

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**MALATYA TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ERİŞKİN ACİL
SERVİSİ'NE 2007 YILINDA BAŞVURAN HASTALARIN
EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mustafa YILMAZ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Metin GENÇ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başk. V.**

MALATYA – 2007

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**MALATYA TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ERİŞKİN ACİL
SERVİSİ'NE 2007 YILINDA BAŞVURAN HASTALARIN
EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Mustafa YILMAZ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Metin GENÇ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başk.V.**

MALATYA – 2007

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar.....	iii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
3. GEREÇ VE YONTEM.....	16
4. BULGULAR	
4.1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi.....	21
4.2. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre Göre İncelenmesi	22
4.3.Hastaların Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre İncelenmesi.....	22
4.4. Hastaların Başvurularının Aylara Göre Göre İncelenmesi	23
4.5. Hastaların Başvuru Günlerine Göre İncelenmesi	23
4.6. Hastaların Daha Önce Hastanemiz Acil Servisine Başvurularına Göre İncelenmesi.	24
4.7. Hastaların Geliş Saatlerine Göre İncelenmesi.....	25
4.8. Hastaların Geliş Yerlerine Göre İncelenmesi	26
4.9. Hastaların Gönderiliş Şekillerine Göre İncelenmesi.....	26
4.10. Hastaların Hastaneye Geliş Şekillerinin İncelenmesi.....	27
4.11. Hastaların Başvuru Şikayetlerine Göre İncelenmesi.....	28
4.12. Hastaların Önceki Hastalıklarının İncelenmesi.....	30
4.13. Hastaların Mesleklerinin Uluslar Arası Meslek Kodlarına Göre İncelenmesi	30
4.14. Acil Serviste Diğer Bölümlerden İstenen Konsültasyonların İncelenmesi.....	31
4.15. Hastalardan İstenen İleri Radyolojik Tetkiklerin İncelenmesi	32
4.16. Hastaların Acil Serviste Bekleme Sürelerinin İncelenmesi.....	32
4.17. Acil Servise Başvuran Acil Olmayan Başvuruların Nedenlerinin İncelenmesi.....	34
4.18. Hastaların Acil Servisteki Değerlendirilmelerin Sonrasında Alınan Kararların Akıbetlerinin İncelenmesi	35
4.19. Acil Servisten Yatırılan Hastaların Servislerine Göre İncelenmesi... ..	36
4.20.Yatırılan Hastaların Hastanedeki Yatış Sürelerine Göre İncelenmesi37	

4.21.Yatan Hastalara Uygulanan Tedavi Şekillerinin İncelenmesi.....	37
4.22.Acil Servisten Yatırılan Hastaların Ön Tanı Ve ICD-10 Tanı Kodlarının İncelenmesi	38
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
7. ÖZET.....	47
8. SUMMARY.....	48
9. KAYNAKLAR.....	49
10. EKLER	
10.1 Anket Formu.....	52
10.2 Etik Kurul İzni.....	54
10.3 ICD-10 Tanı Kodu İle Girilmiş Hasta Tanılarının İncelenmesi.....	55-63

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo açıklaması	Sayfa
1.	Triaj kategorilerinin tanımı ve örnekler	8
2.	Hızlı acil kriterleri	10
3.	Acil servise gelen yıllık hasta sayısına göre bulunması gereken hekim sayıları	12
4.	Bir hastane acil servisi için uygun olabilecek hemşire yatak sayıları	12
5.	Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı	21
6.	Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı	22
7.	Hastaların bağlı buldukları sosyal güvenlik kuruluşlarına göre dağılımı	22
8.	Hastaların başvurularının aylara göre dağılımı	23
9.	Hastaların başvuru günlerine göre dağılımı	23
10.	Daha önce hastanemiz acil servisine başvuranların geliş sıklıkları	24
11.	Hastaların geliş saatlerine göre dağılımı	25
12.	Hastaların geliş yerlerine göre dağılımı	26
13.	Hastaların gönderiliş şekillerine göre dağılımları	26
14.	Hastaların hastaneye geliş şekillerine göre dağılımları	27
15.	Hastaların başvuru esnasındaki şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı	28 29
16.	Hastaların önceki bazı önemli hastalıklarının tanılarına göre dağılımı	30
17.	Hastaların mesleklerinin Uluslararası Meslek Kodlarına (ISCO 88) göre dağılımı.	30
18.	Konsültasyonların servislere göre dağılımları	31
19.	Hastalara istenen ileri radyolojik tetkiklerin görüntüleme tekniklerine göre dağılımları	32
20.	Acil olan ve olmayan hastaların acil serviste bekleme sürelerinin dağılımı	32
21.	Hastaların bekleme sürelerinin yatırılmayan ve yatırılanlara göre dağılımı	33

22	Kadın Doğum veya Kardiyolojiye yatanlar, diğer servislere yatan hastalar ve yatmayan hastaların bekleme sürelerinin dağılımı	33
23	Varyans analizi tablosu	34
24	Acil servise acil olmayan başvuru nedenlerinin dağılımı	34
25	Hastaların Acil Servisteki akıbetlerine göre dağılımları	35
26	Yatırılan hastaların servislere göre dağılımları	36
27	Servislere yatırılan hastaların hastanede yatış sürelerine göre dağılımları	37
28	Yatan hastalara uygulanan tedavi durumlarına göre dağılımları.	37
29	ICD-10 Tanı kodlama sistemine göre tanıların gruplar halinde dağılımı	38
30	(A)1 1 tanı kodu ile girilmiş çeşitli enfeksiyöz ve parazitik hastalıklara göre hasta tanılarının dağılımı	55
31	(B) 2 tanı kodu ile girilmiş viral enfeksiyonlar	55
32	(C)3 tanı kodu ile girilmiş tümörler	56
33	(D)4 tanı kodu ile girilmiş kan ve immünite hastalıkları	56
34	(E)5 tanı kodu ile girilmiş endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar	57
35	(F)6 tanı kodu ile girilmiş mental ve davranışsal bozukluklar	57
36	(G)7 tanı kodu ile girilmiş nörolojik hastalıklar	57
37	(H)8 tanı kodu ile girilmiş göz ve kulak burun boğaz hastalıkları	58
38	(I)9 tanı kodu ile girilmiş dolaşım sistemi hastalıkları	58
39	(J)10 tanı kodu ile girilmiş solunum sistemi hastalıkları	58
40	(K)11 tanı kodu ile girilmiş sindirim sistemi hastalıkları	59
41	(L)12 tanı kodu ile girilmiş deri ve derialtı dokunun hastalıkları	59
42	(M)13 tanı kodu ile girilmiş kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	59
43	(N)14 tanı kodu ile girilmiş genitoüriner sistemin hastalıkları	60
44	(O)15 tanı kodu ile girilmiş gebelik, doğum, ve puerperal dönem hastalıkları	60
45	(P)16 tanı kodu ile girilmiş perinatal döneme ait belirli durumlar	60

46	(P)17 tanı kodu ile girilmiş konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri	61
47	(R)18 tanı kodu ile girilmiş semptomlar, bulgular ve anormal klinik ve laboratuvar sonuçları	61
48	(S)19 tanı kodu ile girilmiş harici nedenlere bağlı yaralanma	61
49	(T)20 tanı kodu ile girilmiş zehirlenme ve diğer belirli sonuçlar	62
50	(V)21 tanı kodu ile girilmiş araç kazaları	62
51	(W)22 tanı kodu ile girilmiş kaza yaralanmalarının diğer dış nedenleri ve düşme	62
52	(X)23 tanı kodu ile girilmiş zehirlenmeler veya diğer nedenler	63
53	(Y)24 tanı kodu ile girilmiş saldırılar	63
54	(Z)25 tanı kodu ile girilmiş diğer nedenler (diğer tıbbi sorunlar)	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servisler, aniden hastalanan ya da yaralananların ilk başvurdukları ve sorgusuz olarak yardım aldıkları yerlerdir. Özellikle aniden ölüme neden olan hastalıkların tanı ve tedavileri yapılarak, toplumda ölüm ve sakatlık oranlarının azaltılmasında önemli bir görev üstlenirler. Bu nedenle acil servisler hastanelerin vitrini ve en önemli bölümüdür. İnsanların tüm hastane hakkındaki düşünceleri, temel olarak acil servise başvurularında almış oldukları hizmete ve acil servis içindeki geçirmiş oldukları zamana büyük ölçüde bağlıdır.

Tüm dünyada, acil servisler başvuran hastalar için kesintisiz hizmet sunmakla birlikte acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla tedavileri için acil servisleri tercih etmektedirler.¹ Acil servise gelen bu hastaların başvurularının acil bakım yönünden uygunluğunu değerlendiren birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalarda, acil olmayan olguların acil servislere başvurma oranları farklı bulunmuştur.¹⁻² Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde Andrulis ve arkadaşlarının yaptığı bir değerlendirme, ülkedeki acil servislere aşırı bir hasta yoğunluğu olduğunu ve bu yoğunluğun sağlık hizmetlerinde aksaklıklara yol açtığını ifade etmektedir.³ Bu durum hastaların acil servislere daha uzun süre beklemelerine, ciddi hastaların tedavilerinin gecikmesine, hasta memnuniyetinin azalmasına, acil serviste çalışan personellerin daha fazla yorulmalarına, hizmet kalitesinde düşüşe, güvenlik problemlerine ve verim düşüklüğüne yol açmaktadır.^{1,4,5}

Türkiye'de halen hizmet vermekte olan yaklaşık bin civarında acil servis birimi mevcuttur.⁶ Bu ünitelerin çoğunda yeterli personel ve iyi bir kayıt sistemi olamaması nedeni ile yıllık hasta kapasiteleri ve hasta nitelikleri hakkında sağlıklı veriler elde edilememektedir. Bu aksaklığı giderebilmek ve uluslar arası alanda kabul edilebilir bir veri tabanına sahip olmak için birkaç üniversite acil servisinde olduğu gibi, hastanemiz acil servisinde de bu çalışmadan sonra 01/07/2007 tarihinde International Classification of the Diseases (ICD) kodlama sistemine geçilmiş ve özel bir bilgisayar programı hazırlanarak hasta verileri tam otomasyonlu bilgisayar sistemine girilmeye başlanmıştır. Bu sistem, kayıtlarda eksiklikleri giderecek ve istatistiki verilerin değerlendirilmelerini kolaylaştıracaktır.

Tüm dünyada acil tıp hizmetlerinin ayrı bir klinik tıp uygulaması haline gelmesi diğer alanlara göre henüz yeni sayılmaktadır. Bu alanda özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Japonya ve İngiltere gibi ülkeler öncü konumdadırlar.⁷ Ülkemizde ise acil tıp hizmetleri daha yeni olup, henüz ülke genelinde yapılanma çalışmaları devam etmektedir.⁸

Bu çalışmanın amacı; Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisi'ne başvuran erişkin ve travmalı çocuk hastaların epidemiyolojik bilgilerini ve mevcut tıbbi durumlarını tespit ederek acil servis hizmetlerinin ileriye dönük planlamasının yapılmasına ve böylece daha hızlı, daha etkili, daha verimli acil servis sağlık hizmetlerinin sunulmasına katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp ve Tanımı

Acil Tıp, acil bir hastalık ve yaralanma durumunun tanısı, tedavisi ve gerektiğinde ileri destek ve tedavi için yönlendirilmesi, ölüm veya sakatlıktan korumak için gerekli olan hızlı karar verme ve girişimleri içerir. Aslında acil tıp hizmeti hastalanma ve yaralanma olduğu zaman ve çevreden başlayıp, hastaların nakli, acil servis içindeki müdahale ve sonrasında hastanın taburcu edilmesi veya diğer bir bölüme devredilmesine kadar olan süreçteki hizmetlerin tamamını kapsamaktadır. Bu tıbbi hizmet eğitilmiş hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personelleri tarafından bir ekip halinde uygulanır. Acil servise başvuran hasta sayısı sınırlanmaz ve hastalar her türlü fiziksel veya davranışsal rahatsızlık ile başvurabilirler. Acil tıp özellikle hastanelerin acil servislerinde uygulanır. Ancak acil tıp görevlilerinin felaket ve afet durumlarında da önemli sorumlulukları bulunmaktadır.^{9,10}

Bu hizmetin kalitesini arttırmak ve uluslararası alanda ortak tutum içinde olabilmek için acil tıbbın öncülüğünü yapan ülkelerde acil tıp uygulamaları için çeşitli tanımlar ve kılavuzlar hazırlanmaktadır.

American College of Emergency Physicians'a göre acil tıp hizmeti:

- a. Toplumun her bireyi için ulaşılabilir olmalı,
- b. Hastane öncesi, acil servis ve diğer yataklı tedavi bölümlerindeki hizmetler arasında tam ve kesintisiz bir işbirliği olmalı,
- c. Hasta değerlendirilmesi ve tedavisi en uygun ve en kısa sürede yapılmalı,
- d. Hastaların tanı ve tedavileri için gerekli tüm donanımlar acil servis içinde bulunmalı,
- e. Acil bakım hizmetlerinin asıl unsurlarından olan hekim, hemşire ve yardımcı tıbbi personelin iyi eğitilmiş, birbirleri ve diğer bölüm personelleri arasında uyumlu bir iş bölümü olmalıdır.

Ayrıca;

- f. Zaman çok önemli bir unsur olup, zamanı uygun kullanmak acil bir durumu önleyebilir veya hayat kurtarabilir,
- g. Acil servisler günün 24 saati kesintisiz hizmet verirler,
- h. Her tıbbi acil, önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama olmak üzere 4 ana unsuru içerir,
- i. Bir yaralanma veya diğer acil tıbbi problemde sonraki ilk dakikalar en önemli zaman dilimidir, buradaki hassas nokta, ne yapacağını bilmek, sakin kalmak ve gerekli olanı yapmaktır.
- j. Özellikle hastane öncesi dönemde ciddi acil hastalık ve yaralı hastaların yönetiminde acil tıbbi yardım hattını (112) aramak en önemli işlerden biridir.⁵

2.2. Dünyadaki Acil Tıp Sistemleri

Dünyada acil tıp hizmetleri iki temel sistem üzerinden yürütülmektedir. Anglo-Amerikan sistemi ve Fransız-Alman sistemi.

Anglo-American sisteminde hastane öncesi bakım paramedik ve acil tıp teknikerleri gibi bu alanda yetişmiş personel tarafından sağlanır. Bu personel sahada hastanın hastane öncesi bakımını sağlamak ve sahadan acil servise kadar

güvenli bir biçimde taşınmasından sorumludur. Bu sistemde acil tıp özel bir eğitim programına göre, ayrı bir uzmanlık dalı olarak benimsenmiştir; Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Kanada, Avustralya ve Hong Kong'da en iyi şekilde hizmet vermektedir. Kore, Ürdün, Türkiye, Estonya, Çin, Tayvan, Barbados, Kostarika, Bosna ve Nikaragua da acil tıp uzmanlık eğitimi başlamıştır.^{5,7}

Fransız-Alman sisteminin asıl özelliği, hastane öncesi bakımın hekim tarafından yapılmasıdır. Hastaya ilk müdahalede bulunduktan sonra hastaneye taşımak yerine, hastaneyi hastaya götürerek yerinde tüm müdahaleyi uygulamak ve hastaneye yatışı gerekenleri taşımak sistemi benimsenmiştir. Acil servislerde genellikle anestezi uzmanları ile beraber, onların denetiminde görev yapan uyum eğitimi verilmiş pratisyen hekimler çalışmaktadır. Bu sistem daha çok personelin ve aracın istihdamını gerektirmektedir. Almanya, Fransa, Avusturya, Rusya, Ukrayna, Estonya, Slovenya, Polonya, İskoçya, İtalya, Macaristan ve Hırvatistan'da hastane öncesi bakım hekimler tarafından verilmektedir.⁹

2.3. Gerçek Acil

American College of Emergency Physicians (ACEP) 1982 yılında gerçek acili şu şekilde tanımlamıştır; orta düzeyde sağlık ve tıp bilgisine sahip bir hastanın, daha önceden beklenmeyen bir rahatsızlığının gelişmesi sonucunda, kendisine hızlı bir şekilde tıbbi bakım gerektiğine karar vererek, bir acil servise başvuru yapması durumudur. American College of Emergency Physicians' in tanımına göre aciliyet hasta tarafından belirlenir; herkesin acil tıbbi bakım almaya hakkı vardır. Acil hekimleri, acil servislerinde bakım arayan tüm hastaları değerlendirmek ve gerekli ise ilk tedavisini yapmakla sorumludur.

