

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
KATİP ÇELEBİ TIP FAKÜLTESİ VE İZMİR ATATÜRK EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, ACİLİYET ALGILARI,
BU ALGIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE ACİL
SERVİSE BAKIŞ AÇILARI

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. UMUT PAYZA

TEZ DANIŞMANI
UZM. DR.ZEYNEP KARAKAYA

İZMİR
2014

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince hem hekimlik mesleğine hem de hayata yaklaşımıyla bizlere örnek olan, bilgisini ve deneyimlerini her zaman çok bizlerle paylaşan, eğitimimizin her safhasında yanımda olan, engin tecrübelerini ve bilgisini bizimle paylaşan İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Klinik Şefi saygıdeğer hocam Doç. Dr. Erden Erol ÜNLÜER'e, idari sorumlumuz Yrd. Doç. Dr. Fatih Esad TOPAL' a, teşekkürlerimi sunuyorum.

Bana hastane dışındaki hayatımda, asistanlık sürecimde ve tezimi hazırlamam sırasında bilgi, tecrübe ve arkadaşlığı ile her zaman yanımda olan tez danışmanım sevgili Dr. Zeynep KARAKAYA 'ya teşekkürler ederim. Verdiği emek ve katkılarından dolayı saygılarımı sunarım.

İçinde bulunduğumuz tüm zorluklara rağmen yanımda olan desteğini her an duyduğumuz acil servisin tüm zorluklarını katlanılır kılan kliniğimizin uzman hekimleri Dr. Pınar Hanife KARA, Dr. Zeynep KARAKAYA, Dr. Pınar Yeşim AKYOL, Dr. Nergis VAN DEN BERK GÖKTAŞ, Dr. Serhat AKAY, Dr. Önder LİMON' a dateşekkürü, gösterdikleri aydınlık yolda ilerlemek ve ışıklarını daha ileriye taşımak görevini bir borç biliyorum.

Ayrıca ihtisasım boyunca bilimsel ve manevi desteklerini hep hissettiğim ATATÜRK Eğitim Araştırma Hastanesi'nin tüm uzmanlarına ve asistanlık sürem boyunca beraber çalıştığımız, asistan dostlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve personelimize teşekkür ederim.

Hayatımda her alanda yanımda olan ve destek veren sevgili eşim Ayşe Demet PAYZA ve ailelerimizeşükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
KISALTMA LİSTESİ	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
GRAFİK LİSTESİ.....	vii
ÖZET	viii
SUMMARY	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Tarih.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	2
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Acil Tıp ve Tanımlar	3
2.2 Asıl Sorunumuz; Acil Servis Yoğunluğu	4
2.3 Acil Hastaların Triyajı ve Triaj Kriterleri	5
3.GEREÇ ve YÖNTEM	9
4. BULGULAR.....	11
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tanımlayıcı Bilgileri	11
4.2. Çalışmaya Katılan Hastalara Sorulan Sorular ve Sorulara Verilen Cevapların İncelenmesi.....	13
5. TARTIŞMA.....	32
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	42
EK 1. HASTA BİLGİ FORMU	48

KISALTMA LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AS	: Acil Servis
ACEP	: American College of Emergency Physicians
ATH	: Acil Tıp Hizmetleri
CDC	: Centersfor Disease Control and Prevention
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESI	: Emergency Severity Index
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisationfor Economic Co-operationand Development)

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1.	Sağlık bakanlığı Renk tanımlı Triaaj uygulaması	6
Tablo 2.2.	Triaaj kategorilerinin tanımı ve bu durumlara uyan örnekler	7
Tablo 4.1.	Cinsiyet dağılımı	11
Tablo 4.2.	Bugün acil servise nasıl geldiniz?	13
Tablo 4.3.	Ambulans kullanımı	14
Tablo 4.4.	Bugün acil servise nasıl geldiniz?	14
Tablo 4.5.	Bugün acil servise nasıl geldiniz?	15
Tablo 4.6.	Sağlıkta sevk zinciri hakkında bilginiz var mı?.....	16
Tablo 4.7.	Bilgi sahibi hastaların dağılımı.....	16
Tablo 4.8.	Aile hekiminiz tarafından değerlendirilmeden acil servise başvurmamanız önerilse ne düşünürsünüz?	17
Tablo 4.9.	Eğitim durumu /acil servise başvuru	18
Tablo 4.10.	Neden acil servis?.....	19
Tablo 4.11.	Neden acil servis?.....	19
Tablo 4.12.	Hangi Amaçla Acil servisi Kullanırsınız?.....	20
Tablo 4.13.	Acil servisi tercih etme nedeni ‘Gündüz polikliniklerin kalabalık olması’ olan hastaların yaş dağılımı	21
Tablo 4.14.	Hangisine daha çok güven duyuyorsunuz?	21
Tablo 4.15.	Hangisine daha az güven duyuyorsunuz?.....	22
Tablo 4.16.	Sizce hasta bakımı için en iyi yer hangisidir?	22
Tablo 4.17.	Acil servisi nasıl tanımlarsınız?.....	24
Tablo 4.18.	Şikayetleriniz başlayalı tahminen ne kadar süre geçmiştir?.....	25
Tablo 4.19.	Şikayetleriniz için kendiniz herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?	25
Tablo 4.20.	Şikayetleriniz için kendiniz herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?	26
Tablo 4.21.	Şikayetleriniz için kendiniz herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?	26
Tablo 4.22.	Sizce hastalığınız acil mi?	27
Tablo 4.23.	Ne kadar süredir muayene için acil serviste beklemektesiniz?	28

Tablo 4.24. Bir acil hekimi sizi en iyi şekilde değerlendirmek için ne kadar zaman ayırmalı?.....	29
Tablo 4.25. Son 1 yıl içinde kaç kez acil servise başvurduunuz?.....	30
Tablo 4.26. Son 1 yıl içinde kaç kez poliklinik başvurusunda bulundunuz?.....	30
Tablo 4.27. Acil servislerde mevcut olan yoğunluğun çözüümü sizce nedir?	31

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 4.1.	Cinsiyet dağılımı	11
Grafik 4.2.	Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı	12
Grafik 4.3.	Eğitim durumları dağılımı.....	12
Grafik 4.4.	Acile gelmeden önce durumunuz için herhangi birine danıştınız mı?	17
Grafik 4.5.	Acile gelmeden önce durumunuz için herhangi birine danıştınız mı?	18
Grafik 4.6.	Hangisine daha çok güven duyuyorsunuz?	21
Grafik 4.7.	Hangisine daha az güven duyuyorsunuz?	22
Grafik 4.8.	Sizce hasta bakımı için en iyi yer hangisidir?.....	23
Grafik 4.9.	Hastaların acil servis tanımlamaları	23
Grafik 4.10.	Sizce hastalığınız acil mi?	27
Grafik 4.11.	Hastalığınızın değerlendirilmesi için ne kadar süre içinde doktor tarafından değerlendirmeniz gerekli?	28
Grafik 4.12.	Acil servis yoğunluğu sizi rahatsız ediyor mu?	31

ÖZET

Dr. Umut PAYZA, “acil servise başvuran hastaların aciliyet algıları, acil servise bakış açıları ve bu durumu etkileyen faktörler” ATATÜRK Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir, 2014.

Giriş ve Amaç: Günümüzde Acil servislere olan başvurular sürekli artış göstermektedir. Literatürde acil olmayan yakınmalar ile acil servise başvuru oranları geniş bir yelpazede dağılmaktadır (%7–94). Bunun nedeni aciliyet algısı açısından bir standardın olmaması ve hastalarla birinci basamak hekimleri arasında yeterli koordinasyonunun sağlanamamasıdır. Bu nedenle gerçek acil vaka, tanı ve tedavi sürecinde aksamalar yaşamaktadır. Çalışmamızda ATATÜRK Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi 'ne gelen hastaların hakkındaki aciliyet algılarını, acil servise bakış açılarını ve ailelerin yanlış aciliyet algılamasının nedenlerini araştırdık.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma 1 Ağustos -31 Ekim 2014 tarihlerinde İAEH Acil Servisi'ne müracaat eden hastalar üzerinde yapıldı. Hastalara, aciliyet durumlarının sorgulandığı anket dolduruldu. Ankette hastaların demografik özellikleri, ne kadar sürede doktor tarafından görülmeli, şikayetlerinin başlama süresi, şikayet başlayalı ne kadar zaman geçtiği, hastanın acil serviste bekleme süresi, acil servise gelmelerinin temel nedenleri ve hastaların aciliyet algısını oluşturan öğeler sorgulandı.

Bulgular: Acil servise müracaat eden hastaların%60'ının (n: 539) şikayetleri başladıktan 1 saat içerisinde acil servisimize başvuruda bulduklarını belirtmişlerdir. Hastaların %26.4ü (n:243) ilk 15 dakika içinde ve yaklaşık %50'(n:459) si ilk 15 dakika ile 1 saat içinde doktor tarafından görülmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Hastaların %12 (n:111) kadar şikayetlerinin yıllardır olduğunu ifade etmişlerdir.Hastalarımızın %38.2 'si (n:351) şikayetlerinin acil olmadığını belirtmişlerdir. Hastalarımız acil servise gelme nedenleri olarak % 29.4'ünün (n: 270) çalıştıkları ya da refakatçileri çalıştığı için mesai saatleri içinde müsait olamamaları,% 27.4 'ü (n:252) polikliniklerin çok yoğun olması nedeniyle acil servisi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.Hastalarımız acil servisi tanımlarken de %40.1 (n:369) oranında tetkiklerin hızlı yapıldığı yer olarak tanımlamışlardır.

Sonuç:Acil servislerin gereğinden daha fazla ve yanlış kullanımıSağlık Bakanlığı'nca yapılan çalışmalarda da sık sık vurgulandığı gibisağlık sistemimizin en ciddi sorunları arasında yer alır. Acil serviste sunulan sağlık hizmetlerinin gerçekten ihtiyaç sahibi hastalara verilebilmesinin yolu, toplumu bilinçlendirmek, birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilecek eğitimlerle aciliyet algısının geliştirilebileceğini, bu sayede acil servis başvurularının azaltılabileceğini değerlendirmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Acil Servis, Hastalığın aciliyeti, Acil servis kullanım amaçları

SUMMARY

Dr. Umut PAYZA, “Emergency perception of patients applying emergency service, their attitude and factors that affect this process” ATATÜRK Education and Research Hospital Medical Faculty Department of Emergency Medicine, PhD Thesis, İzmir, 2014.

Introduction and Aim: The number of patients applying the emergency units of hospitals has been constantly increasing. The complaints that are not really emergent disperse in a wide range in literature (% 7-94). The reason of this is the lack of a common standard in terms of perception of emergency and the lack of coordination between first step medical personnel and patients. Thus, problems occur during actual emergent cases, and diagnosis and treatment processes. In our study, we research emergency perception of patients who apply to the ATATÜRK Education and Research Hospital, the attitudes towards the emergency units and families’ incorrect perception of emergency.

Materials and Methods: The study is applied on patients who come to the İAEH’s emergency unit between Aug. 1 and Oct. 31, 2014. Patients filled questionnaires that measure their emergencies. The questionnaires asked the patients’ demographic features, the duration of time spent with doctors, the time when their symptoms started to appear, how long has passed since symptoms appeared, the time that passed while the patients were waiting at the emergency units, why the patients came to the emergency unit and factors that affect the patients’ perception of emergency.

Findings: % 60 (n: 539) of the patients said they came to our emergency unit within an hour since their symptoms started. % 26.4 (n: 243) of the patients said the doctor started to treat them during the first 15 minutes while % 50 (n:459) of the patients said the doctor started their treatment after the first 15 minutes or within an hour. % 12 (n:111) of the patients said their symptoms continued for years. % 38.2 (n: 351) of the patients said their symptoms are not really emergent. In terms of reasons why our patients applied to the emergent unit, % 29.4 (n: 270) of them said they applied to the emergency unit because they and their companions work during the hospital’s working hours; % 27.4 (n:252) of the patients said they preferred the emergency unit

because our polyclinics are very busy. %40.1 (n:369) of the patients define the emergency units as the places where their medical examinations are finalized in a short time.

Conclusion: The redundant use and misuse of emergency units is one of the main problems of our medical sector as it is also emphasized in studies conducted by the Health Ministry. The ways to ensure the emergency units to be used by people who are really in need are to raise the awareness of public, improve the perception of emergency of people via training programs to be provided at the first step medical services. In this way, we can assess that the number of people who apply to the emergency units can be reduced.

Key words: Emergency Unit, Emergency of patients, Reasons for Emergency Unituse

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1 Tarih

Acil tıp tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Aslında tarihin bilinen tüm dönemlerinde ‘acil hasta’ ya müdahale için çeşitli çalışma ve uygulamalar yapılmış, tıp biliminin öncüleri kabul edilen bilim insanları bu konu üzerinde derinlemesine incelemeler ve gözlemlerde bulunmuşlardır. Her dönemde kazalar, savaşlar ve afetler sonucu yaralanan veya acil sağlık sorunuyla karşılaşan hasta ve yaralılar için çeşitli tıbbi girişimler yapılmıştır.Günümüzden 5000 yıl önce Mısır’ da acil tıbbi müdahalelerin geliştirildiği ve uygulandığı, eski Yunan ve Roma uygarlıklarının ilk yardım ve savaş meydanlarından yaralıların taşınmasına dair uygulamalar yaptıkları bilinmektedir(1). Napolyon’un baş cerrahı olan Baron Dominique Larrey, Prusya seferi sırasında ilk kez askeri tıbbi birliği kurmuş ve 1793 yılında atlı arabalarla oluşturulan ve uçan ambulans denilen araçlarla hasta ve yaralılar taşınmıştır. 1881 ve 1882 yıllarında İngiltere’de ve İskoçya’da kilise yardım örgütleri Kraliçe Victoria’nın izniyle savaş yaralıları ve ilk yardım konularında teşkilatlanma izni almışlar ve ilk yardım birlikleri kurmuşlardır(2). Özellikle savaşlar bu ilerlemenin temel itici gücü olmuştur.

Türkiye’de acil tıbbın gelişimi için 1990 yılında acil tıp anabilim dalı kurulmuştur(Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi). Ülkemizde 2000’li yılların başlarında 14 üniversite hastanesinde ve kısıtlı sayıda akademisyenin desteğiyle sürdürülmekte olan acil tıp asistanlık programları, günümüzde ‘üniversite hastaneleri’ ve ‘eğitim ve araştırma’ hastaneleri olmak üzere toplam 70’in üzerinde kurumda sürdürülmektedir.(3)

Günümüzde acil servisler sağlık sisteminin en önemli temel taşlarının başında gelmektedir.(4) Her üç kişiden biri acil servislere başvurularda bulunmakta ve bu başvurular gelişmiş ülkelerde yüzde 5-8 iken ülkemizde yüzde 30-40’ları bulmaktadır, şu anda Türkiye ortalamasında yeşil grup ve sarı grup olarak nitelenen hastaların ortalama muayene süreleri 10 ila 15 dakika arasında değişmekte olup, hastalar yine de bu sürelerden şikayetçi olmaktadır(5). ABD’ de yapılan benzer çalışmalarda ise yeşil alan hastalarının bekleme süreleri 4 saate kadar uzamakla beraber bu hastaların yüzde 5-10’u şikayetleri acil olmaması nedeniyle doktor muayenesi olmadan evlerine

dönmektedirler(6). Acil servislerde bu kalabalık beraberinde hastalara ayrılan zamanın azalmasına sebep olmakta, tanı ve tedavi için gereken süre kısalmaktadır. Bu sorun ciddi bir tehlike oluşturmakta, mortalite ve morbiditenin artışına sebep olmaktadır(7,8). Ayrıca bu durumu engellemek için hekimlerin istedikleri tetkik ve görüntüleme gibi zaman alan işlemler artmakta ve sonuç olarak mali yükünde artmasına neden olmaktadır.

