowding Following Systematic Hospital Restructuring: Trends at Twenty Hospitals Over Ten Years, *Academic Emergency Medicine*, 8(11), pp.1037-1043

SEVİM, C., (1986), Hastanelerde Acil Servis Hizmetleri, Gazi Üniversitesi, Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara

SELBY, J. V., FIREMAN, B. H., SWAIN, B. E., (1996), Effect of Copayment on Use of the Emergency Department in a Health Maintenance Organization, *The New England Journal of Medicine*, 334(10), pp.635-641

SELBY, J. V., (1997), Cost Sharing in The Emergency Department-Is it Needed?, *The New England Journal of Medicine*, 336(24), pp.1750-1751

SHAH, N. M., RATHOUZ, P. J., CHIN, M. H., (2001), Emergency Department Utilization by Noninstitutionalized Elders, *Academic Emergency Medicine*, 8(3), pp.267-273

SHAH, N. M., SHAH, M. A., BEHBEHANI, J., (1996), Predictors of Non-Urgent Utilization of Hospital Emergency Services in Kuwait, *Social Science and Medicine* 42(9), pp.1313-1323

SHARMA, V., SIMON, S. D., BAKEWELL, J. M., ELLERBECK, E. F., FOX, M. H., WALLACE, D. D., (2000), Factors Influencing Infant Visit to Emergency Department, *Pediatrics*, 106(5), pp.1031-1039

SHESSER, R., HOLTERANN, K., SMITH, J., BRAUN, J., (2000), Results of Provider Self-Adjudication Using the Prudent Layperson Standard Compared With the Managed Care Organization's Emergency Department Claim Review Process, *Annals of Emergency Medicine*, 36(3), pp.212-218

SLEE, V. N., SLEE, D. A., SCHMIDT, H. J., (1996), *Health Care Terms*, Tringa Press, Minnesota

SÖYLEMEZ, D., SUR, H., ATLI, H., GEMLİK, N., HAYRAN, O., (2000), Ümraniye Mustafa Kemal, Dudulu ve Şerif Ali Sağlık Ocakları Bölgesinde İyileştirici Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Bunu Etkileyen Etmenler, 3. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, ss.191-203, Ankara

STEELE, R., KISS, A., (2002), Emergency Department Overcrowding, *Annals of Emergency Medicine*, 40(4), pp.16

STEINBROOK, R., (1996), The Rol of The Emergency Department, The New England Journal of Medicine, 334(10), pp.657-658

STRAUS, J. H., TANGEROSE, S., CHARNEY, E., (1983), Referrals From an Emergency Room to Primary Care Practices at an Urban Hospital, American Journal of Public Health, 73(1), pp.57-61

SUCOV, A., CLARK, J., (1998), Retrospective Denial of Emergency Department Payments is Inappropriate, The Journal of Emergency Medicine, 17(1), pp.23-25

SÜMBÜLOĞLU, K., (1970), 150 Başlıklı A Listesine Göre Hastalıkların Beynelmilel Sınıflandırılması, Ankara

ŞAHİN, M., EĞRİ, M., (1999), Malatya Yeşilyurt İlçesinde Hastane Hizmetlerinin Kullanımı ve Etkileyen Faktörler, Toplum ve Hekim, 14(5), ss.332-337

ŞEMİN, S., GÜLDAL, D., (1993), Acil Servislere Başvuran Hastaların Retrospektif Analizi ve Acil Servislere Yoğun Başvuruların Nedenleri, Toplum ve Hekim, ss.11-14

T.S.H.G.M., (2001), Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

SPGK, (1992), Türkiye Sağlık Reformu Sağlıkta Mega Proje, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara

TATAR, F., TATAR, M., ŞAHİN, İ., ÖZGEN, H., ÇELİK, Y., ÖKEM, G., (1995), Hastane Yönetiminde Gelecekte Önem Kazanacak Alan ve Konular ile Bu Alan ve Konularda Başarılı Olmak İçin Gerekli Bilgi-Beceri-Yetenekler, Toplum ve Hekim, 10(69-70), ss.19-31

TÜZER, T. T., GÖRPELİOĞLU, S., (2001), Aile Hekimliği, Yeni Türkiye, 7(39), ss.845-852

UĞUR, S., (1995), Acil Hasta Çocuğun Tanınması ve Stabilizasyonu (İlk Değerlendirme), Pediatrik Aciller, Editör: Cin, Ş., A.Ü. Tıp Fakültesi Bilimsel Yayınlar Serisi, No:6, ss.1-23

