

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ACİL SERVİS BİRİMİ'NE BAŞVURAN
HASTALARIN TANI, TAKİP VE TEDAVİ
İŞLEMLERİNİN SAĞLIKTA
KALİTE STANDARTLARINA GÖRE
DEĞERLENDİRİLMESİ: GERİATRİK HASTA
GRUBU ÖRNEĞİ**

AHMET ÇAĞDAŞ ACARA

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2017

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970089

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ACİL SERVİS BİRİMİ'NE BAŞVURAN
HASTALARIN TANI, TAKİP VE TEDAVİ
İŞLEMLERİNİN SAĞLIKTA
KALİTE STANDARTLARINA GÖRE
DEĞERLENDİRİLMESİ: GERİATRİK HASTA
GRUBU ÖRNEĞİ**

AHMET ÇAĞDAŞ ACARA

**SAĞLIKTA KALİTE GELİŞTİRME VE AKREDİTASYON
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. A. HÜSEYİN BASKIN

İkinci Danışman Öğretim Üyesi: Öğr. Gör. Dr. VAHİDE BAYRAKAL

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970089

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı, Yüksek Lisans programı öğrencisi Ahmet Çağdaş ACARA ‘DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ ACİL SERVİS BİRİMİ’NE BAŞVURAN HASTALARIN TANI, TAKİP VE TEDAVİ İŞLEMLERİNİN SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ: GERİATRİK HASTA GRUBU ÖRNEĞİ” konulu Yüksek Lisans tezini 8 Eylül 2017 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Hüseyin BASKIN

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı
BAŞKAN


Prof. Dr. Serhan SAKARYA

Adnan Menderes Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı
ÜYE


Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon
Anabilim Dalı
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Barçın ÖZTÜRK

Adnan Menderes Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
Anabilim Dalı
YEDEK ÜYE

Prof. Dr. Mete EDİZER

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve
Akreditasyon Anabilim Dalı
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO DİZİNİ.....	IV
ŞEKİL DİZİNİ.....	V
GRAFİK DİZİNİ	VI
KISALTMALAR.....	VII
TEŞEKKÜRLER.....	VIII
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2-GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kalite ve Akreditasyon:	3
2.1.1. Kalitenin Tanımı	3
2.1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Uygulanması.....	3
2.2. Yaşlılık	3
2.3. Acil Servislerde Hizmet Kalitesi	9
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	13
3.1. Araştırmanın Tipi:	13
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:	13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları:	13
3.4. Çalışma Materyali:	14
3.5. Araştırmanın Değişkenleri:	14
3.6. Veri Toplama Araçları:	14
3-7. Araştırma Planı ve Takvimi:	15
3-8. Verilerin Değerlendirilmesi:	15
3-9. Araştırmanın Sınırlılıkları:	15
3.10. Etik Kurul Onayı:	16

4. BULGULAR:	17
5. TARTIŞMA.....	21
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	23
7.KAYNAKLAR	24
8. EKLER.....	27
8.1. EK-1: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Birimine Başvuran Hastaların Tanı, Takip ve Tedavi İşlemlerinin Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre Değerlendirilmesi: Geriatrik Hasta Grubu Örneği' başlıklı tez çalışmasının Anketi	27
8.2.Ek-2- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni	29
8.3. EK-3. Başhekimlik İzin Yazısı	31
8.4.EK -4. ÖZGEÇMİŞ	32

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Araştırmanın hipotezleri:.....	2
Tablo 2: Son 12 ay içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti alanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı.	5
Tablo 3: Avrupa ülkelerinde cinsiyete göre doğuştan beklenen yaşam süreleri:.....	6
Tablo 4:Türkiye 2007-2013 arası Acil Müracaat Sayısı	8
Tablo 5. Yaşadığı yere göre ankete verdiği cevaplar	18
Tablo 6:Eğitim durumuna göre ankete verdiği cevaplar	19
Tablo 7:Yaşa göre ankete verdiği cevaplar	20



SEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı.....	17
Şekil 2: Hastaların yaşadığı yerlere göre dağılımı	17
Şekil 3:Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı	18
Şekil 4: Hastaların yaşlarına göre dağılımı	20



GRAFİK DİZİNİ

Grafik 1: Türkiye 2014, Acil müracaatlarda Yaş ve Cinsiyet dağılımı.....	12
Grafik 2:Acil servis hizmet akış şeması.....	13



KISALTMALAR

ACEP: Amerikan Acil Tıp Birliği

AS: Acil Servis

ÇSGB: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı

EUROSTAT: Avrupa İstatistik Kurumu

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPSS 15.0: Statistical Package for Social Sciences for Windows, Version 15,0

TUIK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



TEŞEKKÜRLER

Asistanlık eğitimim boyunca bana destek olan, anlayış ve sabrını esirgemeyen sevgili eşim Özlem ve kızım Asrın Acara'ya ve bugünlere gelmemde emeği büyük olan, anneme, babama ve ananeme,

Tezimin planlanması ve yürütülmesinde engin bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, desteğini hiç esirgemeyen tez danışmanım, hocam Prof. Dr. Hüseyin BASKIN'a Eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, tecrübeleriyle bana yol gösteren sayın Öğr. Gör. Dr. Vahide BAYRAKAL' a,