Acil servis hizmeti, değerlendirme önceliğinin belirlenmesi amacı ile uygulanan triaj ile başlar. Tek başına triaj değerlendirmesi, acil servis değerlendirmesinin yerine geçmez. Acil hekimi hastanın gerçek acil bir problemi olduğunu belirlerse, hasta acil servisten taburcu oluncaya, yatırılıncaya veya başka bir hekimin sorumluluğuna devredinceye kadar uygun tedaviye başlamak zorundadır. Eğer acil hekimi hastanın gerçek acil bir problemi olmadığını

düşünürse, uygun tedaviyi başlamak veya başka bir hekime yönlendirerek, hastaya karşı olan yükümlülüğünü yerine getirmelidir.¹⁰

Bazı hastalar, acil servis dışındaki bölümlerde daha uygun tedavi edilebilirler. Acil hekimleri acil serviste hangi bakımın daha iyi sağlandığını ve diğer servislerde hangi bakımın daha güvenle verildiğini tarif etmelidir. Acil hekimleri, halkı acil tıbbi bakıma uygun başvuru için eğitmelidir.¹⁰

American College of Emergency Physicians' a göre, tıbbi anlamda gerçek acil aşağıdaki durumlardan oluşmaktadır;

1. Hastanın 24 saat içinde bir hastane veya hemşire bakım evine yatmasını gerektiren herhangi bir durum,
2. Akut (72 saatten daha az) yaralanmanın değerlendirilmesi veya takibi,
3. Akut veya ciddi ağrının azaltılması, rahatlatılması,
4. Akut enfeksiyonun araştırılması veya tedavisi,
5. Halk sağlığının korunması,
6. Doğumla ilgili problemler veya doğum,
7. Kanama veya kanama tehdidi,
8. Kişinin eğer önlenmezse, kalıcı veya geçici fizik veya psikolojik olarak zarar görmesine neden olabilecek, şüpheli kötüye kullanım veya ihmalinin araştırılması ve tedavisi,
9. Şok veya olası şok tehdidi,
10. Bilinç, solunum, dolaşım, boşaltım hareket veya duyu organları gibi hayati fonksiyonların kötüleşmesi veya kötüleşmesi tehdidi,
11. Kendisi veya başkalarının güvenliği için belirgin tehlike oluşturan akli bir hastalık nedeniyle acı çeken bir hastanın tedavisi,
12. Yeni doğanın uygun bir girişimle en iyi şekilde düzeltilebilecek doğumsal bozukluklar,
13. Olası kötüleşmeden, sakatlıktan veya ölümden korunmak için hızlı tıbbi dikkat gerektiren, hastanın hekimi veya kendisinin psikolojik iyiliği için tehdit oluşturan bir durumu gösteren, her türlü ani ve/veya ciddi belirtiler.¹⁰

2.4. Triaj Tanımı ve Acil Servislerde Triaj

Seçmek, ayıklamak, sınıflandırmak anlamına gelen 'traj', Fransızca'daki 'trier' kelimesinden köken almaktadır. Tıbbi alanda ilk kez Napolyon savaşlarında, yetersiz sayıdaki sağlık kaynakları nedeni ile ciddi şekilde yaralanmış askerleri ölüme bırakarak ve daha hafif yaralı olanlara müdahale ederek yeniden savaş alanlarına geri dönmelerini sağlamak için uygulanmıştır.

Triaj sistemlerinin günümüzdeki amacı ise, başvuru anında hastaları hemen değerlendirip, yakınmalarına ve başvuru şekillerine göre, acil bakımın önceliğini belirlemek ve sınıflandırmak, hastaların güvenliğini ve acil serviste daha hızlı bir şekilde değerlendirilmelerini sağlamaktır. Etkili triaj sistemi hastanın bekleme süresini kısaltmaya ve hekim tarafından değerlendirilmeden ayrılan hastaların sayısını azaltmaya yönelik olmalıdır.¹⁰

2.4.1. Acil Servislerde Triaj

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki acil servislerde birkaç çeşit triaj sistemi kullanılmaktadır. Triaj bölümünde hastalar, 'çok acil', 'acil' veya 'acil olmayan' şeklinde ayrılırlar (Tablo1).

Genel olarak 'çok acil problemler' acil olarak hayatı tehdit eden durumları, 'acil problemler' oldukça kısa süre içinde tedavisi gereken durumları, 'acil olmayan durumlar' ise tedavide gecikme olması halinde dahi zararlı olmayacak durumları içermektedir. Triaj sınıflandırmalarına dayalı olarak hastalar acil bakım için uygun alanlara alınır ya da hasta kayıtları için bekletilebilirler¹⁰.

Tablo 1. Triaaj kategorilerinin tanımı ve örnekler

TRIAJ KATEGORİSİ	TANIM	ÖRNEK
Çok acil	Ani ve potansiyel olarak hayatı veya ekstremiteyi tehdit eden, ölüm veya artmış sakatlanmadan korunmak için, acil değerlendirme veya tedavi gerektiren yakınma, hayati bulgular, hastalık veya yaralanma	Kardiyopulmoner arrest, solunum sıkıntısı, anafilaksi, koma, havayolu tıkanıklıkları, kontrol edilemeyen kanama, şok, çoklu yaralanma, zehirli madde alımı, ciddi ağrılı durumlar, doğum, ateşli çocuk
Acil	Ani ve potansiyel olarak hayatı veya ekstremiteyi tehdit eden, ölüm veya artmış sakatlanmadan korunmak için, birkaç saat içinde değerlendirme veya tedavi gerektiren yakınma, hayati bulgular, hastalık veya yaralanma	Karın ağrısı, çoklu veya açık kırıklar, kalça veya uzun kemik kırıkları, böbrek taşlar, orta derece yanıklar, kesiler, ciddi baş ağrısı, yutma zorluğu ile beraber olan boğaz ağrısı
Acil olmayan	Subakut veya kronik, hayatı veya ekstremiteyi tehdit etmeyen, artmış sakatlanmadan korunmak için 24 saat içinde değerlendirme ve yaklaşım gerektirmeyen yakınma, hayati bulgular, hastalık veya yaralanma	Döküntü, kronik baş ağrısı, burkulmalar, soğuk algınlığı belirtileri, vajinal akıntı, yara bakımı , dikiş alımı, kronik eklem ağrısı, anafilaksi oluşturmeyen böcek ısırıkları, hafif kulak ağrısı, hafif izole ekstremite yaralanması

Kılıçaslan O. Acil Servislerde Bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Hastalarının bir yıllık incelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 2002, Antalya.

2.4.2. Profesyonel Olmayan Triaaj

Sekreter veya yazıcı hastayı gören ilk kişidir. Bu tip sistemde hekimlerin yazdığı protokoller ve algoritmeler, triajda yol gösterici olarak kullanılır. Sekreter hekim veya hemşireden hastayı değerlendirmek için bir istekte bulunmadıkça, kayıt işlemleri tamamlanıncaya kadar hiçbir tıbbi değerlendirme yapılmaz. Algoritmeler, hastanın bakımında bir gecikme oluşturmayacak ve zarar görmesine yol açmayacak şekilde düzenlenmelidir.¹⁰ Berman ve arkadaşlarının bilgisayarlar da oluşturulmuş algoritmeler ile triajı değerlendirdikleri bir çalışmada, 58,282 vakanın

sadece %1.2'sinin triajında hata olduğunu, daha önceden çok az tıbbi eğitimi olan ve toplam 16 saat triaj eğitimi verilen personelle yapılan bu triajın, etkili, güvenli ve hızlı bir yöntem olduğu belirtilmiştir.¹¹

2.4.3. Temel Triaj / İleri Triaj

Temel ve ileri triaj sistemlerinde acil servis triajı, ön lisans mezunu hemşireler ve yüksek hemşireler tarafından yapılır. Temel triaj sisteminde sınırlı bir hikaye alınır ve hayati bulgular dahil fizik muayene yapılır. Hastanın kullandığı ilaçlar ve ilaç allerjileri sorulur. İleri triaj sisteminde temel triaj sistemine ek olarak, yüksek hemşireler bazı tanısal testleri (örneğin; X-ray, kan tetkikleri ve idrar tetkikleri gibi) isterler. Daha sonra hastalar acil durumlarına göre uygun bakım alanlarına alınırlar veya acil servis hekiminin muayenesi için bekletilirler.¹⁰

2.4.4. Hekim Triajı

Hekim triajı ve takım triajında, hekim tek başına veya hemşire ile beraber triaj değerlendirmesini yapar. Bu sistemde basit problemler (örneğin; otitis media, sütür alımı gibi) hızla tedavi edilir ve hasta triaj alanından taburcu edilir. Ancak hekimin triajda çalışmasının yüksek maliyeti genellikle bu sistem için engelleyicidir.¹⁰

2.5. Hızlı Acil

Acil servisler ciddi yakınmaları olmayan hastaların başvuruları nedeni ile, sağlık hizmeti veren diğer klinikler ile aynı düzeyde hizmet sunmaya yönelik baskı altındadırlar. Daha uzun bekleme süreleri ve acil servis ücretlerindeki fazlalık Amerika Birleşik Devlet'lerinde acil olmayan hastalar için bir engeldir. Birçok hastane minör yakınması veya yaralanması olan hastalar için hızlı acil (fast-track) veya acil bakım (urgent care) denilen ve genellikle 4-10 odadan oluşan, acil servisten farklı bir alanda hastalara hizmet vermektedirler.¹⁰ Bu birimlerin kuruluş amacı hafif olgulara da öncelik tanımadır. Hızlı acil birimlerinde değerlendirilebilecek hastaların, hafif yakınmaları için oluşturulmuş örnek bir liste

Tablo 2'de sunulmuştur. Her hastane kendi hızlı acil birimlerinin imkanlarına göre bu listeye ekleme ya da çıkarmalar yapabilir.

Tablo 2. Hızlı acil kriterleri

-
1. Kulak ağrısı ve kulak akıntısı
 2. Diş ağrısı
 3. Boğaz ağrısı (yüksek ateş ile beraber)
 4. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım, konjestif kalp yetmezliği bulguları olmayan öksürük
 5. Bulantı, kusma ve diare (dehidratasyon bulguları olmayan)
 6. Erkeklerde üretral akıntı
 7. Bel ağrısı (ateş, direkt travma ve belirgin nörolojik defisiti olmayan)
 8. Nörovasküler yaralanması olmayan ekstremitte yaralanmaları
 9. Sütür alımı ve yara bakımı
 10. Basit yara enfeksiyonları (insizyon ve drenaj gerekebilecek olgular dahil)
 11. Ateşli çocuk (38.5°C'nin üstünde ateşi olan 6 aydan küçük bebek veya 39.5°C'nin üstünde ateşi olan 6-24 ay arası çocuklar hariç)
 12. Majör yaralanması olmayan kesiler
 13. Cinsel yolla bulaşan hastalık hikayesi olan erkekler
 14. Birinci derece veya %5'den daha az olan ikinci derece yanıklar
 15. Telefon ordını ile ilaç alanlar ve sonra taburcu edilenler
 16. Batma yaralanmaları
 17. İlaç yazdırmak isteyen veya tetanoz aşısı isteyen hastalar
 18. Minör kontüzyon ve abrazyonlar
 19. Sistemik semptomları olmayan böcek ısırıkları
 20. Daha önceden de olan ve tekrarlayan baş ağrısı
 21. Kriterlere uyan ve özel doktoru olan hastalar
 22. Minör yabancı cisim çıkartılması
 23. Konjonktivit / yabancı cisim dahil minör göz yaralanmaları
 24. Özel hekimlerinin laboratuvar veya grafi istediği hastalar
 25. Pozitif kültür sonucu ile gelen hastalar
 26. Yukarıdaki kriterlere uyan motorlu araç kazaları

Karın ağrısı ve idrar yolu enfeksiyonu olabilecek hastalar bu kriterler içine alınmaz.

Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servisin kullanım özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 1999, İzmir.

2.6. Acil Servis Personeli

Acil servislerde insan gücü önemli bir unsurdur. Her acil serviste 24 saat, haftada 7 gün acil tıp uzmanı bulunmalıdır. Eğer uzman kontrolör olarak acil serviste bulunuyorsa 8 saatte 21-30 hastaya bir kontrolör uzman uygundur. Gündüzleri resüsitasyon ve monitörlü gözlemden sorumlu bir uzman ve bakım bölümlerinden sorumlu ayrı bir uzman olmak üzere en az iki uzman aktif olarak çalışır. Gece nöbetinde tüm bakım birimlerinden sorumlu bir uzman önerilmektedir. Acil servis araştırma görevlisi hekimlerin çalışması; gece ve gündüz nöbetleri şeklindedir. ABD'de Emergency Medicine Residency Review Committee (EMRRC) acil tıp araştırma görevlisi hekimleri için bazı kuralları belirtmiştir. Bu kriterler; 12 saatten fazla nöbet tutulmamalı, iki gece nöbeti arasında en az 12 saat boş zaman olmalı, her 7 günde bir gün tamamı ile boş olmalı ve haftada 72 saatten fazla nöbet tutulmamalıdır.

12 saat olarak yapılan nöbetlerin son saatlerine yaklaşıldığında ise yorgunluk ortaya çıkmakta, bu nöbet bir gece nöbeti ve saat 08:00'de değiştiriliyorsa biyolojik ritime göre uyanıklığın en az olduğu 03:00-06:00 saatlerinde eklenen yorgunlukla beraber hata riski artmaktadır.

Genel olarak bakıldığında 12 saatlik nöbetlerin avantajları; nöbet listesinin kolay hazırlanmasını, bir hafta içinde daha fazla boş gün sağlanabilmesi ve akademik düzeydeki acil servisler için, eğitim günlerine daha fazla katılım sağlanmasıdır.

12 saatlik nöbetlerin dezavantajları ise 40 saatlik haftalık çalışma saati tam olarak tutturulamaz, acil servis çalışanları için yorucu olabilir. EMRRC'nin kuralları gereği eğer nöbetler arasında eğitim, konferans gibi aktiviteler girerse, 2 nöbet arasında istenen 12 saatlik boşluk olmayabilir.

Acil servisin hasta yoğunluğu da çalışma aralıklarının belirlenmesinde önemli rol oynar. Örneğin gündüz nöbetleri çok yoğun olan, fakat gece nöbetleri sakin geçen acil servisler için gündüz nöbetlerinin 8-10 saat, gece nöbetlerinin 14-16 saat yapılması uygun olabilir.

American Collage of Emergency Phycians 1990 yılında acil servislerin ihtiyacı olan hekim sayıları ve tutulacak nöbetlerin saatleri ile ilgili olarak politikasını şu şekilde belirtmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Acil servise gelen yıllık hasta sayısına göre bulunması gereken hekim sayıları.

Hasta sayısı/Yıl	Nöbet saati	Bir nöbetteki hekim sayısı	Kadroda bulunması gereken minimum hekim sayısı
< 8.000	24	1	3
8.000-12.000	12	1	4
12.000-20.000	12	2	4
20.000-30.000	8-10	2	5
> 30.000	8-10	3	6

Kılıçaslan I. Acil Servislerde bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis hastalarının bir yıllık incelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 2002, Antalya.

Acil serviste olması gereken ideal hekim sayısı 8 saatlik dönem için 10-20 hasta başına bir hekimdir. Bu sayı 8 saatlik sürede 45 hasta girişi olan bir acil serviste en az iki-üç olmalıdır. Sekiz saatlik dönemdeki 21-30 hastaya ise bir kontrolör uzman önerilmektedir.⁶

Acil servis hemşirelerinin en az bir yıllık deneyim sahibi olmaları, acil servis çalışma koşullarına uyumlu, ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri çocuk yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olmaları gereklidir. Acil serviste bir hemşire başına düşen yatak sayıları belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Bir hastane acil servisi için uygun olabilecek hemşire: yatak sayıları

• Monitörlü yatak	1:4	• Gözlem ünitesi	1:8
• Mönitörsüz yatak	1:6	• Resüsitasyon yatağı	2:1

Kılıçaslan I. Acil Servislerde bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis hastalarının bir yıllık incelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 2002, Antalya.