ÜNLÜOĞLU, İ., IŞIKLI, B., ÜNSAL, A., İHTİYAR, E., (1997), Acil Servise Başvuran Hastaların Retrospektif Analizi, Sağlık ve Yardım Vakfı Dergisi, 7(2). ss.35-40

ÜNSAL, A., DİNÇER, S., ÜNLÜOĞLU, İ., BAYUK, E., (1994), 1993 Yılında Eskişehir’de En Çok Görülen İlk 10 Hastalık (Sağlık Ocaklarında), Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl:4, Sayı:4, Ekim- Aralık, ss.14-27

VICCELLIO, P., (2001), Emergency Department Overcrowding: An Action Plan, Academic Emergency Medicine, 8(2), pp.185-187

WHITEHEAD, M., M, (2001), Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler, Çeviri: Türk Tabipleri Birliği, Türk Tabipleri Birliği Yayını

WICKIZER, T. M.,(1992), The Effects of Utilization Review on Hospital Use and Expenditures: a Covariance Analysis, Health Services Research, 27(1), pp.103-121, [Medline], Erişim Tarihi: 03.11.2001

WILLIAMS, R. M., (1996), The Costs of Visits to Emergency Departments, The New England Journal of Medicine, 334(10), pp.642-646, <http://content.nejm.org/content/vol334/issue10/index.shtml>, Erişim Tarihi: 03.11.2002

WUERZ, R. C., TRAVERS, D., GILBOY, N., EITEL, D. R., ROSENAU, A., YAZHARI, R., (2001), Implementation and Refinement of the Emergency Severity Index , Academic Emergency Medicine, 8(2), pp.170-176

YEŞİLKAYALI, H., (1991), Acil Polikliniklerde Çalışan Pratisyen Hekimin Konumu, Toplum ve Hekim, 47(1), ss.24

YILDIRIM, G., (1994), Acil Serviste Hemşirelik Hizmetlerini Etkileyen Faktörler ve Hastaların Beklentilerinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Sivas

YILMAZ, M., (1996), Hastanelerde Yönetim ve Organizasyon Sorunları, Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Kırıkkale

YOUNG, G.P., ELLIS, J., BECHER, J., YEH, C., KOVAR, J., LEVITT, M.A., (2002), Manageg Care Gatekeeping, Emergency Medicine Coding, And Insurance Reimbursement Outcomes for 980 Emergency Department Visit From Four States Nationwide, Annals of Emergency Medicine, 39(1), pp.24-30

EKLER



ANKET FORMU

1.Hastanın tanısı:

2. Acil Servise başvurma nedeniniz?

3. Şu anda rahatsızlığınızın ağrı düzeyi ne kadar?

Ağrı Yok ()

Orta Derecede Ağrı ()

Çok Ağrı Var ()

Şiddetli Ağrı Var ()

4. Şikayetiniz ne kadar süredir devam ediyor?

.....dakika

.....saat

.....gün

.....ay

Şikayetim yok ()

5.Size göre rahatsızlığınızın aciliyet derecesi nedir?

Çok Acil ()

Acil ()

Az acil ()

Acil Değil ()

Bilmiyorum ()

6. Acil Servise nasıl ulaştınız?

Ambulans ile ()

Herhangi bir vasıta ile () (belirtiniz)

Kendim yürüyerek ()

Hatırlamıyorum ()

Diğer (belirtiniz)

7. Daha önce Acil Serviste muayene oldunuz mu? (Cevap hayır ise soru 9'a atlayınız)

Evet ()

Hayır ()

8. Daha önce Acil Servise hangi nedenlerle gelmişsiniz?

1.Kez / Geliş Nedeni.....

2.Kez / Geliş Nedeni.....

3.Kez / Geliş Nedeni.....

9.Son bir yılda acil servise kaç defa başvurduunuz?

1. Hiç gelmedim ()

2. 1 defa ()

3. 2 defa ()

4. 3 ve daha fazla ()

10.Bu hastanenin acil servisini seçme nedeniniz nedir? (Birden fazla cevap verilebilir).

() Doktorların ilgilenme düzeyi

() Diğer sağlık personelinin ilgilenme düzeyi

() Muayene ve muayene sonrası tetkik ve testlerin kısa sürede bitirilmesi

() Hizmetten daha kolay yararlanabilme imkanı

() Hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik)

() Normal polikliniklerde muayene olanağı bulamamak

() Normal şartlarda muayeneyi bekleyemeyecek derecede sağlığında endişe duymak

() Reçete yazdırmak

() Diğer (belirtiniz)

11.Genel olarak Acil Servisler hakkındaki düşünceleriniz nedir?