Eğitimim süresinde birlikte çalıştığım ve tezimin yürütülmesinde benden yardımlarını esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma ve değerli arkadaşlarım Uzm. Dr Mehmet ÇALAN ve İlyas TANDEMİR' e

Sonsuz sevgi ve saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Dr. Ahmet Çağdaş ACARA

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
ACİL SERVİS BİRİMİ'NE BAŞVURAN HASTALARIN TANI, TAKİP VE TEDAVİ
İŞLEMLERİNİN SAĞLIKTAKALİTE STANDARTLARINA GÖRE
DEĞERLENDİRİLMESİ: GERİATRİK HASTA GRUBU ÖRNEĞİ

Ahmet Çağdaş ACARA

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı – İzmir

Yazışma adresi: cagdasacara@gmail.com

ÖZET

Giriş ve Amaç: Sağlık hizmetlerinin düzeyi, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin de bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Acil sağlık hizmetlerinin her gün yirmi dört saat hizmet vermek zorunluluğunda olması nedeniyle , aynı hizmetin farklı kişiler tarafından verilmesi standardizasyondaki en önemli güçlüklerdendir. Bu çalışmada amacımız sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon kuralları ışığında ve SKS Versiyon 5 temel olarak geriatrik yaş grubundaki hastaların başvurdukları sağlık kurumlarındaki acil servislerde kaliteli ve etkin sağlık hizmeti almasını sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem : Araştırmanın Tipi: Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel toplam on yedi soru ve üç bölümden oluşan bir anket çalışmasıdır. Birinci bölümde hastanın tedavi ve takip işlemleri, ikinci bölümde mevcut hastalıkları ve acil servise geliş şikâyetleri ve üçüncü bölümde demografik özellikleri sorgulanacaktır. Bu çalışma yapılırken, belirtilen değişkenleri içeren bir örnek bulunmadığı için anket formu, araştırmacılar tarafından Likert anket ölçeği göz önüne alınarak "kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "kararsızım", "katılmıyorum", "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde belirtilen 5'li dereceleme ölçeğinde düzenlenmiştir. Anket formundaki sorular literatür ve başka araştırmacıların yaptığı çalışmalara dayanarak hazırlanmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvuran 65 yaş ve üstü hastalara yapılmıştır. Araştırma 1 Aralık 2015-1 Ocak 2016 tarihlerinde yapılmıştır.

Bulgular: Acil servisine başvuran 658 hastanın 400 tanesine anket uygulanmıştır(%60,7).Bu hastaların 210 erkek (%52,5), 190 kadın (47,5) olarak bulundu. Çalışmamıza alınan bireyler yaşadıkları yer açısından incelendiğinde ise ağırlıklı olarak kendi evinde ikamet ettiği görüldü.Bu hastaların yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde acil servis içindeki

işleyiş akışı için verdiği cevaplar ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır. Hastaların eğitim durumları incelenmiş ve ağırlıklı olarak ilköğretim grubuna (ilkokul-ortaokul) dahil oldukları görülmüştür. Eğitim durumlarına göre hastaların acil servis içindeki işleyiş akışı için verdiği cevaplar ise istatistiksel olarak tek anlamlı farklılık “Sizce yapılan tetkikler için bekleme süresi uzun muydu?” sorusunda saptanmıştır. Bu farklılık ise Benferrini istatistiksel düzeltilmesi uygulanarak hangi eğitim düzeyinde farklılık olduğu araştırılmış ve ilköğretim düzeyinde farklılık saptanmıştır.

Tartışma: Acil servise başvuran hastaların ağırlıklı olarak ilköğretim düzeyinde eğitim durumunda olduğu göz önüne alınarak, acil servis içindeki iş akışının hastalara anlatılması hastaların tedavilerine katılımını ve tedavinin acil servis sonrasında devamına etkin olarak katılımını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, sağlıkta kalite, geriatrik hastalar

EVALUATION OF GERIATRIC PATIENTS, DIAGNOSIS, FOLLOW-UP AND TREATMENT PROCEDURES BY QUALITY STANDARDS, ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

Ahmet Çağdaş ACARA

e-mail: cagdasacara@gmail.com

Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences

Department of Quality Improvement in Healthcare and Accreditation

ABSTRACT

Introduction: Healthcare system is a surrogate of the countries level of development. Emergency departments are due to provide nonstop healthcare by different professionals and this is the challenge against the standartisation. We aim to provide geriatric patient group a high quality emergency care by the scope of Turkish Ministry of Health Guide ‘version5’.

Material and method: The prospective study was conducted in Dokuz Eylül University hospital department of Emergency Medicine in a period of 01.12.2015 – 01.01.2016. The geriatric age group was taken to the study. They were due to complete a questionnaire containing five questions which was created under the scope of Likertscale.

Results: The questionnaire was completed by 400 patients over 658 attendents (%60,7). The gender was 210 male (52,5). The patients were highly stayed in their own flats and mainly had primary school education. The statiscally significant correlation was found in education group in the question of ‘according to you, was the waiting time for the test long’ , the group having primary school education found it long.

Conclusion: Considering the patient group mainly having primary school education that admitted to the emergency department, the explanation of the emergency department flow gains importance. In this way patients can contribute to their treatment and carry on their treatment after the emergency department discharge.