2.7. Acil Servislerde Verilerin Kaydı

Diğer tıp dallarında olduğu gibi acil tıp alanında özellikle gelişmiş acil tıp hizmeti veren merkezlerde, hasta verileri, klasik yöntemlerden çok bilgisayar tabanlı programlarla kaydedilmeye başlanmıştır. Bilgisayar tabanlı programlar, hasta kabulü ve kaydı, laboratuvar istemleri ve sonuçlarının takibi, görüntüleme araçlarının raporlanması gibi konularda zaman tasarrufu sağladığı gibi iş yükünü azaltmakta ve hasta akışını hızlandırmaktadır.¹² Bu olumsuzluk özellikle diğer tıp dallarına oranla daha yeni bir klinik disiplin olan acil tıp hizmetlerinde daha belirgindir. Acil servislerde ilk kayıt sistemleri olan ve halen bir çok acil serviste kullanımı devam eden geleneksel kağıt kalem modelinde bilgi akışında gecikme ve veri kayıpları olabilmekte; kayıtların güncellenmesi, değiştirilebilmesi ve toplanarak analiz edilmesi konusunda önemli zorluklarla karşılaşmaktadır.¹³ Son yıllarda özellikle gelişmiş sağlık hizmeti sunan acil servislerde, yeni bilgisayar tabanlı veri kayıt programları kullanılmaya başlanırsa da maddi yetersizlikler ve bu programların her hastanenin acil servisinde kullanılabilecek nitelikte olmaması nedeni ile tüm acil servislerde istenilen özellikte bir veri kayıt sistemi henüz oluşturulamamıştır.¹⁴

Dünyadaki çok az acil serviste başvuru şikayeti ve hasta demografik özellikleri yanında hastanın mevcut hastalıkları, fizik muayene, uygulanan işlem ve verilen tedaviler tam olarak bilgisayar verileri olarak kayıt edilmektedir.¹⁵ Gelecekte bu yöntem, bilgisayar tabanlı yazılım ve donanımların gelişmesine paralel olarak yerini, kademeli olarak toplum tabanlı olan ve hastanın hem kimlik bilgileri hem de sağlık problemlerine ait verilerin belirlenmiş olduğu veri taşıma kartlarının elde edilebildiği yöntemlere bırakacaktır. Bu sistemler sayesinde her yerden ulaşılabilir bilgisayarlar aracılığı ile bilgi paylaşılacak ve elde edilen veriler ışığında hizmet kalitesinin ölçümü ve iyileştirilmesi mümkün olacaktır.⁵

Türkiye’de kurulan acil tıp anabilim dallarının birçoğu, Amerika Birleşik Devletler’indeki acil tıp organizasyonlarına benzer model olarak geliştirilen Anglo-Amerikan modeline göre yapılandırılmış olup, ilk kez Dokuz Eylül Üniversitesi, Akdeniz Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi gibi bazı üniversite hastanelerinde bilgisayar tabanlı hasta kayıtları tutulmaktadır. Ancak bu sistemlerde elde edilen

veriler, gerek birbirleri ile gerekse uluslar arası sistemlerle entegre olabilecek nitelikte değildir.⁵

2.8. Türkiye’de Acil Tıp Sistemi ve Acil Servis Hizmetleri

Türkiye’de 2002 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, 1156 yataklı tedavi kurumu mevcuttur.¹⁶ Acil servis hizmetleri, eğitim hastaneleri hariç diğer yataklı tedavi kurumlarında pratisyen hekimler tarafından yürütülmektedir. Uzman hekimler genellikle sorumlu icapçı hekim olarak görev yapmaktadırlar. Eğitim hastanelerinin acil servislerinde ise hizmet, genellikle tıpta uzmanlık öğrencilerinin dönüşümlü olarak çalışması ile yürütülmektedir. İlki 1994 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi’nde olmak üzere İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı adı altında kurulan ayrı bir ihtisas dalı eğitime başlanmış, zaman içinde eğitim veren bölüm sayısı 2003 yılı itibarı ile 24’e çıkmıştır. Bu hastanelerde acil hizmeti ihtisas yapmakta olan hekimler tarafından verilmektedir.⁵

Acil hasta tanımının yapılabileceği kesin kriterler olmadığı için, acil yakınması olduğunu düşünen hastalar bu hizmetleri sağlık ocakları, sağlık merkezleri, yataklı tedavi kurumları ve özel hastanelerden alabilirler.

‘Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi’ hakkındaki 224 sayılı kanununun 1961 yılında kabul edilmesi ile, sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine eşit düzeyde ulaştırılması planlanmıştır. Kurulan sağlık ocakları ile hastaların muayene ve tedavileri dışında asıl görevleri koruyucu hekimlik hizmetleri olarak belirlenmiştir. Acil olan durumlarda sevk kararı hekime bırakılmıştır.

Acil nedenle doğrudan hastanelere başvuran, ağır hastalara ve acil müdahaleyi gerektiren olgulara, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne göre derhal müdahale edilir. Bu yönetmeliğin 57. maddesi "Ağır hastalar ve acil müdahaleyi gerektiren tıbbi, cerrahi olgu ve kaza, yaralanma hadiselerinin yaralıları müracaat halinde derhal yataklı tedavi kurumlarına kabul edilerek, gereken ameliyat ve tedavileri zamanında yapılır" demektedir. Sağlık ocaklarında bazı laboratuvar hizmetlerinin olması ve ilaçların reçetesiz olarak elde edilebilmesi, hafif sorunlar için acil servise başvuruların sıklığının Amerika Birleşik Devletleri’nden daha az olmasına neden olmaktadır.⁸

Türkiye'deki 11/05/2000 tarihli ve24046 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ile acil servislerin görevleri ve acil hasta bakımına yönelik düzenlemeler getirilmiştir. Acil Sağlık Yönetmeliğinin amacı; acil sağlık hizmetlerini yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli ve verimli yürütülmesini sağlamak, acil sağlık hizmeti sunan tüm kurum ve kuruluşların uymakla yükümlü oldukları genel esaslar ile bu kuruluşlar arasındaki ilişkileri ve bakanlık tarafından öngörülen acil sağlık sistemlerinin işleyişi ile ilgili usul ve esasları belirlemektir (Madde1). Bu yönetmelik, Milli Savunma Bakanlığı hariç olmak üzere acil sağlık hizmeti sunan ve bu hizmetin sunulması ile ilgili olan bütün kamu kurum ve kuruluşlarını, özel hukuk tüzel kişilerini, gerçek kişileri ve bunlar tarafından kurulan sağlık kurum ve kuruluşlarını ve bunların hizmetle ilgili olan faaliyetlerini kapsar (Madde 2).

Bu yönetmelikte kayıt formu ve arşivlendirme konusuna da açıklık getirilmiştir. İlgili yönetmelikte acil sağlık hizmetleri sunan bütün hizmet birimleri, Bakanlıkça hazırlanan kayıt formlarını doldurmak ve bildirim formları ile sundukları hizmet ile ilgili bilgileri Bakanlığa periyodik olarak bildirmek zorundadır (Madde 33).

Sunulan hizmet ile ilgili kayıtlar, ilgili mevzuat hükümlerine göre muhafaza edilir. Var ise, bütün ses kayıtları üç ay süre ile saklanır. Bu süre sonunda herhangi bir başvuru olmaz ise kayıt silinir. Merkez, bu işlemi, kuruluşun teknik imkanları ve hizmet yoğunluğunun cevap verdiği nispette gerçekleştirir. Seslerin kaydedilemediği veya kayıtların muhafaza edilemediği durumlarda yazılı kayıtlardan yararlanır (Madde 34).

Ancak tüm yönetmelik göz önüne alındığında acil sağlık birimlerinden hizmet arayan hastalar hakkında bir tanımlama yapılmamış, acil servislerdeki gereksiz yığılmalara yol açan uygunsuz başvuruları azaltmak amacı ile herhangi bir düzenleme veya açıklama yapılmamıştır.¹⁰

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, 22.01.2007 ile 16.06.2007 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisi'ne (TÖTM-AS) başvuran ve ankete katılmayı kabul eden 3,000 yetişkin ve çocuk travma hastası üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Malatya ili, Doğu Anadolu Bölgesi'nin batısında, Yukarı Fırat Havzası'nda yer almakta olup, doğuda Elazığ ve Diyarbakır, güneyde Adıyaman, batıda Kahramanmaraş, kuzeyde Sivas ve Erzincan illeri ile çevrilidir. 2000 Yılı Nüfus Sayımı'na göre merkez kent nüfusu 481,000 olup, nüfusu 853,658' dir.¹⁷ İl topraklarının yüzölçümü 12,313 km² dir. 13 ilçesi sırayla; Doğanşehir, Arapgir, Arguvan; Hekimhan, Darende, Akçadağ, Yeşilyurt, Pütürge, Doğanyol, Kale, Battalgazi, Yazıhan ve Kuluncak'tır.

TÖTM'nin hinterlandında olan önemli bir yerleşim yeri, Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesidir. 2000 yılı genel nüfus sayımı sonuçlarına göre ilçe merkez nüfusu 71,500, beldelerin nüfusu 29,684, köylerin nüfusu ise 27,083'tür. 64,535 erkek, 63,732 kadın olmak üzere toplam nüfus 128,267'dir.⁸

Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesi 800 yatak kapasitesine sahip olup, kent merkezine 13 km. uzaklıkta, Malatya-Elazığ devlet yolu kenarındadır. Ulaşım belediye otobüsleri, halk otobüsleri, minibüs ve özel araçlarla sağlanmaktadır.

Araştırma için literatürden yararlanılarak önce anket formu oluşturulmuş, ön denemesi yapılarak son şekli verilmiştir. Acil servis toplantı odasında anketi

yapacak olan personel başta olmak üzere tüm personelin katılımıyla çalışmanın amacı ve anket formları tanıtılmıştır. Genel durumu uygun olan ve anketimize katılmayı kabul eden hastalardan bizzat anketi yanıtlamaları istenirken, durumu ağır olan hastaların yakınlarından bilgi alınmıştır. Tıp Fakültesi etik kurulundan araştırma için izin alındıktan sonra çalışmaya başlanmış ve 3,000 adet anket formu doldurulduğunda veri toplanmasına son verilmiştir.

Hastanemiz acil servis hizmetleri, zemin katta, toplam 1200 m²'lik kapalı alana sahip olup, Çocuk ve Erişkin Acil olmak üzere iki ayrı bölümde hizmet vermektedir.

Erişkin acil hizmet alanı başlıca güvenlik, polis, jandarma, bekleme salonu, hasta kabul, triaj, bir resüsitasyon odası (iki hasta, kardiyopulmoner arrest ve çok acil hastalar), monitör gözlem alanı (7 hasta, genel durumu kötü ve acil hastalar), gözlem bir ve gözlem iki odası (8 hasta, acil durumu olmayıp bekletilebilecek hastalar), müdahale odası (3 hasta, küçük müdahale ve pansuman, alçı / atel uygulama), jinekolojik değerlendirme odası (bir hasta), KBB ve göz hastalıkları muayene odası (bir hasta), psikiyatri hastaları muayene odası (bir hasta), öğretim görevlileri odaları, nöbetçi uzman doktor, nöbetçi asistan doktor odası (iki oda), personel ve doktor soyunma odaları (iki oda), hemşire, personel odaları, toplantı eğitim salonu, depo, arşiv, personel ve hastalar için ayrılmış bay, bayan tuvalet odaları ve sosyal hizmet alanlarından oluşmaktadır.

3.1. Acil Servisteki İşleyiş Açısından Bölümlerin Özellikleri

Triaj alanı: Triaj uygulamaları servisimizde Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümü mezunu ve triaj konusunda eğitimli acil tıp teknikerleri tarafından yapılmaktadır. Acil servisimize başvuran tüm hastaların, triaj esnasında gelen hasta defterine kayıtları yapılmaktadır. Genel durumu iyi olan hastalar burada şikayeti ve hayati bulguları değerlendirildikten sonra triaj sınıflaması yapıp hangi hekim tarafından muayene edilecekleri belirlenerek acil servis içine alınmaktadırlar. Genel durumu iyi olmayan, daha ağır hastalar burada bekletilmeden ilgili hekime bildirilerek hizmet alanına alınmaktadır.

Resüsitasyon alanı: İlk ve girişe en yakın bölümdedir. Bu alanda, durumu çok acil olan hastalar tam olarak monitörize edilebilmekte ve her türlü acil yaşam desteği verilebilmektedir. Sedyeye sayısı iki olup gerektiğinde arttırılabilmektedir.

Monitörlü gözlem: Her biri merkezi oksijen, vakum desteğine sahip tam monitörize perdelerle ayrılmış 7 alandan oluşmaktadır. Acil nedenlerle başvuran, kısa süreli ve geçici izlemleri gereken hastaların tanı ve tedavilerinin yapıldığı bölümdür. Bu alanlarda defibrilatör ve aspiratör gibi tıbbi cihazlar da bulunmaktadır.

Gözlem alanı: Tamamı merkezi oksijen ve vakum desteği sağlayabilen, aralarında perde ile ayrılmış, her biri dört yataklı sedyeden oluşan sekiz yatak kapasiteli iki gözlem odasından oluşmaktadır. Burada genel durumu iyi ve acil müdahale gerektirmeyen, hafif yakınmaları olan hastalar takip edilmektedir. Gerektiğinde yatak sayısı her oda için iki yatak arttırılabilmektedir. Bu alanlar, hastaların vital bulgularının takibine, istenen konsültasyonların çoğunun yapılabilmesine ve damardan tedavi uygulanabilmesine uygun şekilde düzenlenmiştir.

Müdahale odası (küçük müdahale ve pansuman, alçı / atel uygulama) odası: Lokal anestezi ile yapılabilecek cilt kesi onarımı, apse boşaltımı, yara veya yanık pansumanı, ortopedik problemleri olan hastaların alçı ve atel uygulamaları bu alanda yapılabilmektedir.

Psikiyatri muayene odası: Psikiyatrik yakınması olan hastaların muayene ve psikiyatrik tanı testlerinin yapılabildiği izole alandır.

Kadın doğum muayene odası: Jinekolojik ve doğumla ilgili muayeneler bu odada yapılmaktadır.

Kulak burun boğaz (KBB) ve göz hastalıkları muayene odası: Mevcut olup henüz bu odalar aktif olarak kullanılmamaktadır.

3.2. Erişkin Acil Servis Hasta Kapasitesi

Erişkin Acil Servisimize, 2006 yılı kayıtlarına göre başvuran hasta sayısı toplam 24,000'dir. 2007 yılı ilk 6 aylık dönemde bu sayı 12,000 olarak tespit edilmiştir. Yılsonu itibarıyla bu sayının 25,000' i aşacağı tahmin edilmektedir.

Çalışmanın yapıldığı dönemde acil servis personel sayı ve çalışma koşulları şöyle idi: İki yardımcı doçent doktor öğretim görevlisi gündüzleri nöbetleşerek 08:00- 18:00 saatleri arası, 18:00- 08:00 saatlerinde icap nöbeti şeklinde, araştırma görevlisi ve intörn nöbetleri 08:00- 18:00 ve 18:00- 08:00 saatleri arasında olmak üzere iki zaman dilimi şeklinde, hemşire, sağlık memurlar ve acil tıp teknisyenleri ve hastabakıcı personel nöbetleri ise 08:00- 16:00 ve 16:00- 08:00 saatleri arasında iki zaman dilimi şeklindeydi. Her nöbet çalışma aralığında gündüz nöbetlerinde bir uzman hekim, bir acil tıp araştırma görevlisi, bir veya iki rotasyonel araştırma görevlisi, 2-3 intörn hekim; akşam nöbetlerinde ise saat 18:00-08:00 arası, 1 acil tıp asistanı ve 2 rotasyonel asistan, 2-3 intörn görev yapmaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma, 22.01.2007 ile 16.06.2007 tarihleri arasında erişkin acil servisimize başvuran ve ankete katılmayı kabul eden 3,000 yetişkin ve çocuk yaralı hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu ve çalışmanın amacı tüm personelin ve özellikle anketi yapacak acil personelin de katılımıyla (acil tıp teknisyenleri) tanıtılmış ve ertesi gün bir hafta süreyle deneme anket formu doldurulmaya başlanmış olup, bir haftalık dönem içinde ortaya çıkan aksaklıklar ve eksiklikler değerlendirilerek gerekli düzeltmeler ve bilgilendirmeler yapılmıştır. Her hasta için muayene formunun arkasına ekteki anket formundan (Ek:1) bir adet iliştirildi. Anket formundaki bilgiler özellikle acil tıp teknisyenleri tarafından dolduruldu. Servise yatırılan hastaların akibeti hakkındaki bilgiler ise araştırmacı tarafından derlenmiştir.

