

**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİR KAMU HASTANESİNDE UYGUN OLMAYAN ACİL SERVİS  
BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SAKARYA İLİ ÖRNEĞİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr. ÖMER ÇOPUR**

**KASIM 2021**



**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİR KAMU HASTANESİNDE UYGUN OLMAYAN ACİL SERVİS  
BAŞVURULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: SAKARYA İLİ ÖRNEĞİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. ÖMER ÇOPUR**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. HASAN ÇETİN EKERBİÇER**

**KASIM 2021**

## ONAY

**Kurum** : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

**Program türü** : Uzmanlık Tezi

**Anabilim Dalı** : Aile Hekimliği

**Tez Sahibi** : Dr Ömer Çopur

**Sınav Tarihi** : **Saat:**

**Tez Başlığı** :Bir Kamu Hastanesinde Uygun Olmayan Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi: Sakarya İli Örneği

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

## ONAY

“Bu tez .././202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.././202..

Tıp Fakültesi Dekanı

## **BEYAN**

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.07.2021 tarihinde 14805 sayısı ile onay alınarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

30.10.2021

DR. ÖMER ÇOPUR

## TEŞEKKÜR

Okuma ve öğrenmenin öneminin, küçük yaşlarda zihnime yerleşmesini sağlayan, okuma ve yazma öğreten çok değerli merhum canım öğretmenim sayın **Bayram GÜZELDEREN** ve ilkokulda yolumu aydınlatan çok kıymetli **Gülten SARIDERE** öğretmenim başta olmak üzere eğitim hayatım boyunca rehberlik eden tüm öğretmenlerime; üniversite yolculuğum başlarken teşviklerini esirgemeyen değerli matematik öğretmenim sayın **Erol BAKŞI** beyefendiye; seksenli yıllarda tıbbiyeye ilk adımı attığım, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinin çok değerli akademisyenlerine; Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında hem uzmanlık eğitimi hem de tez hazırlama süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız sayın hocam **Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER**'e; Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Bölümü Başkanı sayın **Prof.Dr. Yusuf YÜRÜMEZ** ve ekibine; tezim için gerekli olan anket sorularına yanıt veren değerli meslekdaşlarım **Dr. Emre Can BAŞAY**, **Dr. Gökhan ATİKOĞLU**, **Dr. Duygu ÜNAL**, **Dr. Özge AKÇİMEN**, **Dr. Siracettin DELİCE**, **Dr. Hamza Ali AKGÜNEŞ**, **Dr. Abdullah USLU**, **Dr.Hatice BULUT**, **Dr. Özgür Ümit AYDIN**, **Dr. Süleyman KIRCALI**, **Dr. Furkan KILIÇ**, **Dr. Beyza KARATAŞ ÖZTÜRK** ve **Dr. Metin SEZGİN**'E; tüm aşamalarda emeği ve desteği olan çok değerli arkadaşım **Uzm. Dr. Gürkan MURATDAĞI**'na; güleryüzlü ve samimi yardımlarıyla **Dr. Gökhan OTURAK** ve **Uzm.Dr. Neşe AŞICI**'ya; çalışma arkadaşlarım **Semiha KAHRAMAN** ve **Büşra GÜNEYSU ÖZPİLAVCI**'ya; altı yıllık uzun süreçte sorunların çözümlenmesini sağlayan İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü yetkililerine; anlayışla karşılayan tüm kayıtlı hastalarım; zorlukları aşmamda desteğini esirgemeyen yeğenlerim **Emre** ve **Mehmet**'e; değerli abim **Hüseyin** ve eşi **Nermin ÇOPUR**'a; ve pek tabi ki haklarını asla ödeyemeyeceğim canım **annem** ve **babama** sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla

**Dr Ömer Çopur**

# İÇİNDEKİLER

ONAY.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMA VE SİMGELER.....	vii
TABLolar.....	viii
ÖZET.....	ix
SUMMARY.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ.....	3
2.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri.....	3
2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi.....	3
2.1.3. Genel Kavramlar.....	4
2.1.4. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişim Süreci.....	7
2.1.5. Triyaj.....	8
<b>2.2. ACİL SERVİSLERİN UYGUN OLMAYAN KULLANIMI.....</b>	<b>19</b>
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	22
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	22
3.1.1. Araştırmanın Yeri.....	22
3.1.2. Araştırmanın Zamanı.....	22
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	22

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	23
3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ .....	23
3.4.1. Bağımlı Değişkenler .....	23
3.4.2. Bağımsız Değişkenler .....	23
3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ.....	24
3.5.1. Veri Toplama Araçları .....	24
3.5.2. Araştırmanın İnsan Gücü .....	25
3.6. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER .....	25
3.7. ARAŞTIRMANIN BÜTÇESİ.....	25
3.8. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ .....	25
4. BULGULAR.....	27
4.1.HASTALARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	27
4.2. HASTALARIN SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURU DURUMLARI VE ŞİKAYETLERİ .....	29
4.3. HASTALARIN ACİLİYET DURUMLARI.....	32
4.4. HASTALARIN ACİL POLİKLİNİĞİNİ TERCİH ETME NEDENLERİ .....	34
4.5. HASTALARIN ACİL SERVİSTE DURUMLARININ SONUÇLANMASI	37
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANMA DURUMLARI.....	41
5.2. HASTALARIN SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURU DURUMLARI VE ŞİKAYETLERİNE GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI.....	43
5.3. HASTALARIN ACİL DURUMLARI VE BUNA GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI .....	44



5.4. HASTALARIN ACİL SERVİSE BAŞVURU NEDENLERİ VE BUNA GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI .....	45
5.5. HASTALARIN ACİL SERVİSTE DURUMLARININ SONUÇLANMASI VE BUNA GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI .	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	49
KAYNAKLAR.....	52
EK1. ETİK KURUL ONAYI.....	59
EK2. ANKET.....	60



## KISALTMA VE SİMGELER

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AŞİ: Acil Şiddet İndeksi

ATS: Avustralya Triyaj Sistemini

Covid-19: Coronavirus disease-19

CTAS:Kanada Triyaj ve Akutluk Skalası

ESI: Emergency Severity Index (Acil Şiddet İndeksi)

HUAP: Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolü

KTS: Kanada Triyaj Sistemi

MTS:Manchester Triyaj Sistemi

NYU: New York University (New York Üniversitesi)

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

UPS: Fransa Birinci Basamak Birimleri

Vd: Ve diğerleri

## **TABLÖLAR**

**Tablo 1.** Beşli Sınıflama Sisteminin Farklılıkları

**Tablo 2.** Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması

**Tablo 3.** Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servis Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

**Tablo 4.** Katılımcıların Son 1 Yılda Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklıkları

**Tablo 5.** Katılımcıların Hastalandıklarında İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu

**Tablo 6.** Hastaların Acil Servise Başvuru Şikayetleri

**Tablo 7.** Hastaların Aciliyet Durumları

**Tablo 8.** Hastaların ve Hekimlerin, Başvuru Şikayetlerinin Aciliyet Durumları ile ilgili Verdikleri Puanların Karşılaştırılması

**Tablo 9.** Hastaların, Başvuru Şikayetlerinin Aciliyet Durumları ile ilgili Verdikleri Puanların, Son 1 Yılda Acil Servis, Aile Sağlığı Merkezi ve Hastane Polikliniklerine Başvuru Sayıları ile Korelasyonunun Değerlendirilmesi

**Tablo 10.** Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri

**Tablo 11.** Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Değerlendirmelerinin Acil Servis Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı

**Tablo 12.** Hastaların Acil Servisteki Değerlendirilmeleri Sonucunda Aldıkları Tanılar

## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Uygun olmayan acil servis başvuruları, sağlık teşkilatlarımızın yaşadığı sorunlardan bir tanesidir. Çalışmamızda, T.C Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde triyaj sonrası yeşil alanda kabul edilen hastalara ve hekimlerine uygulanan anketten elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Acil servis yeşil alanda değerlendirilen hastalara, sosyodemografik özellikleri ve aciliyet durumlarını belirlemek için sorulan soruların yanı sıra hastaları değerlendiren acil servis hekimine de sorduğumuz sorularla birlikte toplam 22 soruluk bir anket yapılmıştır.

**BULGULAR:** Toplam 273 katılımcının 130'u (%47,6) erkek, 143'ü (%52,4) kadındır. Hastaların acil servise başvuru durumları incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun başvurularının uygunsuz olduğu tespit edilmiştir. Hastaların şikayetlerinin en sık sindirim sistemini, en az ise psikiyatrik şikayetlerden oluştuğu ve katılımcılar hastalandıklarında aile sağlığı merkezleri ve hastane polikliniklerinden daha çok hastane acil servislerine gitmeyi tercih ettikleri belirlendi. Başvuru nedenleri incelendiğinde, en fazla "sağlık durumlarından endişe duymaları sebebiyle polikliniklerde sıra beklemeden muayene olmak istemeleri amacıyla acil servise geldikleri tespit edildi.

**SONUÇ:** Çalışmamızdaki veriler acil servislere başvuruların uygunsuz olduğunu göstermektedir. Hastaların aciliyet algılarının büyük ölçüde yanlış olduğu ve acil servise yapılan başvurunun en sık nedeninin hastaların sağlık durumlarıyla ilgili duydukları endişeden dolayı hastane polikliniklerinde zaman kaybetmeden muayene olmak istemelerinin yer aldığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, Triage, Acil servis yoğunluğu, Uygun/uygunsuz kullanım.

## SUMMARY

### **EVALUATION OF UNSUITABLE EMERGENCY SERVICE APPLICATIONS IN A PUBLIC HOSPITAL: THE CASE OF SAKARYA PROVINCE**

**INTRODUCTION AND AIM:** In our study, the data obtained from the questionnaire applied to the patients and their physicians who were admitted to the green area after triage in the emergency service of the Sakarya Provincial Health Directorate of the Ministry of Health of the Republic of Turkey, Sakarya Training and Research Hospital were evaluated.

**MATERIALS AND METHODS:** In addition to the questions asked to determine the sociodemographic characteristics and urgency status of the patients who were evaluated in the emergency room green area, a survey of 22 questions was conducted, including the questions we asked to the emergency room physician who evaluated the patients.

**RESULTS:** Of the total 273 participants, 130 (47.6%) were male and 143 (52.4%) were female. When the patients' admissions to the emergency service were examined, it was determined that the majority of the patients' applications were inappropriate. It was determined that the complaints of the patients were mostly composed of digestive system and least psychiatric complaints, and when the participants got sick, they preferred to go to hospital emergency services more than family health centers and hospital outpatient clinics.

**CONCLUSION:** The data in our study show that admissions to emergency services are inappropriate. It has been observed that the urgency perceptions of the patients are largely wrong and the most common reason for applying to the emergency department is that the patients want to be examined in the hospital outpatient clinics without wasting time because of their concerns about their health.

**Keywords:** Emergency service, Triage, Emergency department density, Appropriate/inappropriate use

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servislerin yükünü arttırarak verimliliğin düşmesine sebep olan, uygun olmayan başvurular, hastanelerimizde sık karşılaşılan sorunlardan bir tanesidir. Uygun olmayan acil servis başvurularının sebebi pek çok farklı etmenlere bağlı olduğundan, konunun sistematik olarak incelenmesi gerekmektedir. Bu çerçevede konuyla ilgili olarak demografik veriler, başvuru şikayetleri, farklı sağlık merkezlerine yıllık başvuru sayıları, ilk tercih ettikleri sağlık kuruluşları, şikayetleri sebebiyle aile hekimliğine başvurup başvurmadıkları, acil servisi tercih etme sebepleri, şikayetleri ile ilgili olarak hastanın kendisinin ve muayene eden hekimin ayrı ayrı acil durum değerlendirme puanları, hastaya yapılan uygulamalar, hastanın tanısı gibi kriterler, ‘Sakarya İli Örneği; Bir Kamu Hastanesinde Uygun Olmayan Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi’ adlı çalışmamızda değerlendirilmiştir.

Acil servislerin kalabalık olmasının, laboratuvar analizlerinin ve radyolojik testlerin gecikmesine, konsültasyonlara zamanında erişilememesine, gözlem altında tutulması gereken hastalar için yeterli yatak tedarikinin sağlanamadığına vurgu yapan çalışmalar mevcuttur (Erenler ve ark., 2014).

Acil servise gelen hastalar aciliyet durumuna göre ‘ayırt etmek’ manasına gelen triyaj uygulamasına tabi tutulurlar. Bu sistem acil servise başvuran hastaların bakım önceliklerini hızlıca belirleyip sıralar, hastanın doğru kaynağa yönlenmesini sağlar (Çevik ve Tekir 2014).

Eldeki kaynakların verimli şekilde kullanılması fikri, triyaj uygulamasının başlamasına sebep olmuştur (Iserson and Moskop 2007).

Semptomların ciddiyetinin kişiye göre algılanması kültürel, sosyal, finansal, kişisel çeşitli faktörlere göre değişir. Genellikle erişilebilirliğin kolay olması işlemlerin hızlı

tamamlanması branş hekimlerine ulaşabilme kolaylığı diğer sağlık merkezlerinden randevu alınamaması gibi çeşitli faktörler acil servis başvuru sayılarının artmasına sebep olmaktadır. Bunun için vakaların doğru kategorilendirilmesi, hasta memnuniyeti, personel verimliliği, tıbbi malzeme ve imkanların doğru kullanımı açısından çok değerlidir (Bullard et al. 2008).

Acil servislerin yoğunluğunu karşılamak üzere donanımlı bir hastane teşkilatı yanı sıra personelin ve toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi önemlidir (Schumacher et al. 2013).

İş yükünün ve maliyetin artmasına sebep olan uygun olmayan acil servis başvuruları ülkeler arası farklılıklar göstermekle birlikte %21 ile %52 arasında bir oranı oluşturmaktadır (Derlet and Richards 2000).

Acil servisin uygun olmayan kullanımı ve kullananların nitelikleri ile ilgili yapılan çalışmalar, acil servis yönetimlerinin planlanması ve buna uygun politikaların üretilmesi sayesinde mortalite oranlarının azalmasına, döner kapı sendromu şeklinde yeniden başvuruların olmasının engellenmesine, maliyetin azalmasına, acil serviste aşırı kalabalık durumların önüne geçilmesini sağlayacağından tetkik ve tedavi için kalış süresinin azalması personel memnuniyeti ve verimliliğinin artması ile hasta memnuniyeti durumları açısından oldukça değerlidir.