KeyWords: Emergency department, Healthcare quality, Geriatric patients

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerindeki kalite düzeyi, bir ülkenin gelişmişlik düzeyinin bir göstergesi olarak da kabul edilebilir. Sağlık sistemlerinin en önde gelen görevleri; kaliteli yaşam süresinin uzatılması, sosyal ve iş hayatına aktif katılımı sağlamaktır. Sağlık hizmeti alınırken öncelik güncel ve etkin tedavi sağlanması ve hasta ve hasta yakınlarının da tedaviye katılımının sağlanmasıdır. Acil sağlık hizmetlerinde yılın her günü ve yirmi dört saat süreyle hizmet vermek zorunluluğu ve aynı hizmetin farklı kişiler tarafından verilmesi hizmetin standardizasyonunda güçlük yaratır (1). Aynı hizmet kalitesine yılın her günü, her saatte ulaşabilmek için sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon sistemlerine gerek duyulur. Standardizasyon, normları belirlemek demektir. Normlar ise ulusal ve uluslararası ölçekte standartlar, yani “consensus” (ortak karar, fikir birliği) yaratan göstergeler ve uygulamalardan oluşur. Gösterge ve uygulamalarda uluslar arası temel “consensus”, TS EN ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemleri ile başlar (2).

Sağlıkta “kalite” denilince altı ana başlık akla gelir: 1. Etkili (Effective): Etkililik, bilimsel gerçeklerden uzaklaşmamak demektir, 2. Etkin (Efficient): Mümkün olan en az atık ile hizmet verebilmektir, 3. Söz verilen zamanda (Timely): Hasta ve hasta yakınlarına söz verilen zamanda hizmetin yerine getirilmesi demektir, 4. Adil (Equitable): Dil, din, renk, kültür, cinsiyet, engellilik hali ayırımı göz etmeden, herkese adil ve eşit yaklaşmak demektir, 5. Güvenli ve emniyetli (Safe): Hasta ve çalışan güvenliği ölçütlerine ve kişisel bilgilerin emniyetine dikkat etmek demektir, 6. Hasta ve hasta yakınlarını esas alan (Patientcentered): Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet ve isteklerinin dikkatle izlendiği bir yönetim sistemi kurabilmek demektir (3). Bu başlıkların bir araya getirilebildiği, planlandığı, uygulandığı ve izlendiği, gerekirse yeniden düzenlenip, düzeltilindiği bir yönetim sisteminde kaliteden söz edilebilir.

Ülkemizde sağlık kuruluşlarında standardizasyonun sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinde, uluslar arası düzeyde yeterliliğin ve güvenilirliğin göstergesi olarak, “ISQua” tarafından akredite edilmiş olan, HKS, V.5.1 kalite standartları uygulamaya konulmuştur (4). Adı geçen kalite standartlarının kanıta dayalı bir göstergesi de “Memnuniyet Anketleri” nin uygulanması ve değerlendirilmesi, bu değerlendirmelerin de bilgiye dönüştürülmesidir (5).

Türkiye’de sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon kapsamında, geliştirme çalışmaları sürdürülmektedir. Çalışmalarda, akademik çevreler, sivil toplum kuruluşları, medya ve bireylerin katkı ve eleştirileri ile yeni bir yapı planlanmaktadır. Yeniden yapılandırma çalışmaları çerçevesinde sağlık hizmetlerinin; ihtiyaçlara uygunluğu, yönetimi, kişiye odaklı olup

olmadığı, stratejik yönetime uygulamaları, performans odaklı değerlendirmeler, etkili denetim, etik kurallara uyum ve öncelikle güven esaslı anlayış temel unsurlar içinde sayılır (6). Bu çalışmaların son hali olan ve sağlık bakanlığının yayınladığı sağlıkta kalite standartları 5. Versiyonunda kendini göstermektedir. Acil sağlık hizmetleri yaşam kalitesi için önemlidir. Standardizasyon ve kalite çalışmalarının bu hizmetin çok boyutlu ve kapsamlı niteliği dikkate alınarak öncelikle uygulanması önem taşımaktadır. Kalite geliştirme ve akreditasyon yaklaşımının sağlık işletmelerinde uygulanması gündemdedir.

Bu çalışmanın amacı: Sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon kuralları ışığında ve SKS Versiyon 5 temel alarak, engelli bir hasta gurubu olan, geriatrik yaş grubundaki hastaların başvurdukları acil servislerde karşılaştıkları sorunları, kaliteli ve etkin sağlık hizmeti noktasında veri elde etmek amacıyla değerlendirmeye almaktır.

Tablo 1: Araştırmanın hipotezleri:

H1.	Acil servise başvuruda acil servis içinde yer / yatak gösterildi mi?
H2.	Yer / yatak gösterildikten sonra doktor tarafından ilk beş dakika içinde hasta şikâyeti hakkında bilgi alındı mı?
H3.	Acil serviste yapılan tetkikler için bekleme süresi açıklandı mı?
H4.	Tetkik sonuçları doktoru tarafından hastaya açıklandı mı?
H5.	Bir başka bölümden doktor (konsültan hekim) gerekti mi?
H6.	Konsültasyon için gelen doktor, geleceği söylendikten sonra 30 dakika içinde geldi mi?
H7.	Hastaneye yatış gerektiren bir hastalığı olduğu söylendi ise yatış için 12 saatten uzun bir süre beklendi mi?
H8.	Taburcu edileceği söylendikten sonra, gerekli oldu ise, poliklinik kontrolü için yeterli bilgi verildi mi?
H9.	Acil servisteki tanı ve tedavi süreci sonunda reçete verildimi?
H10.	Verilen reçetede ilaçlar hakkında bilgi verildi

2-GENEL BİLGİLER

2.1. Kalite ve Akreditasyon:

2.1.1. Kalitenin Tanımı

Yaşantımızı etkileyen en önemli kavramlardan biride sağlık alanındaki kalite kavramıdır. Sağlıkta kalite kavramı, sürdürülebilir bir yaşam şekli olarak önümüzdedir (2).