Acil servis başvurularının yüzde 15-20'si gerçek aciller oluşturduğu Sağlık Bakanlığı çalışmalarında da vurgulanmıştır.(5)

Dünyada ve Türkiye'de de sağlık sisteminin bir parçası olan triaj uygulaması uluslararası standartlarda planlanmış;kırmızı alan, sarı alan ve yeşil alan olmak üzere üç renk koduyla nitelenmiştir(9).Acil müdahale gereği olmayan hastalar yeşil alan muayenesi olup en ciddi kalabalık bu alanda yaşanmaktadır. Hem hekimler hem de hastalar bu alanda zorluk yaşamaktadırlar.Türkiye'de yılda yaklaşık 15.000.000' u çocuk olmak üzere 90.000.000 milyonu bulan acil başvurusu olmaktadır(10).Aynı dönemde yapılan çalışmalar da 300 milyonluk nüfusu olan ABD'nin yıllık 130 milyon acil servis başvurusu, yine İngiltere'nin 50 milyonun üzerinde nüfusu, 20 milyon acil servis başvurusu olduğu değerlendirilmiştir. Acil servis başvurularında dünyada lider konumdadır(11). Bu yüzden acil servis denilince aklımıza doğal olarak acil servis kalabalığı gelmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Çalışmamızda acil servise gelen hastaların aciliyet algılarını değerlendirmek ve acil servise bakış açılarını gözlemlemek istedik. Acil servis yoğunluğunun nedenlerini anlamayı amaçladık. Yoğunluğuna neden olan faktörleri, bu durumu etkileyen nedenleri ve toplumun bakış açılarını değerlendirmek istedik. Bu bilgiler ışığında da acil servis yoğunluğunu azaltacak çözüm önerileri bulmayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Acil Tıp ve Tanımlar

Tıp literatüründe“acil”, ‘aciliyet’ kavramı hastanın zaman kaybetmeden tıbbi bakım ihtiyacı olması anlamına gelmektedir. Herhangi bir nedenle oluşan acil durumda amaç, yaşamı tehdit etmekte olan durumu engellemek, organizmanın bütünlüğünü, hayati faaliyetlerini yapısına uygun hale getirme işlemi ve bu duruma neden olan tehtidi ortadan kaldırmaya çalışmaktır (4).

Acil olmayan hasta hemen ya da birkaç saat içinde müdahalenin gerekmediği hasta olarak tanımlanmaktadır (12).

Acil Tıp, hayati tehlike yaratan durumların hızlı bir şekilde tanınıp müdahalesinin yapılmasını sağlayan bir tıp dalıdır.Acil Tıp, özellikle acil sağlık sorunlarının çözümü için hastane öncesi ve hastanelere bağlı acil servislerde sunulan hizmetin kalitesinin artırılmasını, ölüm ve sakatlıkların önlenmesini hedef almıştır. Hastalıklarda ve yaralanmalarda acil tıp doktorları, hastanın yaşam bulgularının düzenlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavisini sağlamak için çalışır. Acil Tıp, öncelikle acil servislerdeki hizmetleri kapsarken aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri (ilk yardım, ambulans vs.) ve afet öncesi planlama ile de ilişkilidir.

Acil Tıp Uzmanı, ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği ve acil tıbbi bakım konularında uzmanlık eğitimi almış doktordur. Acil Tıp Doktorları, tıbbi acil durumdaki hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve uygun tedavisini sağlamanın yanında, acil tıbbi bakım gereken ancak diğer sağlık bakım birimlerine çeşitli nedenlerle ulaşamayan hastaların tedavisini de hastane öncesi alanda sağlar. Acil Tıp hizmeti, yoğun ve kendine özgü tıbbi yapısı ile bu konuda eğitilmiş doktorlar tarafından uygulanmaktadır. Acil Tıp Uzmanlarının hastane acil servislerinde hasta bakımında birincil görevli kişiler olması yanında, travma hastası gibi bir çok branş doktorunun müdahalesinin gerekli olduğu durumlarda ekip liderliği görevinde bulunur. Sağlık bakım sistemlerinin etkin bir şekilde planlanmasında, gelişmesinde, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde acil tıp uzmanlığının büyük bir önemi vardır. Savaşlar, felaket durumlarındaki sağlık hizmetinin planlanması, uygulanmasında ve

yaşamsal acillerin ilk ve erken müdahalesinin de acil tıp uzmanlığının görevleri içerisinde yer almaktadır. Acil servise başvuran hastaprofilisi çeşitlilik gösterir. Tüm hastalıklar hakkında bilgi sahibi olan acil tıp uzmanları diğer uzmanlık dallarının aksine geniş bir açıdan hasta değerlendirmek zorundadır.

Acil sağlık hizmetleri yönetmeliğimizde amaç; 'acil sağlık hizmetlerinin yurt dışında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak maksadıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslar ile bu kuruluşlar arasında koordinasyon temin edilmesine ve bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirlemektir' olarak tanımlanmıştır.(13)

Bununla beraber acil tıbbın daha iyi çalışması maksadıyla acil tıp hizmetleri için çeşitli tanımlamalar da yapılmıştır. Bu konuda öncülük yapan *American College of Emergency Physicians*(ACEP)'e göre acil tıp hizmetleri toplumun her bireyi için ulaşılabilir olmalıdır.Hastane öncesi, acil servis ve diğer yataklı tedavi bölümlerindeki hizmetler arasında tam ve kesintisiz bir işbirliği sağlanmalıdır. Hastalar değerlendirilirken ve tedavisi esnasında en uygun ve en kısa yoldan yapılmalı, hastaların tanı ve tedavileri için gerekli tüm ekipmanlar acil servis içinde bulunmalıdır. Acil servisler 7 gün 24 saat aktif hizmet sağlamalıdır. Zaman çok önemli bir öğe olup, zamanı uygun kullanmak acil bir durumu önleyebilir ve hayat kurtarabilir.Bir yaralanma veya herhangi bir tıbbi probleminden sonraki ilk dakikalar en önemli zaman dilimidir ve buradaki anahtar nokta; ne yapacağını bilmek, sakin kalmak ve gerekli olanı uygulamaktır.

Acil servisler 'acil' müdahale edilmediği takdirde, şiddetli ağrı, sakatlık ve ölümlü sonuçlanabilen hastalığı olan insanlara bakım sağlayan sağlık birimleridir (14,15).

Acil servis bir tanım olarak;hastane içinde standardize edebilen sistemin bir bütünleyicisi de denebilir (16,17, 18).

2.2 Asıl Sorunumuz; Acil Servis Yoğunluğu

Özellikle son yıllarda acil servise gelen birey sayısı sürekli ve katlanarak artmaktadır(18, 19, 20, 21). Acil servislere başvuran hastalarla, en az eşit sayıda ve

hatta daha fazla sayıda refakat eden birey de hızla artmaktadır. Buna paralel olarak tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde acil servis yoğunluğu giderek artmaktadır (22,23). Bu çığ gibi büyüyen sorun için ciddi araştırmalar yapılmaktadır.

Afilalo ve arkadaşları, tarafından yapılan bir çalışmada bu nedenin hastaların algılanan ciddiyet durumundan kaynaklandığını belirtmişlerdir (22). Prince ve Worth tarafından yapılan İngiltere’de bir başvuran hastaların üçte birinin hastalık şiddetini yanlış algıladıkları sonucunu çıkarmıştır(24).

ABD’de son 20 yılın acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu konusunda yayınlanan makaleler incelendiğinde acil servis aşırı hasta kalabalığının birden fazla sebebi olsa da esas sebep; toplumdaki hastalıkların şiddetinin ve bu hastalardan hastaneye yatması gerekenlerin sayısının artması, buna rağmen hastaları yatırmak için hastanelerde yeterli yatağın olmaması olarak görülmüştür.(25)

Acil servislerin en önemli özelliği acil müdahaleye gerek duyan hastaları ayırt etmek ve bu hastalara gereken tıbbi desteği sağlamaktır. Acil sağlık hizmetlerinin en belirleyici niteliği budur.(26)

2.3 Acil Hastaların Triyajı ve Triyaj Kriterleri

ABD’ de ‘ The Center Of Disease Control’’ tarafından yapılan çalışmada başvurularının aciliyet derecesini dört grupta incelemektedir:

1. 15 dakikadan daha az sürede müdahale gerekenler ‘‘ÇOK ACİL’’ (emergent),
2. 15–60 dakika arasında müdahale gerekenler ‘‘ACİL’’ (urgent),
3. 1–2 saat arasında sağlık bakımı gerektiren durumlar ‘‘YARI ACİL’’ (semiurgent),
4. 2–24 saat arasında sağlık hizmeti gerektiren durumlar ‘‘ACİL OLMAYAN’’ (non-emergent), olarak tanımlanmaktadır.(27)

Ülkemizde bu triyaj sınıflaması benzer şekilde yapılandırılmış ve aciliyetin derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Renklendirilmiş tablo ile bu tablonun renklerine

uygun hastalıklar düzenlenmiştir ve acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar bu uygulamayla korunmaya çalışılmıştır (tablo2.1).

Triyaj uygulaması dinamik bir uygulamadır ve her alanda; afetler, acil servisler,112 hizmetlerinde uygulanabilir.

Pek çok acil servisin girişinde sağlık bakanlığınca düzenlenmiş halde panolar mevcut olup, renk dağılımları hastalığın şiddetine göre uluslararası normlara uygun olacak ve triyaj elemanlarına yardımcı olacak şekilde açıklamalar eklenerek sınıflandırılmıştır(28).(tablo 2.1). ABD’de genellikle 3 basamaklı triaj sistemi rutin olarak kullanılmakta iken, Kanada, İspanya, İngiltere ve Avusturalya 5 basamaklı sistemlere adapte olmuşlardır(29). Ülkemizde 3 basamaklı ve kendi içinde 5 sınıfı olan triaj modeli uygulanmaktadır(4) (Tablo2.2).

Tablo 2.1. Sağlık bakanlığı Renk tanımlı Triaj uygulaması

DÜZEY	RENK KODU	DERECESİ	MÜDAHELE SÜRESİ	ÖRNEK DURUMLAR		
Kategori 1	Kırmızı	Kritik Durum (En Acil)	Hemen	Koma (Bilinç Kaybı) Akut Solunum Sıkıntısı Kardiak Göğüs Ağrısı	Ağır Kafa Travması Anafilaksi Çoklu Travma Şok	Açık Göğüs Ve Batın Yaralanması Kontrol Edilemeyen Kanama Yaşam Bulgularında Ani Ve Önemli Değişim
Kategori 2	Kırmızı	Kritik Durum (Acil)	≤ 15 Dakika	Epilepsi Krizi İntihar Girişimleri (ilaçların Aşırı Dozda Alınması) Zehirlenme	Açık Kırıklar Ağır Yanık	
Kategori 3	Sarı	Stabil Olmayan Durum	≤ 60 Dakika	Solunum Sıkıntısı Karın Ağrısı Kardiyak Olmayan Göğüs Ağrısı Şiddetli Baş Ağrısı Tecavüze Uğramış Hasta	Hiddetli Hasta Alkol İntoksikasyonu Kapalı Kırık Laserasyon Glop Vezikale Orta Dereceli Yanık	Böbrek Ağrısı
Kategori 4	Yeşil	Stabil Olmayan	≤ 2 Saat	Sistit Küçük Isırıklar Burkulma	Kontipasyon Kaşıntı Boğaz Ağrısı	Kulak Ağrısı Hafif Yanıklar Kronik Baş Ağrısı
Kategori 5	Siyah	Olağan Durum			Ex Duhul	

Tablo 2.2. Triaaj kategorilerinin tanımı ve bu durumlara uyan örnekler

Triaaj	Tanım	örnek
Kategori 1 (ÇOK acil)	<p>Sınıf 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eşzamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar.</p> <p>Sınıf 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Kardiyak arrest• Solunumsal arrest• Havayolu tıkanıklığı riski• Major çoklu travma• Genel durumu bozuk çocuk veya infantlar• Devam eden veya uzamış nöbet• Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı• Şiddetli stridor veya yutkunma gücüğü ileberaber olan havayolu tıkanıklığı• Akut hemiparazi/disfazi• Letarji ile birlikte ateş (her yaş)• Majorfraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalizetraum• Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı• Davranısal/Psikiyatrik şiddet içeren agresif davranışlar• Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar
Kategori 2 (ACİL)	<p>Sınıf 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbiditeoranı olan durumlar.</p> <p>Sınıf 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)• Ates yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta• İnatçı kusma• Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancakilinci açık hasta• 65 yas üstü karın ağrısı olan hasta• Şiddetli karın ağrısı olan hasta• Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremite yaralanması• Suistimal riski veya Şüphesi olan çocuk• Basit kanamalar• Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları• Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu• Bilinç kaybı olmayan minör kafa travması• Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma veishaller• Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim• Minör ekstremite travması (ayak bileğiburkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon)
Kategori 3 (acil olmayan)	<p>Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar</p>	<ul style="list-style-type: none">• Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı• Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü• Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirtiBasit yaralar-küçük sıyrıklar, dikis gerektirmeyen basit kesiler• Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranısal ve psikolojik bozukluklar

Acil servislerde triaj tanım olarak, yakınma ve başvuru şekillerine göre aciliyetin önceliğini belirleme işlemidir. Hastaların aciliyet ve dolayısıyla bakım öncelikleri bu aşamada belirlenir. Acil servislerde hasta bakımının en önemli basamağıdır. Acil servislere başvuran hastaların tıbbi bakımları triajla başlar. Triaaj basamağı belli olan hasta acil servis içinde uygun yere alınarak tıbbi bakımlarına devam edilir. Ülkemizdeki ve dünyadaki değişik triaj sistemleri kullanılmaktadır. Triaaj sistemlerinin amacı, başvuru anında hastaları yakınmalarına ve başvuru şekillerine göre, aciliyetin 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 (30).

ACEP tarafından tarif edilen gerçek tıbbi acil: Hastanın 24 saat içinde bir hastaneye yatmasını gerektiren herhangi bir durum, Akut travmalar (72 saatten daha az), ciddi ağrılar, akut ve yaşamı tehdit eden enfektif durumlar, halk sağlığını tehlikeye sokacak tehditler, doğum ve sonrasında ait durumlar, ciddi kanamalar, önlenmediği durumda kalıcı veya geçici fiziki veya psikolojik zarara yol açabilecek nedenler, bilinç, solunum, dolaşım, boşaltım, hareket veya duyu organları gibi hayati işlevlerin kötüleşmesi veya kötüleşmesi tehdidi, şiddetli mental hastalıklar, olası kötüleşmeden, sakatlıktan veya ölümden korunmak için hızlı ve dikkatli tıbbi yaklaşım gerektiren her türlü ani ve/veya ciddi durum olarak nitelenmektedir. Bu tanımlamalar dikkate alınarak hastalara yaklaşım temel mihenk taşıdır.(6)

Acil servislere başvuran hastalar ilk etapta aciliyet durumlarını kendileri analiz ederler ki bu durum anketimizde de sorgulanmıştır (31). Bu gerçeği göz önüne alırsak acil servise başvuran hastalar bir hekim tarafından değerlendirilmesi ve gerçek hasta ayrımının yapılması zaruridir. Bunun için ilk adım triaj sisteminin doğru, etkili ve en kısa sürede uygulanmasıdır. Hekim başvuruda bulunan hastayı triajını değerlendirerek gerçek acil yarı-acil hastaları ayırt edilebilir. Bunun içinse elbette ki hekim sayısının uygun olması, hasta başına düşen hekim sayısının belirli olması gerekmektedir, bizim çalışmamızda da hastalarla yapılan değerlendirmede hekim sayılarının artırılması ve tam donanımlı olarak tabir edilen acil servis yapısının oluşturulması isteği ön plana çıkmaktadır (32).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte gözlemsel bir araştırmadır.

Araştırma verileri, hastalarla yüz yüze görüşülerek anketi uygulayan hekimin kontrolünde ve hastalar tarafından çoktan seçmeli olarak cevaplanarak oluşturulmuştur.

Bu anket, acil servise çeşitli nedenlerle kullanan hastaların özelliklerini tanımlamak, hastaların acil servise bakış açılarını değerlendirmek, hastaların acil servisi kullanım amaçlarını gözlemlemek, acil servisteki yoğunluğa bakış açılarının görmek ve acil servis yoğunluğunun temel nedenlerini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

Ankete katılmayı kabul eden hastalar, acil servise müracaat eden yeşil alan ve sarı alana kabul edilen, herhangi hayatı tehdit edici ve aciliyeti olmayan hasta grupları seçilmiştir.

Ankete katılmayı kabul etmeyenler, acil müdahale gerektirecek travma hastaları, anketi doldurabilecek eğitime ve bilinç düzeyine sahip olmayan hastalar, kırmızı alan hastaları, yeniden canlandırma işlemlerine tabi tutulan hastalar bu ankete dahil edilmemişlerdir. Formları eksik dolduranlar, sorulan soruların bir kısmına cevap vermek istemeyenler, yakınları olmadığı içi bilgilerinde eksiklikler bulunanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Anketimizde bağımlı değişken, bu anketin acil servis içinde yapılıyor olmasıdır.

Çalışmamız Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi ve ATATÜRK Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Acil Servisi'nde 01 Haziran 2014 – 31 Eylül 2014 tarihleri arasında, acil tıp polikliniğine müracaat eden 1000 hasta ile yapılmıştır. Anketimize katılan hastalara acil serviste çalışan hekimlerce yüz yüze görüşme yöntemi ile sorular sorulmuştur. Araştırmanın amacı, hastalara görüşme sırasında anlatılmış, araştırmaya katılma davetini kabul eden hastalarla bu anket uygulanmıştır. Hastalar doktor tarafından muayene işlemleri bittikten sonra bu ankete tabi tutulmuşlardır.