Çalışmanın amacı, acil olmayan başvuruların sayılarını en aza indirmek amacıyla, başvuranların ve başvuruların niteliklerini ve başvuru nedenlerini tespit ederek iş yükü ve maliyeti azaltmaya ve sağlık okuryazarlığına katkıda bulunmaya yönelik öneriler oluşturmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ**

#### **2.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri**

Acil yardım ve kurtarma, ambulans, acil servis ve rehabilitasyon hizmetlerinin bütünü acil sağlık hizmetlerini oluşturur. Acil sağlık hizmetlerinin yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak maksadıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslar, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ile belirlenmiştir (T.C. Resmî Gazete, 11.05.2000, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Sayı:24046).

#### **2.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi**

1966'da ABD'de (Amerika Birleşik Devletleri) temeli atılan modern acil tıp personel ve donanım bakımından yeterli hale getirilmeye başlanmış olup ilk acil tıp ana bilim dalı 1970 yılında Cincinnati Üniversitesinde kurulmuştur (Şen ve ark. 2013).

Hasta ve yaralıların en kısa zamanda etkin bir acil tıbbi müdahaleye ulaşabilmesi, tarih boyunca önemli bir sağlık hizmeti olarak kabul edilmiştir (Lounsbury 2003). Özellikle Napolyon Bonapart'ın baş cerrahı Dominik Jean Larrey'in, cephede savaşan askerler için başlattığı uygulamadan, günümüze kadar ambulans hizmetleri



değişik aşamalardan geçmiştir (Garrison 1929, Morton and Moore 1997). Ambulans görevlileri için ilk resmi eğitim 1892'de Kanada'nın Toronto kentinde yapılmıştır (Skandalakis et al. 2006).

1865'te Ohio'da hastane bazlı ambulans servisi hizmet vermeye başlamıştır. 1869'da Bellevue Hastanesi'nde ambulans kullanımı ile birlikte uygulama yaygınlaşmaya başlamıştır. İlk motorlu araçların kullanılmaya başlanması ile beraber 1899'da Chicago'nun Michael Hastanesi'nde ambulans otomobiller kullanılmıştır (Janssen 2021). Ambulanslarda hekim bulundurulması 2. Dünya savaşı başlamadan önce uygulamaya konmuştur. (Melby and Ryan 2005). 1950'lerde telsizlerin hayata geçirilmesiyle, ambulans hizmetlerinde ilerleme kaydedilmiştir. Kuzey İrlanda'daki ilk mobil koroner bakım ambulansının kullanılması, ilerleyen yıllarda yeni teknolojilerle mümkün olabilmıştır (Soysal ve ark. 2003).

### **2.1.3. Genel Kavramlar**

#### **2.1.3.1. Acil Tıp, Afet ve Acil Durum Hizmetleri**

Acil tıp; yaşama döndürme ve cerrahi müdahale gibi derin tıp bilgisi gerektiren birçok branşı ilgilendiren bir sahaya sahiptir (Adaş ve ark. 1998).

Acil tıp; hiperbarik tıp, palyatif bakım, tıbbi toksikoloji, afet tıbbi, tıbbi toksikoloji, kritik bakım, acil ultrasonografi, spor tıbbi ve havacılık tıbbi ile de ilgilenir (Sakr 2000).

Afet ve acil durum müdahale hizmetleri yönetmeliği ikinci bölüme ait, ulusal ve yerel düzeyde planlama ve hazırlık çalışmaları başlığı altındaki planlama kısmı madde 5/1'e göre; 'Afet ve acil durum hizmetleri', hazırlık, müdahale ve ön iyileştirme çalışmalarını kapsayacak şekilde planlanır. Hizmetlerin tam ve eksiksiz olarak yapılması, hizmet bütünlüğünün korunması, hizmetler arası etkileşimin dikkate alınması esastır. Yapılacak planlarda afet ve acil durum hallerinde

yürütülecek tüm hizmetler dikkate alınarak müdahale modelleri oluşturulur. Modeller ulusal düzeyde koordinasyon ve saha destek ekip ve alt ekiplerini, yerel düzeyde ise operasyon ve lojistik ekip ve alt ekiplerini içerir şeklinde ifade edilmektedir. Acil müdahale afet yönetiminin ana unsurlarından biridir. Planlanmış hazır programlara göre uygulanan acil müdahaleler zararın minimum olmasına yardımcı olur (Sakr and Wardrope 2000).

Afet ve acil durum müdahale hizmetleri yönetmeliği madde 4a'ya göre 'acil durum', toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olayları ve bu olayların oluşturduğu kriz halini tanımlar.

#### **2.1.3.2. Acil Servis**

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği 8/c maddesine göre; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında acil sağlık hizmeti veren birimlerdir (T.C. Resmî Gazete, Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 16 Ekim 2009, Sayı:27378).

#### **2.1.3.3. Acil Tedavi**

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği 4/1 maddesine göre; sağlık kurumlarında acil sunulan hizmetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmî Gazete, Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 16 Ekim 2009, Sayı:27378).

#### 2.1.3.4. Gerçek Acil Kavramı

Sağlık profesyonellerinin yaklaşımı, acil kavramının değerlendirilmesinde önemli bir yer tutar. Hastaların semptomlarına bağlı tanıya odaklanma durumu da bu tanım ile ilgili olarak ortak bir görüş birliği oluşmasına engel teşkil etmektedir. Hastaların kendi durumları ile ilgili acil algıları da etkili bir unsurdur.

Acil durumun derecesini ölçebilecek geçerlilik ve güvenilirlikte standart bir yöntemin bulunmadığına dair yapılan çalışmalar mevcuttur (Gill 1994).

Amerikan Acil Hekimler Koleji'ne göre, gerçek tıbbi acil şu durumları içermektedir:

- Son 24 saat içinde bir yatış işlemi gerektiren durumlar.
- 72 saat içinde oluşan akut travmalar.
- Akut ve şiddetli ağrılar.
- Akut enfeksiyonlar.
- Halk sağlığını riske eden durumlar.
- Doğumla ilgili durumlar.
- Kanama.
- Şok olasılığı veya şok.
- Şüpheli kötüye kullanım durumları veya ihmal.
- Doğumsal defekt ve anormallikler.
- Yaşamsal fonksiyonların kötüleşmesi.
- Risk oluşturan mental hastalıklar.
- Ani gelişen her türlü ciddi belirtiler (Çelikten 2016).

#### 2.1.4. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişim Süreci

Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti’nin, hasta nakillerini at arabası ile yapmaya başlamış olduğunu ‘Besim Ömer Paşa’nın Hatıra Albümü’ üzerinde çalışması olan Adnan Ataç’ın yayınında görülmektedir (Ataç 2011).

Besim Ömer Paşa tarafından 1911’de Kadırga hastanesinde gönüllü hasta bakıcı kursu açılması, Trablusgarp Savaşında yaralıların taşınması için binek hayvanlarının sedyeler bağlanarak bir nevi ambulans vazifesi görmesi, Türk Kızılay Derneğinin ilkyardım kursları açması kronolojik sıra izler (Orkun ve ark. 2017).

Uzun yıllar Türkiye’de kurumsal ambulans sistemi olmasa bile belediyelerin bir kısmında, ambulans hizmetleri verilmekteydi. Ancak, kurumsallaşma 1980’e kadar gerçekleşmemiştir. 1985 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı Mehmet Aydın tarafından, Ankara Numune Hastanesi’nde modern anlamda bir ambulans sistemi olan, “Hızır Acil Servis” ‘i hayata geçirilmiştir (Demirhan 2003).

1986 yılından itibaren, İzmir, İstanbul ve Ankara’da belediyelerin ambulans desteklerine, Sağlık Bakanlığı tarafından doktor ve malzeme desteğinin eklenmesi ile acil sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır (MEB 2011).

1993’te Dokuz Eylül Üniversitesi’nde, 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmî Gazete 93/4270 karar sayısı ile İlk ve Acil Yardım adıyla bir ana bilim dalı kurulmasına karar verilerek ilk yardım ve acil tıp teknikerliği programı başlamıştır. Yine bu yıl, Fırat Üniversitesi’nde acil tıp anabilim dalı kurulmuştur (Şen ve ark. 2013).

Bakanlar Kurulu. Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük çıkarılarak, değişik yönleri ile farklı disiplinleri ilgilendiren Acil Tıp branşı, ayrı bir anabilim dalı olarak kabul edilmiştir (T.C. Resmî Gazete, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 20 Şubat 2018, Sayı:30338).

Acil durumlarda kullanılmaya başlanan “112” numarası ile, ambulans hizmetleri gelişim göstermiştir. Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şube Müdürlüklerinin, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 09.11.1994 tarih ve 7919 sayılı genelgesi ile açılması sistemin yerleşmesini sağlamıştır (Erbay 2017).

### **2.1.5. Triyaj**

Eldeki kaynakların verimli şekilde kullanılması için Fransızca ‘Trier’ isminden türetilen ve ayırt etmek, ayıklamak manasında kullanılan ‘triyaj’ ilk olarak savaş meydanlarında ağır durumda oldukları gözlemlenen askerlerin hafif durumdaki hastalardan ayrılması amacıyla kullanılmıştır. Günümüzde hastaların acil durum seviyelerini belirlemek için kullanılmaktadır. Bakım önceliklerinin hızlıca belirlenmesi, hastaların buna göre sıralanması acil servisteki triyaj sistemi ile mümkün olmaktadır (Williams 1996).

Ancak buradaki en önemli nokta triyaj sürecinin sonunda geri çevrilen hastalara özellikle ekonomik ve sigorta ile ilgili sorun yaşadıklarında, hastaların izlem, takip, tedavi süreçleri hakkında yeterli veri elde edilememesidir. Brillman ve ark. 1996 yılında yapmış olduğu araştırmada vurgulandığı gibi, triyaj uygulaması yapan eğitilmiş personelin, acil durum değerlendirilmesinde tutarsızlık olduğu yönündeki tespiti önemlidir.

Trijaj sistemleri 3, 4 ya da 5 seviye olabilir. Fernandes’in 2005 yılında yaptığı çalışmalarda seviye düzeyi arttıkça geçerliliğinin ve güvenilirliğinin daha üstün olduğu saptanmıştır. 3 seviyeli sistemlerde ‘acil’, ‘acil olmayan’ ya da ‘çok acil’ şeklinde sıralama uygulanmasına rağmen Avustralya, Kanada, ESI (Emergency Severity Index) ve Manchester ölçekleri 5 seviyeli olup en yüksek seviyedeki acil durum Seviye 1 olarak kategorize edilmiş, seviye 5 ise pratikte kullandığımız ‘yeşil alan’ hastalarına aittir (Fernandes et al. 2005).

Bir triyaj ölçeğinin geçerli olması, hastaları acil durumuna göre doğru şekilde kademeleyip, en az hasta olanların bekletilebilecek hastalar olarak belirlenmesi

demektir. Ölçeğin güvenilirliği ise, yetkili bilirkişinin, aynı kişi için aynı seviyeyi belirleyebilmesi ve belli bir zaman geçtikten sonra da bu hasta için yine aynı seviyeyi ölçebilmesi esasına dayanır (Fernandes et al. 2005).

#### **2.1.5.1. Emergency Severity Index (Acil Şiddet İndeksi, AŞİ )**

Amerika ve bazı Avrupa ülkelerinde 1990'lı yılların sonlarına doğru geliştirilen 5 seviyeli sistemdir. Hastanın güvenli bir şekilde bekleyeceği süre miktarının ne olduğunun saptanması esasına dayanır. Bu triyajda, hastaların problemlerinin belirginliği ve bakımlarının gerektirdiği kaynak sayısı önemlidir. Yani, teşhis araçlarının sayısı veya müdahale türlerinin kaydedilmesine ihtiyaç duyar. Şikâyet değerlendirmesi yapan sınıflama yöntemlerinden farklı niteliktedir. Birinci kategorideki hasta en acil durumda olandır ve en fazla kaynağa ihtiyaç duyar. Her hasta için yaşamsal bulgular kaydedilmez. Gerekli görüldüğü durumlarda kategori değiştirme ihtiyacı duyulduğunda bu bulgular kayıt altına alınır.

Seviye 1: Hayat kurtaran acil müdahale gerekir.

Seviye 2: Kritik bir problemin belirtilerini taşır, operasyon ihtiyacı duyulabilir.

Seviye 3: Araştırma için yeterli zaman ve tedavi için gerekli kaynak olan stabil durumlar.

Seviye 4: Az acil vakalar olup, yalnızca bir çeşit kaynak ile tedavi edilebilen kararlı durumlar.

Seviye 5: Acil olmayan durumlar olup, hiçbir kaynak ihtiyacı duyulmayan kararlı durumlar (Zimmermann and Herr 2006).

#### **2.1.5.2. Kanada Triaaj Sistemi (KTS)**

1990'ların ortasında New Brunswickte Saint John Hastanesi'nde doktorlar tarafından geliştirilmiştir. 1999 yılında 'Kanada Acil Durum Departmanı Triyaj ve Keskinlik Ölçeği' adıyla yapılan ilk yayından sonra genel kabul görmüştür. Avustralya Triyaj Sistemini (ATS) baz alan bir sistem olup, doktor tarafından her seviye için değerlendirilme süreleri tespit edilir. 1.seviyedeki hastalar 'acele' değerlendirilir (Fernandes et al. 2005).

Pediatri için triyaj ölçeği geliştirilip yayınlanmıştır. Çocuklar hastalarda geçerlilik ve güvenilirlik yüksek olarak saptanmıştır (Fernandes et al. 2005).

KTS 5 seviyeye sahiptir:

1. Diriltme- (mavi renk)
2. çok acil (kırmızı renk)
3. acil (sarı)
4. az acil (yeşil renk)
5. acil olmayan (beyaz renk)

KTS, hastaların ivedi sınıflandırılması için her acil serviste uygulanabilen bir sistemdir (Jimenez et al. 2003).