Kalitenin günümüze kadar pek çok tanımı yapılmıştır. Bununla birlikte genel kabul görmüş kalite tanımları şu şekildedir (3-4):

- Sistemli bir arayıştır, kullanıma uygunluk olarak ele alınır.
- İçinde bulunulan koşullara uygunluk olarak düşünülür.
- Güvenilir ve kanıta dayalı olarak, maliyeti yükseltmeden ve en az atıkla gereksinimlerin yerine getirilmesidir.

2.1.2.Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Uygulanması

Sağlık alanında hizmet doğrudan insanların sağlığı ile ilgilidir. Hatalar, yanlışlara dönüşürse, geri dönüş zordur (5).

Sağlık hizmetlerinde kalite denilince bugün en çok kabul gören tanımlardan birisi, Amerika Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından yapılmıştır. Amerika Tıp Enstitüsüne göre sağlık hizmetlerinde kalite; sağlık hizmetinin bireylere ve topluma, eldeki en son bilginin ışığında ve istenilen sağlık sonuçlarına ulaşacak şekilde verilmesidir.

Sağlık hizmetlerinde kalite, hasta ve hasta yakınlarının gereksinimlerinin, sürekli ve güvenli olarak karşılanmasıdır. Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi“hasta mutluluğu” dur denebilir. Tanıda ve sağaltımda hata yapmamak, bekletmeden, söz verilen zamanda hizmet, güvenli ortam gibi bileşenler de böylece kalite yaklaşımının içinde yer alırlar(6).

Sağlık hizmetlerinde hasta ve hasta yakınlarının istekleri ve yaşam kültürü önemlidir. Ancak konu tanı ve sağaltım olduğunda, seçenekler kısıtlı hale gelebilir. Bu durumda da sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinde sunum ön plana geçmektedir. Ancak sunum şekline bakarak da bir değerlendirme yapmak, hatalı sonuçlara neden olabilir (6).

2.2. Yaşlılık

Yaşlanma, canlılarda geriye dönüşsüz yıpranma ve işlev kayıplarının başladığı dönemdir. Birey fiziki ve mental işlevlerinde bir gerileme yaşar. Sağlık, gençlik, güzellik, üretkenlik, cinsel yaşam, gelir düzeyi, saygınlık, toplumsal rol ve konum, bağımsızlık, arkadaşlar, eş ve yakınlar, sosyal yaşantı ve sosyal destekgibi bir çok konuda azalma ve kaybın ortaya

çıkıldığı bir dönem başlar. Dünya Sağlık Örgütü 1998 yılı raporunda belirtilen kronolojik yaş sınıflandırmasına göre 60 yaşın üzerindeki yaşlı olarak sayılmaktadır.(7):

- 45 – 59 yaş orta yaş,
- 60 – 70 yaş yaşlı,
- 75 – 89 yaş ileri yaşlı,
- 90 yaş ve üzeri ihtiyarlık olarak belirtilmiştir.

Sağlıktaki kalite uygulamalarında, engelli guruplar olumsuz olarak etkilenirler. Engelli gurupları içinde de yaşlı hasta gurubu (65 yaş üstü ‘geriatrik’ olarak adlandırılırlar) hastalar en çok olumsuz etkilenen gurup içinde yer alırlar çünkü bu yaş gurubu hastalar sağlık kurumlarına çok başvururlar ve hizmet alımı ilişkileri çok sıktır.

Sağlık hizmetlerindeki iyileştirmeler toplam nüfus içinde yaşlı nüfusun payını dünyada ve ülkemizde artırmaktadır. Önümüzdeki iki dekada bu payın iki katına çıkacağı ve 2050 yılında Türkiye’nin Avrupa’nın en çok yaşlı nüfus barındıran ülkesi olacağı öngörülmektedir (8-9). Türkiye’de 1985 yılında %4.2 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun, 2000’de %5.6, 2008’de %6.8, 2020 yılında ise %7.7’ye olacağı öngörülmüştür (9).

Tablo 2: Son 12 ay içerisinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti alanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı.