Araştırma belirtilen tarihlerde, hafta içi ve hafta sonunu da kapsayacak şekilde, 24 saat aktif olan acil servis çalışma esasına göre belirli bir saat olmaksızın hastaların

uygun olduklarını ifade ettikleri zaman dilimi içerisinde uygulanmıştır. Başvuran hastalar araştırmanın amacı ve konusu hakkında bilgilendirilmiştir. Muayene işlemleri tamamlanan hastaların demografik özelliklerini belirleyici sorular ve 20 adet soru sorulmuştur. Ankette sorulan soruları tam dolduran 919 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 17.0 programı ile analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independentsamples) t testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi kullanılmıştır. Niceliksel veriler arasındaki ilişkileri saptamak için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

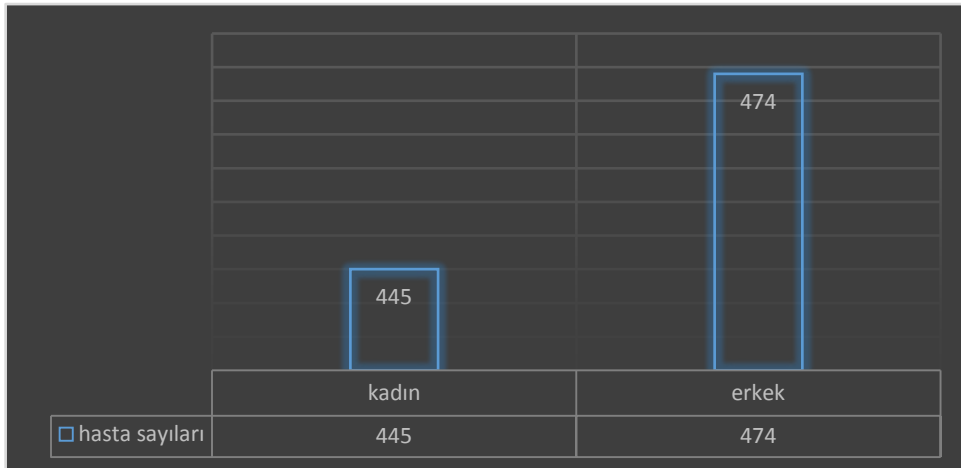
4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tanımlayıcı Bilgileri

Anketimize katılan katılımcı sayısı 919 kişi olup bu katılımcıların %48,4'ünü (n:445) kadınlar ve %51,5 İNİ (n:474) erkekler oluşturmaktadır. (grafik 4.1). Cinsiyetlere göre acil servis başvurularında istatistiksel fark gözlenmemiştir. (p>0,05)(tablo4.1)

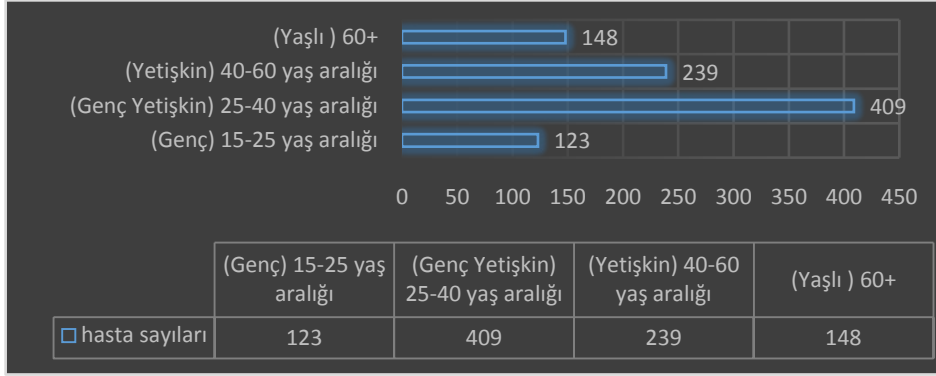
Tablo 4.1. Cinsiyet dağılımı

cinsiyet	n	%	P*
Kadın	445	48,4	P>0,05
erkek	474	51,5	



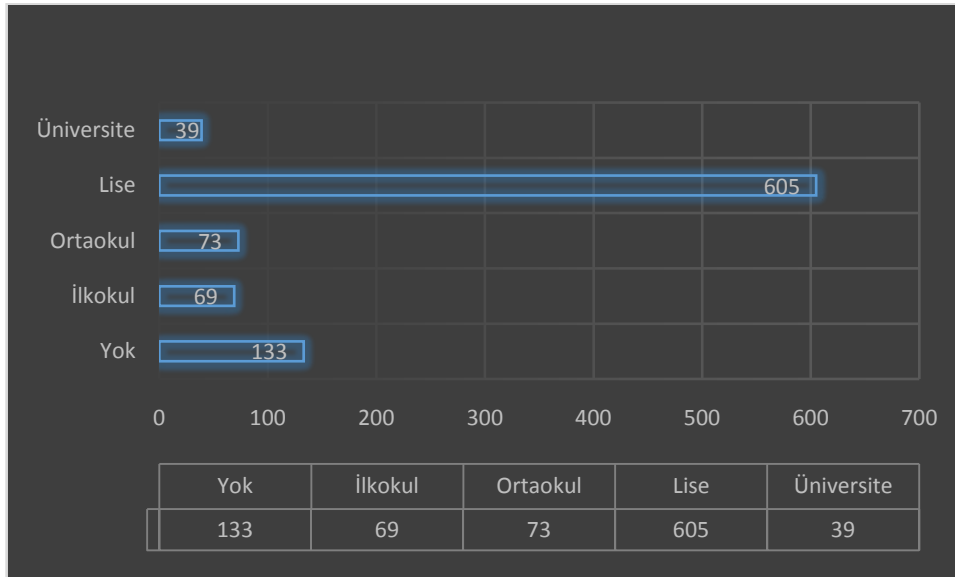
Grafik 4.1. Cinsiyet dağılımı

Hastanemize başvuruları daha çok 15 yaş üzeri ve yetişkinler oluşturmakta olup çocuk aciller kırmızı alan başvurusu kabul edilmiş ve dolayısıyla dışlama kriterleri içinde kalmıştır. Bu çalışmada katılımcıların yaşlarına göre 4 gruba ayrılmıştır. 15-25 yaş arası bireyler 'genç', 25-40 yaş 'genç erişkin', 40-60 yaş bireyler 'yetişkin' ve 60 yaş üstü katılımcılar 'yaşlı' olarak sınıflandırılarak dağılımı incelenmiştir. Bu anketin katılımcılarını %13,4'ü genç (n=123) ,%44,5 İ genç erişkin (n:409) , %26'sı yetişkin (n:239) ve %16,1'i (n:148) yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Yaş gruplarının ortalaması 39,44±17,87'dir.(grafik4.2)



Grafik 4.2. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımı

Eğitim durumları incelendiğinde ise, katılımcıların %14,5'inin(n:133) herhangi bir eğitim almadıkları gözlemlenmiştir. İlkokul mezunları katılımcıların %7,5'ini (n:69) oluştururken ortaokul %7,9 (n:73) lise, %65,8 (n:605) ve üniversite mezunları %4,2'sini (n:39) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan katılımcılar incelendiğinde çalışanların büyük bir çoğunluğunun lise mezunu olduğu gözlemlendi.(grafik4.3)



Grafik 4.3. Eğitim durumları dağılımı

Katılımcıların sosyo-ekonomik özelliklerine göre çalışan, çalışmayan ve öğrenci olarak üç grupta sınıflandırıldı. Çalışanların meslekleri kendi ifadelerine göre not edildi ancak dağılımı belirleyebilmek için 'çalışanlar' olarak gruplandırıldı. Çalışanlar katılımcıların %48,3'ünü (n: 444) oluşturduğu görüldü. Çalışmamızda öğrenciler

katılımcıların %3.8'ini (n:35) oluştururken çalışmayan katılımcılar %47.8 (n:440) olarak tesbit edildi.

4.2. Çalışmaya Katılan Hastalara Sorulan Sorular ve Sorulara Verilen Cevapların İncelenmesi

Hastalarımızın %69'u (n:635) acil servise toplu taşıma veya bireysel araçlarını kullanarak gelmektedir. Hastaneye yürüyerek gelen katılımcı oranı %19 (n:175) olup %11.8'inin (n:109) ambulans ile hastanemiz acil servisine ulaştırıldığı gözlemlenmiştir.

Ambulansla gelen hastaların %60.5'ini (n:66), yürüyerek gelen hastaların %52'sini (n:92) erkekler oluşturmaktadır (tablo 4.1).

Başvuruların yaş dağılımına bakıldığında 25-40 yaş 'genç erişkin' kabul ettiğimiz grubun acil servisi daha yüksek oranda kullandığını görmekteyiz. Genç erişkinler başvuruların %44.5'ini (n:409) oluştururken, kronik hastalık ve senil nedenlerin daha sık görüldüğü 60 yaş üzeri 'yaşlı' bireylerin ise başvuru oranı % 16.1 (n:148) düşük bir değer olarak görülmüştür. Yine genç erişkinlerin ambulansla acil servise başvuran grubun %26.6 (n:29) olduğu ve yaşlı bireylere (%29.3, n=32) yakın olduğu da görülmüştür. Yaşlı bireylerle genç erişkin bireyler arasında ambulansın kullanımını açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). (tablo4.3)

Tablo 4.2. Bugün acil servise nasıl geldiniz?

Yaş Dağılımı	Ambulans	Otomobil, taksi, otobüs	Yürüyerek	Toplam
(Genç) 15-25 yaş aralığı	7	87	29	123
(Genç Yetişkin) 25-40 yaş	29	295	85	409
(Yetişkin) 40-60 yaş	41	153	45	239
(Yaşlı) 60+	32	100	16	148
Toplam	109	635	175	919

Tablo 4.3. Ambulans kullanımı

Ambulans kullanımı	n	%	Ss	<=p>
Genç	7	6,4	2.12132	2,18
Genç yetişkin	29	26,6		
Yetişkin	41	37,6		
Yaşlı(60+)	32	29,3		

Ambulansı kullanan hastaların eğitim düzeyiyle paralel bir değişkenlik göstermediği gözlemlenmektedir. Ancak eğitim düzeylerine göre bireyleri kendi içlerinde değerlendirdiğimizde Lise düzeyinde eğitim alanların ambulans ile başvurularının diğer eğitim düzeylerine oranla oldukça düşük kaldığı (n:43 ,%7), diğer eğitim düzeylerindeki ve eğitimi olmayan bireylerin ise eğitimi olmayanlarda bu oran %21 (n:28), ilkokul düzeyinde eğitim alanlarda %27.5 (n:19), ortaokul %15 (n:11), üniversite eğitimi hastalarda %20.5 (n:8) olduğu gözlenmiştir.(Tablo4.4)

Eğitim düzeyi ile ambulans kullanımı arasında eğitimi olmayanlar ile üniversite eğitimi alanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür.(p>0,05) (tablo 4.5).

Üniversite mezunları da eğitimsizlerle aynı düzeyde ambulansı kullanma eğilimindedir.

Tablo 4.4. Bugün acil servise nasıl geldiniz?

Eğitim Durumu	Ambulans	Otomobil,taksi, otobüs	Yürüyerek	Toplam
Yok	28	86	19	133
İlkokul	19	36	14	69
Ortaokul	11	47	15	73
Lise	43	449	113	605
Üniversite	8	17	14	39
Toplam	109	635	175	919

Acil servis başvurularının çalışma durumuna göre dağılımı incelendiğinde çalışan bireylerin başvuru oranı %48.3(n:444), çalışmayanların oranı ise %47.9 olarak

neredeysi eşit çıkmıştır. Çalışan bireylerle çalışmayan bireylerin acil servise başvuruları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir($p>0,05$). (tablo 4.5)

Tablo 4.5. Bugün acil servise nasıl geldiniz?

Çalışma Durumu	Ambulans	Otomobil,taksi, otobüs	Yürüyerek	Toplam
Çalışan	52	298	94	444
Çalışmayan	56	316	68	440
Öğrenci	1	21	13	35
Toplam	109	635	175	919

Sağlık sisteminin bir parçası olan sevk zinciri uygulamasını dabu anket çalışmamızda değerlendirdik. Acil servislere başvuruda bulunan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden değerlendirilerek sevk edilmeleri bunun bir parçasını oluşturmaktadır.Bu sistemin uygulanmakta olduğunu bilgisi sorgulandığında ise katılımcıların % 55.5'inin (n=510) bu uygulamadan haberdar olduğunu ve buna rağmen sevk zincirine uymadıkları görülmüştür. Bilgi sahibi olanlarla olmayan grup arasında anlamlı fark mevcuttur ($p<0,05$).

Bilgi sahibi olma oranı eğitim düzeylerine göre dağılımı, eğitimi olmayanlarda %42.1 (n:56), ilkokul %34.7 (n:24),ortaokul %45 (n:33), lise %62 (n:378), üniversite %48.7 (n:19) olarak dengesiz bir dağılım göstermektedir.(tablo4.6)

Sevk zincirinden haberdar olunmasına karşın bu uygulamayı bilip bilmeme ve sevk zincirine uyulması gerekliliği eğitim düzeyiyle değişiklik göstermemekle beraber, eğitimi olmayan grupla üniversite eğitimi olan grup arasında anlamlı fark görülmemiştir. Üniversite eğitimi almış olmakla hiç eğitim almamış olmak sevk zincirinin bilinip uygulanması açısından fark yaratmamaktadır($p>0,05$). (tablo 4.7)

Tablo 4.6. Sağlıkta sevk zinciri hakkında bilginiz var mı?

Eğitim Durumu	Evet,bilgi sahibiyim	Hayır,herhangi bir fikrim yok	n
Yok	56	77	133
İlkokul	24	45	69
Ortaokul	33	40	73
Lise	378	227	605
Üniversite	19	20	39
Toplam	510	409	919

Tablo 4.7. Bilgi sahibi hastaların dağılımı

Eğitim durumu	Yok		İlkokul		Ortaokul		Lise		üniversite		Ss	P*
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Evet,bilgi sahibiyim	56	42,1	24	34,7	33	45	378	62	19	48,7	0,492	±0,04 1,41

Hastalarımıza sevk zinciri uygulamasına atıfta bulunmak ve uygulama hakkında fikirlerini almak için aile hekimlerine başvurmadan, acil servislere başvurmamaları gerekliliğini sorguladığımızda hastalarımızın büyük bir çoğunluğunun bu uygulamayı gereksiz olarak gördüklerini ortaya koydu.

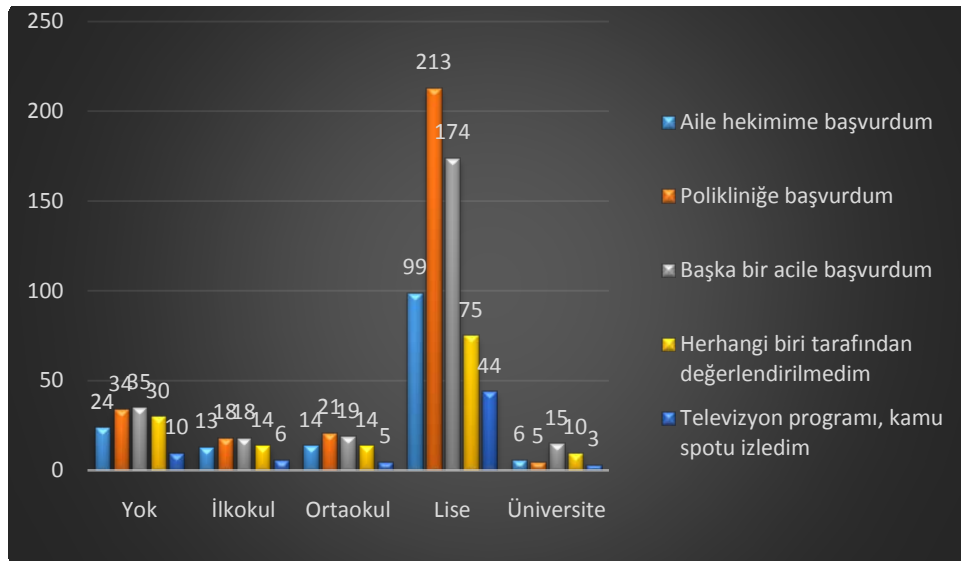
Bu uygulamanın yapılmasını anketimize katılan hastalarımızın yalnızca %17.5'i(n:161) onaylarken %82.5 (n:758) gibi bir oran çeşitli nedenlerle anlamsız olarak değerlendirdi. Bu soru aile hekimliğinin aciliyet algısına toplumun bakış açısını göstermektedir. Hastalar aciliyet hallerini değerlendirmede aile hekimlerini tercih etmemektedir. Hastaların %39.1(n:360) aile hekimlerinin acil hastaları değerlendiremeyeceğini düşünürken, %28' i (n:258) kendi aciliyet algılarının yeterli olduğunu, aile hekimlerinin gereksiz zaman kaybı olarak nitelemektedirler.(Tablo 4.8)

Tablo 4.8. Aile hekiminiz tarafından değerlendirilmeden acil servise başvurmanız önerilse ne düşünürsünüz?