### **2.1.5.3. Avustralya Triyaj Sistemi (ATS)**

Avustralya'daki tüm acil servislerde kullanılan Avustralya Triyaj Sistemi, 1994 yılından itibaren bu ülkede kullanılmaya başlanmış olup, 5 seviyeli bir sistemdir. Her seviyede tıbbi müdahaleye başlamak için gerekli olan süre de belirlenmiştir (Fernandes et al. 2005). Christ ve ark. nın (2010) yaptığı araştırmalarda ATS'de, ölen hasta ile yatış yapılan hasta oranı arasında korelasyon olduğu, yetişkinler için ATS'nin yeterli güvenilirliği olduğu, psikiyatrik hastalarda ise uygunluğunun %60 düzeyinde olduğu görülmüştür. Ölçeğin kategorileri şöyledir:

- Kategori 1: Hastanın bilinci kapalıdır. Hayati tehlike nedeniyle acele müdahale gerekir. Solunum zorluğu, travma, kardiyak arrest, nöbet geçirilmesi gibi durumları kapsar.
- Kategori 2: Hastalar kategori 1'e kayabilir.İleri derece astım atağı, pulmoner emboli, hipertermi, menenjit, şiddetli ağrı gibi örnekler verilebilir 10 dakika içinde müdahale gereklidir.
- Kategori 3: 30 dk. içinde müdahalesi gereken hastalardır. Ciddi enfeksiyon belirtileri,bilinç kaybına sebebiyet verecek baş bölgesi zedelenmeleri gibi durumları içerir.Yaşamsal tehlike riski vardır.
- Kategori 4: Acil olmayan veya tedavi için zaman kısıtlaması gerekmeyen hastaları içerir. Örneğin küçük travmalar, migren ve otalji gibi durumlarda 60 dakika içerisinde müdahalesi yapılmalıdır.
- Kategori 5: Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurulması gereken durumları içerir. Kronik dorsalji, mens düzensizlikleri ve cilt hastalıkları gibi aciliyeti az olan gruptur.120 dakikada müdahale gerekir (Van et al. 2001).

#### **2.1.5.4. Manchester Triyaj Sistemi (MTS)**

Avrupa Birliği ve İngiltere'de 1997'de uygulanmaya başlanan bu sistem, acil tedavi önceliğini belirleyen ve risk tahmini yapan beş seviyeli bir sınıflama sistemidir. Bu sistem, görevli birlikişiler arasında farklı puanlamaları engellemeye yönelik standart paket oluşturmak için resmi kurallar konmasını sağlamıştır. Diğer sistemlerden farklı özellikleri vardır. Şikayetlerin değerlendirmesi için tasarlanan 52 tane akış diyagramının her biri aşağıdaki altı farklı alt parçadan meydana gelir.

- Sancı
- Kan kaybı
- Ateş



- Şuur kaybı
- Akut başlangıcı
- Ölüm tehlikesi.

Sınıflamada kullanılan beş rengin manası şöyledir: Kırmızı olduğunda ‘acele’ olarak hemen bir doktor tarafından değerlendirilme yapılmasını gerektirirken, turuncu ‘çok acil’ kategorisinde 10 dakika içerisinde değerlendirme yapılması gerekmektedir. Sarı ‘acil’ durumunda 60 dakikalık değerlendirme süresi mevcut olmasına rağmen, yeşil ‘standart’ için 2 saatlik bir süre mevcuttur. Bu süre mavi ‘acil olmayan’ kategorisinde 4 saat olarak belirlenmiştir (Azeredo et al. 2015).

Klinik olarak öncelik durumunu belirleyen ilkeleri şunlardır:

- Klinik yaklaşımları tespit etmek,
- Hasta kötüleşmeden önce, kısa bekleme süresi temin etmek,
- Öncelik durumunu triyaj’da belirlemek (Azeredo et al. 2015).

Turuncu ve sarı kategorilerinin hastaları ayırt etmede yeterli olmadığı çünkü semptomların tipik olmadığı ancak duyarlılığın çocuklarda daha yüksek olduğu Van der Wulp tarafından 2008 yılında tespit edilmiş olsa dahi, Christ, Grossmann, Winter, Bingisser ve Platz tarafından 2010 yılında çocuklar için güvenilirlik analizinin henüz yapılmadığı bildirilmiştir (Şimşek 2018).

‘Acele’ ve ‘çok acil’ kategorilerindeki hastalar için duyarlılık düzeyinin, orta seviyede olduğu bulunmuştur. Yatış gereken hastaların tespiti ve ölüm riski yüksek olanları ayırt etmede etkili bir sistem olduğu gösterilmiştir. (Azeredo et al. 2015). Beşli sınıflama sisteminin farklılıkları Tablo 1’de gösterilmiştir (Zimmermann and Herr 2006).

**Tablo 1.** Beşli Sınıflama Sisteminin Farklılıkları

Sınıf	Kanada Triage Skalası	Manchester Triage Skalası	Avustralya Triage Skalası	Acil Şiddet İndeksi

**Tablo 1.** Beşli Sınıflama Sisteminin Farklılıkları (Devam)

1	Hemen canlandırma işlemi yapılır	Kırmızı olarak kodlanmıştır Hemen müdahale edilir	Yaşamsal riskler vardır Müdahale hemen yapılır	Seviye 1 Beklenmeden müdahale edilir
2	‘Çok acil’ olarak kodlanmıştır. Azami 15 dakikada görülmesi gerekir	Turuncu renk ile ‘çok acil’ olarak kodlanmıştır Azami 10 dakikada görülmesi gerekir	‘Hayati tehdit eden durum’ Azami 10 dakikada görülmesi gerekir	Seviye 2 Birkaç dakika içinde müdahale edilir
3	‘Acil’ kodu verilmiştir.30 dakika içinde müdahale gerekir.	Sarı renk ile ‘acil’ olarak kodlanmıştır. 60 dakikada görülmesi gerekir	‘Hayati tehlike olasılığı’ vardır 30 dakikada görülmesi gerekir	Seviye 3 60 dakika içinde görülmesi gerekir
4	Kodu ‘az acil’ şeklindedir 60 dakikada görülmesi gerekir.	Yeşil renk ile ‘standart’ olarak kodlanmıştır. 120 dakikada görülmelidir	‘Ciddileşme ihtimali’ 60 dakikada görülmelidir	Seviye 4 Bekleyebilir
5	Kodu ‘acil değil’ şeklindedir.120 dakikada görülmelidir	Mavi renk ile ‘acil değil’ olarak kodlanmıştır 240 dakika içinde	Az acildir 120 dakika içinde görülmelidir	Seviye 5 Bekleyebilir

#### 2.1.5.5. Türkiye’de Kullanılan Triyaj Sistemi

Sağlık Bakanlığı İşleyiş Prosedürü, Renk Kodlaması ve triyaj Uygulaması 2019 protokolüne ve 27378 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan ‘Acil Servis Hizmetlerinin

Uygulama Usul ve Esasları' hakkında tebliğ'e göre; Türkiye'de 3 seviyeli ve kendi içinde 5 kategorisi olan triyaj modeli uygulanmaktadır (Tablo 2).

Madde:8 – (1) Acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için renk kodlaması uygulanır. Trijaj işlemi başvuru sırasında hasta kayıt işlemi öncesi yapılır. Triyaj uygulaması için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler bakımından öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler kullanılır.

a) Acil servise başvuran hastalara sağlık personeli tarafından etkin triyaj yapılır, sarı alan muayenesi gerekmeyen hastalardan öncelikle acil serviste poliklinik muayenesi olması gerekenlere “Yeşil Alan 1” kodu verilir, acil serviste genel tabip muayene polikliniklerinde bakılır.

b) Sarı ve kırmızı alan hastası olarak nitelenmeyen ve poliklinik muayenesi gerektiren hastalar için acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, “Yeşil Alan 2” kodu ile mesai kaydırma veya vardiya branş poliklinikleri oluşturulur. Yapılan triyaj ile branş muayenesi olması gereken hastalar bu polikliniklere yönlendirilir.

c) Triyaj uygulaması esnasında kırmızı alan hastalarının triyaja ve kayda dahil edilmeden, doğrudan kırmızı alana geçirilmesi, sarı alan hastalarının triyaj sonrası doğrudan sarı alana ve sarı alan tabibinin bilgisine gönderilmesi esastır.

ç) Acil servise başvuran hastaların eş zamanlı sayı artışı olduğu ve bekleme süresinin uzadığı durumlarda, sorumlu idareci tarafından ek mekân ve ek insan kaynağı acil servis dışı hizmet birimlerinden sağlanarak, acil servis imkânları hemen artırılır.

(2) Dal hastaneleri ve bünyesinde I. Seviye acil servisi bulunan sağlık tesislerinde triyaj uygulaması yapılması zorunlu değildir. 112 Acil ambulanslarıyla sağlık tesisine getirilen hastalara triyaj uygulaması yapılmaz. Ambulansla getirilen acil vakaların sağlık tesisine kabul işlemleri en kısa sürede tamamlanır.

(3) Acil serviste ilk kayıt, güvenlik ve triyaj uygulaması için yeterli alan ayrılır. Triyaj uygulaması tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Acil bakım ve triyaj uygulamasına ilişkin verilmesi gereken eğitimler, eğitimlerin müfredatı ve süresi ile

eğitim verilecek merkezler Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının ve ilgili diğer kurumların da görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir (T.C. Resmî Gazete, Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 16 Ekim 2009, Sayı:27378).

**Tablo 2.** Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması

Renk	ALAN VE VAKA NTELĞ	VAKANIN YNLENDİRLDĞ BİRİM KRTERLER	ÖRNEK DURUMLAR
Y E ř İ L	<b>Kategori 1:</b> Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir.	Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti  Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler
	<b>Kategori 2:</b> Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler.	Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı  Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık yks  Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar

**Tablo 2.** Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Devam)

<b>S</b> <b>A</b> <b>R</b> <b>I</b>	<b>Kategori 1:</b> Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.	Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta İnatçı kusma Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta Şiddetli karın ağrısı olan hasta Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta
	<b>Kategori 2:</b> Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve	Bu kategoride değerlendirilen hastalar	Basit kanamalar Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı Olmayan basit göğüs yaralanmaları

**Tablo 2.** Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Devam)

			<p>Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishallere Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya özde yabancı Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular</p> <p>Şiddetli olmayan karın ağrısı</p> <p>Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar</p>
K I R M I Z I	<p><b>Kategori 1:</b> Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.</p>	<p>Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resusitasyon) odasına alınacaktır</p>	<p>Kardiyak arrest Solunumsal arrest Havayolu tıkanıklığı riski Major çoklu travma Solunum sayısı &lt;10/dakika Sistolik Kan Basıncı&lt;80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar</p>
	<p><b>Kategori 2:</b> Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar</p>	<p>Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.</p>	<p>İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilasyonu Kardiyak ağrı benzeri göğüs ağrısı Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı\pulseoksimetri değerinin&lt;%90'naltında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar</p>

**Tablo 2.** Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması (Devam)

Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski
Dolaşım bozukluğu
Nemli soğuk deri, perfüzyon bozukluğu
Kalp hızı <50 veya >150
-Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon
Akut hemiparazi/disfazi
Letarji ile birlikte ateş (her yaş)
İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması
Major fraktür \ampütasyon ciddi lokalize travma
Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı
Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı
Davranışsal/Psikiyatrik
Şiddet içeren agresif davranış
Kendine\diğerlerine zararlı davranış

## 2.2. ACİL SERVİSLERİN UYGUN OLMAYAN KULLANIMI

Acil servislerdeki aşırı kalabalık, sonuçları açısından bakıldığında önem arz eder. Bu yüzden, Acil Tıp literatüründe pek çok defalar incelenmesi gerektiği vurgulanan konulardan biri olmuştur. Konu ile ilgili olarak özellikle bakım kalitesinin düşmesi (uzun bekleme süreleri, teşhis ve tedavide gecikmeler, ağır hastaların tedavisinde gecikmeler), artan maliyetler (gereksiz tanı araştırmaları) ve hastaların memnuniyetsizliği, acil olmayan hastaların birinci basamak yerine acil servisleri kullanması, modern ve yüksek kaliteli teknolojilere sahip bir yerde randevusuz tedavi olma isteği, acil servis hastaları için, sıklıkla birinci basamaktaki pratisyen hekimlerin geceleri ve hafta sonları müsait olmadığı bildirilmektedir (<https://www.ccomptes.fr/fr/media/495> Erişim tarihi: 10 Eylül 2021).

Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servislerin uygunsuz kullanımı ile ilgili Florida, Broward County'de Williams Caitlin A. ve Haffizulla Farzanna tarafından yapılan 'Önlenebilir Acil Servis Ziyaretleriyle İlişkili Faktörler' adlı çalışmada sağlık sistemine büyük yük getiren bu konu ile ilgili olarak ırk, cinsiyet ve gelir düzeyindeki farklılıkların, önlenebilir acil servis ziyaretleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Williams and Haffizulla 2021).

Çalışmada, ırk/etnik köken, cinsiyet ve ödeme yöntemlerinin Florida Broward County'deki hastanelerde önlenebilir acil servis ziyaretlerinin oranlarıyla ilişkisi ve 2019 yılındaki acil servis ziyaretlerini içeren Broward Bölge Sağlık Planlama Konseyi'nden elde edilen veri seti kullanılarak farklı ırk/etnik köken, cinsiyet ve ödeme/sigorta yöntemleri arasında acil birinci basamak tedavi edilebilir ve acil önlenebilir ziyaretler incelenirken, ruh sağlığı, alkol kullanımı, madde bağımlılığıyla ilgili, ve yaralanmayla ilgili ziyaretler analize dahil edilmemişti. Kadınların, acil olmayan ziyaretler için erkeklere kıyasla daha yüksek ortalama oranlara sahip olduğu görüldü. Broward County'de yapılan bu çalışma, önlenebilir acil servis ziyaretleriyle ilişkili demografik bilgileri tanımlanmış olup acil servis aşırı kullanımının sağlık sistemi üzerindeki yükünü azaltmak, sağlık hizmeti sağlayıcıları, risk altındaki popülasyonları uygun acil servis kullanımı konusunda daha iyi eğitmesi gerektiğini gösterdi. Ayrıca acil servisi aşırı kullanan hastalarda sağlığın sosyal belirleyicilerinin



kapsamlı değerlendirmesi sağlık hizmetlerine erişimi ve toplum sağlığını iyileştirmek için kaynakların ve politika değişikliklerinin daha iyi uyumlaştırılmasına olanak sağlayacağı görüşü vurgulanmıştır (Williams and Haffizulla 2021).

Brezilya'daki bir kesitsel çalışmada 1.647 başvuru değerlendirilmiş ve Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolü' (HUAP) kriterlerine göre uygunsuz kullanım oranı %24,2 olarak bildirilmiştir (Carret et al. 2009).