Yaş grubu	2010			2012			2014		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Toplam	9,0	7,1	10,9	8,9	7,0	10,7	11,6	10,1	13,1
15-24	6,8	5,0	8,6	5,9	4,3	7,5	8,0	7,0	9,0
25-34	9,1	4,8	13,4	8,4	4,2	12,6	10,6	7,3	13,9
35-44	7,1	5,7	8,7	7,2	6,1	8,3	8,9	7,3	10,4
45-54	8,1	7,6	8,6	7,8	6,7	8,9	10,9	10,0	11,9
55-64	11,3	10,9	11,7	11,3	11,1	11,6	14,1	13,6	14,6
65-74	15,2	13,4	16,6	17,8	17,6	18,0	23,2	23,7	22,7
75+	20,2	23,7	17,3	21,8	22,3	21,4	25,6	30,2	22,6

(Araştırma grubu 15> yaş ve % ile değerlendirilmiştir)Kaynak: Türkiye Sağlık Araştırması (2015)

Aynı şekilde, 2002 yılında 70 yıl, 2008 yılında 71.8 yıl olan doğumda beklenen yaşam süresi 2020 yılında 73.9'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (9-10). Ortalama insan ömrünün uzamasının sonucu olarak, toplumda yaşlı nüfusunda görülen artış yaşlıların sorunlarına önem verilmesi gerektiğini göstermekte ve sağlık hizmetleri açısından sık rastlanan geriatric sorunların tanınmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Tablo 3: Avrupa ülkelerinde cinsiyete göre doğuştan beklenen yaşam süreleri:

<i>Ülkeler-Countries</i>	<i>Toplam Total</i>	<i>Erkek Male</i>	<i>Kadın Female</i>
<i>AB-28 ülke-EU-28 countries</i>	80,6	77,8	83,3
<i>Almanya-Germany</i>	80,9	78,6	83,2
<i>Avusturya-Austria</i>	81,3	78,6	83,8
<i>Belçika-Belgium</i>	80,7	78,1	83,2
<i>Bulgaristan-Bulgaria</i>	74,9	71,3	78,6
<i>Çek Cumhuriyeti-Czech Republic</i>	78,3	75,2	81,3
<i>Danimarka-Denmark</i>	80,4	78,3	82,4
<i>Estonya-Estonia</i>	77,5	72,8	81,7
<i>Finlandiya-Finland</i>	81,1	78,0	84,1
<i>Fransa-France</i>	82,4	79,0	85,6
<i>Güney Kıbrıs R.Y.-Southern Greek Cyprus</i>	82,5	80,1	85,0
<i>Hırvatistan-Croatia</i>	77,8	74,5	81,0
<i>Hollanda-Netherlands</i>	81,4	79,5	83,2
<i>İngiltere-United Kingdom</i>	81,1	79,2	82,9
<i>İrlanda-Ireland</i>	81,1	79,0	83,1
<i>İspanya-Spain</i>	83,2	80,2	86,1
<i>İsveç-Sweden</i>	82,0	80,2	83,8
<i>İsviçre-Switzerland</i>	82,9	80,7	85,0
<i>İtalya-Italy</i>	82,9	80,3	85,2
<i>İzlanda-Iceland</i>	82,1	80,5	83,7
<i>Karadağ-Montenegro</i>	76,5	74,1	79,0
<i>Letonya-Latvia</i>	74,3	69,3	78,9
<i>Lihtenştayn-Liechtenstein</i>	82,5	80,7	83,9
<i>Litvanya-Lithuania</i>	74,1	68,5	79,6
<i>Lüksemburg-Luxembourg</i>	81,9	79,8	83,9
<i>Macaristan-Hungary</i>	75,8	72,2	79,1
<i>Makedonya-Macedonia</i>	75,5	73,4	77,5

Malta-Malta	81,9	79,6	84,0
Norveç-Norway	81,8	79,8	83,8
Polonya-Poland	77,1	73,0	81,2
Portekiz-Portugal	80,9	77,6	84,0
Romanya-Romania	75,2	71,6	78,7
Sırbistan-Serbia	75,3	72,6	77,9
Slovakya-Slovakia	76,6	72,9	80,1
Slovenya-Slovenia	80,5	77,2	83,6
Türkiye-Turkey	78,0	75,3	80,7
Yunanistan-Greece	81,4	78,7	84,0

Kaynak: Avrupa Birliği İstatistik Ofisi, 2013

Yaşlılık, fizyolojik bir olay olarak ele alınıp, fiziksel ve zihinsel güçlerin bir daha yerine gelmeyecek şekilde kaybedilmesi, vücudun iç ve dış etmenler arasında denge kurma potansiyelinin azalması, kişinin fiziksel ve zihinsel yönden gerilemesi olarak değerlendirilmektedir.(11). Yaşlı hastaların çeşitli stres ve değişen yaşam koşullarına uyumu azalmakta, hastalıklara daha sık yakalanmakta, çoğu kez birkaç sağlık sorununu bir arada göğüslemeye çalışmakta ve bütün bunların sonucunda da sağlık merkezlerine daha sık başvurumaktadırlar (11).Acil servislerin kullanımının da yaşlı hastalarda normal popülasyona göre daha sık olduğu bildirilmektedir (12). Ünsal ve ark. çalışmasında da yaşlı hastaların acil servise başvuru yüzdesi 13.0 olarak tespit edilmiş ve yapılan diğer çalışmalarda bu değerler %11.5-%50 arasında değiştiği bildirilmiştir (13). Bu değerler ülke, şehir, acil servislerin bulunduğu lokalizasyon ve o bölgenin nüfus özellikleri gibi birçok faktörden etkilenebileceği ifade edilmektedir (13-14).