Cinsiyet Dağılımı	Mutlaka aile hekimime başvururum	Aile hekimi beni yeterince değerlendiremez	Acil olduğumu anlarım aile hekimi zaman kaybı olur	Böyle bir uygulamaya gerek yok herkes acile gitmeli	Toplam
Kadın	68	187	128	62	445
Erkek	93	173	130	78	474
toplam	161	360	258	140	919

Araştırmalar hastaların hastalıklarının ciddiyeti kararını verirken algıda yanıldıklarını göstermektedir (6, 16). Hastalıklar acil olduğunu yanılığının içinde bir ön bilgilenme olup olmadığını ve bu ön bilgilenmenin kaynağını araştırmak istedik. Bu sebeple de hastalarımıza acil servis başvurusu öncesi bir ön bilgi ve danışma alıp almadıklarını sorguladık. Hastalarımıza acil servise uğramadan önce aile hekimine başvurup vurmadıklarını, polikliniklere başvuruda bulunup bulunmadıklarını, başka bir acil servisten yönlendirilip yönlendirilmediklerini, herhangi bir danışmanlık almadan kendi karar ve algılarıyla gelip gelmediklerini veya televizyon programı, kamu spotları gibi görsel işitsel yöntemlerden faydalanıp faydalanmadıklarını sorguladık.

Eğitim düzeylerine göre dağılım değerlendirmesi yaptığımız zaman eğitimsiz (n:35) ve ilkokul eğitimi (n:18) veya ortaokul eğitimi (n:19) almış bireylerin %26'sı, lise eğitimi almış bireylerin %29'u (n:174), üniversite eğitimi almış bireylerinse %38'i (n:15) başka bir acil servisten geldiklerini ifade etmişlerdir.(grafik 4.4)



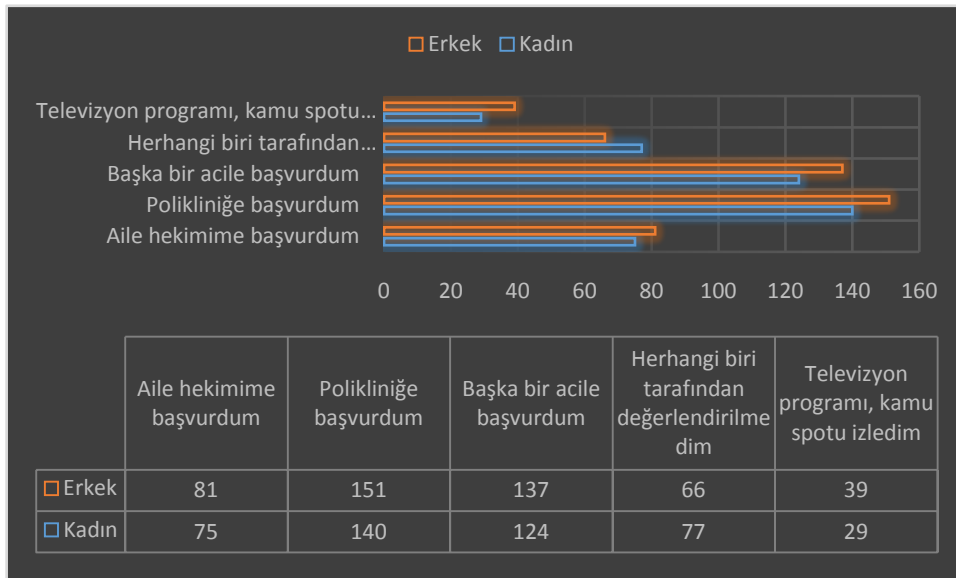
Grafik 4.4. Acile gelmeden önce durumunuz için herhangi birine danıştınız mı?

Ayrıca eğitim seviyesi attıkça acil servislere başka bir kaynaktan bilgi almadan gelme oranı düşmekte iken üniversite mezunlarında bu oran görece daha fazla çıkmaktadır. Eğitimsiz bireyler % 23 (n:30), ilkokul %20 (n:14), ortaokul %19 (n:14), lise %13 (n:75) iken üniversiteliler de bu oran %26'dır (n=10). İstatistiksel olarak da eğitim seviyeleri arasında bilgi sahibi olmadan acile başvuru arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Eğitim durumu /acil servise başvuru

Eğitim durumu	n	%	<=p>	varyans	P*
Yok	30	23	1,42	0,247	p>0,05
İlkokul	14	20	1,52		
Ortaokul	14	19	1,43		
Lise	75	13	1,39		
üniversite	10	26	1,4		

Hastalarımızın %17'si (n:156) acil servise gelirken aile hekimine başvurduklarını ifade etmişlerdir. %31,6'sı (n:291) polikliniklerden, %28,4'ü (n:261) başka acil servislerden yönlendirildiklerini ifade etmişlerdir. %15,6'sı (n:143) herhangi bir değerlendirme olmadan direkt acil servise başvurduklarını ifade ederken, televizyon programlarındaki bilgilendirmeler yoluyla acil servise başvuruların %7 (n:68) oranında olduğunu anketimiz bize göstermektedir. Verilen cevapların cinsiyet üzerine dağılım oranları birbirine eşittir ve istatistiksel anlamlı fark gözlenmemiştir (p>0,05). (grafik 4.5)



Grafik 4.5. Acile gelmeden önce durumunuz için herhangi birine danıştınız mı?

Anketimizde katılımcılara diğer bir sorumuzda acil servisi tercih etme sebepleriydi. Acil servis tercih nedenleri olarak; ucuz, kaliteli, hızlı, diğer birimlere gidecek zamanım yok gibi seçenekleri içeren bir soru yönelttik. Hastaların % 46.7 'si (n:429) acil servis hizmetlerinin kaliteli olduğunu düşünmektedir. Hastaların %25'i hızlı olduğunu için ve %20'si ucuz olduğu için acil servisleri tercih ettiklerini ifade etmişlerdir.(tablo 4.10)

Tablo 4.10. Neden acil servis?

Cinsiyet Dağılımı	Ucuz	Kaliteli	Hızlı	Zamanım yok	toplam
Kadın	86	200	121	38	445
Erkek	98	229	109	38	474
toplam	184	429	230	76	919

Hastaların çalışıp çalışmama durumları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak fark görülmemiştir. Çalışanlarda çalışmayanların da muayene için ayıracak zamanları yoktur($p>0,05$).(tablo 4.11) Bu kayda değer bir noktadır ve çalışma saatleri yüzünden muayene olamamak acilde sık duyduğumuz bir nedenken aslında çalışmayanlarında zamanı oldukça kısıtlıdır.

Tablo 4.11. Neden acil servis?

Çalışma durumu	n	%	Varyans	Ss	$\leq P$	P*
Çalışan	40	52.6	0,736	0,858	2,16	P>0,05
çalışmayan	34	44.7				

Acil servisimizin kaliteli olduğu düşüncesi acil hizmetlerde ön plana çıkmakla beraber acil servis yoğunluğunun artışının da kaliteye etkilerini unutmamak gereklidir(33).

Hastalarımıza acil servisi ne amaçla kullandıklarını da sorguladık. Hastaların acil servisi kullanım amaçlarını sorgulayarak acil servisin doğru kullanılıp kullanılmadığını değerlendirdik.

En çok yoğunluğun yaşandığı mesai dışı zaman dilimine yönelik seçenek ekledik(11,14). Bunun dışında acil servisin kullanım kolaylığı sağlayan randevusuz

çalışma, katılım payı alınmaması, hastalara daha iyi hizmet sunulması gibi sorularla da acil servis kullanımının sık nedenlerini araştırmak istedik.

Bu soruya verilen cevapları değerlendirdiğimiz zaman hastaların % 29.4'ünün (n: 270) çalıştıkları ya da refakatçileri çalıştığı için mesai saatleri içinde müsait olamadıklarını göstermektedir. Katılımcılarımızın % 27.4 'ü (n:252) polikliniklerin çok yoğun olması olarak cevap vermiştir.Acil sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulduğunu düşünen kesim ise yaklaşık % 4.9 (n:45) olarak oldukça az bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Acil servislerden katılım payı alınmaması %11.5 (n:106) oranında çıkmıştır. Çalışan bireylerde bu payı ödemek istemediği için acile geldiğini ifade edenlerin oranı % 10.8 (n:48) ve çalışmayanlarda ise %11.8 (n:52) olduğunu görmekteyiz. Poliklinik hizmetlerimizde Merkezi Hekim Randevu Sistemi'ne (MHRS) geçilmiş olmakla beraber acil servislerde randevu uygulaması olmadan sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu nedenle acil servise başvurduklarını söyleyen hastalar ise bizim anketimizde % 11 (n:101) olarak görülmektedir.(tablo4.12)

Tablo 4.12. Hangi Amaçla Acil servisi Kullanırsınız?

Yaş Dağılımı	Mesai saatleri dışında hastalanma	Gündüz polikliniklerin kalabalık olması	Eşin veya kendisinin çalışması gündüz evde olmaması	Acil hizmetlerinde n katılım payı alınmamasından dolayı	Randevusuz bir şekilde acile gelinebilmesi	Acil sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulması	Toplam
Genç	21	32	35	18	11	6	123
Genç erişkin	52	121	128	45	45	18	409
Erişkin	46	58	69	29	21	16	239
Yaşlı	26	41	38	14	24	5	148
Toplam	145	252	270	106	101	45	919

Çalışmamızda poliklinik yoğunluğundan kaçışların yaş dağılımına bakarsak yaşlar arasında çok büyük farklılıklar olmamakla beraber gençlerin % 12.7 (n:32), genç yetişkinlerin %48 (n:121), yetişkinlerin %23 (n:58) ve yaşlıların %16.3 (n:41) oranlarında dağıldığını görmekteyiz.

Çalışmamızı incelediğimiz zaman poliklinik kalabalığından en çok rahatsız olan, sanılanın aksine yaşlı bireyler değil de genç yetişkinler olarak görmekteyiz. Genç yetişkinlerin poliklinik yerine işlerini acil servislerden halletmeye çalıştıklarını gördük. Tüm diğer yaş gruplarından anlamlı derece farkla gözlemlemekteyiz(p<0,05). Diğer yaş grupları arasında ise anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir(p>0,05).(Tablo4.13)

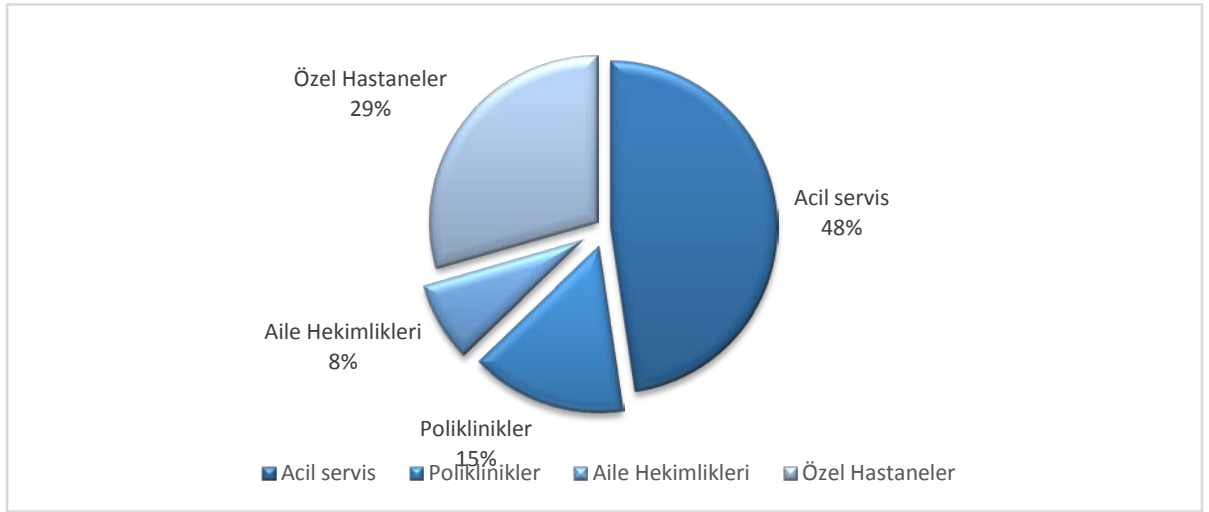
Tablo 4.13. Acil servisi tercih etme nedeni ‘Gündüz polikliniklerin kalabalık olması’ olan hastaların yaş dağılımı

Yaş grupları	n	%	<=p>	P*
(Genç) 15-25 yaş aralığı	32	12,7	2,80	p>0,05
(Genç Yetişkin) 25-40 yaş aralığı	121	48	0,436	P<0,05
(Yetişkin) 40-60 yaş aralığı	58	23	2,86	p>0,05
(Yaşlı) 60+	41	16,3	2,98	

Bu soruyla beraber hastalarımıza hangi birime güvendikleri ve hangi birime güvenmediklerini de sorduk. Hastalarımızın %47.6’sı (n:438) en çok acil servislere güvendiklerini ifade etmektedirler. Özel hastaneler güven sıralamasında %29.5 oranında (n:438) olup ikinci sırada yer almaktadır. Polikliniklere olan güven üçüncü sırada olup, aile hekimlikleri en son sırada yer almıştır. (tablo 4.14) (grafik 4.6)

Tablo 4.14. Hangisine daha çok güven duyuyorsunuz?

Acil servis	Poliklinikler	Aile Hekimlikleri	Özel Hastaneler
438	139	71	271

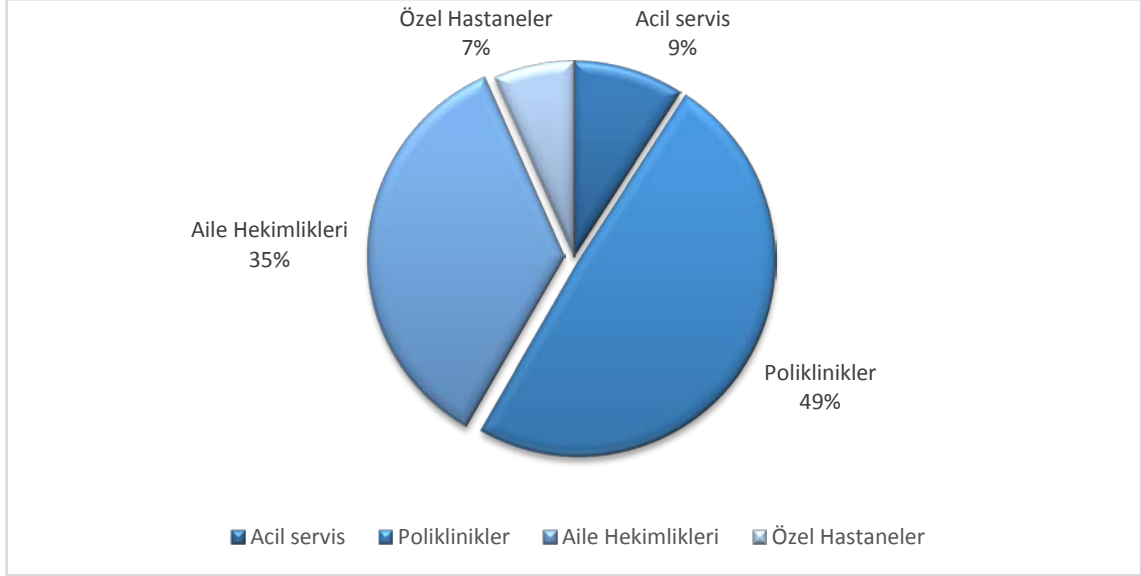


Grafik 4.6. Hangisine daha çok güven duyuyorsunuz?

Güven duyulmadığı ifade edilen birimleri incelediğimizde %49,1 ile poliklinikler ilk sırada yer alırken aile hekimlikleri % 35 ile ikinci sırada yer almaktadır. Güvensizlik oranları polikliniklerde ve aile hekimliklerinde oldukça yüksek olup anketimize katılanların %84’ü sağlık sistemimizin iki önemli noktasına güven duymamaktadır. (tablo4.15) (grafik 4.7) Bunun nedenleri de araştırılması gereken bir durumdur.

Tablo 4.15. Hangisine daha az güven duyuyorsunuz?