Amerika'da yapılan bir çalışmada, uygunsuz kullanım ltleri için NYU (New York University) Acil Servis Algoritması temel alınmış ve başvuruların %59.4'ü uygunsuz bulunmuştur (McWilliams et al. 2011).

Başka bir çalışmada, değerlendirme ve tedavi için en az 12 saat güvenle bekletilebilme ltüne göre uygunsuz başvuru oranı %31 olarak belirtilmiştir (Michelen et al. 2006).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada, mesai saatleri içinde olan, birinci basamakta tedavi edilebilecek ve bakım için en az 24 saat bekleyebilecek başvurular uygunsuz kullanım başvurusu olarak kabul edilmiş ve prevalansı %21 olarak saptanmıştır (Harris et al. 2011).

Tayvan'da, en az 60-120 dakika bekletilebilecek olan hastalar acil olmayan hastalar olarak kabul edilmiş ve bir haftalık çalışma periyodunda yapılan başvuruların %52'si uygunsuz başvuru olarak değerlendirilmiştir (Tsai et al. 2010).

Fransa'daki bir çalışmada ise triyaj hemşirelerinin değerlendirmesi sonucunda birinci basamaktan bakım alması daha uygun olan hasta oranı %45 olarak saptanmıştır (Gentile et al. 2010).

Uygun olmayan acil servis başvuruları değerlendirilirken ltlerin belirlenmesinde genellikle 'Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolü' (HUAP) kullanılmaktadır. Sıklıkla kullanılan uygunsuz kullanım ltleri şu şekildedir:

1. Olumsuz hiçbir sonuç gelişmeden, bakım yapılıncaya kadar geçen süre
2. Organ hasarı veya ölüm riski durumu,

3. Müşahade ihtiyacı,
4. Kaynaklara ihtiyaç olması,
5. Spesifik tanı yöntemlerine başvurulması,
6. Başka bir sağlık kurumuna olan ihtiyaç
7. Akut gelişen şikâyet varlığı
8. Başka bir sağlık kuruluşundan sevk edilme durumu (Brim 2008, Durand et al. 2011, Hoot et al. 2007).

‘Acil olmayan başvurular’, hastanın sıhhi ciddiyet düzeyini yansıtan bir ifadedir. Birkaç saat bekleyebilen vakalarda, olumsuz bir sonuç gelişme olasılığı yoksa bu başvurular “acil olmayan başvurular” olarak tanımlanmaktadır (Durand et al. 2011).

Bu kavram, sağlık sorununun ciddiyet düzeyi, hizmet birimlerinin ulaşılabilirliği ve tercih nedenlerini kapsayan psikososyal bir kavramdır (Bullard et al. 2008).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEMLER**

### **3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

#### **3.1.1. Araştırmanın Yeri**

T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Yeşil Alanında yürütülmüştür.

#### **3.1.2. Araştırmanın Zamanı**

Araştırmanın etik kurul izni 14.07.2021 tarihinde alınmış olup ön çalışma, literatür tarama, anket yapılandırma ve anketlerin doldurulması süreçleri 15 Ağustos 2021 tarihine kadar tamamlanmıştır. Çalışmanın istatistiksel analizi Eylül 2021’de yapılmıştır. 01 Ekim –20 Ekim 2021 tarihleri arasında yazılmıştır.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Kesitsel tipte tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada, acil servise başvurmuş hastalardan, Acil Şiddet İndeksi Seviye 5 yeşil alana ayrılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ve hekimlerine yüz yüze anket uygulanmıştır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Kesitsel tipte tanımlayıcı olarak planlanan araştırmamızda, örnekleme yöntemi bulunmamakla birlikte, 01.08.2021 ile 15.08.2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 273 hastaya ve hekimlerine anket uygulanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; bilgilendirilmiş sözlü onam verenler arasından, araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak, belirtilen tarihlerde acil servise başvurmuş olmak, anket sorularına cevap verebilecek akli yeterliliğe sahip olmak ve triyajla yeşil alana yönlendirilmiş olmak şeklindedir.

### **3.4. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

#### **3.4.1. Bağımlı Değişkenler**

1. Kendilerine göre acil durum puanları
2. Acil servisi tercih etme sebepleri
3. Muayene eden hekimin aciliyet puan değerlendirmesi

#### **3.4.2. Bağımsız Değişkenler**

1. Cinsiyet
2. Yaş
3. Meslek
4. Eğitimi

5. Medeni hali
6. Çalışma durumu
7. Kronik hastalıkları sayısı
8. Ailesinin toplam aylık gelirleri
9. İkamet ettiği yerin özelliği
10. Son bir yıl içinde kaç kez acile başvurduğu
11. Son bir yıl içinde aile hekimliğine kaç kez başvurduğu
12. Son bir yıl içinde hastane polikliniklerine kaç kez başvurduğu
13. Başvuru şikâyetinin ne olduğu
14. Son şikâyeti için aile hekimine başvurup başvurmadığı
15. İlk başvuru noktası olarak hangi sağlık merkezini tercih ettikleri
16. Muayene eden hekime göre, rahatsızlığın aile hekimliğinde çözümlenebilme durumu
17. Hastaya yapılan uygulamalar
18. Hastanın son tanısı
19. İşlemlerinin yeşil alanda tamamlanma durumu

### **3.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE YÖNTEMLERİ**

#### **3.5.1. Veri Toplama Araçları**

22 soruluk anket formu yoluyla veriler elde edilmiştir. Anket soruları literatürden faydalanılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Ankette hastaların kendi acil durumlarının değerlendirildiği soruda, aciliyetlerinin derecesini 1’den 10’a kadar puanlamaları istendi. Aynı şekilde hastayı değerlendiren acil servis hekiminin de hastanın aciliyetinin derecesini 1’den 10’a kadar puanlaması istendi. 1-5 puan aralığındaki değerler “acil değil”, 6-10 puan aralığındaki değerler “acil” olarak kabul edildi. Bunların dışında hastaya müdahale eden hekime de 5 soru sorulmuştur (hastanın aciliyet durumu, hastalığın Aile Sağlığı Merkezinde çözülüp çözülemeyeceği, yapılan uygulamalar, son tanı, sonlanım şekli).

### **3.5.2. Araştırmanın İnsan Gücü**

Araştırma Aile Hekimliği uzmanlık öğrencisi ve tez danışmanı olan Halk Sağlığı ve acil Tıp profesörlerinden oluşan 3 kişi tarafından yürütülmüştür.

### **3.6. ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER**

T.C Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu 14.07.2021 tarih ve 394 sayılı izni alınmıştır (EK 1).

Çalışmaya dâhil edilen katılımcılar, bilimsel çalışma ile ilgili konu hakkında bilgilendirilmiş olup, sözlü onamları alınmıştır.

### **3.7. ARAşTIRMANIN BÜTÇESİ**

Ulaşım ve kırtasiye kalemlerinden oluşan giderler mevcut olup, tamamı araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

### **3.8. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ**

Tanımlayıcı istatistik olarak kategorik değişkenlerde yüzdeler ve frekanslar hesaplanmıştır. Sayısal değişkenlerde ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerler bulunmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır. Normallik varsayımlarının test edilmesi için Kolmogirov Smirnov testi uygulanmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin tespiti için Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Bağımlı grupların karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık düzeyi olarak p değeri  $<0,05$  alınmıştır. İstatiksel analizler SPSS 20.0 istatistik paket program kullanılmıştır.



## 4. BULGULAR

### 4.1.HASTALARIN BAZI SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1-15 Ağustos 2021 tarihinde T.C Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi acil servisi yeşil alanına kabul edilen 273 katılımcıya uygulanan anket verileri değerlendirilmiştir (Tablo 3).

Hastaların 130'u (%47,6) erkek, 143'ü (%52,4) kadın olup yaş dağılımlarının minimum ve maksimum değerleri 18 ve 87'dir Yaş ortalamaları ve standart sapma değerlerinin  $38,35 \pm 15,57$  SS olduğu; yaş ortanca değerinin de 36 olduğu tespit edildi. Acile başvuru yapanların daha çok 18-50 yaş aralığında olduğu görüldü (Tablo 3).

Hastaların 13'ünün (%4,8) okuryazar olmadığı, 16'sının (%5,9) sadece okuryazar olduğu ama bir eğitim kurumuna gitmediği, 86'sının (%31,5) ilkokul; 29'unun (%10,6) ortaokul; 88'inin (%32,2) lise; 41'inin (%15,0) ise yüksek öğrenim gördüğü saptandı (Tablo 3).

Meslek gruplarına bakıldığında hastaların 97'sinin (%35,5) işçi, 90'ının (%33) ev hanımı olduğu, 86'sının (%31,5) ise diğer meslek gruplarına dahil oldukları tespit edildi (Tablo 3).

Hastaların 135'i (%49,5) düzenli biçimde gelir getirici bir işte çalışırken 76'sının (%27,8) gelir getirici bir işe sahip olmadığı, 37'sinin (%13,6) emekli, 25'inin (%9,2) öğrenci olduğu görüldü (Tablo 3).

Hastaların 164'ünün (%60,1) evli, 92'sinin (%33,7) bekar, 13'ünün eşinin vefat ettiği, 4'ünün (%1,5) boşanmış olduğu tespit edildi. Gelir durumları sorulduğunda 41'inin (%15,0) 2800 TL ve altı aylık kazanca sahip iken büyük çoğunluğunun (n:229 (%83,9)) 2801-6000 TL aralığında gelir düzeyine sahip oldukları, 10000TL ve üstü geliri olan katılımcının ise olmadığı görüldü (Tablo 3).



Kronik hastalık durumlarının sorulduğu cevaba verdikleri yanıtlara göre hastaların 188'inin (%68,9) hiçbir kronik hastalığı yoktu. Bir kronik hastalığı olan 61 (%22,3), 2 kronik hastalığı olan 21 (%7,7), 3 kronik hastalığı olan hasta sayısı 3 (%1,1) idi (Tablo 3).

Çalışmamızda il merkezinde yaşayan 169 (%61,9), ilçe merkezinde yaşayan 59 (%21,6), kırsal mahallede yaşayan 45 (%16,5) hasta olduğu bulundu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te sunulmuştur.

**Tablo 3.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n=273)

Sosyodemografik Özellikler	N	%
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	130	47,6
Kadın	143	52,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar Değil	13	4,8
Okuryazar	16	5,9
İlkokul mezunu	86	31,5
Ortaokul mezunu	29	10,6
Lise mezunu	88	32,2
Üniversite ve üstü	41	15,0
<b>Meslek</b>		
İşçi	97	35,5
Ev Hanımı	90	33,0
Diğer	86	31,5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Gelir getirici bir işte çalışıyor	135	49,5
Gelir getirici bir işte çalışmıyor	76	27,8
Emekli	37	13,6
Öğrenci	25	9,2
<b>Medeni Durumu</b>		
Evli	164	60,1
Bekar	92	33,7
Eşi vefat etmiş	13	4,8

**Tablo 3.** Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri (n=273) (Devam)

Boşanmış	4	1,5
<b>Gelir Durumu</b>		
2 800 TL ve altı	41	15,0
2 801 TL – 6 000 TL	229	83,9
6 001 TL – 10 000 TL	3	1,1
10 001 TL ve üstü	-	-
<b>Kronik Hastalık Sayısı</b>		
Kronik hastalığı yok	188	68,9
1 kronik hastalık	61	22,3
2 kronik hastalık	21	7,7
3 kronik hastalık	3	1,1
<b>İkamet Yeri</b>		
İl merkezi	169	61,9
İlçe merkezi	59	21,6
Kırsal mahalle	45	16,0

#### 4.2. HASTALARIN SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURU DURUMLARI VE ŞİKAYETLERİ

Hastaların son 1 yıl içinde rahatsızlıkları nedeniyle kaç kez acil servise başvurdukları soruya verdikleri cevaba göre 7'sinin (%2,6) hiç gitmediği, 77'sinin (%28,2) sadece 1 kez gittiği, 35'inin (%5,9) ise 6 ve daha fazla sayıda acil servise başvuruda buldukları tespit edildi. Ortalama başvuru sayısının ise  $3,49 \pm 5,28$  SS olduğu tespit edildi. Hastaların 88'inin (%32,2) son 1 yıl içinde aile sağlığı merkezine hiç gitmediği, 24'ünün (%8,8) 1 kez, 38'inin (%14) ise 6 ve daha fazla sayıda gittiği görüldü. Hastane polikliniklerine ise hastaların 123'ünün (%45,1) son 1 yıl içinde hiç gitmediği, 21'inin (%7,7) 1 kez gittiği, 29'unun (%10,5) 6 ve daha fazla sayıda başvurduğu tespit edildi (Tablo 4).

**Tablo 4.** Katılımcıların Son 1 Yılda Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklıkları (n=273)

Başvuru Sıklıkları	n	%
<b>Son 1 yılda acil servise başvuru sıklığı</b>		
0	7	2,6
1	77	28,2
2	75	27,5
3	38	13,9
4	25	9,2
5	16	5,9
6 ve üzeri	35	12,7
<b>Son 1 yılda aile sağlığı merkezine başvuru sayısı</b>		
0	88	32,2
1	24	8,8
2	53	19,4
3	20	7,3
4	18	6,6
5	32	11,7
6 ve üzeri	38	14,0
<b>Son 1 yılda hastane polikliniklerine başvuru sayısı</b>		
0	123	45,1
1	21	7,7
2	40	14,7
3	26	9,5
4	21	7,7
5	13	4,8
6 ve üzeri	29	10,5

Çalışmamızdaki katılımcıların herhangi bir hastalıkları söz konusu olduğunda ilk tercih ettikleri sağlık kurumu sorulduğunda ise en çok acil servisi (n:155 (%56,8)), en az ise hastane polikliniklerini (n:55 (%20,1)) tercih ettikleri görüldü (Tablo 5).

**Tablo 5.** Katılımcıların Hastalandıklarında İlk Tercih Ettikleri Sağlık Kurumu (n=273)

<b>Başvuruda ilk tercih edilen sağlık kurumu</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aile hekimliği	63	23,1
Acil servis	155	56,8
Hastane poliklinikleri	55	20,1

Hastaların başvuru nedeni olarak birden fazla da olabilen tüm şikayetlerinin toplam sayısının 337 olduğu görüldü. Hastaların şikayetlerinin en sık sindirim sistemini (n:101 (%30)), ikinci sıklıkta kas-iskelet sistemini (n:81 (%24)) ilgilendiren şikayetlerden; en az ise psikiyatrik şikayetlerden (n:1 (%0,3)) oluştuğu tespit edildi (Tablo 6).