Tablo 4:Türkiye 2007-2013 arası Acil Müracaat Sayısı

Kurum Türü	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bakanlığı	54.699.892	64.227.137	72.508.339	74.248.061	78.037.743	79.672.782	84.778.686
Üniversite	1.807.996	2.008.885	2.232.094	2.786.125	3.330.028	3.615.961	3.976.656
Özel	3.943.567	4.650.849	5.484.982	6.961.616	10.445.865	10.202.652	11.325.829
Toplam	60.451.456	70.886.871	80.225.415	83.995.802	91.813.636	93.491.395	100.081.171

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz ve Bilgi Sistemleri Daire Başkanlığı

Yaşlı hastaların gençlere göre daha sık ve daha karmaşık problemlerle acil servise başvurdukları ve daha yoğun bir hizmete gereksinim duydukları, acil serviste daha uzun süre kaldıkları ve bunlara ek olarak diğer yaşlı gruplarına göre daha yüksek oranda hastane ve yoğun bakıma yatırıldıkları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. (15- 17). Acil servisler yaşlı hastaların hastaneye giriş kapılarıdır. Literatürde; acil servise başvuran hastaların, %15'inin yaşlı olduğu, bu değerın 2020 yılında %25'lere yükselmesi beklendiği, yaşlı hastaların acil servis kaynaklarını daha fazla kullandıkları, acil servis ortamında daha uzun süre kaldıkları ve yoğun bakım altına alınan tüm hastaların yaklaşık %46'sını yaşlıların oluşturduğu belirtilmektedir (18). İstatistiki verilerden de anlaşılacağı gibi toplumsal yaşlanma sürecine paralel olarak yaşlı hastaların acil servis başvurularının da giderek artacağı tahmin edilmektedir. Acil serviste çalışan sağlık personelinin acil servise başvuran yaşlı hastaların bireysel özelliklerini ve genel olarak acil servise hangi nedenlerle başvurduklarının bilmeleri yaşlı hastaların bakımında etkinlik geliştirmeleri açısından önem taşımaktadır.

Ayrıca bu konuda gerekli eğitimleri almaları hastalara verilen bakımın kalitesini yükseltecek ve aynı zamanda hastalara daha hızlı bakım verilmesini sağlayacaktır.(19) Acil servislere başvuran yaşlı hastaların başvuru nedenlerine bakıldığında ise hipertansiyon başta olmak üzere kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklar üst sıralarda yer almaktadır (20). Bu klinik ve demografik raporlar, günden güne artan kalabalık hasta grubuna yanıt vermeye çalışan acil servislerin ve hastanelerin kaynaklarını daha olumlu kullanma ve geleceğe yönelik planlama açısından önemlidir. Bu planlamanın sağlıkta kalite geliştirme ve akreditasyon yönetimi ile etkin ve sürdürülebilir hale getirilmesi için TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Kalite Standartları

Versiyon 5' te (SKS V.5) standartlarını yayınlıyarak sözü edilen planlamanın unsurları ile ilgili bir çalışma başlatmıştır.

2.3. Acil Servislerde Hizmet Kalitesi

Hizmet kalitesi kavramı, her hizmet alanında farklı ölçüt ve ölçüm yöntemlerine gereksinim duyar. Esas olarak sayısal bir alan olan sağlık hizmetlerinde, sosyal ve kültürel birçok bileşen “müşteri memnuniyeti” (hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti) ni etkileyebildiği için, tanımlamak ve ölçmek günümüzde zorlaşmaktadır. Diğer hizmet alanlarından farklı olarak, hizmeti alanlar yaşamlarını size bırakmış hasta ve hasta yakınlarıdır. Son dekatta sağlıkta dönüşüm programında sağlıkta kalite çalışmaları hızlanmıştır. Yürürlükte olan yönetmelik 06.08.2013 tarihlidir. Yönetmelik, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve hasta yakınlarının ve çalışanların memnuniyetini esas alarak sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi için gerekli olan yöntem ve ana başlıkları içerir. Yönetmelik; tanı, sağaltım ve rehabilitasyon, koruyucu sağlık hizmetleri gibi sağlık hizmetleri veren kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını içine alır (19-20).

SKS V.5.1' de yer alan standartlar acil sağlık hizmeti verilen mekânlardaki fiziki durum ve donanım yeterliliğine odaklıdır. Sağlık hizmetlerinden elde edilen sonuçların değerlendirmesi yani klinik kalite kriterlerinin değerlendirilmesi sınırlı kalmaktadır. Bu nedenle yürürlükte olan yasalarla sınırlı kalmadan, hizmet sunucularındaki klinik kalitenin değerlendirilmesine yönelik standartlar ve bu standartların izlenebileceği ölçütler hazırlanmalıdır (19-20).

İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) kurumu, sağlık hizmetlerindeki kaliteyi “doğru işleri, doğru kişilere, doğru zamanda uygulamak ve ilk defasında da doğru yapmak” olarak formüle eder. Bu noktada kaliteli sağlık hizmeti 6 boyutta değerlendirilebilir:

- Güvenli ve emniyetli: Öncelikle hastalara zarar verecek müdahalelerden kaçınılması, mahrem bilgilerinin emniyetinin sağlanması,
- Etkili: Doğru hizmetin doğru kişilere verilmesi, fayda sağlamayacak tedavi ve işlemlerden kaçınılması, bilimsel doğruların uygulanması,
- Hasta ve hasta yakınlarını esas alan: Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına, tercihlerine ve kültürel değerlerine saygı gösterilmesi,
- Söz verilen zamanda: Sağlık hizmetini alan ve veren kişilere kurumun söz verdiği zamanda hizmet sunması,
- Etkin, verimli: Eldeki imkanların israfının ve atıkların kontrol edilmesi,

- Adil ve eşit: Hiçbir ayırım gözetmeksizin herkese eşit hizmetin verilmesi.