Acil Servis	Poliklinikler	Aile Hekimlikleri	Özel Hastaneler
84	452	322	61



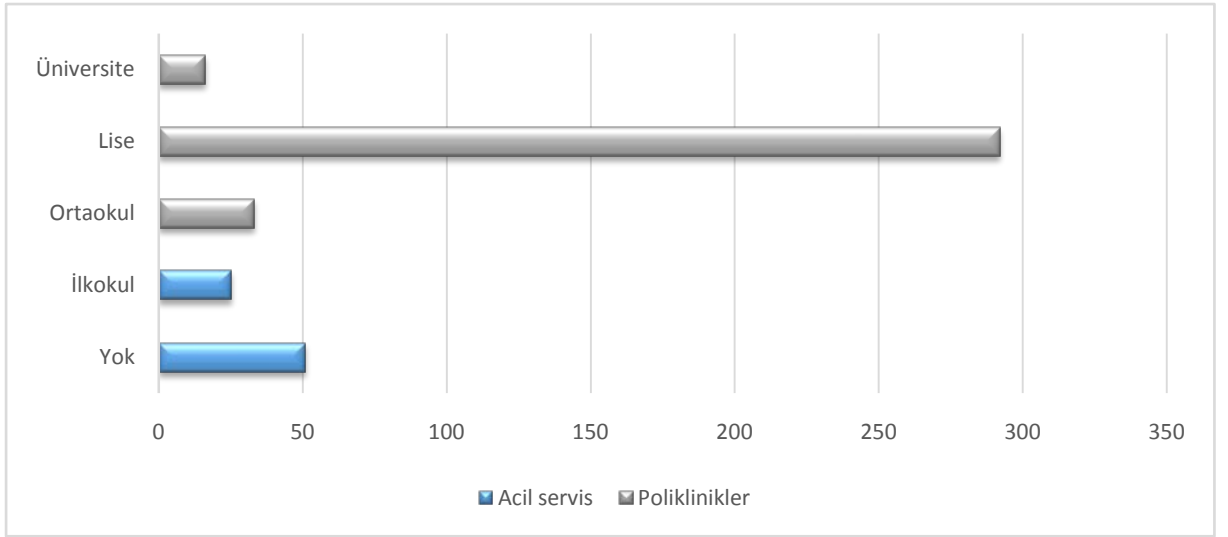
Grafik 4.7. Hangisine daha az güven duyuyorsunuz?

Anketimize katılanlar hastalara 'sizce hasta bakımı için en yer neresidir?' sorusunu da yönelttik. Katılımcılar %44.8'i (n:412) birinci basamak hizmetlerinin en uygun alan olduğu söylerken, %30 (n:276) oranında acil servislerin uygun olduğunu belirttiler. (tablo4.16)

Tablo 4.16. Sizce hasta bakımı için en iyi yer hangisidir?

Acil servis	276
Nöbetçi semt polikliniği,dispanser,aile hekimi	412
özel doktor	171
özel hastaneler	60

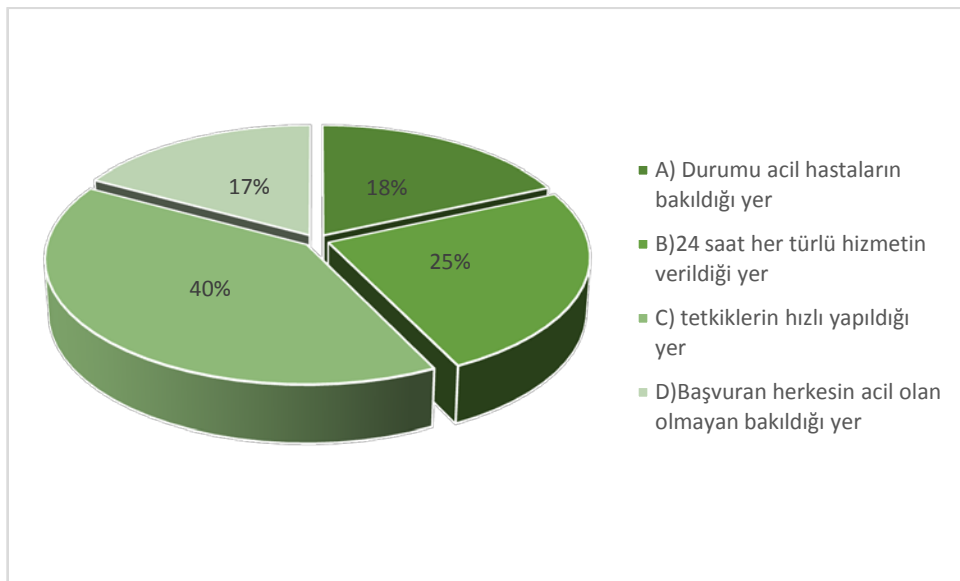
Hastaların en iyi bakılacağı yer olarak eğitimi olmayan hastaların %38.3ü acil servisleri işaret ederken, ilkokul eğitimi alanlarda bu oran %36.2 olarak hesaplanmaktadır. Ortaokul eğitim düzeyine sahip bireylerse %45.2, lise düzeyinde eğitim alanlarda %48.2, üniversite eğitimi alan hastalar ise %41'lik bir oranda birinci basamak sağlık hizmetlerini işaret etmektedirler. (grafik 4.8)



Grafik 4.8. Sizce hasta bakımı için en iyi yer hangisidir?

Ankete katılan hastalarımızın acile bakış açılarını değerlendirmek içinde sorular sorduk. Acil servislerin kullanıcılar tarafından nasıl tanımlandığı değerlendirerek bu algıyla ilgili sonuçların,acil servis yoğunluğundaki payını gözlemlemek ve yanıışları göstermek istedik.

Hastalarımız acil servisi tanımlarken % 40,1 (n:369) gibi büyük bir oranda tetkiklerin hızlı yapıldığı yer olarak tanımlamışlardır.% 24,3 (n:224) oranında 24 saat her türlü hizmetin verildiği yer, %18,2 (n:168) durumu acil olanların bakıldığı yer olarak tanımlamışlardır.(grafik 4.9)



Grafik 4.9. Hastaların acil servis tanımlamaları

Eğitim seviyesine bakarak değerlendirdiğimiz de ise acil servislerin tanımı gereği durumu acil olan hastaların bakıldığı yer olarak gorenler arasında herhangi istatistiksel anlamlı fark çıkmamıştır ($p>0,05$) (tablo4.17). Eğitim düzeyinin artması bilinç düzeyini değiştirmemiştir. Anketimizde pek çok başlık altında incelendiği gibi eğitim sistemi bilinç düzeyini geliştirmemektedir. Acil servis demek tetkiklerin hızlı yapıldığı, her için kolay yoldan yapılmak istendiği bir yontemdir

Tablo 4.17. Acil servisi nasıl tanımlarsınız?

Durumu acil hastaların bakıldığı yer/ eğitim durumu	n	%	Ss	<=p>	P*
Yok	23	17,3	0,98	2,62	p>0,05
İlkokul	16	23,2			
Ortaokul	19	26			
Lise	103	17			
Üniversite	168	18			

Hastalarımızın şikayetleri başladıktan sonra hastaneye başvuru sürelerini değerlendirdiğimizde karşımıza çarpıcı bir tablo çıkmaktadır. Hastalar rahatsızlıklarının başlamasıyla acile başvuru süreleri değerlendirildiğinde oldukça hızlı oldukları görölmektedir.

Katılımcıların acil servise şikayeti başlayalı 15 dakika olduğunu söyleyerekbaşvuruda bulunanlar katılımcıların üçte birlik bir kısmını oluşturmaktadır. Bu oran ankete katılan hastalarımızda %32,3(n:297) olarak ilk sırada yer almaktadır. Yine aciliyet algısı gereği şikayetleri başladıktan 15 ila 60 dakika sonra başvuran hastaların oranı %26.3 (n:242) olup beraber değerlendirildiğinde şikayeti başladıktan sonra ilk 1 saat içinde acil servise gelen hastalar, katılımcıların neredeyse %60'ını (n: 539) oluşturmaktadır.şikayetleri başlayalı aylar/yılları bulan hasta grubu da%12 (n:111) gibi bir oranda olduğunu görmekteyiz.

Bu grup hastaların önemli bir bölümünü oluşturan kronik hastalıkları olan hastalardaha çok yaşlı hastalar olarak düşünmekteyse de anket çalışmamızın katılımcılarımızın yaşlarına göre dağılımlarını dikkate alırsak bu grubun %37'sini genç erişkin bireylerin oluşturduğunu yakalamaktayız.(Tablo 4.18)

Tablo 4.18. Şikayetleriniz başlayalı tahminen ne kadar süre geçmiştir?

Yaş dağılımı	15 dakikadan az	12-24 saat	1 hafta	Aylar, yıllardır	
genç	36	12	3	14	123
Genç yetişkin	131	35	22	41	409
Yetişkin	86	14	20	30	239
Yaşlı	44	13	14	26	148
toplam	297	74	59	111	919

Şikayeti başlayan hastaların tutum ve davranışlarını gözlemlemek için onlara şikayetleri başlayınca herhangi bir müdahalede bulunup bulunmadıklarını da sorguladık.

Hastalarımızın cevaplarına baktığımızda ilaç kullandığını ifade eden hastaların çoğunlukta olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızda ilaç aldıklarını ifade eden hastalarımızın oranını %34.5(n:317), sağlık ocağı ya da poliklinik hekimlerine danışma oranının %32.9 (n:302) olduğunu görmekteyiz. Hastalarımızın %15'i (n:144) ise aciliyetlerini kendileri algılayarak acile başvurdukları gerektiği kanaatine varmışlardır. %9.3 (n:86) hastamız doğal tedavi edici sağlık ürünleri kullandığını ve %7.6(n:70) hastamızda semptomlarını bir süre takip ettiğini geçmemesi üzerine acile geldiklerini söylemişlerdir(tablo 4.19). İlaç kullandığını söyleyen hasta grubunun sorumuzda ön plana çıktığını görüyoruz. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalar ve sağlık bakanlığı bildirimlerinde ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgi sahibi olmadığımız, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında hatalı ilaç kullanımının ülkemizde oldukça yaygın olduğunu göstermektedir(34).

Tablo 4.19. Şikayetleriniz için kendiniz herhangi bir müdahalede buldunuz mu?

Hayır, bulunmadım hemen acil servise geldim	Sağlık ocağı, poliklinik hekimime danıştım	İlaç aldım	Doğal ürünler kullandım	Belli süre takip ettim
144	302	317	86	70

Hastalarımızın eğitim seviyelerine göre baktığımız zaman aciliyet algılarının eğitim düzeyiyle değişikliğinin de değerlendirebiliriz. Acil olduklarını düşünen hastaların %10.5i (n:14) eğitimleri olmadığını ifade eden grup oluşturmaktadır. İlkokul eğitimi alanlarda bu oran %26 (n:18), ortaokul düzeyinde eğitim alanlarda %12 (n:9) , lise düzeyinde bu oran %15.8 (n:96) ve üniversite eğitimi alanlarda bu oran %18 (n:7)

olarak belirlenmiştir (tablo 4.20). Eğitim düzeyi ne olursa olsun acil servis başvuruları gruplar arasında anlamlı fark göstermemektedir, algıda yanlılığı eğitim değiştirmemektedir ($p>0,05$). Üniversite eğitimi alanlarla hiç eğitimi olmayanları karşılaştırsak, acile başvuru ve ilaç kullanımı arasında istatistiki fark bulunmamıştır. Eğitim düzeyindeki iki uç nokta arasında davranış farkı yoktur ($p>0,05$). (tablo 4.21).

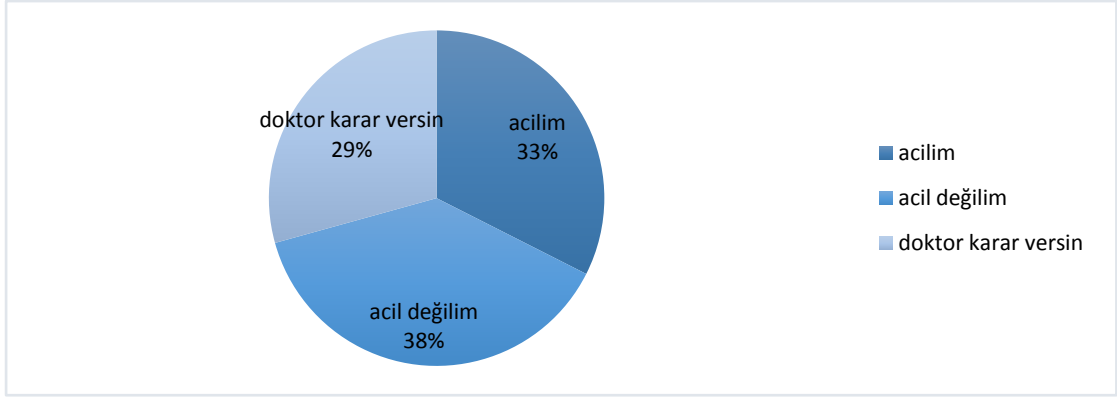
Tablo 4.20. Şikayetleriniz için kendiniz herhangi bir müdahalede buldunuz mu?

Eğitim düzeyi	Hayır, bulunmadım hemen acil servise geldim	Sağlık ocağı, poliklinik hekimime danıştım	İlaç aldım	Doğal ürünler kullandım	Belli süre takip ettim
Yok	14	23	70	14	12
İlkokul	18	13	27	5	6
Ortaokul	9	21	24	9	10
Lise	96	239	185	50	35
Üniversite	7	6	11	8	7
toplam	144	302	317	86	70

Tablo 4.21. Şikayetleriniz için kendiniz herhangi bir müdahalede buldunuz mu?

Eğitim düzeyi	Yok		Üniversite		Ss	<=p>	P*
	n	%	n	%			
Hayır, bulunmadım hemen acil servise geldim	14	10,5	7	18	1,095	2,53	$p>0,05$
İlaç aldım	70	52,6	11	28,2			

Hastalarımıza ‘sizce hastalığınız acil mi?’ sorusu da yönelttik. Hastalarımızın %38.2’si (n:351) şikayetlerinin acil olmadığını, poliklinik ya da birinci basamak sağlık hizmetleriyle sağlık sorunlarının giderilebileceğini bildiklerini ifade ettiler. %32.4’ü (n:298) kendi hastalıklarının acil olduğunu ifade ederken, %29.2 (n:269) oranında acil olup olmadıklarına hekimin değerlendirerek karar vermesi gerektiğini belirttiler (grafik 4.10).



Grafik 4.10. Sizce hastalığınız acil mi?

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Prof. Dr. İrfan Şencan Sağlık Bakanlığının 28 mart - 08 nisan 2011 tarihinde yaptırdığı acil hizmetler memnuniyet anketi verilerinde de benzer bir sonucu işaret ederek, acil servis başvurularının yaklaşık %15-20'sinin acil olduğunu diğer başvuruların aciliyet teşkil etmediğini ifade ederek hastalık şiddet algısındaki yanıtlara dikkat çekmiştir.(10)

Eğitimi olmayan hastaların %62.4 ü (n:83), ilkokul eğitimi alanların %65'i (n:45), orta okul eğitimi alanların %68'i (n:50),lise eğitimlilerin %60'ı (n:363) ve üniversite eğitimlilerin %70'i (n:27) aciliyet algılarını bu şekilde değerlendirmekte yada başka bir deyişle değerlendirememektedir. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamaktadır. ($p<0,05$) (tablo 4.22)

Tablo 4.22. Sizce hastalığınız acil mi?

Eğitim Durumu	Şikayeti acil olanlar		<=p>	Ss	P*
	N	%			
Yok	83	62,4	1,92	0,788	p>0,05
ilkokul	45	65			
Ortaokul	50	68			
Lise	363	60			
Üniversite	27	70			

Anketimize katılan hastalarımıza acil serviste buldukları süreleri değerlendirmek istedik. Bekleme sürelerinin ne kadar olduğu ve acil serviste ne kadar sürede değerlendirilmeleri gerektiğini sorduk.