Anket formlarından elde edilen verilerle hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri, başvuru gün ve saatleri, hastaların geliş yerleri, geliş şekilleri, ortalama acil serviste kalış süreleri ve mevcut tıbbi durumları tespit edildi. Ayrıca hastaların şikayetlerinin sistemlere göre dağılımları, konsültasyon istem oranları ve dağılımı, ileri radyolojik tetkik isteme oranları ve dağılımları, öğrenim ve mesleki durumlarının dağılımı, adli hastaların şikayetlerinin dağılımları, hastaların akibetleri, servise yatış ön tanıları, yatış oranları ve dağılımları, yattıkları serviste

cerrahi veya tıbbi tedavi şekilleri belirlenmiştir. Hasta epikrizlerinden de ICD -10 tanı kodlama sistemine göre çıkış tanılarının sistemlere göre dağılımları sırasıyla incelenmiştir.

3.4. Araştırma Verilerinin Analizi:

Hasta verileri SPSS 10.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile değerlendirilmiştir. Hipotez testlerinden kıkare, bağımsız gruplarda iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi (independent samples t- test) ve ANOVA ile Post-hoc testlerden LSD kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çalışma, 22 Ocak 2007 ile 16 Haziran 2007 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisi'ne başvuran ve ankete katılmayı kabul eden, 3,000 yetişkin ve çocuk yaralı hasta üzerinde gerçekleştirildi. Anket formu 1818 hasta (%60.6) tarafından bizzat cevaplandırılırken, 1182'si (%39.4) ise yakınları tarafından cevaplandırılmıştır.

Çalışmaya alınan 3,000 hastanın yaşları, 1-108 yaşları arasında değişmekte olup, yaş medianı 46'dır. Hastaların 1393'ü (%46.4) erkek, 1607'si (%53.6) kadındır.

4.1. Hastaların Yaş Gruplarına Göre İncelenmesi

Tablo 5. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	N	%
0-9	141	4,7
10-19	169	5,7
20-29	630	20,9
30-39	366	12,2
40-49	311	10,3
50-59	355	11,9
60-69	422	14,1
70-79	409	13,6
80-89	166	5,6
90+	31	1,0
Toplam	3,000	100

Yaş gruplarına göre başvuru sıklığı göz önüne alındığında en çok başvurunun, sırası ile 20-29 (%20.9), 60-69 (%14.1) ve 70-79 (%13.6) yaş gruplarında olduğu belirlendi. 90 yaş üzeri hastalarda bu oran %1 idi. Önemli oranda hastaların en sık 20-29 (%20.9) yaş ve 60-79 (%27.7) yaş gruplarında kümelendiği gözlemlendi. Çocuk yaş gruplarında başvuru oranındaki (%4.7) düşüklüğün nedeni, sadece travma nedeniyle başvuran çocuk hastaların anabilim dalımızın acil servisimizde değerlendiriliyor olmasıydı.

4.2. Hastaların Eğitim Durumlarına Göre İncelenmesi

Tablo 6. Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı

Oğrenim durumu	N	%
Okur yazar değil	406	13,5
Okur yazar	163	5,4
İlkokul mezunu	1195	39,8
Orta okul mezunu	460	15,3
Lise ve üniversite mezunu	661	22,0
Toplam	2885	96,2
Çocuklar*	115	3,8
Genel Toplam	3,000	100,0

*0-6 yaş grubu çocuk olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 6'da görüldüğü üzere hastaların eğitim durumlarına göre dağılımında en çok 1195 (%39.8) hasta ile ilkokul mezunu olanlar gelmektedir. İkinci sırada 661 hasta (%22.0) lise ve üniversite mezunu olanlar, üçüncü sırada 460 hasta (%15.3) ortaokul mezunu olanlar gelmektedir.

Bakıma muhtaç olup, bir yakını ile ikamet eden 242 kişi (%8.1) vardır.

4.3. Hastaların Bağlı Oldukları Sosyal Güvenlik Kurumlarına Göre İncelenmesi

Tablo 7. Hastaların bağlı buldukları sosyal güvenlik kuruluşlarına göre dağılımı

Sosyal güvenlik kurumu	n	%
Sosyal Sigortalar Kurumu	1164	38,8
Yeşil Kart	819	27,3
Emekli Sandığı	638	21,3
Bağ Kur	212	7,1
Hiçbiri (Yok)	124	4,1
Üniversite Mediko Sosyal	28	,9
Milli Savunma Bakanlığı (Er)	14	,5
Adalet Bakanlığı (Mahkum)	1	,0
Toplam	3,000	100,0

Tablo 7'de görüldüğü üzere en çok hasta 1164 (%38.8) hasta ile SSK güvencesindedir. İkinci sırada 819 hasta (%27.3) Yeşil Kart, üçüncü sırada 638 hasta (%21.3) Emekli Sandığı güvencesindedir.

4.4. Hastaların Başvurularının Aylara Göre İncelenmesi

Tablo 8. Hastaların başvurularının aylara göre dağılımı

Aylar	n	%
Ocak	197	6,6
Şubat	584	19,5
Mart	694	23,1
Nisan	591	19,7
Mayıs	601	20,0
Haziran	333	11,1
Toplam	3.000	100,0

Tablo 8'de görüldüğü üzere en çok hasta 694 (%23.1) hasta ile Mart ayında başvurmuştur. İkinci sırada 601 hasta (%20.0) Mayıs ayı, üçüncü sırada 584 hasta (%19.5) Şubat ayında gelmiştir.

4.5. Hastaların Başvuru Günlerine Göre İncelenmesi

Tablo 9. Hastaların başvuru günlerine göre dağılımı

Günler	n	%
Pazartesi	494	16,5
Salı	447	14,9
Çarşamba	436	14,5
Perşembe	396	13,2
Cuma	471	15,7
Cumartesi	384	12,8
Pazar	372	12,4
Toplam	3.000	100,0

$\chi^2 : 29,6$ $SD : 6$ $p < 0,00001$

Tablo 9'da görüldüğü üzere en çok hasta 494 (%16.5) hasta ile Pazartesi günü başvurmuştur. Haftanın günleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

4.6. Hastaların Daha Önce Hastanemiz Acil Servisine Başvurularına Göre İncelenmesi

Tablo 10. Hastaların daha önce hastanemiz acil servisine başvuranların geliş sıklıkları

Hastaların önceki geliş sıklıkları	n	%
Bir kez	189	6,3
İki kez	79	2,6
Üç kez	35	1,2
Dört kez	18	,6
Beş kez	14	,5
Altı kez	4	,1
Yedi kez	4	,1
Sekiz kez	2	,1
On ve üzeri	23	,8
Önceki başvuruların toplamı	368	12,3
İlk kez gelen	2632	87,7
Genel Toplam	3,000	100,0

Tablo 10'da görüldüğü üzere daha önceden hastanemiz acil servisine başvurularının geliş sıklıkları en çok 189 hasta (%6.3) ile birkez sıklıkla başvurmuştur. İkinci sıklıkla 79 hasta (%2.6) ile iki kez önceden başvuru, üçüncü sıklıkla 35 hasta (%1.2) ile üç kez önceden başvuru yapılmıştır.

4.7. Hastaların Geliş Saatlerine Göre İncelenmesi

Tablo 11. Hastaların geliş saatlerine göre dağılımı

Hastaların geliş saatleri	n	%
24,00- 01,00	96	3,2
01,00- 02,00	82	2,7
02,00- 03,00	61	2,0
03,00- 04,00	50	1,7
04,00- 05,00	29	1,0
05,00- 06,00	40	1,3
06,00- 07,00	34	1,1
07,00- 08,00	15	0,5
08,00- 09,00	49	1,6
09,00- 10,00	116	3,9
10,00- 11,00	182	6,1
11,00- 12,00	175	5,8
12,00- 13,00	157	5,2
13,00- 14,00	140	4,7
14,00- 15,00	147	4,9
15,00- 16,00	133	4,4
16,00- 17,00	216	7,2
17,00- 18,00	220	7,3
18,00- 19,00	218	7,3
19,00- 20,00	186	6,2
20,00- 21,00	182	6,1
21,00- 22,00	174	5,8
22,00- 23,00	165	5,5
23,00- 24,00	133	4,4
Toplam	3,000	100,0

Tablo 11'de görüldüğü üzere en çok hasta 220 hasta (%7.3) ile 17:00-18:00 saatleri arasında başvurmuştur. İkinci sırada 218 hasta (%7.3) 18:00-19:00 saatlerinde, üçüncü sırada 216 hasta (%7.2) 16:00-17:00 saatleri arasında gelmiştir. Saat 24:00'den sonra hasta yoğunluğu azalmaktadır (Tablo11). Vakaların 1302'si (%43.4'ü) 08:00-17:00 mesai saatleri arasında başvurmuştur.

4.8. Hastaların Geliş Yerlerine Göre İncelenmesi

Tablo 12. Hastaların geliş yerlerine göre dağılımı

Hastaların geliş yerleri	n	%
Malatya-Merkez	2588	86,26
K.Maraş/ Elbistan	70	2,33
Adıyaman Merkez	56	1,86
Malatya /Akçadağ	43	1,43
Malatya / Hekimhan	35	1,16
Malatya / Doğanşehir	33	1,10
Malatya / Darende	29	0,96
Elazığ / Merkez	18	0,60
Malatya / Pötürge	15	0,50
Malatya / Yazıhan	12	0,40
Adıyaman / Kahta	11	0,36
Adıyaman / Çelikhan	11	0,36
Malatya / Yeşilyurt	10	0,33
K.Maraş/ Afşin	9	0,28
Malatya / Arapgir	7	0,23
Diyarbakır	4	0,13
Elazığ / Baskil	4	0,13
Adıyaman / Besni	4	0,13
Adıyaman / Gölbaşı	3	0,10
Diğer	38	1,35
Toplam	3,000	100,0

Diğer: 1 ve 2 başvurunun olduğu yerleşim yerleri

Tablo 12’de görüldüğü üzere en çok hasta 2588 hasta (%86.3) ile Malatya merkezden gelmiştir. Malatya merkezden gelenlerden sonra geliş yeri yoğunluğu belirgin olarak azalmaktadır. Malatya İli dışından en sık 70 hasta (%2.3) ile Kahramanmaraş Elbistan ilçesinden gelmektedir. İl dışından ikinci sıklıkla 56 hasta (%1.9) ile Adıyaman Merkezden gelmektedir. Malatya ilçelerinden gelen hastaların oranı %6’dır.

4.9. Hastaların Gönderiliş Şekillerine Göre İncelenmesi

Tablo 13. Hastaların gönderiliş şekillerine göre dağılımları

Hastanın gönderiliş biçimi	n	%
Herhangi bir devlet hastanesinden veya sağlık ocağından	2019	67,3
Kendi başına, hekim sevksiz	645	21,5
112 tarafından doğrudan getirilenler	272	9,1
Özel hastaneden	64	2,1
Toplam	3,000	100,0

Tablo 13'de görüldüğü üzere hastaların gönderiliş şekillerine göre dağılımlarında en çok 2019 hasta (%67.3) ile sağlık ocağı veya devlet hastanesinden sevkli hastalar gelmektedir.

Gönderiliş şekillerine göre hastaların %67.3'ü 2019 hasta sağlık ocağı veya devlet hastanesinden, %21.5'i 645 hasta hekim sevkisi olmadan, %9.1'i 272 hasta 112 tarafından başka hastaneye uğramadan, %2.1'i 64 hasta özel hastaneden sevkli olarak başvurduğu saptanmıştır (Tablo 13).

4.10. Hastaların Hastaneye Geliş Şekillerinin İncelenmesi

Tablo 14. Hastaların hastaneye geliş şekillerine göre dağılımları

Hastanın hastaneye geliş biçimi	n	%
Ambulansla	1685	56,1
Özel araçla	1226	40,9
Yürüyerek *	56	1,9
Otobüs-minibüs	31	1,0
Askeri helikopterle	2	0,1
Total	3,000	100,0

*:Turgut Özal tıp Merkezi Acil servisi'ne İnönü Üniversitesi kampüsü içinden başvurular

Tablo 14'de görüldüğü üzere hastaların hastaneye geliş şekillerine göre dağılımlarında en çok 1685 hastanın (%56.1) ambulansla gelişi yer almaktadır.

Acil servisimize geliş şekillerine bakıldığında; 1685 hastanın (%56.1) ambulansla, 1226 hastanın (%40.9) özel araçla, 56 hastanın (%1.9) yürüyerek, 31 hastanın (%1.0) otobüs veya minibüsle, 2 hastanın (%0.1) askeri helikopterle geldiği tespit edilmiştir (Tablo 14).

4.11. Hastaların Başvuru Şikayetlerine Göre İncelenmesi

En fazla başvuru şikayetinin sistemlere göre dağılımı sırası ile; gastro-intestinal sistem 886 hasta (%29.53), kalp-akciğer sistemi 839 hasta (%27.97), nörolojik sistem 741 hasta (%24.7) şeklinde idi. (Tablo 15). Ana şikayet bazında değerlendirildiğinde sırası ile 400 hastada (%13.33) nefes darlığı, 362 hastada (%12.06) bulantı ve kusma, 334 hastada (%11.13) karın ağrısı vardı. (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların başvuru esnasındaki şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı

Sistemlere göre şikayetler	n	%
Gastrointestinal Sistem	886	29,53
Kalp-Akciğer	839	27,97
Nörolojik	741	24,70
Adli durumlar	621	20,70
Genel şikayetler	328	10,93
Kadın Hastalıkları ve Doğum	318	10,60
Kas İskelet	212	7,07
Ürolojik	141	4,70
Kulak Burun Boğaz	76	2,53
Psikiyatrik	69	2,30
Cilt	56	1,86
Göz	33	1,11

*(Hastaların birden fazla şikayetleri olabilmektedir).

Tablo 15.1. Hastaların başvuru esnasındaki şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM	886	KALP-AKCIĞER	839
Bulantı-kusma	362	Nefes darlığı	400
Karın ağrısı	334	Göğüs ağrısı	271
Kanlı kusma - kanlı büyük abdest	74	Öksürük	54
İshal	43	Çarpıntı	45
İştahsızlık	39	Baygınlık	28
Kabızlık	24	Solunum ve kalp durması	18
Defekasyon esnasında ağrı	8	Balgam çıkarma	14
Sarama	2	Kol ve bacaklarda morarma	6
		Kanlı balgam çıkarma	3
<u>NÖROLOJİK</u>	<u>741</u>	<u>ADLİ DURUMLAR</u>	<u>621</u>
Baş ağrısı	194	Düşme- çarpma	341
Baş dönmesi	140	Ciltte kesi- yara	124
Kol-bacaklarda kuvvet kaybı-uyuşma	127	İlaç içme	84
Şuur bulanıklığı	91	Kırık – çıkık	22
Bayılma	57	Darp	15
Konuşma bozukluğu	51	Dumandan zehirlenme	11
Şuur kapalılığı	48	Burkulma	8
Nöbet geçirme	24	Alkol zehirlenmesi	7
Titreme kasılma	7	Çamaşır suyu içme	5
Yüzde uyuşma	2	Şofben zehirlenmesi	4
<u>GENEL ŞİKAYETLER</u>	<u>328</u>	<u>KADIN DOĞUM</u>	<u>318</u>
Halsizlik	99	Doğum sancısı	199
Genel durum bozukluğu	73	Zamanından önce doğum sancısı	48
Ateş	70	Vajinal kanama	21
Genel vücut ağrısı	50	Gebede vajinal kanama	20
Üşüme- titreme	32	Gebelik + baş ağrısı	10
Kanama	5	Çocuğun hareketlerinde azalma	8
Akrep sokması	3	Adet sancısı	4
Yılan ısırması	2	Meme ağrısı	3
At-köpek ısırması	2	Gebelikte karın ağrısı	2
Kene ısırması	1	Çocuk hareketlerini hissetmeme	2
		Rahim sarkması, idrar kaçırma	1
<u>KAS-İSKELET</u>	<u>212</u>	<u>ÜROLOJİK</u>	<u>141</u>
Kol –bacak ağrısı -şişlik	127	Karın yan ağrısı	66
Bel- sırt ağrısı	85	Kasık ağrısı	20
		İdrar yapamama	17
		İdrar yaparken yanma	14
		Kanlı idrar	14
		İdrar kaçırma	7
		Testis ağrısı-şişliği	2
		Sürekli penis sertliği	1
<u>KULAK –BURUN-BOĞAZ</u>	<u>76</u>	<u>PSİKİYATRİK</u>	<u>69</u>
Burun kanaması	30	Kasılma	23
Boğaz ağrısı	31	Huzursuzluk	27
Boğaza yabancı cisim kaçması	6	Uyuyamama	6
Ağızdan kan gelmesi	6	Konuşmama	5
Kulak ağrısı	2	Sürekli ağlama	3
Kulak çınlaması	1	Kendine zarar verme	3
		Sinirlilik	2
<u>CİLT</u>	<u>56</u>	<u>GÖZ</u>	<u>33</u>
Yanık	22	Gözde ağrı-kanlanma	14
Şiddetli kaşıntı	17	Yabancı cisim	14
Yara	17	Görmede azalma	3
		Görme bozukluğu	2

4.12. Hastaların Önceki Hastalıklarının İncelenmesi

Tablo 16. Hastaların önceki bazı önemli hastalıklarının tanılarına göre dağılımı.