- Çok olumlu ()
 Olumlu ()
 Ne olumlu ne olumsuz ()
 Olumsuz ()
 Çok olumsuz ()

12.Buraya gelmenize neden olan hastalığınız için daha önce başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

- Evet () (Kurum).....
 Hayır ()

(Evet diyen ve Sağlık Ocağı olduğunu belirtenlere 14. soru sorulmayacak)

13.Hastalandığınızda genellikle hangi sağlık kurumuna gidersiniz? (Sağlık Ocağı diyenlere

14. soru sorulmayacak)

- Sağlık Ocağı ()
 Devlet Hastanesi ()
 SSK Hastanesi ()
 Üniversite Hastanesi ()
 Özel Hastane ()
 Özel Poliklinik ()
 Diğer (belirtiniz)

14 .Rahatsızlandığınızda ilk önce Sağlık Ocağına neden başvuruyorsunuz? (Birden fazla cevap verilebilir).

- Yerini bilmiyorum ()
 Verdiği hizmet hakkında bilgim yok ()
 Güvenmiyorum ()
 Parasız olduğu için nitelikli bakılmıyor ()
 Ulaşım zor ()
 Yeteri kadar ilgi gösterilmiyor ()
 Çok kalabalık oluyor. ()
 Olanaklarının kısıtlı olduğunu düşünüyorum ()

15.Genel olarak sağlık ocakları hakkında ne düşünüyorsunuz?

- Çok olumlu ()
 Olumlu ()
 Ne olumlu ne olumsuz ()
 Olumsuz ()
 Çok olumsuz ()

16.Acil Servise başvurduğunuz anda müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir güçlükle karşılaştınız mı?

- Evet ()
 Kısmen ()
 Hayır () (18. soruya geçin)

17.Karşılaştığınız Güçlükler Nelerdir? (Birden fazla cevap verilebilir).

- Acil servisin çok kalabalık olması ()
 Doktorun ilgisizliği ()
 Kayıt ve kabul işlemleri için harcanan zamanın uzun olması ()
 Doktora ulaşmak için beklenen süresinin uzun olması ()
 Doktorun ayırdığı muayene süresinin kısa olması ()
 Röntgen ve laboratuvar gibi işlemler için harcanan zamanın uzun olması ()
 Tetkikler için yapılan harcamanın fazla olması ()
 Tedavinin başlangıcına kadar geçen süresinin uzun olması ()
 Diğer (belirtiniz)

18.Kaç yaşındasınız?

19. Cinsiyetiniz

Kadın () Erkek ()

20. İkametgah adresiniz?

Ankara içi () Semt
 Ankara dışı ()

21.Medeni durumunuz?

Evli
 Bekar
 Dul
 Diğer (Belirtiniz)

22.Öğrenim durumunuz?

Okuryazar Değil ()
 Okur Yazar ()
 İlkokul ()
 Ortaokul ()
 Lise ()
 Üniversite ve üstü ()

23.Hangi sosyal güvenlik kurumuna bağlısınız?

Emekli Sandığı ()
 Bağ-Kur ()
 SSK ()
 Özel Sigorta ()
 Yeşil Kart ()
 Yok ()
 Başka,(Belirtiniz).....

24.Ailenizin toplam aylık geliri?(milyon TL)

25.Ailedeki birey sayısı?

EK-2



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :
KONU :

Ankara / / 2001

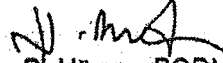
005810 + 19.04.2002

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
ANKARA

İLGİ 19.04.2002 gün ve 1626 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Üniversiteniz öğrencisi Ayça Hande KUNDAKÇI ve Sebahattin TEKİNGÜNDÜZ'ün anket çalışması yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Arz ederim.


Dr. Hürrem BODUR
Baştabip a.
Baştabip Yardımcısı

EK-3



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : B.30.2.ANK.0.A1.00.00/1626

Konu :

19 04 2002

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne,

Enstitümüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencilerinden Ayça Hande KUNDAKÇI "Hastanelerde Rol Çatışması ve Rol Belirsizliği: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Uygulama" konusunda, Sebahattin TEKİNGÜNDÜZ ise "Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi ve Gereksiz Kullanımın Belirlenmesi" konusunda tezleri ile ilgili ekte birer örneklere sunulan anket çalışmalarını yapmak istemektedirler.

Adı geçen öğrencilerinize gerekli iznin verilebilmesini müsaadelerinize saygılarımla arz ve rica ederim.

Prof.Dr.Ferda ÖZYURDA
Enstitü Müdürü

T.C. YÜREK

DOKÜMANİASYON