Hastaların %50'si (N=459) acil serviste bekleme sürelerinin 15 dakika olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %36,7'si 15 ila 60 dakika arasında, %9'u 1-2 saat, %4,3'si ise 2 saatten fazla beklediklerini belirtmişlerdir(tablo 4.23). Hastaların hastanede bekleme

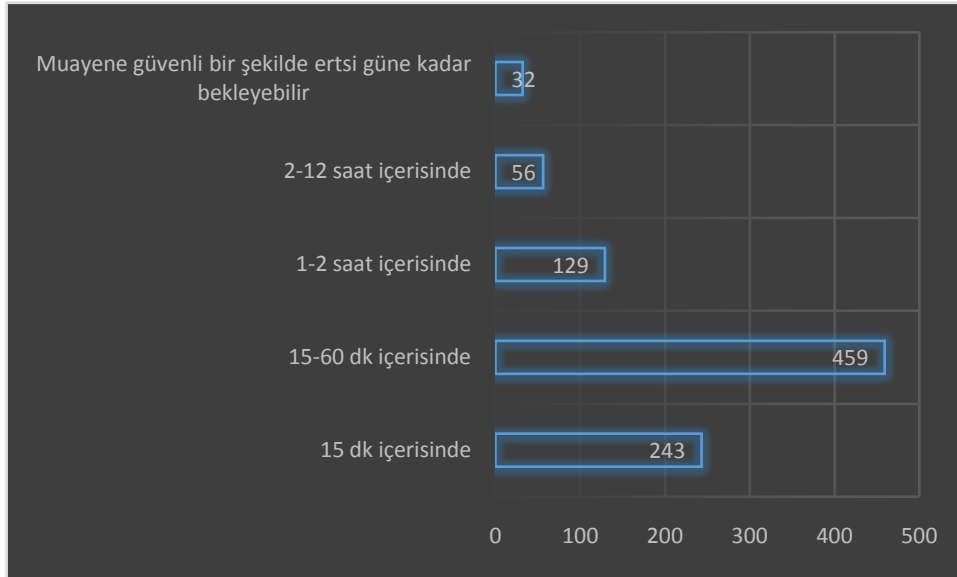
süreleri değerlendirildiğinde $17,4 \pm 5,21$ dakikadır. Bu süre Türkiye ortalamasına literatür olarak uyumludur (31).

Tablo 4.23. Ne kadar süredir muayene için acil serviste beklemektesiniz?

Bekleme süreleri	15 dakika' dan az	15-60 dakika	1-2 saat	2 saatten fazla
%	50	36,7	9	4,3
n	459	337	84	39

Hastalarımıza göre ideal bekleme sürelerinin ne kadar olması gerektiğini de sorguladık. Bu soruyla bizim hastalarımızı muayene etme süremizin beklentinin ne kadarını karşılayabildiğini ve halkın gerek birinci basamak hizmetlerde gerekse polikliniklerde ne kadar süre beklemeyi olağan bulduklarını değerlendirmek istedik.

Bu anket sorumuzun sonucunda acil servisimizde hastaların %26.4ü (n:243) ilk 15 dakika içinde ve yaklaşık %50'(n:459) si ilk 15 dakika ile 1 saat arasında bekleme sürelerinin ideal olduğunu ifade ettiler. Yine ilk 1 saat içinde hastaların yaklaşık %76'lık (n:702) bir bölümü beklenebileceği ifade etmiştir.(grafik 4.11)



Grafik 4.11. Hastalığınızın değerlendirilmesi için ne kadar süre içinde doktor tarafından değerlendirmeniz gerekli?

Hastaların yalnızca %3.5' (n:32) muayenelerinin bir gün sonraya kalabileceğini ifade etmişlerdir. Acil müdahale gereksinimi olmayan hasta grubuyla bu çalışmanın yapıldığını düşünürsek bu oranın oldukça düşük kaldığını ifade etmeliyiz. Özellikle 15-

25 yaş arasında olan bireylerin bir gün sonra poliklinik ya da birinci basamak hizmetlere başvuru için beklemeyi istemedikleri de göze çarpan diğer bir unsur (n:0). ABD’de hastaların ortalama muayene süreleri 4saat olarak tespit edilmiştir, hastalara ayrılacak muayene için uygun zaman ise 30-45 dakika olduğu belirtilmiştir.Dünyaca ünlü House MD dizisinin senaristi ve medikal danışmanı dahiliye uzmanı Yardımcı Doç. Dr. Lisa Sanders konuk olarak katıldığı Marmara Üniversitesinde yaptığı açıklamalarda doktor açığının ABD’de de hızla arttığını ve hasta sayısındaki artışla beraber acil servislerde hastalara 12-13 dakika ayrılabilirdiğini bu sürenin biraz kısa olmakla beraber 15-20 dakikalık bir sürenin yeterli olabileceğini belirtmiştir.(35)

Biz hastalarımıza ideal muayene sürelerinin ne olması gerektiğini yani hasta olarak doktorun kendi hastalıklarına teşhis koymaları için ne kadar süre ayırması gerektiğini de sorguladık. Hastalarımızın %26,7’si(n:246) muayene için 5 dakikanın altındaki bir sürenin yeterli olacağını ifade ettiler. Yine hastaların %42,9’u (n:394) da 5-10 dakikalık bir sürenin yeterli olacağını belirttiler. % 6 (n:63) hasta ise acil servise giriş yaptıkları anda doktor tarafından hemen teşhisin konulması gerektiğinin söyledi.(tablo 4.24).

Tablo 4.24. Bir acil hekimi sizi en iyi şekilde değerlendirmek için ne kadar zaman ayırmalı?

Muayene için hastalara ayrılması gereken zaman	1-5 dakika	5-10dakika	10 dakika’ dan fazla	Başvuru anında her hasta hemen değerlendirilmeli
n	246	394	216	63

Hastalarımız acil servisi kullanma ve poliklinikleri kullanma oranını da sorguladık. Hastalarımıza 1-5 ve daha fazla sayıda başvuru oranlarını sorduğumuzda acil servise 1 kez başvurduklarını söyleyenlerin oranı %32 (n:294) olup bu oran başvuru sayısı arttıkça azalmaktadır. İki kez başvuruda bulunan hastaların oranları %30,7 (n:283), üç kez başvuran hastalarımızın oranı % 17.3 (n:159), dört kez başvurular % 11.7 (n:107) ve 5 veya daha fazla sayıda olan başvuru oranı ise % 8.3 (n:76) olarak anketimize yansımıştır(tablo 4.25).Acil servislerin kullanım oranının özellikle ülkemizde artacağı düşünülmektedir (10,11). Acil servislerin 5 ve daha fazla kullanılma oranında eğitim seviyesinin değişmesi anlamlı bir fark yaratmamıştır.(p>0,05)

Tablo 4.25. Son 1 yıl içinde kaç kez acil servise başvurduunuz?

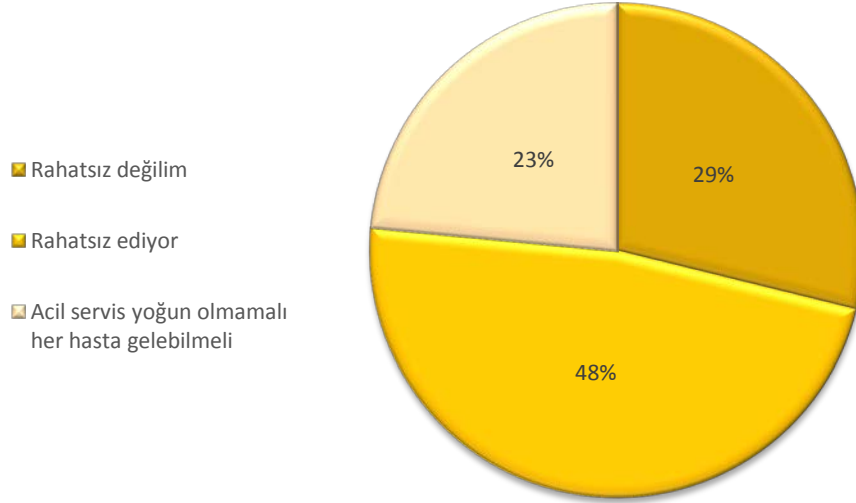
Eğitim durumu	1	2	3	4	5 veya daha fazla
Yok	27	59	21	17	9
İlkokul	25	22	6	6	10
Ortaokul	19	28	13	8	5
Lise	212	166	109	71	47
Üniversite	11	8	10	5	5
Toplam	294	283	159	107	76

Nitekim poliklinik başvurularının da oranı 2,3,4 başvuru bandında yüksek olduğu görülmektedir. Polikliniklere yıl içinde 1 kez başvurduğunu söyleyen hastaların oranı % 16.5 (n:152), iki kez başvuruda bulunanlar % 26.8 (n:246), üç kez % 23.5 (n:216), dört kez başvuranlar %22.9 (n:211) olup 5 ve üzerinde başvuruda bulunan hastaların % 10.2 (n:94) oranında olduğunu gözlemlemekteyiz. Poliklinik başvuruları arttığı oranda acil servis başvuruları azalmakta olduğuna dikkat çekmeliyiz.(tablo 4.26)

Tablo 4.26. Son 1 yıl içinde kaç kez poliklinik başvurusunda bulundunuz?

poliklinik muayene sayıları	1	2	3	4	5 ve ya daha fazla
Yok	20	41	30	24	18
İlkokul	16	13	15	12	13
Ortaokul	9	25	17	13	9
Lise	92	161	144	156	52
Üniversite	15	6	10	6	2
Toplam	152	246	216	211	94

Hastalarımıza acil servisin yoğunluğundan rahatsız olup olmadıklarını da sorduk. Hastalarımızın %47.7sinin (n:438) bu yoğunluktan rahatsız olduğunu gördük. Acil müdahale gereği olmayan hastalarımız aynı zamanda da bu yarattıkları yoğunluktan rahatsız olduğunu ifade etmişlerdir. Ama hastalarımızın diğer yarısı ise kalabalıktan şikayetçi değildir. (grafik 4.12)



Grafik 4.12. Acil servis yoğunluğu sizi rahatsız ediyor mu?

Hastalarımıza son olarak acil servislerin bu yoğunluğunu azaltmak için çözüm önerilerini sorduk. Hastalarımız %32,1(n:295) oranında acil servis hekimlerinin arttırılmasını talep etmişlerdir. Ayrıca katılımcılarımızın %23,6'sı da (n:217) aile hekimliği gibi birinci basamak hekim sayısının arttırılmasını talep etmektedir. Hastaların %55.,7'si doktor sayısının azlığından şikayet etmektedir.

Aile hekimlerinin acil servislerde 24 saat poliklinik hizmeti vermeleri, geceleri de poliklinik hizmetlerinin olması gerekliliği, poliklinikte tetkiklerin hızlı sonuçlanması, maddi cezaların uygulanması gibi talepler ek öneriler olarak sunulmuştur.(tablo 4.27)

Tablo 4.27. Acil servislerde mevcut olan yoğunluğun çözümü sizce nedir?

Acilde çalışan doktor sayısının arttırılması	Aile hekimlerinin arttırılması	Poliklinik muayenelerinin arttırılması	Sağlık hizmetlerinin gereksiz meşgulü tespit edildiğinde maddi cezaların olması	Sağlık hizmetlerinin ücretli olması	Ek çözüm önerileriniz varsa yazın
295	217	223	114	46	24

5. TARTIŞMA

Acil servisler hasta ve yakınlarının acil tıbbi gereksinimlerinde ilk başvuru yerleridir. Acil tıp uzmanlık dalı, ani gelişebilecek hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda gereken tıbbi müdahalenin hemen yapılmadığı veya geciktiği durumlarda ciddi sağlık sorunlarının oluşma ve/veya beden bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı durumların değerlendirilmesi, tedavi edilmesi, yönlendirilmesi ve oluşmasının önlenmesini amaçlamaktadır(36).

Acil tıp hizmetlerinin daha kaliteli olması ancak verilen hizmetin ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi ile mümkündür. Bu da ancak iyi bir dokümantasyon ve veri toplama sistemi ile olabilir. İyi bir tıbbi kayıt, klinik olarak ve kanunen de bir o kadar önemlidir(37). Günümüzde verilerin çok fazla olması ve bu verilerin dinamik bir şekilde analiz edilebilmesi için bilgisayar tabanlı hasta verileri ve buna yönelik özel programlara ihtiyaç duyulmaktadır. Daha sonraki adımda ise bu verilerin ulusal ve uluslararası entegrasyonu gelmektedir(38).

Acil servis hizmet verilerinin analizi, hizmet kalitesinin artırılması ve özellikle ülkemizde sağlık sisteminin gelişmesi için önemlidir. Bu konuda çabalar devam etmektedir. Ulusal bir veri toplama sistemimizin her birimde olması, hastaların tüm tıbbi kayıtlarına kolay ulaşılabilir olması, saklaması ve bu verilerin analizi oldukça önemlidir. Sheng-Chuan Hu ve arkadaşlarının acil servislerde bilgisayar kullanımı ile ilgili yapmış oldukları çalışmada; verilerin toplanmasında bilgisayar tabanlı programları kullanmanın gerekliliğini ve bunda da acil servis sorumlularının çabalarının çok önemli olduğunu belirtmiştir(39). Veri kayıplarının azaltılması konusunda Adirim ve arkadaşları acil servislerde her an en az bir sekreterin bu iş ile görevlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlardır(40).

Hastaların başvuru saatlerine incelendiğinde 08:00-09:59 arasında hasta sayısının azken 10:00-11:59 arasında hasta sayısının artmaktadır. Bu durumun nedeni yakınması acil olmayan kişilerin kendileri için daha uygun olan zamanlarda muayene olmak için acil servise yönelmelerine bağlı olabilir. 18:00-00:00 saatleri arasında en çok hasta başvurusu olmakta, bu da hastaların günlük işlerini tamamladıktan sonra, her zaman açık olan, ulaşılması kolay ve hızlı sonuç alabilecekleri bir yer olan acil

servislerde bakım aramaya başlamaları sonucu olabilir. Ersel ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da aynı saatler en yoğun olarak bulunmuştur(32). Hastanemizde hasta başvuru saatleri incelendiğinde 14.00-00.00 arasında yoğun olduğu ve bu yoğunluğun 17.00-23 arası daha da arttığı gözlemlenmekle birlikte genel anlamda hasta geliş saatleri dağılımı Sağlık Bakanlığı verileri ile benzerlik göstermektedir ki ABD’ de acil servis başvurularının %64.7’ si saat 17:00-20:00 arasında olmaktadır(41)

Acil servislerin acil olmayan yakınmalar sebebi ile uygun olmayan kullanımının, acil servislerin aşırı yoğunluğunda ve sağlık harcamalarının artışında önemli bir payı olduğu tartışmasız bir gerçektir. Çalışmalar arasında saptanan farklılıkların nedeni, aciliyeti ölçebilecek standart bir yöntemin bulunmamasıdır(42)

Hastaların günlere göre başvuruları incelendiğinde, en sık başvuru olan günün pazar günü, en az başvurunun da cuma günü olduğu belirlenmiştir. En yoğun başvuru gününün hafta sonu olması, diğer sağlık birimlerine ulaşamama nedeni, birçok çalışmada anlamlı bulunmuştur(43). Ersel ve arkadaşlarının çalışmasında da en yoğun gün cumartesi olarak bulunmuş ve bunun nedeni olarak da hafta içi çalışan insanların mesai saatlerinde sağlık hizmetlerine ulaşamaması nedeniyle acil olsun ya da olmasın şikayetlerinin çözümü için ulaşılması her zaman kolay ve açık olan acil servislere yöneldikleri düşünülmüştür(32).

Acil servisler her ne kadar temelde hayatı tehdit eden akut hastalıkları hedeflese de günümüzde acil servise yapılan başvurular incelendiğinde, özellikle ülkemizde yapılan çalışmalarda, hastalıkların; hastalar için hayatı tehdit eden hastalıklardan, birinci basamak tarafından poliklinik şartlarında tedavi edilebilecek hastalıklara kadar geniş bir yelpazede olduğu görülmektedir (12). Ülkemizde özellikle son 10 yılda acil servislere amacı dışında başvurular, azımsanamayacak seviyelere ulaşmıştır. Bunun en büyük nedeni olarak toplumun hastalıklar hakkındaki acil durumlar yargılarının değiştirilememesi, eğitimdeki yetersizlikler, yeterli eğitimin verilememesi, yardımcı sağlık basamaklarının ve sevk zincirinin işlememesidir (44).

ÇETE ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda, Türkiye’de yılda yaklaşık 15.000.000’ u çocuk olmak üzere 90.000.000 milyonu bulan acil başvurusu mevcut olup her 3 hastadan birinin acil servise başvurmaktadır(11). Yapılan istatistiklerde özellikle Avrupa ve OECD ülkelerinde yapılan çalışmalarda, acil servis başvurusunun nüfusa

göre en fazla olan ülkenin Türkiye olduğu saptanmıştır(45). Aynı dönemde yapılan çalışmalar da 300 milyonluk nüfusu olan ABD'nin yıllık 130 milyon acil servis başvurusu, yine İngiltere'nin 50 milyonun üzerinde nüfusu, 20 milyon acil servis başvurusu olduğu değerlendirilmiştir. Ülkemiz Acil servis başvurularında dünyada lider konumdadır. Bu yüzden acil servis denilince aklımıza doğal olarak acil servis kalabalığı gelmektedir. (5)

Ancak unutulmamalıdır ki tüm acil servis başvurularının % 20'si yarı-acil ve çok acildir(18). Bunun en önemli nedeni anketimizde de görüldüğü gibi eğitilmiş bireylerin bile aciliyet kavramını anlayamamalarıdır.(6)

Acil servisler yalnızca halk tarafından değil hastanenin diğer birimleri tarafından da oldukça yoğun olarak kullanılmaktadır. Bir çalışmada hastaneye yatan hastaların %95'i, cerrahi amacıyla yatış yapılanların ise % 50'sinin mutlaka acil servislere uğradıkları tespit edilmiştir(46).