	Hipertansiyon	Kronik böbrek yetmezliği	Serebro vasküler hastalık	Astım/ KOAH	Koroner arter hastalığı	Diğer
N	505	75	71	241	195	439
%*	16,83	2,50	2,36	8,03	6,50	14,63

*tüm başvuruların (3,000) yüzdesi

Tablo 16’da görüldüğü üzere göre en çok ifade edilen hastalık hipertansiyondur: 505 kişi (%16.83). İkinci sıklıkla astım-kronik obstrüktif akciğer hastalığı 241 kişi (%8.03), üçüncü sıklıkla da koroner arter hastalığıdır: 195 kişi (%6.50).

4.13. Hastaların Mesleklerinin Uluslar Arası Meslek Kodlarına Göre İncelenmesi

Tablo 17. Hastaların mesleklerinin Uluslararası Meslek Kodlarına (ISCO 88) göre dağılımı.

Hastaların meslek kodları	n	%
Ev hanımları	1049	35,0
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	1035	34,5
Öğrenciler	267	8,9
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	173	5,8
Çocuklar	115	3,8
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	122	4,1
Hizmet ve satış elemanları	109	3,6
Sanatkârlar ve ilgili işlerde çalışanlar	46	1,5
Profesyonel meslek mensupları	39	1,3
Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları	25	,8
Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	14	,5
Silahlı kuvvetler	3	,1
Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler	3	,1
Toplam	3,000	100,0

*: Ev hanımı, öğrenci ve çocuk ISCO’da meslek olarak geçmemektedir.

Tablo 17’de görüldüğü üzere hastaların mesleklerinin dağılımında 1049 hasta (%35) ile ev hanımları en başta gelmektedir. Hemen ardından ikinci sıklıkla 1035) hasta (%34.5) ile nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar, üçüncü sıklıkla 267 kişi (%8.9) ile öğrenciler gelmektedir (Tablo 17).

4.14. Acil Serviste Diğer Bölümlerden İstenen Konsültasyonların İncelenmesi

Çalışma süresince 3,000 hastadan 4792 konsültasyon istenmiştir. Bu değer, hasta başına ortalama 1,62 konsültasyona denk gelmektedir. Konsültasyonların servislere göre dağılımlarında en çok 803 hasta (%26.8) ile Dahiliye Servisi gelmektedir. İkinci olarak Kardiyolojiden 659 hastaya (%22.0), üçüncü sırada Nörolojiden 589 hastaya(%19.6) konsültasyon istenmiştir (Tablo 18).

Tablo 18. Konsültasyonların servislere göre dağılımları

Anabilim Dalı	n	%
Dahiliye	803	26,8
Kardiyoloji	659	22,0
Nöroloji	589	19,6
Göğüs Hastalıkları.	526	17,5
Genel Cerrahi	419	14,0
Ortopedi	382	12,7
Beyin Cerrahisi	356	11,9
Kadın Hastalıkları ve Doğum	351	11,7
Plastik Cerrahi	128	4,3
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	105	3,5
İntaniye	111	3,7
Anestezi-Reanimasyon	82	2,7
Üroloji	71	2,4
Psikiyatri	65	2,2
Kalp-Damar Cerrahisi	34	1,1
Göz Hastalıkları.	33	1,1
Pediyatrik Cerrahi	25	0,8
Dermatoloji	24	0,8
Göğüs Cerrahisi	21	0,7
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	7	0,2
Radyasyon Onkolojisi	1	0,01
Toplam	4792	100,00

4.15. Hastalardan İstenen İleri Radyolojik Tetkiklerin İncelenmesi

Tablo 19. Hastalara istenen ileri radyolojik tetkiklerin görüntüleme tekniklerine göre dağılımları

Radyolojik tetkik	n	%
Bilgisayarlı Beyin Tomografisi	628	20,9
Ültrasonografi	559	18,6
Dopler	29	1,0
Toplam	1216	40,5

Tablo 19’da görüldüğü üzere 628 hastadan (%20.9) bilgisayarlı beyin tomografisi istenmiştir. İkinci sırada 559 hastadan (%18.6) istenen ultrasonografi, üçüncü sırada 29 hastadan (%1.0) istenen dopler ultrasonografi gelmektedir.

4.16. Hastaların Acil Serviste Bekleme Sürelerinin İncelenmesi

Acil Servis’te bekleme süresi, acil hastalar için 102.69 dakika (Mean \pm 48.96 S.sapma), acil olmayanlar için 76.07 dakikadır (\pm 52.35) (Tablo 20).

Tablo 20. Acil olan ve olmayan hastaların acil serviste bekleme sürelerinin dağılımı

	n	Mean/ (dakika)	S.sapma
Acil	2971	102,69	48,96
Acil değil	28	76,07	52,35

t:2,86 p:0,004

Tablo 20’de görüldüğü üzere acil olanlarla olmayanların bekleme süreleri arasındaki fark anlamlıdır (p:0,004).

4.16.1. Hastaların Bekleme Sürelerinin Yatırılmayan ve Yatırılanlara Göre İncelenmesi

Tablo 21. Hastaların bekleme sürelerinin yatırılmayan ve yatırılanlara göre dağılımı

	n	Mean	S.sapma
Yatırılan	1487	97,4	56,0
Yatırılmayan	1513	107,3	40,4

t: 5,56 p:0,000

Tablo 21'de görüldüğü üzere yatırılan hastaların bekleme süresi daha kısadır ve aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Acil servis gözlemlerine göre kadın doğum veya kardiyoloji servislerine yatanların bekleme süreleri, diğer servislere yatan hastaların bekleme sürelerinden daha kısadır. Kadın doğum veya kardiyolojiye yatanlar, diğer servislere yatan hastalar ve yatmayan hastaların bekleme sürelerinin dağılımı rasında fark olup olmadığını test etmek için aşağıdaki analiz yapılmıştır:

4.16.2. Kadın Doğum veya Kardiyolojiye Yatırılan Hastalar, Diğer Servislere Yatırılan Hastalar ve Yatırılmayan Hastaların Bekleme Sürelerinin İncelenmesi

Tablo 22. Kadın Doğum veya Kardiyolojiye yatanlar, diğer servislere yatan hastalar ve yatırılmayan hastaların bekleme sürelerinin dağılımı

	N	Mean	S.sapma
Kadın Doğum veya Kardiyolojiye yatanlar ^a	435	43,1	44,9
Diğer servislere yatan hastalar ^b	1052	119,8	43,3
Yatmayan hastalar ^c	1513	107,3	40,4
Toplam	3,000	102,4	49,0

ANOVA

Tablo 23. Varyans analizi tablosu

	Kareler toplamı	SD	Kareler ortalaması	F	p
Gruplar arası	1884611,874	2	942305,9	529,8	,000
Gruplar içi	5329880,490	2997	1778,4		
Total	7214492,364	2999			

LSD: a-a p:0,000, a-b:0,000, b-c:0,000

Üç grup arasında da fark vardır (Grup a ile b, grup a ile c ve grup b ile c arasında).(Tablo 23).

4.17. Acil Servise Başvuran Acil Olmayan Başvuruların Nedenlerinin İncelenmesi

Tablo 24. Acil servise acil olmayan başvuru nedenlerinin dağılımı

Acil Servise acil olmayan başvuru nedeni	n	%	***%
Bekleme ve sıra olmayışı	14	50,0	0,46
Hekimin sosyal endikasyonu	6	21,4	0,20
Polikliniğin kapanmış olması	5	17,9	0,17
Maddi kolaylık-işlem kolaylığı	2	7,1	0,07
Evinin hastaneye yakınlığı	1	3,6	0,03
Toplam	28	100,0	0,93

*Acil olmayan başvuruların yüzdesi

**Acil servise başvuran tüm hastaların yüzdesi

Acil servise başvuran ve acil olmayan başvuru nedenlerinin incelenmesinde, sırası ile 14 hasta (%50) bekleme ve sıra olmayışı, 6 hasta (%21.4) hekimin sosyal endikasyonu, 5 hasta (%17.9) polikliniklerin kapalı olması idi (Tablo 24). Tüm hastalar içinde acil olmayan başvuruların oranı 28 hasta (%0.93) başvurusu tespit edilmiştir.

4.18. Hastaların Acil Servisteki Değerlendirilmelerin Sonrasında Alınan Kararların Akıbetlerinin İncelenmesi

Muayene, tetkik ve değerlendirmeler sonucu 1487 hasta (%49.6) servislere yatırılırken, 872 hasta (%29.1) reçete verilerek taburcu edilmiş, 606 hastaya (%20.2) poliklinik kontrolü önerilmiş, 26 hasta (%0.9) acil servisi kendi isteği ile terk etmiş, 6 hasta (%0.2) acil serviste ex olmuş, 3 hasta (%0.1) başka bir hastaneye sevk edilmiştir. (Tablo 25).

Tablo 25. Hastaların Acil Servisteki akıbetlerine göre dağılımları

Hastaların Akıbetleri	n	%
Yatış	1487	49,6
Reçete verildi	872	29,1
Poliklinik kontrolü önerildi	606	20,2
Acil Servisi kendi isteği ile terk	26	0,9
Acil Servis'te exitus	6	0,2
Başka bir hastaneye sevk	3	0,1
Toplam	3,000	100,0

Tablo 25'de görüldüğü üzere 1487 hasta (%49.6) yatırılmıştır. Yatış oranının yüksek olması, yaklaşık acil servise gelen her iki hastadan birinin servisle yatırılarak takip edilmesi, acil servis'in gerçekte olması gerektiği gibi işlediğini göstermektedir. Acil Serviste 6 hasta ex olmuştur.

4.19. Acil Servisten Yatırılan Hastaların Servislerine Göre İncelenmesi

Tablo 26. Yatırılan hastaların servislere göre dağılımları

Servisler	n	%*	%**
Kadın Hastalıkları ve Doğum	258	17,4	8,6
Kardiyoloji	177	11,9	5,9
Nöroloji	126	8,5	4,2
Dahiliye / Gastroenteroloji	125	8,4	4,2
Göğüs Hastalıkları	124	8,3	4,1
Genel Cerrahi	121	8,1	4,0
Beyin Cerrahisi	92	6,2	3,1
Ortopedi	86	5,7	2,9
Dahiliye / Hematoloji	68	4,6	2,3
Dahiliye / Nefroloji	60	4,0	2,0
Anestezi Reanimasyon Yoğun Bakımı	51	3,4	1,7
Dahiliye / Endokrinoloji	45	3,0	1,5
Plastik Cerrahi	38	2,6	1,3
İntaniye	35	2,4	1,2
Kalp Damar Cerrahisi	19	1,3	0,7
Üroloji	13	,9	0,4
Psikiyatri	11	,7	0,4
Kulak Burun Boğaz	10	,7	0,3
Göğüs Cerrahisi	10	,7	0,3
Göz Hastalıkları	6	,4	0,2
Dermatoloji	6	,4	0,2
Pediyatrik Cerrahi	4	,3	0,1
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	2	,1	0
Toplam	1487	100,0	49,6

*Acil servisten yatırılan hastaların yüzdesi

**Acil servise başvuran tüm hastalara yüzdesi

Acil servisten en fazla yatış yapılan bölümler sıra ile Kadın Hastalıkları ve Doğum 258 hasta (%17.4), Kardiyoloji 177 hasta (%11.9), Nöroloji 126 hasta (%8.5) olmuştur (Tablo 26).

4.20. Yatırılan Hastaların Hastanedeki Yatış Sürelerine Göre İncelenmesi

Tablo 27. Servislere yatırılan hastaların hastanede yatış sürelerine göre dağılımları

Yatış süresi Gün	n	%
1	224	15,1
2	180	12,1
3	184	12,4
4	131	8,8
5	96	6,5
6	80	5,4
7	88	5,9
8-10	168	11,3
11-20	231	15,5
20 >	105	7,1
Toplam	1487	100,0

Tablo 27’de görüldüğü üzere; servislere yatırılan hastaların hastanede yatış sürelerine göre dağılımına bakıldığında ilk sırada 231 hasta (%15.5) ile 11-20 gün yatış süresi gelmektedir. Hemen ardından 224 hasta (%15.1) ile 1 gün yatış süresi gelmektedir. Bu bir gün yatan hastaların çoğunluğu kadın doğum servisine yatan ve normal doğum yaparak bir gün sonra taburcu olan hastalardır.

4.21. Yatan Hastalara Uygulanan Tedavi Şekillerinin İncelenmesi

Tablo 28. Yatan hastalara uygulanan tedavi şekillerinin dağılımları.

Tedavi şekli	n	%
Medikal	1060	71,3
Cerrahi	350	23,5
Exitus	77	5,2
Toplam	1487	100,0

Tablo 28’de görüldüğü üzere; 1060 hastaya (%71.3) medikal tedavi uygulanmıştır. İkinci sırada 350 hasta (%23.5) ile cerrahi tedavi gelmektedir. 77 hasta (%5.2) serviste yatarken exitus olmuştur. Bu da yatarak tedavi olanların yaklaşık dörtte birinin cerrahi tedavi gerektiren bir hastalığının olduğunu göstermektedir.

4.22. Acil Servisten Yatırılan Hastaların Ön Tanı ve Kesin Tanılarının, ICD-10 Tanı Kodlarının İncelenmesi

Tablo 29. ICD-10 Tanı kodlama sistemine göre tanıların gruplar halinde dağılımı

ICD-10 Kodu	Kategoriler	*Ön Tanı		**Kesin tanı	
		n	%	n	%
I	Dolaşım sistemi hastalıkları	278	18,7	313	16,0
K	Sindirim sistemi hastalıkları	156	10,5	296	15,2
O	Gebelik, doğum ve puerperal dönem	238	16,0	238	12,3
S	Harici nedenlere bağlı yaralanma	180	12,1	191	9,8
J	Solunum sistemi hastalıkları	136	9,2	167	8,6
X,Y,Z	Diğer (zehirlenme, saldırı, diğer tıbbi sorunlar)	30	2,0	159	8,1
G	Nörolojik hastalıklar	82	5,6	99	5,0
N	Genitoüriner sistemi hastalıkları	83	5,6	96	4,9
E	Endokrin, nustrisyonel ve metabolik hastalıklar	38	2,5	82	4,2
C	Tümörler	51	3,4	62	3,2
R	Semptomlar, bulgular ve anormal klin. ve lab.	73	4,9	61	3,1
T	Zehirlenme ve diğer belirli sonuçlar	54	3,7	59	3,0
D	Kan ve immünite hastalıkları	24	1,6	35	1,8
A	Çeşitli enfeksiyöz ve parazitik hastalıklar	13	0,9	22	1,1
F	Mental ve davranışsal hastalıklar	13	0,9	13	0,7
W	Kaza yaralanmalarının diğer dış nedenleri ve düşme	1	0,0	13	0,7
H	Göz ve kulak burun boğaz hastalıkları	4	0,3	10	0,5
M	Kas-iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları	8	0,5	10	0,5
V	Araç kazaları	4	0,3	9	0,4
B	Viral enfeksiyonlar	5	0,3	7	0,4
L	Deri ve deraltı dokunun enfeksiyonları	14	0,9	6	0,3
Q	Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar	2	0,1	3	0,2
P	Perinatal döneme ait belirli durumlar	0	0,0	1	0,0
	Toplam	1487	100,0	1952	100,0

*Ön tanı ICD kodları, araştırmacı tarafından, hastaların servislere yatışlarında dosyalarından tahmini olarak belirlenmiştir. hastaların servislere yatırılmasında kullanılmamıştır.