**Tablo 6.** Katılımcıların Acil Servise Başvuru Şikayetleri (n=337)

<b>Hastaların Şikayetleri</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sindirim sistemi şikayetleri	101	30,0
Kas-iskelet sistemi şikayetleri	81	24,0
Deri şikayetleri	36	10,7
Üst solunum yolları şikayetleri	28	8,3
Merkezi sinir sistemi şikayetleri	26	7,7
Tahlil yaptırma talebi	23	6,8
Alt solunum yolları şikayetleri	17	5,0
Ürogenital sistem şikayetleri	14	4,2
Meme dokusuna ait şikayetler	4	1,2
Göze ait şikayetler	3	0,9
Dolaşım sistemi şikayetleri	3	0,9
Psikiyatrik şikayetler	1	0,3
Toplam	337	100

### 4.3. HASTALARIN ACİLİYET DURUMLARI

Çalışmamızdaki hastalara şikayetlerinin aciliyeti sorulduğunda 129'u (%47,3) acil olmadığını belirtirken 144'ü (%52,7) şikayetlerinin acil olduğunu belirtmişlerdir. Hastaları acil serviste değerlendiren hekimler tarafından ise hastaların 257'sinin (%94,1) durumunun acil olmadığı, 16'sının (%5,9) acil olduğu belirlendi (Tablo 7).

Hastaların puan skorları değerlendirilirken 6 ve üzeri puanlar 'acil' diğerleri ise 'acil değil' olarak alınmıştır.

**Tablo 7.** Katılımcıların Aciliyet Durumları (n=273)

Aciliyet Durumu	N	(%)
<b>Hastanın kendi aciliyet durumunu değerlendirmesi</b>		
Acil	144	52,7
Acil değil	129	47,3
<b>Hekimin hastanın aciliyet durumunu değerlendirmesi</b>		
Acil	16	5,9
Acil değil	257	94,1

Çalışmamızda hastalara kendi aciliyet durumlarını puanlamalarını istediğimizde kendilerine  $5,8 \pm 2,1$  SS puan verdikleri, acil servis hekimlerinin hastaların aciliyet durumlarını puanlamalarını istediğimizde hastalara  $2,7 \pm 1,6$  SS puan verdikleri tespit edildi. Hastaların başvuru şikayetlerinin aciliyet durumları ile ilgili kendilerine verdikleri puanlar ve acil servis hekimlerinin verdikleri puanlar karşılaştırıldığında hekimlerin verdikleri puanlar anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Hastaların ve Hekimlerin, Başvuru Şikayetlerinin Aciliyet Durumları ile ilgili Verdikleri Puanların Karşılaştırılması

<b>Tanımlayıcı İstatistikler</b>	<b>Hastaların Puanlaması</b>	<b>Hekim Puanlaması</b>	<b>P değeri*</b>
Ortalama±Standart Sapma	5,8±2,1	2,7±1,6	<b>0,000</b>
Min - Med - Maks	1,0 – 6,0 – 10,0	1,0 – 2,0 – 8,0	

\* Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanıldı.

Min: Minimum değer, Med: Median değer, Maxs: Maksimum değer

Hastaların, başvuru şikayetlerinin aciliyet durumları ile ilgili verdikleri puanlar ile son 1 yılda acil servis, aile sağlığı merkezi ve hastane polikliniklerine başvuru sayıları arasında anlamlı bir korelasyon bulunamadı (Tablo 9).

**Tablo 9.** Hastaların, Başvuru Şikayetlerinin Aciliyet Durumları ile ilgili Verdikleri Puanların, Son 1 Yılda Acil Servis, Aile Sağlığı Merkezi ve Hastane Polikliniklerine Başvuru Sayıları ile Korelasyonunun Değerlendirilmesi

	<b>Son 1 Yılda Acil Servise Başvuru Sayısı</b>	<b>Son 1 Yılda Aile Sağlığı Merkezine Başvuru Sayısı</b>	<b>Son 1 Yılda Hastane Polikliniklerine Başvuru Sayısı</b>
<b>Hastanın Başvuru Şikayetine Verdiği Aciliyet Puanı</b>	KK*: -0.00 P: 0.98 N: 273	KK*: 0.01 P: 0.85 N: 273	KK*: 0.06 P: 0.30 N: 273

\*Spearman Korelasyon Katsayısı kullanıldı.

#### 4.4. HASTALARIN ACIL POLİKLİNİĞİNİ TERCİH ETME NEDENLERİ

Hastaların acil servise gelme nedenlerine bakıldığında en fazla “sağlık durumlarından endişe duymaları sebebiyle polikliniklerde sıra beklemeden muayene olmak istemeleri (n: 112 (%39,7))” amacıyla acil servise geldikleri tespit edildi. Hastaların hastane polikliniklerinden randevu alma işleminin zor olmasını düşünmelerinin (n:77 (%27,3)) ve acilde görev yapan hekimlerin kendileriyle daha fazla ilgilendiğini düşünmelerinin (n:37 (%13,2)) de diğer sık nedenlerden olduğu görüldü. Acil servise ulaşım kolaylığının olması (n:2 (%0,7)) ve acildeki doktorlar dışındaki personelin hastaların sorunlarıyla daha fazla ilgileniyor olması (n:2 (%0,7)) katılımcıların acil servisi tercih etmelerinin en az olarak nedeni olarak tespit edilirken reçete yazdırmak amacıyla acil servise başvuran hiçbir katılımcının olmadığı görüldü (Tablo 10).

**Tablo 10.** Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri (n=282)

Hastaların Acil Servise Başvurma Nedeni	n	%
Acilde muayene olmak daha az zaman alıyor	18	6,4
Hastaneye yatış işlemleri acil servise başvurulduğunda daha kolay oluyor	1	0,4
Hastanenin polikliniklerinden muayene ve randevu imkânı bulamıyorum	48	17,0
Hastanenin polikliniklerinde muayene sırası olmadığı için tavsiye üzerine geldim	29	10,3

**Tablo 10.** Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenleri (n=282) (Devam)

Hastanenin polikliniğinde muayene eden doktor tarafından yönlendirildim	17	6,0
Sağlık durumumdan endişelendiğim için polikliniklerde sıra beklemeden muayene olmak istedim	<b>112</b>	<b>39,7</b>
Acildeki doktorlar benimle daha çok ilgilendiği için geldim	37	13,2
Acildeki doktorlar dışındaki personel benimle daha çok ilgilendiği için geldim	2	0,7
İlaç reçete ettirmek istediğim için geldim	-	-
Çalışma saatlerime göre acile gelmem daha kolay	6	2,1
Aile hekimim başka şehirde	4	1,4
Acil servise ulaşım kolaylığım var	2	0,7
Şikâyetim aile hekimimin branşının dışında kalıyor	6	2,1
Toplam	282	100

Hastaların aciliyet durumları ile ilgili değerlendirmeleri, acil servis tercih nedenlerine göre karşılaştırıldı. “Polikliniklerden sıra alamadığım için tavsiye üzerine geldim” önermesine evet diyenlerin %31 i durumunu acil olarak nitelerken hayır diyenlerde bu oran %55,3 idi ( $p<0,05$ ). “Sağlık durumumdan endişe ettiğim için sıra beklemek istemedim” önermesine evet cevabını verenlerin %64,3’ü durumunu acil olarak görürken hayır diyenlerde bu oran %44,7 şeklindeydi ( $p<0,05$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11.** Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Değerlendirmelerinin Acil Servis Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı

	Aciliyet Durumu*			P** Değeri
	Acil Değil Sayı (%)	Acil Sayı (%)	Toplam Sayı (%)	
Acil Servisi Tercih Etme Nedeni				



**Tablo 11.** Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Değerlendirmelerinin Acil Servis Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı (Devam)

<b>Muayene daha kısa sürüyor</b>				
<i>Hayır</i>	123(48,2)	132(51,8)	255(100,0)	0,221
<i>Evet</i>	6(33,3)	12 (66,7)	18 (100,0)	
<b>Yatış işlemleri daha kolay ve hızlı oluyor</b>				
<i>Hayır</i>	129(47,4)	143(52,6)	272(100,0)	-
<i>Evet</i>	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	
<b>Normal polikliniklerden randevu alamıyorum</b>				
<i>Hayır</i>	105(46,7)	120(53,3)	225(100,0)	0,675
<i>Evet</i>	24 (50,0)	24 (50.,0)	48 (100,0)	
<b>Polikliniklerden sıra alamadığım için tavsiye üzerine geldim</b>				
<i>Hayır</i>	109(44,7)	135(55,3)	244(100,0)	<b>0,013</b>
<i>Evet</i>	20 (69,0)	9 (31,0)	29 (100,0)	
<b>Poliklinik muayenesi sonrası bazı işlemler için acile yönlendirildim</b>				
<i>Hayır</i>	119(46,5)	137(53,5)	256(100,0)	0,324
<i>Evet</i>	10 (58,8)	7 (41,2)	17 (100,0)	
<b>Sağlık durumumdan endişe ettiğim için sıra beklemek istemedim</b>				
<i>Hayır</i>				
<i>Evet</i>	89 (55,3)	72 (44,7)	161(100,0)	<b>0,001</b>
	40 (35,7)	72 (64,3)	112(100,0)	
<b>Acildeki doktorlar benimle daha çok ilgileniyor</b>				
<i>Hayır</i>	109(46,2)	127(53,8)	236(100,0)	0,373
<i>Evet</i>	20 (54,1)	17 (45,9)	37 (100,0)	

**Tablo 11.** Hastaların Aciliyet Durumları ile İlgili Değerlendirmelerinin Acil Servis Tercih Nedenlerine Göre Dağılımı (Devam)

<b>Acildeki diğer sağlık personeli daha ilgili</b>				
<i>Hayır</i>				
<i>Evet</i>	129(47,6)	142(52,4)	271(100,0)	-
	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (100,0)	
<b>İlaç yazdırmak için acile geldim</b>				
<i>Hayır</i>	129(47,3)	144(52,7)	(100,0)	-
<i>Evet</i>	-	-	-	

\* Hastaların kendi aciliyet durumlarına verdikleri puanlar 1-5 arasında ise “Acil Değil”, 6 ve üzeri ise “Acil” olarak sınıflandı.

\*\* Kikare testi kullanıldı

#### **4.5. HASTALARIN ACİL SERVİSTE DURUMLARININ SONUÇLANMASI**

Hastaların acil servise geliş nedeni olan şikayetlerinden ötürü aile hekimine başvurup başvurmadıkları sorulduğunda 20’sinin (%7,3) bu şikayetleri nedeniyle aile hekimine başvurduğunu, 253’ünün (%92,7) ise aile hekimliğine başvurmadığını belirttiği görüldü. Katılımcıları acil serviste değerlendiren hekimlere “hastaların tıbbi durumlarının aile hekimliğinde çözümlenip çözümlenemeyeceğini sorduğumuzda hekimlerce 195 (%71,4) hastanın acil olmayıp birinci basamak olarak aile hekimliğinde de değerlendirilebileceğini düşündükleri belirlendi. Hekimlerin başvuran 78 (%28,6) hastanın tıbbi sorununun aile hekimliğinde çözümlenemeyecek özellikte olduğunu düşündükleri görüldü.

Acil servis yeşil alanda 58 (%21,2) hastaya fizik muayene yapıldığı, 115 (%42,1) hastada tetkik yapıldığı, 118 (43,2) hastada tedavi uygulandığı, 143 (%52,4) hastaya reçete düzenlendiği tespit edildi. Hastaların hiçbirisine hastane yatışı yapılmadığı görüldü.

Hastaların acil servisteki tüm değerlendirilmeleri sonrasında her hastanın bir tanı ile değerlendirildiği tespit edildi. Katılımcıların en sık kas-iskelet sistemi hastalıkları

(n:75 (%27,5)), en az göz hastalıkları (n:1 (%0,4)) ile ilgili tanı aldıkları tespit edildi. Kas-iskelet sistemi hastalıklarından sonra 2. sıklıkta sindirim sistemi hastalıkları (n:65 (%23,8)), 3. sıklıkta ise kulak burun boğaz hastalıkları (n:33 (%12,1)) ile ilgili tanı aldıkları görüldü. Hastaların en az tanı aldıkları hastalıkların ise psikiyatrik hastalıklardan (n:2 (%0,7)) oluştuğu görüldü (Tablo 12).

**Tablo 12.** Hastaların Acil Servisteki Değerlendirilmeleri Sonucunda Aldıkları Tanılar (n=273)

Hastaların Tanıları	N	%
Kas-iskelet sistemi hastalıkları	75	27,5
Alt solunum yolu hastalıkları	8	2,9
Sindirim sistemi hastalıkları	65	23,8
Ürogenital sistem hastalıkları	25	9,2
Merkezi sinir sistemi hastalıkları	16	5,9
Deri hastalıkları	31	11,4
Dolaşım sistemi hastalıkları	6	2,2
Kulak Burun Boğaz hastalıkları	33	12,1
Meme hastalıkları	3	1,1
Psikiyatrik hastalıklar	2	0,7
Göz hastalıkları	1	0,4
Acil olmayan diğer durumlar	8	2,9
Toplam	273	100

## 5. TARTIŞMA

Bazı özellikleriyle hastanelerin acil servis bölümleri diğer bölümlerinden belirgin biçimde ayrılmaktadır. Başvuran hastaların sorunlarının hızlıca ve etraflıca değerlendirilip en kısa zamanda sonuçlandırılması gerekliliği diğer branşlardan ayrılan en önemli özelliğidir. Zaman ayrımı olmaksızın gelen hastaların birbirinden çok farklı şikâyet ya da hastalıkları ya da birlikte bulunan diğer hastalık varlığı durumlarının olması tüm acil servis çalışanlarının daha dikkatli olmasını da gerektirmektedir. Tüm bu sebeplerden ötürü, acil servislerin etkin ve doğru kullanılması büyük önem taşımaktadır. Gereksiz başvuruların hepsi hem acil servisteki sağlık çalışanlarının zorluk yaşamasına hem de artmış mali yüke sebep olacaktır.