Kaliteli bir acil sağlık (AS) hizmetini ele aldığımızda hizmetin söz verilen zamanda ve etkili verilmesi en önemli unsurlar olarak düşünülmelidir. Hizmetin acil servislerde söz verilen zamanda verilme oranını görebilmek için, hastanın AS' de geçirdiği zamanı izleyen ayrıntılı veriler gereklidir (21-22).

İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada Sağlık Bakanlığı hastanelerinde AS' de ortalama kalış süresi, triyaj alanına göre yaklaşık 1 ile 1,5 saat arasında değişmektedir: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi sarı alanda en uzun kalış süresine sahiptir (yaklaşık 3 saat) (7). Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya'da ortalama kalış süresi yaklaşık 4 saat olarak bulunmuştur (2, 3). Süre bu ülkelere göre daha kısa görülse ve zamanında hizmet alabildiklerini gösterse de hastalara yeterli vakit ayrılıp ayrılmadığı, doğru tanı ve sağaltım uygulanıp uygulanmadığı soruları da akıldan çıkartılmamalıdır. Ayrıca ülkemizde hastaların randevu almak, sıra beklemek gibi sorunlar olmadığı için, kısa sürede sonuç alınan basit tıbbi sorunları için de Acil Servis (AS)' leri tercih edebildikleri de olarak unutulmamalıdır.

Hizmetin etkinliğini ölçerken bir yöntem de hastanın AS ilk başvurduğu andan, sonuçlandığı ana kadar doğru tanı ve sağaltım alıp, almadığının izlenmesidir. Bu izlem yönteminde, AS' e başvuran bir hastanın, AS' e daha sonra aynı yakınmalarla başvurularındaki artış tanı ve/veya sağaltımının yeterli olmadığını ve etkin sağlık hizmeti verilemediğinin ölçütü olarak ele alınabilir.

“Sık başvuru”, uluslararası kabul gören bir standart olmasa da, aynı hastanın yılda beş veya daha fazla AS' e başvurması olarak kabul edilebilir. Literatürde nedenleri arasında genel sağlık hizmeti almak için AS' leri kullanma alışkanlıkları, verilen hizmetlerin ücretsiz olması, kronik hastalıklardaki akut alevlenmeler, davranış bozuklukları ve mental hastalıklar, alkol ve madde bağımlılığı öne çıkan nedenler olarak sayılmaktadır. Sık başvuru yapan hastalara ait tanı ve sağaltımlara ait verilere bakıldığında, AS' lerin genel sağlık sorunları için ilk başvuru merkezi olarak gördükleri anlaşılmaktadır (23).

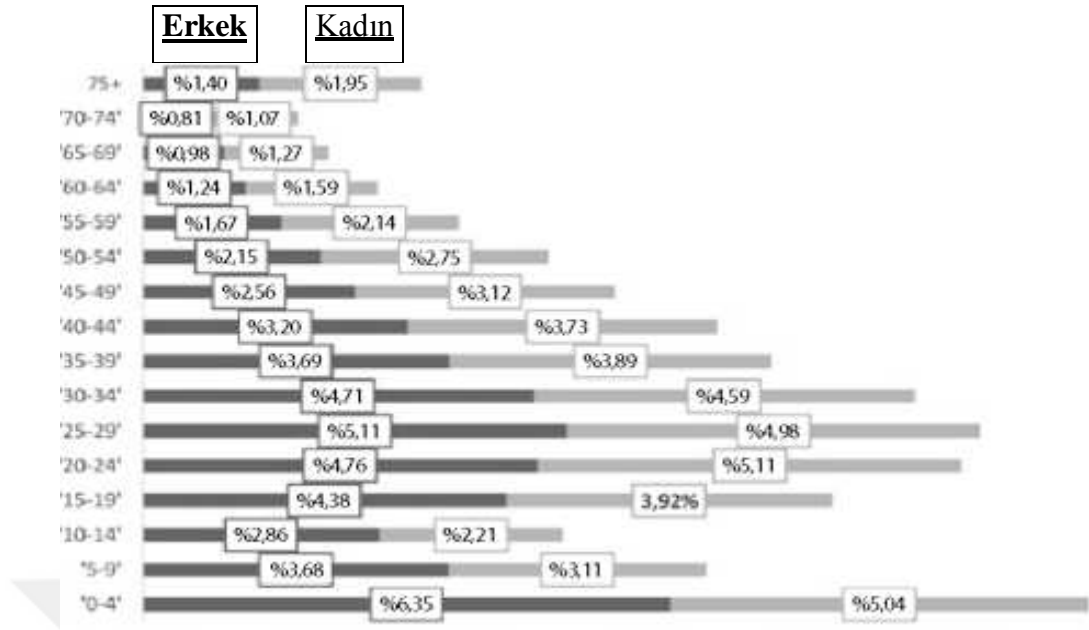
İstanbul ilinde yapılan bir çalışmada AS' lere yılda beş ve üzerinde yapılan başvuru oranı 2013 yılında yaklaşık %19 iken, 2014 yılında ise %23 olarak gerçekleşmişti(3). Türkiye genelinde veya bölgesel olarak bu konuda yapılmış başka bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçları uluslararası literatür ile karşılaştırdığımızda, basamak sağlık hizmetleri güçlü olan birçok Avrupa ülkelerinden daha çok, sağlık hizmetlerinde 2. ve 3. ba-

samak hastanelerin ön planda olduğu A.B.D. ve Kanada ile benzerlik gösterdiği izlenmiştir(9).