**Bazı hastaların tanılarında,epikrizlerinde birden fazla ICD tanı konu kullanılmıştır.

Tablo 29'de görüldüğü üzere; acil servisten yatırılanlarda ön tanıda en çok 278 hastada (%18.7) dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci olarak 238 hastada (% 16.0) gebelik, doğum ve puerperal dönem hastalıkları, üçüncü olarak 180 hastada (%12.1) harici nedenlere bağlı yaralanma tanıları düşünülmüştür. ICD tanı kodlarında ise en çok 313 hastada (%16.0) dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci olarak 296 hastada (%15.2) sindirim sistemi hastalıkları, üçüncü sırada 238 hastada (% 12.3) gebelik, doğum ve puerperal dönem hastalıkları tanı kodları tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

TÖTM Erişkin Acil Servisi'ne başvuran 3,000 erişkin ve cerrahi çocuk vakasının değerlendirildiği çalışmada, hastaların cinsiyetleri, öğrenim durumları, meslekleri açısından tartışmaya değer bir özellik bulunmamıştır.

Malatya kent nüfusu 2000 yılı nüfus sayımına göre 480 bindir; ancak, gayrresmi tahminlere göre göç nedeniyle 2007 yılında 600 bini bulduğu tahmin edilmektedir. İl nüfusu ise 853 bindir. Her ülkenin sağlık sistemi ve olanakları ile referans hastanelerinin ülke içinde coğrafik dağılımı farklıdır. Örneğin Fransa'nın Corbeil-Essonnes üçüncü basamak hastanesi yaklaşık 1 milyon nüfusa hitap etmekte olup, günlük AS'e başvuru ortalaması 55'dir.¹⁹ TÖTM-AS'ne ise günde ortalama 68 hasta başvuruyordu. Bu başvuru sayısının az olmadığı söylenebilir.

Hastaların acil servislerde bir hekim tarafından değerlendirilmeden gönderilmelerinin uygun olup olmadığı son yıllarda büyük tartışma konusudur. Türkiye'deki mevcut yasalarda, hekimlerin ve tedavi kurumlarının acil olgulara müdahale etme zorunluluğu vardır. Acil olguların yer olmadığı için başka bir sağlık kurumuna gönderilmesi sonrası olabilecek bir problemden hekim sorumludur. Ancak hekim ilk müdahale sonrası hastayı gerekli görürse başka bir merkeze gönderebilir.

Derlet ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarda, hastaların triajda hikâyeleri alınıp ve muayeneleri yapıldıktan sonra güvenle başka bir ayaktan tedavi birimine gönderilebileceklerini belirtmişlerdir.^{1,20} Ancak Lowe ve arkadaşları²¹, triaj rehberi

kriterler ile yaptıkları çalışmalarında, kriterlerin yeteri kadar sensitif olmadığını ve potansiyel olarak tehlikeler yaratabileceğini belirtmişlerdir. Gill ve ark. da aynı kanıyı paylaşmaktadır.²²

Brillman ve arkadaşları, hekim, hemşire kararları ve algoritmelerin sonuçları ile triaji prospektif olarak değerlendirmişler ve triaj metodlarının geçerliliği ve güvenilirliği standardize edilmeden yapılacak triajın hatalara yol açabileceğine vurgu yapmışlardır.²³

Acil yardım ve acil olgu kavramlarının kesin tanımlaması çok zordur. Bunun en doğru yolu, acil olduğunu düşünen her hastanın başvurusunu değerlendirmek ve her hastayı aksi ispatlanıncaya kadar acil olarak kabul etmektir. Acil tıpta görev, hastanın acil servis kapısına gelmesi ile başladığı düşünülürse, her hastanın bir hekim tarafından değerlendirilmesi gerekir. Hekim hastanın aciliyeti olmadığını düşünürse tedaviyi reddetme hakkı vardır. Ancak bu kararı acil servis içine hasta alınmadan ve tam bir değerlendirme yapılmadan vermek uygun değildir.

TÖTM AS'ne başvuran tüm hastalar önce Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Bölümü mezunu ve triaj konusunda eğitilmiş acil tıp teknikerleri tarafından hasta defterine kaydedilmektedir. Genel durumu iyi olan hastalar burada şikayeti dinlenip ve tansiyonu ölçüldükten sonra hangi odada (yedı adet perde ile birbirinden ayrılmış monitörlü gözlem yatağı, iki gözlem odası, travma odası) muayene edilecekleri belirlenerek acil servis içine alınmaktadırlar. Genel durumu iyi olmayan, merkezden ambulansla gelen daha ağır hastalar tansiyonu ölçülmeden ilgili hekime bildirilerek resüsitasyon odası veya monitörlü gözlem yatağına alınmaktadır. Özetle TÖTM - AS'den hiçbir hasta, hekim tarafından görülmeden geri çevrilmemiştir.

2002 yılında ABD'de 2002 yılı ulusal hastane AS istatistikleri değerlendirmesine göre hastalar AS'lerde ortalama 3,2 saat geçirmektedir.²⁴ Akdeniz Üniversitesi AS'nde yapılan çalışmada ise, hastalar ortalama 2 saat geçirmektedir.⁵ TÖTM Acil Servisinde ise, kalış süresi (trijaj salonunda kayıt anından başlayıp AS'i terk edişeye kadar geçen süre) ortanca olarak 110 dk.dir. Bu sürenin uzun olmadığı söylenebilir.

Araştırmamızda triaj değerlendirmesine göre AS'e acil olmayan başvuru sadece yüzde birdir (28 kişi). Bunların 14'ü, AS'e bekleme ve sıra olmayışı nedeniyle başvurduğunu ifade etmiştir. TÖTM polikliniklerinin hastaların taleplerine cevap verebildiğinin dolaylı bir göstergesi de 3,000 başvuru içinde acil olmayan 28 hastadan sadece 5'inin polikliniğın kapanmış olması nedeniyle AS'e başvurma gereği duymasıdır.

Hastaların %86.3'ünün kent merkezinden gelmesi, Acil Servis'in bölge hastanesi özelliğinden çok kent hastanesi vasfında çalıştığını göstermektedir. Bu durumun açıklaması, yakın üniversite hastanelerinin var oluşu ile yapılabilir. Bir saat uzaklıktaki Elazığ, üçer saat uzaklıktaki Sivas, Gaziantep ve Kahramanmaraş, dört saat uzaklıktaki Kayseri illeri üniversite hastanelerinin varlığı ve ayrıca Malatya'nın Darende, Arapgir, Pütürge, Akçadağ, Doğanşehir, Yeşilyurt ve Hekimhan ilçelerinde devlet hastanelerinin olması da birer etken olabilir.

Hastaların % 21.5'i sadece kendiliğinden başvurmuş olup, beş hastanın dördü bir hekim tarafından TÖTM-AS'ne sevk edilmiştir. Bu durum, TÖTM-AS'nin bir üçüncü basamak sağlık kurumu vasfında olduğunu ortaya koymaktadır.

Muayene, tetkik ve değerlendirmeler sonucu 1,487 hasta (% 49.6) servislere yatırılırken, 872 hasta (% 29.1) reçete verilerek taburcu edilmiş, 606 hastaya (% 20.2) poliklinik kontrolü önerilmiş, 26 hasta (% 0,9) Acil Servis'i kendi isteği ile terk etmiş, 6 hasta (% 0.2) acil serviste ex olmuş, 3 hasta (% 0.1) başka bir hastaneye sevk edilmiştir. Yatış oranının yüksek olması, yaklaşık acil servise gelen her iki hastadan birinin servisle yatırılarak takip edilmesi, Acil Servis'in gerçekte olması gerektiği gibi işlediğini göstermektedir. Sadece 3 hastanın (% 0.1) başka bir merkeze sevk edilmesi, hastanenin acil donanım ve olanakları ile yeterliliğinin göstergesi olabilir. Akdeniz Üniversitesi AS'nde yapılan çalışmada yatış oranı %12.5'dir.⁵ Bu oran, bizim yatış oranımızdan oldukça düşüktür ve Akdeniz Üniversitesi AS'nin uygunsuz kullanımına bağlı ortaya çıkmış olabilir. 2002'de ABD'de acil servislere başvuruların %12'si hastaneye yatırılmıştır.²⁴ ABD'deki düşük oranın nedeni, küçük ve ikinci basamak hastaneleri dahil bütün hastanelerin araştırmaya dahil olmasıdır. TÖTM ise üçüncü basamak hastanesi olup, her iki hastadan birinin yatırılmış olması olağan karşılanabilir.

Çalışmamızda bulunan hasta başına ortalama 1.6 konsültasyon hayli yüksektir. Her 100 hastanın 99'una en az 1 konsültasyon istenmiştir. Ancak konsültasyonların hasta başına dağılımı değişkenlik göstermektedir. Kimi hastaya hiç konsültasyon istenmezken, kimilerine 4-5 konsültasyon istenebilmektedir. Akdeniz Üniversitesi AS'nda yapılan çalışmada ise, konsültasyon istenme oranı %20'dir.⁶

Yatan hastalarımızın epikriz ICD tanı kodlarına göre dağılımına bakıldığında; 313 kişi (%16.0) dolaşım sistemi hastalıklarından, ikinci olarak 296 (%15.2) hasta sindirim sistemi hastalıklarından , üçüncü sırada ise 238 hastada (%12.3) gebelik, doğum ve puerperal dönem hastalıklarından yatırılmıştır. Antalya'da 2002 yılında Akdeniz Üniversitesi AS'de yapılan çalışmada ise sırayla harici nedenlere bağlı yaralanmalar (%16.3), semptomlar, bulgular ve anormal klinik ve laboratuvar sonuçlar (%15.7) ve solunum sistemi hastalıkları (%10.8) gelmektedir.⁹

Araştırmamızdaki yatan hastaların ön tanı ve epikriz ICD tanı kodlarının dağılımları incelendiğinde birbirleri ile paralellik gösterdiği anlaşılmaktadır. Bu paralellik, ön tanıların doğruluk oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir.

Acil servislerin acil olmayan nedenlerle kullanımı dünyada önemli bir sorun olarak ortaya çıkmakta olup, literatürde uygun olmayan kullanım oranı, %5-82 arasında değişmektedir. Bu farklılığın nedeni, acil servisin uygun kullanımının tanımının kesin olarak yapılamaması ve kullanılan kriterlerin farklı olmasıdır. Bu kriterlerin bazıları hekim kararlarına, bazıları ise hastaların yakınmalarını algılamalarına göre belirlenmiştir.¹⁰ Buesching ve arkadaşlarının ABD'de 1983 yılında yaptıkları, 3 hastanenin AS'ini kapsayan bir çalışmada, ACEP'in kriterlerine göre uygunsuz kullanım %10.8 olarak bulunmuştur.²⁵ Kanada-Quebec'de bir 3. basamak hastanesi AS'nde yapılan bir çalışmada uygunsuz başvurular %31 olarak tespit edilmiştir.²⁶ ABD'de Alameda County Hastanesi AS'nde triaj teknisyenlerinin yaptığı triaj değerlendirmesine göre acil olmayan başvuru %15.3 idi.²⁷ Civaner'in bir ikinci basamak sağlık kuruluşu olan İzmir-Urla Devlet Hastanesi AS'ne başvuruları incelediği çalışmada acil olguların oranı sadece %52 idi. En sık

başvuru nedeninin %14 ile reçete yazdırma isteği olması, AS'lerin uygunsuz kullanımına tipik bir örnektir.²⁸

Yaptığımız çalışmada, hastaların % 34.3'ünün 60 yaşının üstünde olduğu bulunmuştur. Yaş ortalamasının 46 olması, orta yaşlı nüfus başvurusunun çokluğunu ifade etmektedir. Singal ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaşlıların acil servislere daha az oranda acil olmayan nedenlerle başvurduklarını tespit etmişlerdir. Yaşlıların yakınmalarının daha akut ve ciddi olduğunu, acil serviste daha uzun süre kaldıklarını, daha fazla oranda eşlik eden yakınmalarının olduğunu ve daha büyük oranda hastaneye yatırıldıklarını göstermişlerdir. Aynı çalışmada genç ve yaşlı hasta grupları arasındaki uygun olmayan kullanım oranları anlamlı olarak farklı idi.²⁹

Hastaların geliş saatlerine bakıldığı zaman 17:00-19:00 saatleri arasında en çok hasta başvurusu olmaktadır.

Acil servis içinde kalış süreleri incelendiğinde, aciliyeti uygun olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark olduğu bulundu. Uygun olmayanların ortalama 76 ± 52 dakikada acil servisten taburcu edilebilmeleri, bu hastaların yeteri kadar hızlı bir şekilde değerlendirilebildiklerini göstermektedir. Hastanemizde hızlı acil birim hizmeti verilmemesine rağmen, hastaların bu kadar kısa sürede taburcu olabilmeleri istenen bir durumdur. Acil olan olguların acil serviste kalış süresi ortalama 102,4 dakika (ortanca süre 110 dakika) idi.

Yapılan çalışmalarda, minör yakınmaları olan hastaların acil servislerdeki yoğunluğa neden olmadığı, özellikle yatışı gereken hastaların acil serviste uzun süre kalmaları asıl neden olarak bulunmuştur. Hastane yönetimlerinin, acil servislerdeki gerçek yoğunluğun nedenini anlamak istemedikleri, bu nedenle acil yakınmaları olmayanları suçlamalarına karşın, acil olmayan hastaların, yoğunluğun asıl sorumlusu olmadığını bildiren çalışmalar vardır.¹⁰ Bizim çalışmamızda ise, yatırılan hastaların bekleme süresi daha kısadır ve aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak bu farkı yaratan Kadın Doğum veya Kardiyoloji servisine yatırılan hastaların kısa bekleme süresidir (ortalama 43 dk). Diğer servislere yatan hastalar 119 dakika beklemiştir.

Hastaların acil servisleri tercih nedenleri, acil tıp literatüründe oldukça önemli bir yer almaktadır. Afilalo ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, minör yakınmalarla gelen hastaların tercih nedenlerini araştırmışlardır. Diğer kliniklerin kapalı olması (%25), hastanın yakınmalarının ciddi olduğunu düşünmesi (%20.7), acil servise güven duyulması ve alışkanlık nedeni ile sürekli başvurma (%12.1), yakınlık (%10.7), başka bir yerde hizmet alabileceğini bilmeme (%8.6) ve diğer kliniklerden memnun olmama (%8.6) gibi nedenler ortaya çıkmıştır.²⁸

Shesser ve arkadaşları, tercih nedenlerini inceledikleri çalışmada, hastaların acil servislere daha kolay ulaştığını ve bakımdan memnun olduğunu (%23), sürekli hizmet aldıkları bir sağlık biriminin veya kişinin olmadığını (%22.1), özel hekimleri ile bağlantı kuramadıkları (%19) tespit etmişlerdir.³⁰

Young ve arkadaşları, hastaların %45'inin yakınmalarını başka yere gidemeyecek kadar acil olarak değerlendirdiklerini ve hastaların %19'unun hekim tarafından gönderildiğini belirtmişlerdir.² Bizim çalışmamızda ise, hastanemiz acil servisine başvuran hastaların % 67.3'ü gibi yüksek bir oranı, herhangi bir devlet hastanesi veya sağlık ocağından sevkli olarak gelmiştir. Gelenlerin de %56,1'inin ambulansla getirildiği düşünüldüğünde diğer hastanelerde acil hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması ve aile hekimliği sisteminin yerleşmemesi, sevk zincirinin sağlanmasındaki hatalar, eğitim hastanelerinin acil servislerine daha sık başvurabilmelerine neden olabilmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisi'nin, tez çalışmasının verilerine göre, iyi bir üçüncü basamak hastanesi acil servisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Hastanemizde olduğu gibi acil servis başvurularının orta yoğunlukta olduğu, acil yakınmaları olmayan hastaların da hemen içeri alınıp değerlendirilebildiği kurumlarda, triajda hastaların önceliğini belirlemek için bir ön değerlendirmeden geçirilmesine ihtiyaç olmamaktadır. Ancak başvuruların fazla olduğu ve personelin yetersiz kaldığı acil servislere, önceliğin belirlenmesi için triaj hizmetinin tam olarak uygulanması yararlı olur.

Belirli saatlerdeki ve dönemlerdeki yoğunluğun neden kaynaklandığına yönelik diğer hastaneleri de kapsayan iş yuku çalışmaları yapılmalı ve bu yoğunluğu azaltmak için ne gibi önlemlerin alınması gerektiği araştırılmalıdır.

Önümüzdeki yıllarda nüfus artışına paralel hasta sayılarında da artış olabileceği dikkate alındığında, gelecek dönemlerde, hastanemiz acil servisinde görev alacak doktor ve yardımcı sağlık personeli sayısının ve buna paralel olarak hastane yatak kapasitesinin, tıbbi ve teknik donanımının gelecekte artırılması gerektiği söylenebilir.