Bu çalışmada T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde triyaj sonrası yeşil alanda kabul edilen hastalara ve hekimlerine uygulanan anketten elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Acil servislere uygunsuz başvuru hem maliyet hem de sağlık kaynaklarının yanlış kullanılıyor olmasından kaynaklanan ciddi sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Acil servise daha uygun başvuruların yapılabilmesi ve bu yönüyle sağlık kaynaklarının daha doğru kullanılması sağlık politikalarının iyileştirilmesine katkı sağlayacak niteliktedir.

Acil servis yeşil alan bölümüne başvuran toplam 273 katılımcınının 130'u (%47,6) erkek, 143'ü (%52,4) kadın olup yaş ortalamaları ve standart sapma değerlerinin  $38,35 \pm 15,57$  SS olduğu hastaların daha çok 18-50 yaş aralığında olduğu görüldü.

Hastaların %47,2'sinin lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesinin yüksek olmasına rağmen acil servise uygunsuz başvuru yapılmış olduğu tespit edildi.

Çalışmamıza göre evli olan hastaların bekar olan hastalardan daha fazla acil servise başvuru yaptıkları belirlendi.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%83,9) 2801-6000 TL gelir aralığında olduğu, gelir düzeyinin yükseldikçe acil servisin uygunsuz kullanımının azaldığı tespit edildi.

İl merkezindeki hastaların ilçe merkezi veya kırsal mahallerde yaşayanlardan daha fazla oranda acile başvuru yaptıkları tespit edildi.

Sson 1 yılda acile başvurma sayılarının ortalama  $3,49 \pm 5,28$  SS olduğu ve hastaların aile sağlığı merkezi veya hastane polikliniklerinden çok acil servislere gitmeyi tercih ettikleri saptandı.

Başvuruların acil servise en fazla sindirim sistemiyle ilgili şikayetlerle, en az ise psikiyatrik hastalıklarla ilgili şikayetlerle başvurdukları tespit edildi. İkinci sıklıkta başvuru nedeni olan şikayetlerinin kas-iskelet sistemi hastalıklarıyla ilgili olduğu belirlendi.

Hastaların aciliyet algılarının büyük ölçüde yanlış olduğu ve onları değerlendiren hekimler tarafından yapılan değerlendirmeye göre aciliyet değerlendirme puanlarının kendilerinin değerlendirdikleri gibi yüksek olmadığı tespit edildi.

Hastaların kendi aciliyet durumlarını değerlendirdiklerinde aldıkları puanlar ile son 1 yılda aile sağlığı merkezleri, acil veya hastaneye gidiş sıklıkları arasında bir ilişki yoktu.

Acil servise yapılan başvurunun en sık nedeninin hastaların sağlık durumlarıyla ilgili duydukları endişeden dolayı hastane polikliniklerinde zaman kaybetmeden muayene olmak istemelerinin yer aldığı görüldü. Acil servise ulaşım kolaylığının olması ve doktor haricindeki acil servis çalışanlarının kendileriyle daha çok ilgilenmeleri gibi nedenlerin ise en az başvuru nedeni olarak belirlendi. Ayrıca çalışmamızda reçete yazdırmak amacıyla acil servise gelen bir hastanın olmadığı tespit edildi.

Çalışmamıza göre polikliniklerden sıra almakta zorlandığı için acil servise gelmeyi tercih eden hastaların kendi durumlarının acil olmadığını belirttikleri görüldü. Sağlık durumundan endişe ettiği için poliklinik yerine acil servise gelmeyi tercih eden hastaların ise gerçekte olandan daha fazla acil olduğunu belirttikleri belirlendi.

Çalışmamızda değerlendirilen hastaların büyük kısmının şikayetleri için aile hekimliğine gitmedikleri tespit edildi. Buna karşılık hastaları değerlendiren hekimler tarafından yapılan değerlendirmeye göre hastaların sorunlarının büyük kısmının aile hekimliğinde çözülebileceği görüldü.

Hastaların tıbbi değerlendirilmeleri sırasında çok az fizik muayene yapıldığı ve yarısından fazlasına herhangi bir tedavi uygulanmadığı belirlendi.

Hastaların acil servisteki tüm değerlendirmeleri sonucunda konulan tanılarının içerisinde en sık üç tanının sırasıyla kas-iskelet sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve kulak burun boğaz hastalıkları ile ilgili hastalıklar olduğu, en az ise psikiyatrik hastalık tanılarını aldıkları tespit edildi.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisi yeşil alanda değerlendirilen hastaların acil servise başvuru durumları incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun başvurularının uygunsuz olduğu tespit edildi. Çalışmamıza benzer biçimde acil servislerin uygunsuz kullanım oranlarının yüksek olduğunu bildiren literatürde birçok çalışma mevcuttur (Payza ve ark. 2020, Bozdağ 2019, Çevik ve Tekir 2014, Köse ve ark. 2011).

## **5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANMA DURUMLARI**

Çalışmamızda toplam 273 acil servis yeşil alan hastasının verileri değerlendirildi ve kadın katılımcıların sayısının erkeklerden biraz daha fazla olduğu görüldü. Literatürde çalışmamızdakine benzer şekilde kadın hastaların erkeklerden daha fazla başvurduklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ersel ve ark. 2006, Edirne ve ark. 2008, Oktay ve ark. 2003, Kılıçaslan ve ark. 2005, Pereira et al. 2001). Bunun

tersine erkek hastaların daha fazla başvuru yaptığını tespit eden çalışmaların da mevcut olduğu görüldü (Payza ve ark. 2020, Köse ve ark. 2011, Bozdağ 2019). Çalışmamızda il merkezinde kolay ulaşım olanağına sahip bir konumda olan bir hastanede yapılan araştırma olması nedeniyle kadın hastaların daha kolay ulaşım imkanına sahip olmalarının bunda etkili olduğu düşünülebilir.

Yaş ortalaması ve standart sapma değeri  $38,35 \pm 15,57$  SS olarak bulunan hastaların daha çok 18-50 yaş aralığında olduğu görüldü. Çalışmamızla uyumlu biçimde yaş aralığına sahip çalışmaların olduğu literatür araştırmalarında tespit edildi (Bozdağ 2019, Kılışarslan, Ersel ve ark. 2006). Merkezi Amerika Birleşik Devletleri olan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin 2002 yılına ait acil servise başvuran hastaların yaş ortalamasının bizim çalışmamızdakine benzer biçimde 35,6 olduğu bildirilmiştir (McCaig and Burt 2004). Yaş ortalamasına ve yaş aralığına bakıldığında daha çok çalışan kişilerden olduğu düşünülürse acil servisi kullanmalarının sebebinin mesai saatleri içerisinde aile hekimliği ya da hastane polikliniklerine gitmek için fırsat bulamamaları sebep olarak değerlendirilebilir.

Hastaların %47,2'sinin lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesinin yüksek olmasına rağmen acil servise uygunsuz başvuru yapılmış olması hastane acil servislerinin uygunsuz kullanımında eğitime rağmen doğru acil algılarının eğitimle oluşturulamadığını düşündürmektedir. Çalışmamıza benzer biçimde Payza ve ark. da 2020 yılında yaptıkları çalışmalarında hastaların aciliyet algısında yanıldıklarını ve eğitimden bağımsız olarak, uygun olmayan başvuru yaptıklarını tespit etmişlerdir. Bozdağ da (2019) acil servisi amaçları dışında kullandıklarını tespit ettikleri 412 hastada yaptıkları çalışmalarında hastaların %63,3'ünün lise ve üstü eğitim seviyesinde olduğunu ve eğitim seviyesi arttıkça acil servis kullanımının da arttığını belirtmişlerdir. Eğitim seviyesi arttıkça acil servislerin uygunsuz kullanımının da arttığını belirten başka çalışmalar da mevcuttur (Ersel ve ark. 2006, Oktay ve ark. 2003).

Çalışmamızdaki katılımcıların büyük çoğunluğu (%60,1) evli hastalardan oluşmaktadır. Bozdağ (2019) ve Ersel ve ark. da (2006) benzer biçimde evli olan hasta grubun bekar olanlardan daha fazla acil servise başvuru yaptıklarını tespit etmişlerdir. Bekar olan hastaların daha genç yaşta olmaları ve daha az sağlık

sorunları yaşıyor olmaları bu durumun nedeni olabilir. Ancak acil servislerin çok hafif şikayetlerle uygunsuz kullanım durumunu değerlendiren Shesser ve ark. (1991), A.B.D (Amerika Birleşik Devletlerde yaptıkları çalışmalarında evli ya da bekar olmanın başvuru düzeyinde fark oluşturmadığını tespit etmişlerdir.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%83,9) 2801-6000 TL gelir aralığında olup gelir düzeyi yükseldikçe acil servisin uygunsuz kullanımının azaldığı tespit edildi. Çalışmamıza benzer şekilde gelir düzeyi yükseldikçe acil servislerin uygunsuz kullanımının azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Young et al. 1991, Oktay ve ark. 2003). Bireylerin gelir düzeyinin yükselmesi özel sağlık kurumlarından hizmet almalarını kolaylaştıran önemli bir faktördür. Çalışmamıza göre katılımcıların gelir düzeyinin azlığının, acil servislere uygunsuz başvurusunun artmasına sebep olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların büyük kısmının (n:188 (%68,9)) kronik bir hastalığı olmadığı tespit edildi. Katılımcılar triyaj sonrası yeşil alan acil servise yönlendirilen hastalardan oluştuğu için ve komorbid durumları ve kronik hastalığı fazla olan hastalar triyajda diğer acil servis alanlarına yönlendirildiği için bu sonucun elde edildiği söylenebilir. Singal ve ark. da (1992) yaşlı hastaların acil servis başvurularını değerlendirdikleri çalışmalarında yaşlıların gençlere oranla daha fazla komorbid hastalıklarını olduğunu belirtmişlerdir.

Katılımcılardan il merkezinde yaşayanların ilçe merkezi veya kırsal mahallerde yaşayanlardan fazla miktarda acile başvurdukları tespit edildi. Şehir merkezlerinde bulunan acil servislere ulaşım kolaylığı olması nedeniyle bu oranların tespit edildiğini düşünüyoruz. Buesching ve ark. da (1985) çalışmamıza benzer biçimde şehir merkezine uzak semtlerde yaşayanların acil servisi kullanım oranını %1,6; şehir merkezinde yaşayanların ise %15,6 olarak belirtmişlerdir.

## **5.2. HASTALARIN SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURU DURUMLARI VE ŞİKAYETLERİNE GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI**



Çalışmamızda katılımcıların son 1 yılda acile başvuru sayılarının ortalama  $3,49 \pm 5,28$  SS olduğu görüldü. Bozdağ'ın (2019) yaptıkları çalışmalarında bu oranın 5,51 olduğu görüldü.

Katılımcıların hastalandıklarında aile sağlığı merkezleri ve hastane polikliniklerinden daha çok hastane acil servislerine (%56,8) gitmeyi tercih ettikleri belirlendi. Bozdağ (2019) yaptığı çalışmada hastaların %68,7 oranında eğitim araştırma hastanelerine, %12,7 oranında özel hastanelere, %15,9 oranında aile sağlığı merkezlerine, %2,2 oranında özel doktor muayenelerine ve %0,6 oranında tıp merkezlerine gitmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. İngiltere gibi yaygın birinci basamak hizmeti sunulan ülkelerde de hastaların %46'sının birinci basamak hekimlerine danışmadan acil servislere başvurdukları görülmüştür (Rajpar et al. 2000).

Çalışmamızda hastaların acil servise başvuru nedeni olan şikâyetlerinin en çok sindirim sisteminin, ikinci sıklıkta ise kas-iskelet sistemini ilgilendiren şikâyetlerden; en az ise psikiyatrik şikâyetlerden oluştuğu tespit edildi. Aydın ve ark. (2010) yaptıkları çalışmalarında travma öyküsü olmayan grupta en sık sindirim sistemini ilgilendiren karın ağrısı ile solunum sistemini ilgilendiren nefes darlığı şikâyetlerinin başvuru nedeni olduğunu tespit etmişlerdir. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme merkezi 2002 verilerine göre en göğüs ağrısı, karın ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri; Kılıçaslan ve ark. nın (2005) çalışmasında ise travmatik olmayan en sık şikâyetlerin göğüs ağrısı, karın ağrısı ve nefes darlığını şikâyetleri olduğu belirtilmiştir (McCaig and Burt 2004). Çalışmamızdaki hastalar yeşil alan acil servise yönlendirilen hastalardan oluştuğundan kırmızı ve sarı alan acil servis hastalarında yapılan çalışmalardan farklı olarak sindirim sistemi ve kas-iskelet sistemi şikâyetlerinin çoğunlukta olduğu görülmüştür.

### **5.3. HASTALARIN ACİL DURUMLARI VE BUNA GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI**

Çalışmamızda hastaların acil durum algıları ile hastaları değerlendiren hekimlerin belirttikleri acil durum karşılaştırıldığında hekimlerin değerlendirmesine göre

hastaların aciliyetlerinin hastaların algıladığı aciliyetten anlamlı ölçüde düşük olduğu görüldü. Hastaların aciliyet algılarının gerçekte olandan daha fazla olduğu ve kendilerini aciliyet yönünden yanlış değerlendirdikleri belirlendi. Hastaların tıbbi olarak aciliyetlerini yanlış algıladıklarına dair literatürde pekçok benzer çalışma mevcuttur. Afilalo ve ark. (1995) yaptıkları çalışmalarında acil sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımında asıl nedenin hastaların acil algısındaki yanılgılarının olduğunu belirtmişlerdir ve bu kavramın belirleyici bir standartının da bulunmadığını vurgulamışlardır. Bozdağ (2019) da çalışmasında katılımcıların %54,1'inin (n:223) şikayetinin acil olduğunu, %45,9'u (n:189) ise acil olmadığını belirttiklerini tespit etmişlerdir. Payza ve ark. (2020) çalışmalarında hastaların aciliyetlerini “%38,2'sinin (n:352) evet, %32,4'ünün (n:297) hayır, %29,4'ünün (n:270) aciliyet durumuma hekimin karar vermesi gerekir” şeklinde cevap verdiklerini belirtmişlerdir. Ersel ve ark. da (2006) çalışmamıza benzer biçimde hastaların kendi aciliyetlerini hekimlerden daha yüksek olarak algıladıklarını saptamışlardır.