Yine yapılan çalışmalar göstermektedir ki acil servislere yapılan başvurular gelecek dönemlerde deistikrarlı bir artış gösterecektir. Zaten kapasitesinin üzerinde hasta müracaatı olan acil servislerinin iş yükü de orantılı olarak artacaktır(47). Bu sebeple temel sorun olan acil servise başvurulardaki artışlar nedeniyle gerçek acil vakalara yeterli zaman ayırlamama ve tanılarda gecikme yaşanması riskidir(48). Bu durumun acil hastalardaki mortalite ve morbiditede artışına yol açabileceği öngörülmektedir (7, 8). Bu yoğunluk hastalar kadar hekimleri de olumsuz etkilemekte tanı koyma süreleri ve sağlıklı analiz yapabilme zaman ve güçleri azalmaktadır. Beraberinde medikolegal sorunlar yaşanma ihtimali artmakta hem hekimler hem de hastalar zarar görmektedir. Bu yoğunluğun sağlık çalışanlarına uygulanan şiddette de payı vardır(49, 50).

Bizim çalışmamızda yer alan katılımcı sayısı 919 kişi olup bu katılımcıların %48,4 kadınlar (n:445) ve %51,5 (n:474) erkekler oluşturmaktadır. Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da katılım gösteren hastalarımızın demografik dağılımlarını değerlendirdiğimizde katılımcıların yaş dağılımları, cinsiyetleri ve eğitim seviyesi gibi sosyo-demografik özelliklerine benzer bir dağılım oluştuğunu gözlemledik. Bu yönden çalışmamız literatüre uygundur(18). Yine benzer çalışmalar da

olduğu gibimiz de 25-40 yaş genç erişkin bireylerin acil servisleri daha fazla kullandığını gözlemledik.(21).

Hastaneye ulaşım değerlendirdiğimizde özellikle ambulansı kullanan hastaların acil müdahale gereği olmadığı halde %11,9 oranında 112 sağlık hizmetlerini kullandığını tespit ettik. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi verilerinde ambulansla acil servise olan gerçek acil başvurularının oranının %15.5 olduğu belirtilmiştir. Yine Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi verileri 112 hizmetlerinin uygun şekilde kullanılmadığını ifade etmektedir(51). Ayrıca ABD’de yapılan çalışmalarda ambulansı daha çok yaşlı hastaların kullandığı gösterilirken anketimizde genç erişkinlerin ambulans kullanımını daha fazla olduğu görülmektedir.(52)

Birinci basamak sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan hastaların acil servislere gelebilmeleri için uygulanan sevk zinciri sisteminden katılımcıların % 55.5 oranında haberdar olduğu ve buna rağmen sevk zincirine uymadıkları görülmüştür. Çalışmamızda bu uygulamaya uyulmamasının nedeni olarak aile hekimlerinin sayısının yetersiz olması ve aile hekimlerine olan güvensizlik olduğunu tespit ettik. 2010 yılında yapılan Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri raporunda birinci basamak başvuruları ve aile hekimlerine düşen hasta oranları hesaplanmıştır. 2010 istatistiklerine göre Aile Hekimliğine başvuran hasta sayısı yıl boyunca 180 milyon olmuştur. Aynı dönemde 20 bin Aile Hekimliği birimi mevcuttur. Bir aile hekimliği birimine düşen yıllık hasta başvuru sayısının 9000 olduğu ve aile hekimi başına günde 36 başvuru düştüğü sağlık bakanlığı verilerinde gösterilmiştir(53). Bu oranlar her yıl yine Sağlık Bakanlığınca hesaplanmakta ve yıllık rapor olarak sunulmaktadır. Ancak acil servise başvuran günlük hasta sayısının 1000 ila 2000 başvuru arasındaki değerlerde olduğu düşünüldüğünde aile hekimliği uygulamasının acil servisin yükünü azaltmakta ne kadar katkıda bulunduğu net değildir.

Çalışmamızda acil müdahale gereksinimi olmayan ve birinci basamak sağlık hizmetlerince değerlendirilmesi uygun olan hasta grubumuzdan elde edilen verilerde aile hekimlerinin yapacağı değerlendirmeye % 82.5 (n:758) gibi bir oranda güvenilmemektedir. Hastaların % 39.1 (n:360) gibi ciddi bir bölümü aile hekimlerinin acil durumlardan anlamadıklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca anketimizin güven sorgulamasında poliklinikler ve aile hekimlikleri yakın oranlarda güvensiz

bulunmuştur. Hastalar poliklinik ve aile hekimlerine güven duymama nedenleri araştırılmalıdır. Bu sayede acillerin yükü ciddi oranda azalacaktır.

Ciddi sayıda hekim eksikliği bulunduğu bir gerçek ve hekim sayısının artırılması anketimizde de ön plana çıkan bir vurgudur. Günümüzde poliklinik hizmetleri pek çok resmi ve özel kurumlarca birinci basamak hizmetlerle beraber ikinci ve üçüncü basamak birimlerce de verilmektedir. Hastanelerimizin birçoğunda hekim açığı mevcuttur(54, 55). Doktor başına düşen hasta sayısının araştırma verileri ülkemizdeki istatistik bilgilerin yeterli olmaması ve sağlıklı olmaması nedeniyle net değildir. 30.09.2014 tarihinde yayınlanan sağlık bakanlığı istatistik yıllığı 2013 verileri incelendiğinde ülkemizde 1517 hastane ve 21.175 aile hekimliği birimi mevcuttur. 6.756 aile sağlığı merkezi, 971 toplum sağlığı merkezi, 5.594 salık evi,183Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP),177 verem savaş dispanseri, 134 Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi (KETEM), 2.72 112 yardım istasyonu ve 3.357sağlık ambulansı da bulunmaktadır(56). Bu kurumlara yapılan başvurular incelendiğinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı 220.252.781 ve ikinci, üçüncü basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı 410.068.343 olarak görülmektedir. Aynı kaynaklarda 100.000 kişiye düşen uzman hekim sayısının 96 olduğu görülmektedir. Bu sayı önceki yıla verilerine göre büyük bir değişiklikte göstermemiştir.OECD Sağlık İstatistikleri 2014Türkiye Karşılaştırması raporu incelendiğinde ise sağlık harcamalarına ayrılan en düşük bütçe, 2004 yılındaki yükselişi de sayarsak hızla düşen bir büyüme oranına sahip olduğumuzu görmekteyiz.OECD Sağlık İstatistikleri 2014, son 10 yılda Türkiye’de sağlık çalışanlarının arttığını göstermektedir. Türkiye’de kişi başına doktor sayısı 2000’den beri oldukça artmıştır. 2000’de 1.000 kişiye 1.3 doktor düşerken, 2012’de 1.7’ye yükselmiştir. Fakat hala 3.2 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır.(11)

Yapılan yerli ve yabancı kaynaklı çalışmalar acil servise başvuran hastaların üçte birinin hastalık şiddetini yanlış algıladıkları sonucunu çıkarmıştır, bizim anketimiz bu çalışmaları bir adım öteye taşıyarak acil servise başvuruda algılama özellikleriyle, eğitim seviyeleriyle oranlamış ve çarpıcı sonuçlara ulaşmıştır.Acil servislere 5 ve üzerinde başvuru, 112 ambulans hizmetlerinin kullanımı, acil servislerin anlam ve önemi gibi konularda eğitimsiz bireylerle üniversite eğitimi almış bireyler arasında anlamlı bir fark çalışmamızda saptayamadık. Ülkemizde üniversite düzeyinde eğitim

alanlarda bir diğerk çarpıcı sonuçta acil servisimize uğramadan önce başka acil servilere başvuru oranının da %38 olmasıdır.

Başka acil servislerden geldiklerini söyleyen hastalar da değerlendirmeye tabi tutularak bunun nedenleri de araştırılmalıdır ve bu konu çözümün küçükte olsa bir parçasını oluşturmaktadır.

Güven anketimizde de poliklinik ve aile hekimlerine güvenin düşük olması da acil servislere olan başvuruların artışında önemli bir noktadır. Bu sorun hastaların yarısından fazlasını acil servislere yöneltmektedir.

Önceki çalışmalarda hastaların acil servisi tercih etmelerinin en önemli nedeni, 3. basamak sağlık kuruluşlarındaki acil servislerde hasta durumunun daha iyi anlaşılacağı düşüncesi olduğu saptanmıştır (12). Bizim anketimizde de katılımcılarımız acil servisi seçme nedenleri olarak acil servisin kaliteli ve hızlı olması gibi majör etkenler olduğunu göstermektedir.

Acil servislere olan talebin eşin veya refakatçinin çalışması nedeniyle evde olmaması ilk sırada yer alırken, polikliniklerin doluluğundan kaçışta yüksek oranlarda acil servisin tercih nedenidir. Katılım payı alınmaması ve randevusuz olması da yine tercih nedenlerindedir. Ancak acil servisin tanımı ile ilgili olan çalışma sorumuza verilen cevaba bakarsak çoğu hastanın acil servisi hastalıklarının aciliyetinden çok poliklinik yoğunluğundan kaçmak, tetkiklerini hızlı yaptırmak ve katılım payı ödememek, randevusuz muayene olabilmek gibi nedenler olduğunu katılımcılarımız ifade etmişlerdir. Hastalarımız acil servis kavramını anlatmak, bazen saniyelerin ne kadar değerli olduğunu anlamalarını sağlamak bunu eğitim sistemimiz, basın yayın organlarımızca gündemde tutarak mücadele etmek zorundayız(57, 58). Acil servislere bakış açısını değiştirmek sorunun en önemli çözümü olacağı aşıkardır. Acil sağlık hizmetlerinin verildiği yer olarak tanımlayanların, acil servis kavramını algılayabilmiş olanların oranı yalnızca %17'dir.

Anketimizde yapılan çalışmada da hastalarımız birinci basamak sağlık hizmetleri sunan birimlerde hastaların değerlendirilmeleri gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Hastalarımız çözümün önemli bir parçasının da birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin sağlanması olduğuna dikkat çekmişlerdir.

İlaç kullanımının bilinçsiz olduğu T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Daire Başkanlığının 2000 yılından bu yana yaptığı çalışmalarda ülkemizde özellikle antibiyotikler olmak üzere pek çok ilacın bilinçsiz, akılcı olmayan şekilde tüketildiğine vurgu yapılmaktadır(59, 60). Yine sağlık bakanlığı veri tabanında yer alan akılcı ilaç kullanımı ile ilgili konuşmalar bölümünde yapılan çalışmalarda kullandığımız ilaçların %50'sine yakınının akılcı kullanılmadığı tespit edilmiştir(61, 62). Ülkemiz ve dünya verileri karşılaştırıldığında, dünyada en çok satılan ilaçların %19 oranında kalp- damar ilaçları, % 15 oranında ikinci sırada santral sinir sistemine ait patolojiler için olan ilaçları, üçüncü sırada metabolik ilaçlar, dördüncü ve beşinci sırada antibiyotikler %9 ve solunum sistemi ilaçları yer almaktadır. Ülkemizde ise %19 oranında antibiyotik tüketiminin olduğu bunu ikinci sırada %12 ile ağrı kesicilerin; %11 ile anti-romatizmal ilaçlar izlemektedir. Soğuk algınlığı ilaçları ve vitaminlerde dördüncü ve beşinci sıra yer alır(63). Çalışmamıza katılan hastaların büyük bir bölümü rahatsızlandıklarında 'ilaç almak' tedavi yöntemini tercih ettiklerini belirtmişlerdi. Bu değerlendirme içinde doğru davranış ilaçların akılcı kullanım bilincinin topluma verilmesidir. Sağlık bakanlığı sık sık yaptığı çalışma ve duyurularda buna vurgu yapmaktadır. Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı verileriyle örtüşmekte olup burada akılcı ilaç kullanımı vurgusunu bizimde yapmamız doğru olacaktır.

ABD' de yapılan bir çalışmaya göre hastalar bir doktor görmek için ortalama 45 dakika beklemekte, acil servis ziyaretleri yaklaşık 2,5 -4 saat sürmekte ve başvuruların % 2'si bir doktor tarafından değerlendirilmeden acil servisten ayrılmaktadır. Acil tıp uzmanlığının en geliştiği ülkelerden ABD, Kanada, Yeni Zelanda'da gerçekten acil olmayan bir hastanın hekim tarafından görülme süresi, ortalama 4 ile 6 saattir. Bu ülkelerde günlük acil servise başvuran hasta sayısı 200-250'dir (13). Buna rağmen ülkemizde hastaların acil olmayan hastaların hekim tarafından görülme süresi de 10-15 dakikadır (38). Bu kısa süre aslında bir övgüden çok, Türkiye'de bakım hizmetinin tam olarak yerine getirilip getirilemediğini değerlendirmek gerekir. Bu durum peşinden ister istemez hem hastalar hem de sağlık elemanları için olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir.(64, 65) Bizim hastanemizde bu süre yeşil alan muayene süresi ortalama 15-20 dakikadır. Hastanemizde tedavinin başlaması için beklenen süre çalışmamıza katılan hastaların istedikleri sürelerle oldukça yakındır. Gecikmeler her birimde olup özellikle hasta sayılarının arttığı tatiller, bayramlar, mesai saatleri bitimi, hafta sonları

gibi zamanlarda uzamaktadır. Bu uzamanın da temel nedeni hasta yoğunluğu, hekim sayısının yetersizliği, hemşire ve personel sayılarının azlığıdır(10).

Acil servislere olan başvuruların pek çok sebebi olsa da acil servis başvurularını kısıtlamak özellikle ülkemizde pek olası görünmemektedir. Bu sorunun en etkin çözümü acil servis çalışan sayısının artırılması ve acil servislerin donanımlı hale getirilmesidir. Hastanelerin servis ve yoğun bakım yatak sayısının hastane yoğunluğuna uygun oranda belirlenmesi, acil servis yatak sayısına dikkat edilerek acil servislere yönelim sağlanması, hastane yatak doluluk oranlarının optimumda tutulması oldukça önemlidir. Çalışma düzeninin hasta yoğunluğunun olduğu saatlere göre planlanması, birinci basamak hizmetlerin acil servisler içinde verilmesinin sağlanması ve özellikle nitelikli ve deneyimli sağlık personelinin acil servislerde görevlendirilmeleri acil servis işleyişini kolaylaştıracak temel unsurlardan bazılarıdır(32). Çözüme giden adımlar yine acil servislerden atılarak başlanmalıdır.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Acil servislerde yoğunluk oranları da göz önüne alınarak yeterli sağlık çalışanı, yeterli veri donanımı ve yeterli malzeme sağlanmalıdır. Doktor, yatak, malzeme eksikleri olan çok sayıda acil servis yerine tam donanımlı, birinci basamak sağlık hizmetlerini de veren aile hekimliği polikliniğinin de bulunduğu bölgelerin yoğunluklarına uygun nokta acil servisler oluşturulmalıdır.

2. Acil servisler planlanırken hastaların demografik özellikleri, giderek artan hasta sayısı ve Türkiye koşulları iyi analiz edilmeli ve uygun adımlar atılmalıdır. Çalışmamızın da bu yolda fayda sağlayacağına inanmaktayız.

3. Özellikle gelişmiş ülkelerde olduğu gibi doktor ve sağlık çalışanı sayısı artırılmalı, hasta başına düşen doktor sayısı uluslararası standartları yakalamalıdır.

4. Belirli saatlerdeki ve günlerdeki yoğunluğun kaynağı açısından çevredeki diğer hastaneler, sağlık kurumları ve birinci basamak sağlık hizmetlerini de kapsayan iş yükü çalışmaları yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. Aile hekimliği sisteminde mesai saatlerinin değiştirilmesi ve hafta sonu nöbet uygulaması bu açıdan yararlı olacak bir düzenleme olarak görülmektedir. Sağlık bakanlığımızca atılmış olumlu adımlardan biridir.

5. 112 sağlık hizmetlerinin uygunsuz kullanımının önüne geçilmeli, hem sağlık çalışanlarının gücü hem de maddi kaynakların israfı engellenmelidir.

6. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü ön plana çıkarılmalı buradaki hekimler daha etkin kullanılmalıdır.

7. Hastalarımız birinci basamak sağlık hizmetlerine ve polikliniklere güven duygusu geri kazandırılmalı, halkın endişeleri azaltılmalıdır.

8. Acil servislerin görev ve tanımları halkımıza daha net anlatılmalı, farkındalık artırılmalı, gereksiz ve yanlış kullanımın hem hastalara hem de devlete verdiği zararın boyutlarının kavranması sağlanmalıdır.