Başvurularının aciliyeti uygun olmayan hastaların, acil servisi tercih nedenlerinde ilk sırada acil serviste bekleme ve sıra olmayışı bulunmuştur. Acil olmayan başvuruların oranı bizim çalışmamızda % 1 olarak, düşük oranda

bulunmuştur. Yine de bu başvuruların oranının azaltılması için, sağlık ocağı veya aile hekimliği hizmetleri yeterli d¼zeye getirilmeli, hastaların bu birimlere olan başvurularını artırmak için halka eğitim verilmelidir.

Acil servisimize hekim sevkli ve ambulansla gelen hasta sayısının yüksek olması ve gelen hastaların yaklaşık yarısının yatırılarak tedavi ve takip edilmesi, acil servisimizin gerçek bir acil servis performansı ile çalıştığını göstermekle birlikte, hasta yatış oranlarının yüksek olması birinci basamak tedavi kuruluşlarının ve merkezdeki hastanelerin, doktor, yardımcı sağlık personeli, teknik, tıbbi malzeme ve hasta yatak sayısı açasından iyileştirilmesi gerektiğini d¼ř¼nd¼rmektedir.

Literat¼re g¼re yüksek oranda bulunan kons¼ltasyon istemlerinin nedenlerine ve sonuçlarına y¼nelik uzman oğretim ¼yesi kontroll¼ çalışmaların yapılması ve acil servislerde kıdemli asistanların n¼bet tutmalarının sağlanması ¼nerilmektedir.

7. ÖZET

MALATYA TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ ACİL SERVİSİNE 2007 YILINDA BAŞVURAN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisi'nin çalışmalarını değerlendirmek ve aksaklıkları saptamak amacıyla gerçekleştirilen araştırmaya, 2007 yılında başvuran 2885 yetişkin ve 115 çocuk yaralı hasta dahil edilmiştir. Anket formundaki bilgiler acil tıp teknisyenleri tarafından doldurulmuş, servislere yatırılan hastaların akibeti hakkındaki bilgiler ise araştırmacı tarafından derlenmiştir.

Çalışmaya dahil olan hastaların yüzde 96'sının sosyal güvencesi vardır. Hastaların yüzde 86'sı Malatya kent merkezinden gelmiştir ve beş hastadan dördü, hekim tarafından ve yansı ambulansla gönderilmiştir. Başvuruların en yoğun olduğu saatler 17,00-19,00 arası idi. Triaj salonunda kayıt anından başlayıp AS'i terk edişe kadar geçen süre ortanca olarak 110 dk idi. Araştırmaya dahil olan 3,000 hastanın 4,792'sinden (%162) konsültasyon istenmiştir (hasta başına 1.6 konsültasyon). Konsültasyonların servislere göre dağılımlarında ilk uç sırada Dahiliye, Kardiyoloji ve Nöroloji bulunmaktadır. Yatan 1487 hastanın 1060'ına (%71.3) medikal tedavi uygulanmıştır. İkinci sırada 350 hasta (%23.5) ile cerrahi tedavi gelmektedir. 77 hasta (%5.2) serviste yatarken ex olmuştur.

Hastaların % 99'unun başvuruları acil bulunmuş olup, acil servise uygun olmayan başvuruların acil servisi tercih nedenleri sırasıyla; bekleme ve sıra olmayışı, hekimin sosyal endikasyonu, polikliniklerin kapalı olması, işlem kolaylığı ve evinin hastaneye yakınlığı olarak belirlendi. Bu hastaların acil serviste kalış süreleri diğer gruba göre anlamlı olarak kısa bulundu. Turgut Özal Tıp Merkezi'nin bu veriler ışığında iyi bir üçüncü basamak hastanesi olduğu sonucuna varılmıştır. Yüksek konsültasyon istemlerinin nedenlerine yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

8. SUMMARY

The Epidemiological Characteristics of the Patients Administered to Turgut Ozal Medical Center Adult Emergency Service in 2007.

In order to evaluate the studies of the emergency service of Turgut Özal Medical Center and to detect the problems of it, totally 3000 patients consisting of 2885 adults and 115 children were included in this study which was performed in 2007. Data on questionnaire form were filled by emergency medical technicians and the outcomes of the hospitalized patients were followed by the investigator.

96 percent of the patients included in this study had health insurance. 86 percent of them were from Malatya city center and 80 percent of the total number were transferred to the emergency service by physicians. The rush hour was between 17:00 - 19:00 pm and the median time from application to leaving the hospital was 110 minutes. Totally 4792 consultations from these 3000 patients were requested. The mostly consulted services were internal medicine, cardiology and neurology respectively. Out of 1487 hospitalized patients, 1060 of them were treated medically, while 350 with surgery. Unfortunately 77 died due to several reasons.

While %99 of the patients applied to the emergency service were accepted as emergency cases, the rest %1 were not. When it is investigated why this %1 group chose to apply to emergency services instead of polyclinics, reasons such as gaining from time, closeness of home to the emergency service, more direct interaction with the physicians, much easier application processes and closed polyclinics were found to be reported. Throughout these data Turgut Ozal Medical Center was evaluated to be a qualified 3rd step hospital. However high levels of consultations requested in the emergency service must be evaluated carefully and further studies should be done to see the reasons of it.

9. KAYNAKLAR

1. Derlet RW, Kinser D, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Ann Emerg Med* 1995;25:215-223.
2. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. *JAMA* 1996;276:460-465.
3. Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, Hackman BB, Weslowski VB. Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med* 1991;20:980-986.
4. Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits: Meeting an unmet need. *JAMA* 1994;271:1953-1954.
5. Kılıçaslan İ. Acil servislerde bilgisayar tabanlı hasta kayıt sistemleri ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servis hastalarının bir yıllık incelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 2002, Antalya.
6. İllere ve Bölgelere göre Acil Sağlık Hizmetleri, Ocak-Haziran, 2005. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/2005geribildirim/Tablo%2027.htm>. Erişim Tarihi: 20/1/2007.
7. Arnold JL:International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Ann Emerg Med* 1999 Jan; 33(1):97-103.
8. Bresnahan KA, Fowler J. Emergency medical care in Turkey: Current status and future directions. *Ann Emerg Med* 1995;26 (3):357 – 360.
9. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Definition of emergency medicine and emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986;15:1240-1241.
10. Oktay C. Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servisin kullanım özellikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 1999, İzmir.

11. Berman DA, Coleridge ST, McMurray TA. Computerized algorithm-directed triage in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1989;18:141-144.
12. Wilson GA, McDonald CJ, McCabe GP. The effect of immediate access to a computerized medical record on physician test ordering: A controlled clinical trial in the emergency room. *Am J Public Health* 1982; 72 (7):698-702.
13. Smith MS, Feied CF. The next generation emergency department. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 65-74.
14. Barthell EN; Cordell WH, Moorhead JC, et al. The frontlines of Medicine Project; A proposal for standardized communication of emergency department data for public health uses including syndromic surveillance for biological and chemical terrorism. *Ann Emerg Med* 2002; 39; 422-429.
15. Hu SC, Yen DHT, Kao WF. The feasibility of full computerization in the ED. *American Journal of Emergency Medicine* 2002; 20 (2): 118-121.
16. Türkiye 2002 yılı Sağlık Bakanlığı istatistikleri
<http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/ytkiy2002/elektronikkitap/tablo1.htm>
Erişim tarihi: 21/11/2007.
17. Malatya ili 2000 yılı nüfusu: [http://tr.wikipedia.org/wiki/Malatya_\(il\)](http://tr.wikipedia.org/wiki/Malatya_(il))
Erişim tarihi:15/11/2007.
18. Elbistan ilçesi 2000 yılı nüfusu: <http://www.elbistan.gov.tr/nufus.html>
Erişim tarihi:15/11/2007.
19. Nikkanen, HE. Pouges C. Jacobs LM: Emergency medicine in France. *Ann Emerg Med* 1998;31:116-120.
20. Derlet RW, Nishio DA. Refusing care to patients who present to an emergency department. *Ann Emerg Med* 1990;19:262-267.
21. Lowe RA, Bindman AB, Ulrich SK, Norman G, Scaletta TA, Keane D, Washington D, Grumbach K. . Refusing care to emergency department patients: Evaluation of published triage guidelines. *Ann Emerg Med* 1994;23:286-293.

22. Gill JM, Reese CL, Diamond JJ. Disagreement among health care professionals about the urgent needs of emergency department patients. *Ann Emerg Med* 1996;28:474-479.
23. Brillman JC, Doezema D, Tandberg D, Sklar DP, Davis KD, Simms S, Skipper BJ. Triage: Limitations in predicting need for emergent care and hospital admission. *Ann Emerg Med* 1996;27:493-500.
24. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey 2002: Emergency Department Summary. <http://www.cdc.gov/nchs/> Erişim tarihi:15/11/2007
25. Buesching DP, Jablonowski A, Vesta E, Dilts W, Runge C, Lund J, Porter R. Inappropriate emergency department visits. *Ann Emerg Med* 1985;14:672-676.
26. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, Lloyd J. Emergency department use and misuse. *J Emerg Med* 1995;13:259-264.
27. Pointer JE, Levitt MA, Young JC, Promes SB, Messana BJ, Ader MEJ. Can paramedics using guidelines accurately triage patients? *Ann Emerg Med* 2001;38 (3): 268-277.
28. Civaner M. Bir devlet hastanesine başvuran hastaların analizi. *Sağlık ve Toplum* 1999; 1:3-7.
29. Signal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, Hogan TM. Geriatric patient emergency visits part I: Comparison of visit by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med* 1992; 21: 802-807.
30. Shesser R, Kirsch T, Smith J, Hirsch R. An analysis of emergency department use by patients with minor illness. *Ann Emerg Med* 1991;20:743-748.

10. EK: 1

TÖTM ERİŞKİN ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Dosya No:..... Hastanın Adı-Sovadı:.....

Yaşı:..... Doğum yeri: Baba Adı:

Telefonu: 0(.....)..... Tarih:...../0...../2007,..... Cinsiyeti: 1-Erkek 2-Kadın

Giriş Saati:..... Çıkış Saati:..... Anketi cevaplayan:.....

Başvuru nedeni (şikayetleri ve süresi) :

Hasta aynı şikayetle daha önce hastanemize başvurmuş mu? 1-Evet 2-Hayır

Evet ise kaç kez?.....

Önceden var olan hastalıklar: DM ↑HT ↑KBY ↑ASTIM/KOAH ↑KAH ↑SVO

↑Diğer (belirtiniz).....

Hasta bakıma muhtaç veya yaşlı mı? 1-Evet 2-Hayır

Cevap evet ise evde kiminle yaşıyor?Yaşadığı kişinin yaşı:.....

Yaşadığı kişi sağlıklı mı? 1-Evet2-Hayır

Sosyal Güvence: 1-Yeşil Kart 2-Emekli Sandığı 3-SSK 4-BağKur 5-Yok 6-Diğer (belirtiniz)

Mesleği:.....**Öğrenim Durumu:**1-OYD 2-OY 3-İlk Okul 4-Orta 5-Lise ve üstü

Hastanın geliş yeri:1) Malatya merkez / İlçesi 2)İli.....ilçesi

Gönderiliş biçimi: 1)112Acil tarafından 2) Özel hastaneden 3)Hekim sevki olmadan

4).Hekim Sevki 5-Diğer (belirtiniz).....

Geliş biçimi: 1)Ambulansla 2-Özel aracıyla 3-Otobus-minibusle 4-Diğer (belirtiniz)

İstenen konsültasyonlar: 1-Kardiyoloji, 2-Göğüs Hast., 3- Dahiliye, 4- Ortopedi, 5-Nöroloji,

6- KBB, 7-İntaniye, 8- Plastik C, 9- Beyin C, 10-Genel C, 11-Anestezi, 12-Kadın Doğ., 13-Psikiytri

14-.....

İstenen Radyolojik tetkikler:1-BT.....2-USG..... 3-Dopler.....4- MR.....

VAKA ADLI İSE Tanı: 1-İntoks 2-Trafik Kazası: a) Araç içi b) Araç dışı 3-Darp

4-Düşme 5- Kesici Delici A.Y 6-Diğer.....

1. Vaka acildir.
2. Vaka acil değildir.

Hastayı hekim sevk etmişse, travma, şuur bulanıklığı veya kapalılığı varsa, Acilimizde tetkik ve/veya konsültasyon istenmişse, şiddetli ağrısı varsa, sonuçta hastanemize yatırıldıysa VAKA ACİLDİR. Hasta kendisini acil hissettiğini ifade ediyorsa ama acil olmadığını düşünüyorsanız hastayı muayene eden hekime sorunuz.

Acil değilse Acil Servisimizi gelme nedenleri:

Poliklinik muayenesi değilse acil servisimizi tercih etme sebebiniz nedir ?

1. Maddi kolaylık-işlem kolaylığı
- 2.Hekimin sosyal endikasyonu
- 3.Bekleme ve sıra olmayışı
- 4.Evinin hastaneye yakınlığı
- 5.Diğer (belirtiniz).....

Hastanın Akibeti:

- 1-.....tanısıyla reçete verilerek taburcu.
- 2-.....öntanısıyla..... polikliniğine başvur önerisiyle taburcu
- 3-.....Servisine.....ön tanısıyla yatış; yatış saati:.....

Yatan hastanın: Kesin Tanısı (ICD-10):.....

Yatış süresi:.....gün

Hastaya Serviste Uygulanan Tedavi:

- 1- Operasyon-invaziv girişim
- 2-Medikal
- 3-Haliyle
- 4--Ölüm
- 4-Acil servisinedeniyle terk
- 5-Acil Serviste eksitus.

Formu dolduran Personelin Ünvanı:.....

Adı ve Soyadı:.....

EK: 2
ETİK KURUL İZİNİ

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi : 03/04/2007
Toplantı Yeri : TÖTM -MALATYA
Araştırmanın Protokol No.su : 2007/111

"T.Ö.T.M. Acil servisine başvuran hastaların epidemiyolojik özellikleri" konulu araştırma incelenmiştir.

Adı geçen araştırmanın;araştırma protokolüne tamamen uyulmak, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve 10.madde gereği sorumluluk araştırmacıya ait olmak üzere çalışmanın yapılmasında herhangi bir etik sakıncanın bulunmadığına karar verildi.