Çalışmamızda hastaların başvuru şikayetlerinin aciliyet durumları ile ilgili verdikleri puanlar ile son 1 yılda acil servis, aile sağlığı merkezi ve hastane polikliniklerine başvuru sayıları arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı saptandı. Bozdağ (2019) da acil servisi uygunsuz kullandıklarını tespit ettikleri 412 hastada yaptıkları çalışmalarında hastaların aciliyetlerini algılamaları ile son 1 yılda acile geliş sıklığı arasında benzerlik tespit etmişlerdir. Bu durumun, hastaların acile geliş sıklığından bağımsız bir şekilde her türlü hastalık hallerini acil olarak algılamalarından ve Afilalo ve ark.'nın (1995) çalışmalarında belirttikleri gibi acil algısı kavramının belirleyici bir standart olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **5.4. HASTALARIN ACİL SERVİSE BAŞVURU NEDENLERİ VE BUNA GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI**

Çalışmamızda hastaların acil servise geliş nedenlerinin de belirlenmesi amaçlandı ve en fazla başvuru nedeninin hastaların sağlık durumlarıyla ilgili duydukları endişeden dolayı hastane polikliniklerinde zaman kaybetmeden muayene olmak istemelerinin

yer aldığı görüldü. Hastaların aciliyet algılarının yanlış olması kadar bu algılarından kaynaklanan sağlık endişelerinin de yanlış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülebilir. En az başvuru nedeninin ise acil servise ulaşım kolaylığı ve acil servisteki doktor haricinde görev yapan sağlık personellerinin hastayla daha fazla ilgilenmesi olduğu belirlendi. Çalışmamıza benzer biçimde Bozdağ (2019) da çalışmasında hastaların %67,7'sinin sağlık endişeleri nedeniyle poliklinikte beklemek istememeleri, acil servisteki muayenenin kısa sürmesi, acil servisteki görev yapan doktorların kendileriyle daha fazla ilgilenmesi, hastane polikliniklerine randevu almakta zorlanmaları gibi nedenlerle acil servisi tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada hastaların mesai saatleri dışında acil servislere gidebiliyor olmaları ve hastane polikliniklerinin yoğunluğundan dolayı muayene sırası bulmakta zorlanmalarının acil servislerdeki hasta yoğunluğunun en sık nedenlerinden olduğu tespit edilmiştir (Payza ve ark. 2020). Ersel ve ark. (2006) ile Sempere-Selva ve ark. (2001) ise acil servise başvuran hastaların aciliyetleri ve başvuru nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında hastaların acil serviste verilen sağlık hizmetini daha güvenilir bulmalarının en sık neden olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda hastaların hiçbirisinin reçete yazdırmak amacıyla acil servise gelmedikleri tespit edilmişken Civaner'in 1999 yılında gerçekleştirdikleri çalışmalarında acile servise başvuruda en sık nedenin hastaların ilaç reçete ettirmek istemelerinin olduğu belirtilmiştir. Bu farklı durumun 1999 yılından bu yana ülkemizdeki sağlık politikalarının değişmiş olması, aile hekimliği sisteminin yaygın ve etkin bir biçimde uygulanıyor olması ile hastaların ilaçlarını reçete ettirmek istediklerinde aile hekimlerine başvurarak bu konuda gerekli desteği alıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların aciliyet durumları ile ilgili değerlendirmelerinin acil servis tercih nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde, polikliniklerden sıra almakta zorlandığı için acil servise gelmeyi tercih eden hastalardan kendi durumlarının acil olmadığını belirtenler, acil olarak belirten hastalardan anlamlı ölçüde fazla çıkmıştır. Hastane polikliniklerinden randevu almak durumunda olan hastanın aciliyet algısının yanlış olmaması ancak sağlık hizmeti alabilmek için başka bir yol arayışıyla acil servise başvurmalarından ötürü bu sonucun elde edildiği düşünülmektedir. Sağlık durumundan endişe etmeleri nedeniyle poliklinik yerine acil servisi tercih eden

hastaların kendisini acil olarak ifade edenlerin acil olmadığını ifade edenlerden anlamlı ölçüde fazla olduğu belirlendi. Hastaların yanlış aciliyet algılarının bu sonuca ulaşmamızda ana neden olduğu söylenebilir.

## **5.5. HASTALARIN ACİL SERVİSTE DURUMLARININ SONUÇLANMASI VE BUNA GÖRE ACİL SERVİSİ UYGUNSUZ KULLANIM DURUMLARI**

Çalışmamızda hastaların şikayetleri için aile hekimliğine gidip gitmediklerini sorduk. Hastaların çok büyük kısmı şikayetleri için aile hekimliğine gitmediklerini belirttiler. Sadece ülkemizde değil yaygın birinci basamak hizmetlerinin mevcut olduğu İngiltere gibi ülkelerde de hastaların %46'sının şikayetleri nedeniyle aile hekimliği yerine acil servislere başvurduğu görülmektedir (Rajpar et al. 2000). Hem aciliyet algılarının yanlış olması hem de sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilmek adına hastaların birinci basamağa gitmek yerine acil servisleri tercih ettiği düşünülmektedir. Çalışmamız sonuçlarına göre acil serviste sağlık hizmeti veren hekimlere sorduğumuz sorunun cevabına göre de hastaların büyük kısmının sorunlarının aile hekimliğinde çözülebilecek özellikte olduğu belirlendi.

Acil servise başvuruların uygunsuz olması başvuran hastaların değerlendirilmeleri sırasında hangi işlemlerin yapıldığına göre de değerlendirilebilir. Bu amaçla çalışmamızda değerlendirilen hastalara uygulanan işlemlerde çok az fizik muayene yapıldığı ve yaklaşık yarısından fazlasına herhangi bir tedavi uygulanmadığı tespit edildi. Bir hastanenin tüm acil başvurularını değerlendirdikleri çalışmalarında Çevik ve Tekir (2014) de benzer sonuçlar tespit etmişlerdir. Çevik ve Tekir (2014), hastaların %24,34'ünün hiç müdahale edilmeyen stabil hastalardan oluştuğunu, sadece %33'ünden tetkik istendiğini ve sadece %0,5'inin acil hastalardan oluştuğunu belirtmişlerdir. Köse ve ark. (2011) da benzer çalışmalarında hastaların sadece %50'sinden tetkik istendiğini göstermişlerdir.

Çalışmamızda hastaların hiçbirisi hospitalize edilmemiştir. Köse ve ark. (2011) çalışmalarında hastaneye yatış oranının %1,4 olduğunu belirtmişlerdir. Benzer çalışmalarda acilden yapılan hastaneye yatış oranları %12-13 oranlarında olduğu

rapor edilmiştir (Ersel ve ark. 2006, Kılıçaslan ve ark. 2005, Aydın, Oktay ve ark. 2003). Çalışmamızda acil servise başvuran hastalar triyaj uygulamasından sonra yeşil alan acil servis bölümüne yönlendirilen hastalar değerlendirilirken diğer çalışmalarda kırmızı ve sarı alan acil servis bölümlerine yönlendirilen hastalar da değerlendirilmiştir.

Hastaların acil servisteki değerlendirmeleri sonucu konulan tanılarına bakıldığında en sık üç tanının sırasıyla kas-iskelet sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve kulak burun boğaz hastalıkları olduğu görüldü. Çalışmamıza benzer şekilde kas-iskelet sistemi ve kulak burun boğaz hastalıkları tanısının sıklıkla belirlendiği birçok çalışma mevcuttur (Kılıçaslan ve ark. 2005, Aydın ve ark. (2010), Edirne ve ark. (2008), Jerius et al. (2010), Backman et al. (2008)). Edirne ve ark. nın (2008) çalışmalarında en sık konulan tanının sindirim sistemi enfeksiyonları olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak Edirne ve ark. (2008) çalışmalarında erişkin hastaların yanında acil servise başvuran çocuk yaş grubundaki hastaları da değerlendirmişlerdir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisi yeşil alanda değerlendirilen hastaların acil servise başvuru durumları incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun başvurularının uygunsuz olduğu tespit edilmiştir. Hastaların aciliyet algılarının büyük ölçüde yanlış olduğu ve onları değerlendiren hekimler tarafından yapılan değerlendirmeye göre aciliyet değerlendirme puanlarının kendilerinin değerlendirdikleri gibi yüksek olmadığı görülmüştür.

Acil servise yapılan başvurunun en sık nedeninin hastaların sağlık durumlarıyla ilgili duydukları endişeden dolayı hastane polikliniklerinde zaman kaybetmeden muayene olmak istemelerinin yer aldığı ve bu hastaların gerçekte olandan daha fazla acil olduğunu belirttikleri belirlendi.

Literatürle uyumlu olarak, katılımcıların %47,6' sını erkek, %52,4'ü ise kadındı. Yaş ortalamaları ve standart sapma değerleri  $38,35 \pm 15,57$  SS şeklindeydi. Katılımcıların hastalandıklarında aile sağlığı merkezleri ve hastane polikliniklerinden daha çok hastane acil servislerine (%56,8) gitmeyi tercih ettikleri belirlendi. Hastaların çok büyük kısmı şikayetleri için aile hekimliğine gitmediklerini belirttiler.

Hastaların %47,2'sinin lise ve üstü eğitim seviyesine sahip olduğu tespit edildi. Eğitim seviyesinin yüksek olmasına rağmen acil servise uygunsuz başvuru yapılmış olduğu tespit edildi. Bu durum, sağlık okuryazarlığının, diploma seviyesinden farklı olarak değerlendirilmesi gerekliliğini vurgular.

Çalışmamıza göre evli olan hastaların bekar olan hastalardan daha fazla acil servise başvuru yaptıkları belirlendi.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%83,9) 2801-6000 TL gelir aralığında olduğu, gelir düzeyinin yükseldikçe acil servisin uygunsuz kullanımının azaldığı tespit edildi.

Kronik hastalıkları olup olmadığı ve varsa kaç adet olduğu sorgulandığında, verilen yanıtlara göre hastaların %68,9'unda hiçbir kronik hastalığı yoktu. Bir kronik hastalığı olanların oranı ise %22,3 düzeyinde idi. Bu durum, bir ya da birkaç kronik hastalığı olan hastaların ,rahatsızlıkları olduğunda triyaj esnasında, yeşil alan yerine, diğer kategorilere ayırt edildiğini düşündürdü.

Çalışmamızda hastaların başvuru şikayetlerinin aciliyet durumları ile ilgili verdikleri puanlar ile son 1 yılda acil servis, aile sağlığı merkezi ve hastane polikliniklerine başvuru sayıları arasında anlamlı bir korelasyon olmadığı saptandı.

Acil servisteki değerlendirmeler sonucu konulan tanılara bakıldığında, en sık üç tanının sırasıyla kas-iskelet sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları ve kulak burun boğaz hastalıkları olduğu görülmüştür.

Gereksiz ve önlenabilir acil servis ziyaretleri, sağlık sistemi üzerinde hem kaynaklar açısından hem de mali açıdan bir yük oluşturmaktadır. Acil servis kullanımına ilişkin kültürel olarak uygun hasta eğitimini içeren müdahaleler, bu yükü azaltma potansiyeline sahiptir. Acil servislerin uygun olmayan kullanımın sistem üzerindeki yükünü azaltmak için, sağlık hizmeti sağlayıcılarının popülasyonları uygun başvurular konusunda daha iyi eğitmelidir. Önlenabilir acil servis ziyaretleriyle ilgili sosyodemografik faktörler belirlenmeli ve hem acil serviste hem de toplumda hastaları eğitime çabaları hedeflenmelidir. Acil servisi sık kullanan hastalarda sağlığın sosyal yönünün kapsamlı bir değerlendirmesi, sağlık hizmetlerine erişimi ve kaynakların uygun kullanımı bir gerekliliktir.

Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için tüm sağlık alanları eğitim için kullanılabilir. Reklam panolarına afiş ve broşürler hazırlamak, sosyal medya ve internet haberciliğini daha yaygın olarak devlet kurumları aracılığı ile aktifleştirme gibi yöntemler çözüm için ilerleme sağlayabilir.

Acil servislere uygun olmayan başvuruların azaltılması amacına yönelik olarak, öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, bu alandaki personelin mezuniyet sonrası eğitim ile desteklenmesi, bağlı olan sağlık kurumlarının altyapı ve donanımı sağlanması, birinci ve ikinci basamak hizmetlerinin uygun sevk ve işleyiş protokolleri ile ilişkilendirilmesi ve acil servisler ile karşılıklı

geribildirimini artırılması yararlı olacaktır. Bu amaçla birinci basamak sağlık kuruluşlarıyla uyumlu bir çalışma yapılması ve hangi koşullarda acil bakım gerektirdiği hususunda eğitim planlaması hakkında koordinasyon sağlanması hususu dikkate alınmalıdır. Örneğin, Fransa'daki 'USP' denilen birinci basamak birimleri şeklinde alternatif yapılar ya da 'acil bakım klinikleri' kurularak, acil olmayan durumları olan hastaların tedavisine de hizmet edilebilir.

Toplum sağlığı birimleri, toplumun 'uygun acil servis kullanımı' konusunda eğitilmeleri ve ayrıca düzenli erişilebilir birinci basamak sağlık hizmetleri oluşturmaya yardımcı olmaları için önemli merkezlerdir. Daha başarılı çalışmalar için, yeni birimlere ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu birimlerin açılış saatlerinin acil olmayan hastaların ihtiyaçlarına göre uyarlanması, genellikle bu tip başvuru yapan hastaların demografik özelliklerinin belirlenmesi, görevli sağlık personelinin belirli teknik becerileri yerine getirilebilmesi şeklinde yeniden oryantasyon yapılmalıdır.

Alternatif araştırma stratejileri ve istatistiksel analizler içeren ek çalışmalar da yapılmalıdır. Demografik değişkenler ve sağlığın sosyal belirleyicileri, bunların acil servis kullanımı ile ilişkisini belirlemek için değerlendirilmelidir. Analiz komşu ilçelerdeki diğer hastanelerde de yapılmalı ve tüm yaş gruplarını kapsamalıdır. Yinelenen çalışmalar bulguları doğrulamaya hizmet edebilir.

COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana acil servislerin kullanımına odaklanmalıdır. Bu çalışma, pandeminin etkileri düşünüldüğünde, demografik verilere göre kullanımın nasıl değiştiğini değerlendirmek için karşılaştırmalı bir nokta olarak hizmet edebilir. Özellikle, ülkemizde hastaların acil servisleri kullanımı konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.