9. Eğitimli bireyler dahi acil servis ve aciliyet algısını değerlendirmekte yetersiz kalmaktadır.

10. Hasta yoğunluğuna rağmen hastaların bakım ve muayeneleri oldukęa hızlı olmaktadır. Bu hızın artıları ve eksileri iyi analiz edilerek olası zararlar önlenmelidir.

11. Etkin triaj hızlı tanı ve yaklaşımda önemli bir unsurdur. Bu sebepten triaj çalışanları ve bu çalışanlara verilecek eğitimler arttırılmalıdır.

12. Laboratuvar ve görüntüleme tekniklerine hızlı ulaşım poliklinik ve birinci basamak hizmetlerde de sağlanmalıdır.

13. Acil servislerde bekleme sürelerini kısaltmak için acil servisle ilişkili konsültan hekimlerin hızlı koordinasyonu sağlanmalıdır.

13. Akılcı ilaç kullanım çalışmalarına karalılıkla devam etmek gereklidir.

14. Ulusal veri toplama sisteminin geliştirilmesi ve uluslararası entegrasyonu sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, Electronic Edition, Versiyon 1.2, copyright 1994-96, Merriam-WebsterInc.
2. Young, Allan. 1976. "Internalizing and Externalizing Medical Beliefs Systems: An Ethiopian Example." *Social Science and Medicine* 10: 147-15
3. Sağlık bakanlığı arşivi 1568-17/ 2001
4. Adaş G., Sarvan F., Küpelioğlu R. Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu, *Ulusal Travma Dergisi*. 1998 Ocak;1(4): 1–6.
5. Akdeniz Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Yıldırım Çete/ TATD başkanı/ acil servise başvuran hastalar ve demografik özellikleri/ Anadolu ajansı 28 şubat 2014
6. The future of emergency care in the United States health system. *Ann Emerg Med*. 2006;48(2):115–120
7. Gennarelli TA, Champion HR, Copes WS, Sacco WJ. Comparison of mortality, morbidity, and severity of 59,713 head injured patients with 114,447 patients with extracranial injuries. *J Trauma* 1994;37:962-8
8. İhtiyar E, Ünlüoğlu I, Şahin A, Caga T, Karahüseyinoğlu E. The Evaluation Of Multi –Trauma Patients with GCS, TS, AIS At Osmangazi University Faculty Of Medicine Emergency Service: Prospective Evaluation Of 734 Patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 1998;4:176-9.
9. Williams RM. Triage and emergency department services. *Ann Emerg Med*. 1996;27:506-508
10. Sağlık bakanlığı acil hizmetler memnuniyet anketi 2011 / sağlık kalite hizmet denetleme bülteni/ Anadolu haber ajansı 18 ağustos 2011
11. Key findings for Turkey: OECD Revenue Statistics and Consumption Tax Trends 2014
12. James S. C., Introduction To Management: Definitions, Utilization, And Workforce Issues. *Principles And Practice Of Emergency Medicine*. 4th ed. Lippincott, Williams & Wilkins. 1846–1852, 1999
13. Sağlık bakanlığı ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ/ Resmi Gazete: 11.05.2000 – 24046/BİRİNCİ BÖLÜM/ Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

14. Derlet RW, Richards JR. Emergency Department Overcrowding in Florida, New York and Texas. *South Med J* 2002; 95:846–849
15. Trzeciak S., Emergency Department Overcrowding In The United States: An Emerging Threat To Patient Safety and Public Health. *Emerg Med J* 2003; 20:402–405
16. TAŞKIN S. “İstanbul İlinde Hizmet Veren Hastanelerin Acil Servislerinin Fiziki Yapı, İnsan gücü ve Tıbbi Donanım Açısından Değerlendirilmesi” İ.Ü. Sosyal Bilimler Ens. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı Tezi, 2002.
17. State of Emergency Medicine: Emergency Physician Survey. American College of Emergency Physicians. www.ACEP.org. (01.05.2012)
18. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi Yard. Doç. Dr. Özlem Köksal, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Görükle Yerleşkesi, Bursa, Akademik acil tıp dergisi 10.5152/jaem.2010.006
19. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Overcrowding crisis in our nation’s emergency departments: is our safety net unraveling? *Pediatrics*. 2004;114(3):878–888
20. Nawar EW, Niska R.W., Xu J., National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 emergency departments summary. *Adv Data*. 2007;358:1–32
21. Kılıçaslan İ Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’ de Acil Servise Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2005; 5: 5-13
22. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, et al. Emergency Department Use and Misuse. *J Emerg Med*. 1995;13(2):259-264
23. Schappert S.M., Burt C.W., Ambulatory Care Visits To Physician Offices, Hospital Outpatient Departments, And Emergency Departments: United States. 2001–02. *Vital Health Stat*. 2006;13(159):1–66
24. Prince M, Worth C. A Study Of Inappropriate Attendances To A Paediatric Accident and Emergency Department. *J Public Health Med*. 1992;14(2):177–182

25. Resmi Gazete Tarihi: 11.05.2000 Resmi Gazete Sayısı: 24046 Sağlık bakanlığı ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETMELİĞİ/BİRİNCİ BÖLÜM/ Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar
26. Jessamy T. Don'tbring me yourpoor: The Crowdedstate of America's emergencyQdepartmentsQAvailableQfrom:http://www.nhpf.org/pdfs_ib/13811_EDCrowding_07-07-06.pdf
27. Guidelines for Field Triage of Injured Patients: Recommendations of the National Expert Panel on FieldTriage, 2011/Recommendations and Reports/January 13, 2012 / 61(RR01);1-20
28. Sağlık bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulanması ve esasları hakkında tebliğ/ resmi gazete 16. Ekim 2009 /sayı: 27378
29. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, andtypes. AnnEmerg Med.2007;49(3):275-81
30. Berner AR. Triage. In: Harwood-Nuss AL, Linden CH, Luten RC, Shepherd SM, Wolfson AB, editors. Theclinical practice of emergency medicine. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996.p.1525-1527.
31. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Bona fide emergency. InPolicySummaries. 1994 ed. Dallas-Texas: ACEP, 1994:7-8
32. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Bir acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, Turk J EmergMed 2006; 6: 25-35.
33. Lau FL, Leung KP. Waiting time in an urban accidentandemergencydepartment-awaytoimprove it. J AccidEmerg Med1997;14:299-303
34. İlaç kullanımının bilinçsiz olduğu T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Daire Başkanlığının 2000 yılı bülteni
35. Sanders L, Diagnosis, New York Times Magazine, October 16, 2011.
36. Atilla R. Dünyada ve Türkiye' de Acil Tıp. İç: Kekeç Z, editör. Tüm Yönleriyle Acil Tıp. Adana Nobel Kitapevi;2010.s.3-7

37. Hoyte P. Can I see there records? Access to clinical notes. Hosp Med.1998; 95;411-12
38. Barthell EN, Cordell WH, Moorhead JC, Feied C et al. The frontline 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
39. Sheng-Chuan Hu, David Ht Yen, Wei-Fong Kao: The feasibility of full computerization in the ED. Am J Emerg Med.2002;20(2):118-21
40. Adirim TA, Wright JL, Lee E et al. Injury surveillance in a pediatric emergency department. Am J Emerg Med.1999;17:499-503
41. Niska R, Bhuiya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 emergency department summary. Natl Health Stat Report. 2010;(26):1-31
42. <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Gumusel%20sunum.01.pdf> [Erişim Tarihi:18.02.2009].
43. Gill JM. Nonurgent use of the emergency department: appropriate or not? Ann Emerg Med.1994;24:953-7.
44. Yetek B.,Metropolitan Bir Kentte Acil Çocuk Ünite Hizmetleri Yüksek Lisans Tezi, 2-3. 1989
45. Prof. Dr. Metin Karaböcüoğlu. 22.04.2008. Türkiye’de ve Dünya’da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri [online-web sitesi] Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği.(<http://www.cayd.org.tr/yayinlar/turkiyevedunyacocukacil.pdf>) [12.06.2012]
46. "Committee on the future of emergency care in the USA", Emergency Care for Children: Growing Pains. First ed. 2006, Washington D.C.:The National Academies Press
47. Robertson C, Redmond AD. The management of major trauma. 6th ed. Oxford, USA: Oxford University Press; 1994.
48. Yağmur Y, Güloğlu C, Uğur M, Akkuş Z, Elik Y. Evaluation Of Patients With Multiple Injuries: Comparison Of Injury Severity Score And Revised Trauma Score. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 1997;3:73-7.

49. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Bilge Annagür .Uzm. Dr., Konya Numune Hastanesi, Konya
50. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3:147-154
51. Hansagi, H.,Referral of nonurgent CasesFrom an Emergency Department: Patient Compliance, Satisfactionand Attitudes. Scand J SocMed. 1990, 18: 249–255
52. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J EmergMed 2006;6(1):25-35 Murat ERSEL,1 Özgür KARCIO_LU,2 Sedat YANTURALI,2 Aslıhan YÜRÜKTÜMEN,3 Mustafa SEVER,4 M. Aziz TUNÇ5.
53. Burt CW, McCalg LF, Valverde RH. Analysis of Ambulance Transports and Diversions Among US Emergency Departments. Ann Emerg Med 2006;47:317-26
54. Sağlık bakanlığı sağlık bilgileri verileri veri yılığı 2010
55. Sağlık bakanlığı sağlık bilgileri verileri veri yılığı 2011
56. Sağlık bakanlığı sağlık bilgileri verileri veri yılığı 2013
57. Sağlık bakanlığı sağlık bilgileri verileri veri yılığı 2014
58. McCaig LF, Burt CW, NationalHospitalAmbulatoryMedicalCare Survey:2002 emergencydepartmentssummary, Adv Data 2004; Mar 18: 1-34.
59. Yılmaz M. Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Acil Servisi' ne Başvuran Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri. Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Malatya, 2007
60. TAF PreventiveMedicineBulletin, 2009: 8Araştırma/ ResearchArticle TAF PrevMedBull 2009; 8(2):113-118 Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması
61. Kanavos P, Üstel İ, Costa-Font J. Türkiye'de İlaç Geri Ödeme Politikası Raporu. 2005.
62. Üçer AR. Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamaları ve İlaç Harcamaları. Ankara. XII.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2008, s. 93-100.
63. Açikel CH. Akılcı İlaç Kullanımı. TAF PrevMedBull. 2003; 1(11): 5-6.

64. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (Triad) improves waiting time and processing time of the emergency department. *Emerg Med J* 2006; 23: 262-5.
65. Gardner RL, Sarkar U, Maselli JH, Gonzales R. Factors associated with longer ED lengths of stay. *American Journal of Emergency Medicine*. 2007; 25: 643-50.

EK 1. HASTA BİLGİ FORMU

<p>Bu bilgi formu, acil servise başvuran kişilerin doldurması için hazırlanmıştır. Bu bilgi formu ile acil servise başvuran hastaların aciliyet algılarını incelemek amaçlanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta ve süre olarak 1-2 dakikanızı alacaktır. Ankette yer alan kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve kimseye verilmeyecektir. Bu ankete ve araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmak istiyorum.</p>
<p>Cinsiyet: Yaşınız: Öğrenim durumu: Meslek:</p>
<p>1)Bugün acil servise nasıl geldiniz? 0)Ambulans 0)Otomobil, taksi, otobüs... vb araçla 0)Yürüyerek</p>
<p>2)Sağlıkta sevk zinciri uygulaması hakkında bilginiz var mı? 0)Evet, bilgi sahibiyim 0)Hayır, herhangi bir fikrim yok</p>
<p>3)Neden acil servis? 0)Ucuz 0)Kaliteli 0)Hızlı 0)Zamanım yok</p>
<p>4)Sizce hasta bakım için en iyi yer hangisidir? 0)Acil servis 0)Nöbetçi Semt Polikliniği /Dispanser/aile hekimi 0)Özel Doktor 0)Özel hastaneler</p>
<p>5)Aile hekiminiz tarafından değerlendirilmeden acil servise başvurmanız önerilse ne düşünürsünüz? 0)Mutlaka aile hekime başvururum 0)Aile hekimliği beni yeterince değerlendiremez 0)Acil olduğumu anlarım, aile hekimi zaman kaybı olur 0)Böyle bir uygulamaya gerek yok, herkes acil servislere gelmeli</p>
<p>6)Acile gelmeden önce durumunuz için herhangi birine danıştınız mı? 0)Aile hekimine başvuruda bulundum 0)Polikliniklere başvuruda bulundum 0)Bir başka acil servise başvuruda bulundum 0)Herhangi birimde değerlendirilmedim 0)Televizyon programları/kamu spotlarını izledim</p>
<p>7)Hangisine daha çok güven duyuyorsunuz? 0)Acil servis 0)Poliklinikler 0)Aile hekimlikleri 0)Özel hastaneler</p>
<p>8)Hangisine daha az güven duyuyorsunuz? 0)Acil servis 0)Poliklinikler 0)Aile hekimlikleri 0)Özel hastaneler</p>
<p>9)Acil servisi nasıl tanımlarsınız? 0)Durumu acil olan hastaların bakıldığı yer 0)24 saat her türlü hizmetin verildiği yer 0)Tetkiklerin hızlı yapıldığı yer 0)Başvuran herkesin acil /acil olmayan bakıldığı yer</p>
<p>10)Son 1 yıl içinde, kaç kez acil servise başvuruda bulundunuz? 0) 1 0) 2 0) 3 0) 4 0) 5 veya daha fazla</p>

<p>11)Son 1 yıl içinde, kaç kez poliklinik başvurusunda buldunuz?</p> <p>0) 1 0) 2 0) 3 0) 4 0) 5 veya daha fazla</p>
<p>12)Hangi nedenle acil servise gitme ihtiyacı duyarsınız?</p> <p>0)Mesai saatleri dışında hastalanması 0)Gündüz polikliniğin kalabalık olmasından dolayı 0)Eşin ve/veya kendisinin çalışması gündüz evde olmamasından dolayı 0)Acil hizmetlerden katılım payı alınmamasından dolayı 0)Randevusuz bir şekilde acil servise gelinebilmesinden dolayı 0)Acil sağlık hizmetinin daha iyi sunulmasından dolayı</p>
<p>13)Şikâyetleriniz başlayalı tahminen ne kadar bir süre geçmiştir?</p> <p>0)15 dakikadan az 0)15-60 dakika 0)6-12 saat 0)12-24 saat 0)24 saatten 1hafta 0)Aylar/yıllardır devam ediyor</p>
<p>14)Şikâyetiniz için kendiniz herhangi bir müdahalede buldunuz mu?</p> <p>0)Hayır, bulunmadım hemen acil servise geldim 0)Sağlık ocağı /poliklinik hekimime Danıştım 0)İlaç aldım 0)Bildiğim tedavi edici doğal ürünler kullandım 0)Belli süre takip ettim</p>
<p>15)Hastalığınızın değerlendirilmesi için ne kadar süre içerisinde doktor tarafından değerlendirilmeniz gerekli?</p> <p>0)15 dakika içerisinde görülmeli 0)15–60 dakika içerisinde görülmeli 0)1–2 saat içerisinde görülmeli 0)2–12 saat içerisinde görülmeli 0)Muayene güvenli bir şekilde ertesi güne kadar bekleyebilir</p>
<p>16)Ne kadar süredir muayene için acil servisinde beklemektesiniz?</p> <p>0)15 dakikadan az 0)15-60 dakika 0)1-2 saat 0)2 saatten fazla</p>
<p>17)Sizce hastalığınız acil mi?</p> <p>0)Evet, hastalığım acil 0)Hayır, acil olmadığını düşünüyorum 0)Acil olması ya da olmaması fark etmez bu kararı doktor değerlendirmeli</p>
<p>18)Acil servis yoğunluğu sizi rahatsız ediyor mu?</p> <p>0)Acil servisi yoğunluğundan rahatsız değilim 0)Acil servis yoğunluğu beni de rahatsız ediyor 0)Acil servis yoğun olmamalı, her hasta acile gelebilmeli</p>
<p>19)Bir acil servis hekimi sizi en iyi şekilde değerlendirmek için ne kadar zaman ayırmalı?(Bu zaman diliminde sırada bekliyor olduğunuzu varsayarsan)</p> <p>0)1-5 dk 0)5-10 dk 0)10 dk'dan fazla 0)Başvuru anında her hasta hemen değerlendirilmeli</p>
<p>20)Acil servislere mevcut olan yoğunluğun çözümü sizce nedir?</p> <p>0)Acil serviste hizmet veren doktor sayısının artırılması 0)Aile hekimlerinin sayısının artırılması 0)Poliklinik muayenelerinin artırılması 0)Sağlık hizmetlerini gereksiz yere meşgul ettiği belirlenmesi halinde maddi cezaların olması 0)Sağlık hizmetlerinin ücretli olması 0)Diğer.....</p>