Doç.Dr. Ayşe KAFKASLI Başkan imza kafkasli	Doç. Dr. Mustafa KARAKAŞ Başkan Yrd. imza	Prof. Dr. Ayşe SELİMOĞLU Üye imza
Doç.Dr. Meltem SERİN Üye imza	Doç.Dr. İbrahim ŞAHİN Üye imza	Doç.Dr. Leyla KARAOĞLU Üye imza
Yrd.Doç.Dr. Ahmet ÇİĞLİ Üye imza	Uzm.Dr. Mustafa İRAZ Raporör imza	Doç.Dr. S.Hale KIRIMLIOĞLU Üye imza
Ecz.Seda YILMAZ Üye imza		estilmadı

EK: 3**ICD-10 TANI KODU İLE GİRİLMİŞ HASTA TANILARININ DAĞILIMI****Tablo 30.** (A)1 1 tanı kodu ile girilmiş çeşitli enfeksiyöz ve parazitik hastalıklara göre hasta tanılarının dağılımı

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(A)109	İshal ve muhtemel enfeksiyöz kökenli	4	5
(A)123	Buruselloz	1	2
(A)148	Bakteriyel hastalıklar, diğer tanımlanmış	0	2
(A)115-118	Organların tüberkülozu, diğer	1	3
(A)141-143	Diğer sepsisler	1	2
(A)104	Bakteriyel Barsak Enfeksiyonu	1	1
(A)105	Diğer bakteriyel besin zehirlenmeleri	0	1
(A)186	Etkeni tanımlanmamış viral ensefalit	2	0
(A)108	Viral ve diğer tanımlanmış barsak enfeksiyonları	0	1
(A)	Diğer tanılar	3	5
	Toplam	13	22

Tablo 31. (B) 2 tanı kodu ile girilmiş viral enfeksiyonlar

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(B)200	Herpes simplex enfeksiyonları	1	1
(B)216	Akut hepatit E	0	1
(B)218	Kronik viral hepatit	1	1
(B)267	Akciğerde Ekinokokus Granulosus enfeksiyonu	0	1
(B)290	Solunum sistemi tüberküloz sekeli, tanımlanmamış	0	1
(B)287	Enfestasyonlar (Yara miyazı)	0	1
(B)299	Diğer enfeksiyöz hastalıklar	1	1
(B)250	Plasmodium falciparum sıtması	1	0
(B)295	Streptokok ve stafilokok enfeksiyonları	1	0
(B)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	5	7

Tablo 32. (C)3 tanı kodu ile girilmiş tümörler

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(C)334	Bronş ve akciğerlerin malign tümörleri	5	13
(C)316	Midenin malign tümörleri	1	5
(C)356	Overlerin malign tümörleri	2	4
(C)390	Multipl myelom ve malign plazma hücreli tümörler	4	4
(C)367	Mesanein malign tümörleri	2	3
(C)391	Lenfoid lösemi (KML)	2	3
(C)317	İnce bağırsak malign tümörleri	1	2
(C)325	Pankreas malign neoplazmi	1	2
(C)396	Lenfoid, hematopoetik ve ilişkili dokuların diğer malign tm.	15	0
(C)360	Meme tümörleri	4	1
(C)	Diğer tanılar	14	25
	Toplam	51	62

Tablo 33. (D)4 tanı kodu ile girilmiş kan ve immünite hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(D)469	Purpura ve diğer hemorajik durumlar	6	6
(D)466	Hereditör faktör 8 eksikliği	4	4
(D)451	Vitamin B 12 eksikliği anemisi	2	4
(D)460	Demir eksikliği anemisi	6	4
(D)461	Diğer aplastik anemiler	3	1
(D)464	Diğer anemiler	1	4
(D)467	Hereditör faktör 9 eksikliği	1	1
(D)475	Kan ve kan yapıcı organların diğer hastalıkları	1	2
(D)468	Kuaqülasyon bozuklukları, diğer	0	1
(D)	Diğer tanılar	0	8
	Toplam	24	35

Tablo 34. (E)5 tanı kodu ile girilmiş endokrin, beslenme ve metabolik hastalıklar

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(E)511	İnsüline bağımlı olmayan diabetes mellitus	19	45
(E)510	İnsüline bağımlı diabetes mellitus	2	10
(E)513	Diabetes mellitus, diğer tanımlanmış	1	7
(E)523	Hipofiz bezinin diğer bozuklukları ve hipofonksiyonu	2	3
(E)514	Diabetes mellitus, diğer tanımlanmamış	0	4
(E)527	Adrenal bezin diğer bozuklukları	1	2
(E)566	Obezite	1	1
(E)587	Sıvı, elektrolit ve asit-baz dengesinin diğer hastalıkları	8	1
(E)505	Tirotoksikoz (hipertiroidizm)	1	1
(E)504	Diğer toksit olmayan guatr	1	1
(E)	Diğer tanılar	2	7
	Toplam	38	82

Tablo 35. (F)6 tanı kodu ile girilmiş mental ve davranışsal bozukluklar

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(F)620	Sizofreni	2	3
(F)643	Ağır strese reaksiyon ve uyum bozuklukları	2	2
(F)630	Manik nöbet	1	1
(F)631	Bipolar duygulanım bozukluğu	2	1
(F)632	Depresif nöbet	1	2
(F)641	Anksiyete bozuklukları, diğer	1	1
(F)645	Somatoform bozuklukları	0	1
(F)699	Mental bozukluk, tanımlanmamış	0	1
(F)623	Akut ve geçici psikotik bozukluklar	3	0
(F)	Diğer tanılar	1	1
	Toplam	13	13

Tablo 36. (G)7 tanı kodu ile girilmiş nörolojik hastalıklar

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(G)746	Serebrovasküler hastalıklarda beynin vasküler sendromları	51	71
(G)740	Epilepsi	9	12
(G)745	Geçici iskemik atak ve ilgili sendromlar	19	2
(G)705	Ensefalit, miyelit ve ensafalomiyelit	0	2
(G)700	Bakteriyel menenjit, başka yerde sınıflanmamış	0	1
(G)725	Ekstra piramidal diğer bozukluklar ve hareket bozuklukları	0	1
(G)731	Sinir sisteminin diğer dejeneratif hastalıkları, sınıflanmamış	0	1
(G)735	Multipl skleroz	0	3
(G)751	Fasiyal sinir bozuklukları	1	1
(G)	Diğer tanılar	2	5
	Toplam	82	99

Tablo 37. (H)8 tanı kodu ile girilmiş göz ve kulak burun boğaz hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(H)802	Göz kapağının diğer bozuklukları	0	1
(H)805	Orbita bozuklukları	0	1
(H)810	Konjonktivit	0	1
(H)818	Korneanın diğer bozuklukları	1	1
(H)821	İris ve siliyer cismin diğer bozuklukları	0	1
(H)844	Göz küresi bozuklukları	0	1
(H)872	Kulak zarı perforasyonu	0	1
(H)881	Vestibüler fonksiyon bozuklukları	2	1
(H)882	Vertiginöz sendromlar, başka yerde sınıflanmamış hastalıklar	0	1
(H)	Diğer tanılar	1	1
	Toplam	4	10

Tablo 38. (I)9 tanı kodu ile girilmiş dolaşım sistemi hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(I)925	Kronik iskemik kalp hastalığı	3	69
(I)921	Akut miyokard enfarktüsü	108	56
(I)950	Kalp yetmezliği	23	40
(I)967	Serebrovasküler hastalıklar, diğer	6	24
(I)961	Intraserabral hemoraji	11	16
(I)946	Kardiyak arrest	6	11
(I)920	Anjina pectoris	7	11
(I)944	Atriyovenriküler ve sol anadal-dal bloğu	12	11
(I)910	Esansiyel (primer) hipertansiyon	2	12
(I)982	Venöz emboli ve trombozu diğer	6	8
(I)926	Pulmoner embolizm	6	7
(I)963	Serebral infarktlar	33	5
(I)974	Arteriyel embolizm ve tromboz	2	4
(I)	Diğer tanılar	53	39
	Toplam	278	313

Tablo 39. (J)10 tanı kodu ile girilmiş solunum sistemi hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(J)1044	Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları	68	79
(J)1018	Pnömoni, organizma tanımlanmamış	37	27
(J)1045	Astım	5	10
(J)1080	Yetişkin solunum distres sendromu (ARDS)	0	5
(J)1096	Solunum yetmezliği, başka yerde sınıflanmamış	16	5
(J)1015	Bakteriyel pnömoniler, başka yerde sınıflanmamış	2	4
(J)1000	Akut nazofarenjit(nezle)	1	1
(J)1014	Pnömoni; hemophilus influenzae'ye bağlı	0	1
(J)1047	Bronşiektazi	1	2
(J)	Diğer tanılar	6	33
	Toplam	136	167

Tablo 40. (K)11 tanı kodu ile girilmiş sindirim sistemi hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(K)1129	Gastrit ve duodenit	2	24
(K)1156	Paralitik ileus ve barsak obstrüksiyonu, hemisiz	11	15
(K)1172	Karaciğer yetmezliği, başka yerde sınıflanmamış	17	21
(K)1126	Duodenum ülseri	2	13
(K)1125	Mide ülseri	2	9
(K)1135	Akut apandisit	5	8
(K)1162	Anüs ve rektumun diğer hastalıkları	3	6
(K)1176	Karaciğerin diğer hastalıkları	3	5
(K)1181	Kolesistit	5	9
(K)1122	Özofagusun diğer hastalıkları	2	4
(K)	Diğer	104	182
	Toplam	156	296

Tablo 41. (L)12 tanı kodu ile girilmiş deri ve derialtı dokunun hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(L)1250	Urtiker	5	4
(L)1203	Selülit	3	2
(L)1208	Derinin ve derialtı dokunun diğer lokal enfeksiyonları	5	0
(L)1280	Vitiligo	1	0
(L)	Diğer tanıları	0	0
	Toplam	14	6

Tablo 42. (M)13 tanı kodu ile girilmiş kas iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(M)1301	Meningokokal artrit	1	1
(M)1313	Poliartrit, tanımlanmamış	1	1
(M)1317	Gonartroz (diz eklemine artrozu)	0	1
(M)1325	Hemartroz	0	1
(M)1332	Sistemik lupus eritematozis	1	1
(M)1343	Spondilozis	1	1
(M)1384	Kırığın yanlış kaynaması	1	1
(M)1302	Reaktif artropati	1	0
(M)1336	Dermato (poli) miyozit, neoplastik hastalıklarda	1	0
(M)1351	İntervertebral disk bozuklukları, diğer	1	0
(M)	Diğer tanıları	0	3
	Toplam	8	10

Tablo 43. (N)14 tanı kodu ile girilmiş genitoüriner sistemin hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(N)1418	Kronik böbrek yetmezliği	27	34
(N)1417	Akut böbrek yetmezliği	27	15
(N)1439	Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış	7	14
(N)1483	Ovarian, fallopian tüp ve geniş ligamentin enflamatuvar olmayan bozuklukları	1	7
(N)1412	Tübulo intertisyel nefrit, akut veya kronik olarak tanımlanmamış	0	2
(N)1413	Obstrüktif ve reflü üropati	1	2
(N)1493	Anormal uterus veya vajinal kanama	7	2
(N)1405	Tanımlanamayan nefrotik sendrom	0	1
(N)1435	Uretra darlığı	0	1
(N)	Diğer tanılar	13	18
	Toplam	83	96

Tablo 44. (O)15 tanı kodu ile girilmiş gebelik, doğum, ve puerperal dönem hastalıkları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(O)1580	Tek spontan doğum	171	96
(O)1582	Tek doğum, sezeryan ile	0	86
(O)1503	Spontan düşük	2	11
(O)1584	Çoğul doğum (spontan+sezeryan ile)	0	8
(O)1500	Ektopik gebelik	4	5
(O)1520	Kanama erken gebelikte	1	4
(O)1504	Tıbbi düşük	0	3
(O)1514	Hamilelikte (gebeliğe bağlı) hipertansiyon, belirgin proteinüri ile	0	2
(O)1544	Plasenta previa	1	2
(O)1568	Doğum süreci ve doğum, fetal stres(distress) ile komplike	0	2
(O)	Diğer tanılar	59	19
	Toplam	238	238

Tablo.45. (P)16 tanı kodu ile girilmiş perinatal döneme ait belirli durumlar

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(P)1631	Perinatal döneme ait durumlar	0	1
(P)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	0	1

Tablo 46. (P)17 tanı kodu ile girilmiş konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(Q)1750	Gelişimsel over kisti	2	2
(Q)1780	Konjenital iktivozis	0	1
(Q)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	2	3

Tablo 47. (R)18 tanı kodu ile girilmiş semptomlar, bulgular ve anormal klinik ve laboratuvar sonuçları

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(R)1810	Akut Karın	60	35
(R)1804	Solunum yollarından gelen kanama	0	4
(R)1831	Tanımlanmamış hematüri	1	4
(R)1890	Kafa içi yer işgal eden lezyon	1	7
(R)1850	Odağı bilinmeyen ateş	1	3
(R)1855	Senkop ve bayılma	0	1
(R)1857	Şok, tanımlanmamış	0	1
(R)1858	Kanama, başka yerde sınıflandırılmamış	6	1
(R)1860	Ödem, başka yerde sınıflandırılmamış	1	0
(R)	Diğer tanılar	3	5
	Toplam	73	61

Tablo 48. (S)19 tanı kodu ile girilmiş harici nedenlere bağlı yaralanma

ICD-10 Kodu		Ön Tanı	ICD
(S)1902	Kafatası ve yüz kemiklerinin kırıkları	18	32
(S)1972	Femur kırığı	30	26
(S)1942	Omuz ve kolun kırıkları	10	15
(S)1982	Baldır bölgesinin (tibia-fibula) kırıkları, ayak bileği dahil	10	10
(S)1952	Önkolun kırıkları	3	13
(S)1961	El bileği ve elin açık yaralanmaları	12	6
(S)1965	El bileği ve elin damar yaralanmaları	0	8
(S)1906	Intrakraniyal yaralanma	4	5
(S)1936	Batın içi organ yaralanmaları	51	7
(S)1932	Lomber omurga ve pelvis kırıkları	0	6
(S)	Diğer tanılar	42	63
	Toplam	180	191

Tablo 49. (T)20 tanı kodu ile girilmiş zehirlenme ve diğer belirli sonuçlar

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(T)2039	Opioid olmayan analjezikler, antipiretikler ve antiromatizmal ilaçlar ile zehirlenmeler	31	11
(T)2031	Vücut yüzeyinde yanık(< %10-%20)	7	8
(T)2042	Antiepileptik, sedatif-hipnotik ve antiparkinson ilaçları ile zehirlenmeler	3	5
(T)2043	Psikotropik ilaçlarla zehirlenmeler, başka yerde sınıflandırılmamış	2	7
(T)2058	Karbon monoksit zehirlenmesi	1	2
(T)2014	Vücut bölgesi yaralanması, tanımlanmamış	1	4
(T)2017	Solunum yollarında yabancı cisim	1	2
(T)2036	Sistemik antibiyotikler ile zehirlenmeler	1	2
(T)2020	Baş ve boynun yanık ve korozyonları	0	1
(T)	Diğer tanılar	7	17
	Toplam	54	59

Tablo 50. (V)21 tanı kodu ile girilmiş araç kazaları

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(V)2189	Tanımlanmamış araç kazasında kişi yaralanması	3	4
(V)2143	Araba binicisi yaralanması, araba, kamyonet veya vanla çarpışmada	0	2
(V)2149	Araba binicisi yaralanması, diğer ve tanımlanmamış	1	1
(V)2129	Motosiklet binicisi yaralanması	0	1
(V)2187	Trafik kazası tanımlanmış	0	1
(V)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	4	9

Tablo 51. (W)22 tanı kodu ile girilmiş kaza yaralanmalarının diğer dış nedenleri ve düşme

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(W)2226	Cansız fiziksel güçlere maruz kalma (bıçak, kılıç, kamayla temas)	1	5
(W)2251	Bir başka şahıs tarafından darp veya çarpma	0	1
(W)2219	Düşme, tanımlanmamış	0	4
(W)2287	Elektrik akımına maruz kalma, tanımlanmamış	0	1
(W)2234	Diğer ve tanımlanmamış ateşli silahlardan ateş		1
(W)2257	Zehirsiz böcek ve eklem bacaklı tarafından ısırılma ve sokulma	0	1
(W)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	1	13

Tablo 52. (X)23 tanı kodu ile girilmiş zehirlenmeler veya diğer nedenler

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(X)2344	İlaçlar, haplar ve biyolojik maddelere maruz kalma kazayla zehirlenme diğer ve tanımlanmamış	11	22
(X)2382	Motorlu aracın çarpmasıyla kendine zarar verme	0	3
(X)2393	Tabancayla saldırı	1	4
(X)2320	Zehirli yılan ve kertenkelelerle temas	1	1
(X)2356	Tanımlanmamış etkenlere maruz kalma	0	1
(X)2395	Diğer ve belirlenmemiş büyük silahla saldırı	1	1
(X)2399	Sivri cisimle saldırı (cisim tanımlanmamış)	1	2
(X)2341	Antiepileptik, sedatif, hipnotik, antiparkinson ve psikotrop ilaçlara maruz kalma ve kazayla zehirlenme, sınıflanmamış	1	0
(X)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	16	34

Tablo 53. (Y)24 tanı kodu ile girilmiş saldırılar

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(Y)2422	Tabanca patlaması, gerçekleşme şekli belirlenmemiş	0	1
(Y)2435	Ateşli silahın kullanıldığı yasal müdahale	0	2
(Y)2424	Ateşli silahla ateş diğer ve tanımlanmamış, gerçekleşme şekli belirlenmemiş.	0	1
(Y)2436	Yangınlar, büyük ve tahrip edici yangın ve sıcak maddelere ait savaş operasyonları	0	1
(Y)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	0	5

Tablo 54. (Z)25 tanı kodu ile girilmiş diğer nedenler (diğer tıbbi sorunlar)

ICD-10 Kodu		On Tanı	ICD
(Z)2500	Yakınması veya belirtilen bir tanısı olmayan kişilerin genel muayenesi ve tetkik edilmesi	9	72
(Z)2533	Gebelik	0	24
(Z)2504	Muayene ve gözlem için diğer nedenler	1	15
(Z)2571	Sağlık servisine diğer danışma ve tıbbi tavsiye için gelen kişiler, başka yerde sınıflandırılmamış	2	3
(Z)2501	Yakınması veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin diğer özel muayene ve incelemeleri	0	1
(Z)2593	Yapay açıklıklar, (gastrostomi durumu)	1	1
(Z)2594	Organ ve doku nakilleri (karaciğer nakli)	1	4
(Z)	Diğer tanılar	0	0
	Toplam	14	120