## KAYNAKLAR

- Adaş G, Sarvan F, Küpelioglu R. (1998). Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 4(1):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):259-264.
- Aslan Ş, Güzel Ş. (2018). Türkiye'deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*, 5(31): 4995-5002.
- Ataç A. (2011). Dr. Besim Ömer Paşa'nın Hatıra Albümü. Roche Yayınları, Ankara.
- Ateş M. (Ed), (2013). Sağlık hizmetleri yönetimi. 2. Baskı, Beta basım, İstanbul.
- Aydın T, Aydın ŞA, Köksal Ö, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *JAEM*, 9:163-8.
- Azeredo TRM, Guedes HM, Almeida RAR, Chianca TCM, Martins CA. (2015). Efficacy of the Manchester Triage System: a Systematic Review. *International Emergency Nursing*, 23(2):47-52.
- Backman AS, Blomqvist P, Lagerlund M, Carlsson-Holm E, Adami J. (2008). Characteristics of non-urgent patients: Cross-sectional study of emergency department and primary care patients. *Scandinavian journal of primary health care*, 26(3):181-7.
- Bozdağ Z. (2019). Amaç dışı acil servis kullanım nedenleri ve amaç dışı kullanımı azaltmaya ilişkin yönetsel öneriler: Çorum ili örneği. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çorum, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ö Demirel).

- Brillman JC, Doezema D, Tandberg D, Sklar DP, Davis KD, Simms S, Skipper BJ. (1996). Triage: Limitations predicting need for emergent care and hospital admission. *Ann Emerg Med*, 27(4):493-500.
- Brim C. (2008). A descriptive analysis of the non-urgent use of emergency departments. *Journal of Nursing Research*, 15(3):72-88.
- Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, Porter R. (1985). Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med*. 14(7):672-6.
- Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B, Skeldon T, Grierson R, van der Linde E, Swainand J. (2008). Revisions to the Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS) guidelines. *CJEM*, 0(2):136-42.
- Carret M, Fassa A, Domingues M. (2009). Inappropriate use off emergency services: A systematic review off prevalence and associated factors. *Cadernos deSaude publica*, 25(1):7-28.
- Christ M, Grossmann F, Winter D, Elke Platz E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*, 107(50):892–8.
- Civaner M. (1999). Bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların analizi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 9(1):3-7.
- Çelikten OS. (2016). Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi: beş yıllık analiz. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Prof. Dr. A Ak).
- Çevik C, Tekir Ö. (2014). Acil servis başvurularının tanı kodları, triyaj ve sosyo-demografik açıdan değerlendirilmesi. *Balikesir Saglik Bil Derg*, 3(2):102-7.
- Çevik C, Tekir Ö. (2014). Acil servis başvurularının tanı kodları, triyaj ve sosyo-demografik açıdan değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2):102-7.

- Demirhan N. (2003). Türkiye'de 112-İlk ve acil yardım hizmetleri ve afetlerdeki rolü. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Derlet R, Richards JR. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*, 35:63-8.
- Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R. (2011). How nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(3):333-45.
- Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. (2008). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. *Van Tıp Dergisi*, 15(4):107-111.
- Erbay H. (2017). Türkiye'de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin numarası niçin 112? Ambulans hizmetleri bağlamında bir yakın tarih araştırması. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1):28-32.
- Erenler AK, Akbulut S, Güzel M, Çetinkaya H, Karaca A, Türköz B, Baydın A. Acil Serviste Aşırı Kalabalığın Nedenleri: Bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Deneyimleri ve Önerileri. *Türk Acil Tıp Dergisi*. 2014;14(2):59-63.
- Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. *Turk J Emerg Med*, 6(1):25-35.
- Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, Sawchuk P, Thompson DA Travers DA Bonalumi N, Suter RE. (2005). Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. *J Emerg Nurs*, 31:39-50.
- Garrison FH. *An Introduction to the History of Medicine*. Fourth. Philadelphia, London: W. B. Saunders Company; 1929.
- Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research*, 10:66.

Gill J. (1994). Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not. *Ann Emerg Med*, 24:953-7.

Harris MS, Patel B, Bowen S. (2011). Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. *British Journal of General Practice*, 61(593):787–93.

Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D. (2007). Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Annals of Emergency Medicine*, 49(6):747-55.

<https://www.ccomptes.fr/fr/media/495> Erişim tarihi: 10 Eylül 2021.

Iserson KV, Moskop JC. (2007). Triage in medicine, Part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*, 49:275-281.

Janssen DF. (2021). The St. Louis Electric Ambulance Car (1893-1895). *The Journal of Emergency Medicine*, pp:1-4.

Jerius M, El-Salim A, Tarawneh M, Habashneh M. (2010). Inappropriate utilization of emergency medical services at Prince Ali Military Hospital. *Journal of the Royal Medical Services*, 17:32-5.

Jimenez JG, Murray MJ, Beveridge, R, Pons JP, Cortes EA, Garriqos JB, Ferre MB. (2003). Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale in the Principality of Andorra: Can triage parameters serve as emergency department quality indicators? *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 5(5):315-322.

Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. (2005). Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(1):5-13.

Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F. (2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Derg*, 17(2): 57-62.

- Lounsbury DE. Military Medical Ethics. In: Pellegrino ED, Hartle AE, Textbooks of Military Medicine. Vol 1. Washington: TMM Publications; 2003, p:1-127.
- McCaig LF, Burt CW. (2004). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2002 emergency department summary. *Adv Data*, 18:1-34.
- McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. (2011). Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. *NC Med J*, 72(4):265-71.
- MEB (An educational material in Turkish). Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. 720S00013 ed. Ankara; 2011.
- Melby V, Ryan A. (2005). Caring for older people in prehospital emergency care: can nurses make a difference? *Journal of clinical nursing*, 14(9):1141-50.
- Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP. (2006). Reducing frequent flyer emergency department visits. *Johns Hopkins University Press*, 17(1):59-69.
- Morton LT, Moore RJ. (1997). *A Chronology of Medicine and Related Sciences*. Ashgate Publishing Company, Aldershot.
- Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A. (2003). Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croat Med J*, 44(5):585-91.
- Orkun N, Eşer İ, Çelik GG. (2017). Acil hemşireliği tarihi. *Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu dergisi*, 5(1):16-25.
- Payza U, Karakaya Z, Topal FE. (2020). Çözümlenemeyen bir halk sağlığı sorunu; acil servislerin uygunsuz kullanımı ve hastaların bakış açıları. *CBU-SBED*, 7(3): 251-6.
- Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, Angélico V, Fonseca L, Loureiro E, Barroso S, Machado A, Soares M da Costa AB de Freitas AF. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Ann Emerg Med*, 37:580-6.

- Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. (2000). Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*, 17:18-21.
- Rajpar SF, Smith MA, Cooke MW. Study of choice between accident and emergency departments and general practice centres for out of hours primary care problems. *J Accid Emerg Med*, 17:18–21.
- Sakr M, Wardrope J. (2000). Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution. *J Accid Emerg Med*, 17(5):314-9.
- Schumacher JR, Hall AG, Davis TC, Arnold CL, Bennett RD, Wolf MS, Carden DL. (2013). Potentially preventable use of emergency services the role of low health literacy. *Med Care*, 51: 654–8.
- Sempere-Selva T, Peiró S, Sendra-Pina P, Martínez-Espín C, López-Aguilera I. (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons—an approach with explicit criteria. *Ann Emerg Med*, 37(6):568-79.
- Shesser R, Kirsch T, Smith J, Hirsch R. (1991). An analysis of emergency department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med*, 20:743–8.
- Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, Tess M Hogan TM. (1992). Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med*, 21:802-7.
- Skandalakis PN, Lainas P, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. “To afford the wounded speedy assistance”: Dominique Jean Larrey and Napoleon. In: *World Journal of Surgery*. Vol 30; 2006, p:1392-9.
- Soysal S, Karcioğlu Ö, Topaloğlu H. (2003). Emergency medical, prehospital care. *Cerrahpaşa J Med*, 34:51-2. Şen J, Büyükcım F, Akpınar Ş, Karakılıç E. (2013). The vacancies and preferability of emergency medicine training in recent years in Turkey. *JAEM*, 12:180-4.

- Şimşek DÖ. (2018). Triaaj sistemlerine genel bakış ve türkiye’de acil servis başvurularını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile belirlenmesi. Sosyal Güvence Dergisi, 7(13):84-115.
- Şimşek P, Gürsoy A. (2015). Acil servislerin acil sorunu: uygunsuz kullanım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(4):312-7
- T.C. Resmî Gazete, Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 16 Ekim 2009, Sayı:27378.
- T.C. Resmî Gazete, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 20 Şubat 2018, Sayı: 30338.
- T.C. Resmî Gazete, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 11 Mayıs 2000, Sayı:24046.
- Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. (2010). Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience. J Formos Med Assoc, 109(7):533–42.
- Van GR, Delooz H, Sermeus W. (2001). Systematic triage in the emergency department using Australian National Triage Scale: A pilot project. European Journal of Emergency Medicine, 8(1):3-7.
- Williams CA, Haffizulla F. (2021). Factors associated with avoidable emergency department visits in broward county, Florida. Cureus 13(6): e15593.
- Williams RM. (1996). Triaaj ve acil servis hizmetler yıllıkları. Acil Tıp, 27(4):506-8.
- Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. (1996). Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. JAMA, 276:460-5.
- Zimmermann PG, Herr R. (2006). Triage nursing secrets. Mosby Elsevier, St. Louis.

## EK1. ETİK KURUL ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 14.07.2021-45406



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-45406-394  
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru  
Dosyası Hk.

14.07.2021

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 05.07.2021 tarihli 394 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "Uygun Olmayan Acil Servis Başvurularının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Süleyman KALELİ  
Etik Kurulu Başkanı V.

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı İle Aynıdır.  
14...107.2021

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Dijitalizasyon Kodu : BSM55KV7MB Pin Kodu : 95172

Belge Takip Adresi : <https://bakije.gov.tr/ebf/ek-5783&eD-BSM55KV7MB&eS-45406>

Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk,

Adapazarı/Sakarya

Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629

e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik A&:www.tip.sakarya.edu.tr

Bilgi için: Yücel Demir

Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu



Telefon No: 2953129



## EK2. ANKET

### ANKET FORMU

Değerli katılımcı,  
Bu araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Acil Tıp Anabilim Dalları tarafından acil servis hizmetlerinin daha verimli sürdürülebilmesi için sizin görüşlerinizi ve acil servis başvuru deneyimlerinizi öğrenmek amacıyla yürütülmektedir. Bizimle paylaşacağınız görüşlerinize dayanarak acile servise gereksiz başvuruların olup olmadığını, varsa nedenleri belirlemeyi umuyoruz. Eğer katılmayı kabul ederseniz verdiğiniz bilgiler araştırmanın bilimsel amacı dışında kullanılmayacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır. Tüm sorulara yanıtmanız ve içten yanıtlar vermeniz araştırma verilerinin güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz.  
Araştırma ekibi

Yaş:	Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Meslek:							
Eğitim Durumu:	Çalışma Durumunuz?	Medeni durumunuz?	Tanı konmuş bir kronik hastalığınız var mı?						
<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> Çalışmıyorum	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Hayır						
<input type="checkbox"/> Okuryazar	<input type="checkbox"/> Özel sektör	<input type="checkbox"/> Bekâr	<input type="checkbox"/> Evet:						
<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Kamu	<input type="checkbox"/> Eşi vefat	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Astım						
<input type="checkbox"/> Ortaokul	<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz)	<input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Kalp Yetmezliği						
<input type="checkbox"/> Lise		<input type="checkbox"/> KOAH	<input type="checkbox"/> Diğer:						
<input type="checkbox"/> Üniversite ve üstü									
Ailenizin aylık toplam geliri düzeyi tahminen ne kadardır?									
<input type="checkbox"/> 2.800TL veya altı	<input type="checkbox"/> 2.801-6.000TL	<input type="checkbox"/> 6.001-10.000TL	<input type="checkbox"/> 10.001TL veya üstü						
Yaşadığınız yer									
<input type="checkbox"/> İl Merkezi	<input type="checkbox"/> İlçe	<input type="checkbox"/> İlçe merkezi dışındaki kırsal mahalle							
Son bir yılda kaç kez acil servise başvurduunuz? : .....									
Son bir yılda kaç kez Aile Sağlığı Merkezine (Aile Hekimine) başvurduunuz? : .....									
Son bir yılda kaç kez hastane polikliniğine başvurduunuz? : .....									
Hastalandığınızda ilk başvuru noktası olarak nereyi tercih edersiniz?	<input type="checkbox"/> Aile Hekimi	<input type="checkbox"/> Acil Servis	<input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Diğer:						
Bugün acil servise başvuru şikâyetleriniz nedir? : .....									
Bugünkü şikâyetiniz için aile hekiminize başvurduunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır									
Şikâyetinizin aciliyet durumunu 1'den 10'a kadar puanlarsanız kaç puan verirsiniz? (1: hiç acil değil-10: çok acil)									
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

<b>ACİL SERVİSİ TERCİH ETME nedenleriniz nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)</b>
<input type="checkbox"/> Acilde muayene olmak daha az zaman alıyor
<input type="checkbox"/> Yatış işlemleri daha kolay ve hızlı oluyor
<input type="checkbox"/> Normal polikliniklerde muayene ve randevu imkânı bulamıyorum
<input type="checkbox"/> Polikliniklerde muayene sırası olmadığı için tavsiye üzerine geldim
<input type="checkbox"/> Poliklinik muayenesi sonrası doktor tarafından bazı işlemler için acile yönlendirildim
<input type="checkbox"/> Sağlık durumumdan endişe edip, poliklinikte muayene için beklemek istemediğimden acili tercih ettim
<input type="checkbox"/> Acildeki doktorlar benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim
<input type="checkbox"/> Acildeki diğer sağlık personeli benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim
<input type="checkbox"/> İlaç yazdırmak için acile geldim
<input type="checkbox"/> Diğer belirtiniz:

<b>Hastanın aciliyet durumunu 1'den 10'a kadar puanlarsanız kaç puan veriniz? (10 puan çok acil)</b>					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10					
Sizce hastalığınız aile sağlığı merkezlerinde çözümlenebilir mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır					
Hastaya yapılan uygulamalar	<input type="checkbox"/> Muayene	<input type="checkbox"/> Tetkik	<input type="checkbox"/> Tedavi	<input type="checkbox"/> Reçete	<input type="checkbox"/> Diğer:
Hastanın son tanısı:					
Sonlanım: <input type="checkbox"/> Taburcu <input type="checkbox"/> Yatış					