- Hollanda; 7 ve üzeri %3,3 (6)
- İngiltere; 10 ve üzeri %1,9 (7)
- İsviçre; 12 ve üzeri %0,8 (8)
- Tayvan; 4 ve üzeri %14,3 (9)
- Avustralya; 5 ve üzeri %2,4 (10)
- Kanada; 5 ve üzeri %22,5 (11)
- ABD; 5 ve üzeri %17,6 (12)

AS' e yılda bir kere başvuran hastaların oranı % 65,78 iken toplam başvurular arasında bir kere yapılan başvuruların oranı % 36,69 olmuştur. Yani kuruma başvuran bütün hastaların 2/3 lük bir kısmı, AS' e başvurunun 1/3' ünü oluşturmaktadır. AS' e yılda beş ila dokuz kez başvuran hastalar % 4,68'lik küçük bir orana sahip olmalarına rağmen acil yükünün % 16,07'sini da teşkil etmektedirler (24-25).

Ülkemizdeki acil servis başvuruları grafik 1'de gösterilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Sağlık istatistikleri Merkezi'nin (NCHS) yürüttüğü bir çalışmada, 100 acil servis başvurusundan 31,4' ünün 65-74 yaşlı grubundan hastalar olduğu, 75 yaş üstü kişilerin de yılda 100 başvurudan 55.8' ini gerçekleştirdiği tespit edilmiştir (26).



Grafik 1: Türkiye 2014, Acil müracaatlarda Yaş ve Cinsiyet dağılımı.(3)

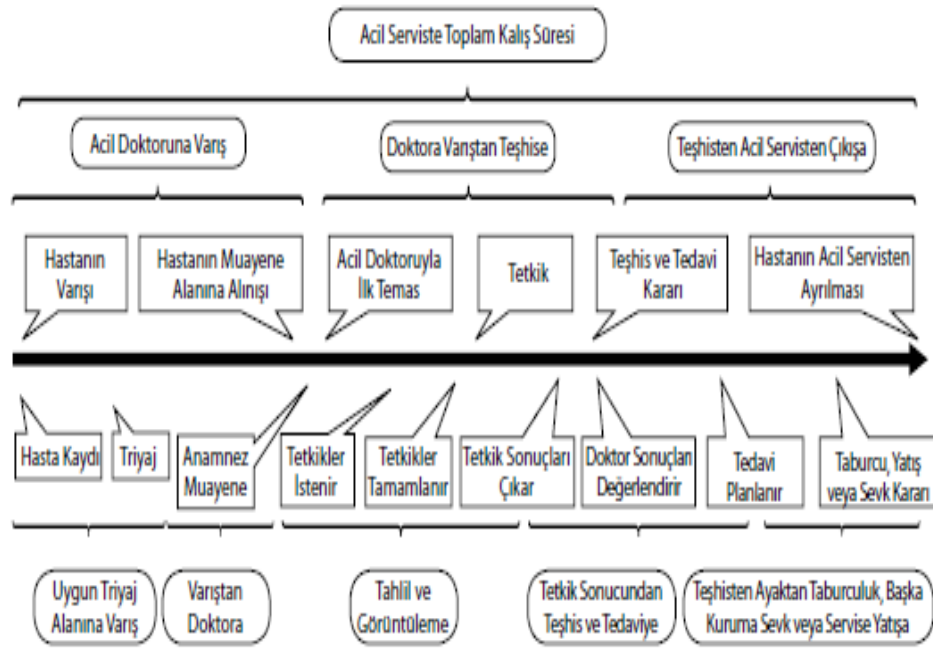
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi:

Çalışmamız tanımlayıcı, kesitsel toplam 17 soru ve üç bölümden oluşan bir anket çalışmasıdır(Anket Ek' te sunulmuştur).

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servisine başvuran 65 yaş ve üstü hastalara yapılmıştır. Araştırma 1 Aralık 2015 - 1 Ocak 2016 tarihlerinde yapılmıştır.



Grafik 2:Acil servis hizmet akış şeması

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi/Çalışma Grupları:

Araştırma 1 Aralık 2015 - 1 Ocak 2016 Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis birimine başvuran tüm çalışmaya dahil etme kriterlerini karşılayan hastaların çalışmaya alınması planlandı.

Dışlama Kriterleri

- 1.Anket uygulamayı kabul etmeyen hastalar
2. 65 yaş altı hastalar

3.4. Çalışma Materyali:

Çalışma süreci içinde acil servise başvuran 658 geriatric yaş grubundaki hastalar içinde dahil olma kriterlerini karşılayan 400 kişi çalışmaya alındı.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmamız üç bölümden oluşmuştur.

- Birinci bölümde hastanın tedavi ve takip işlemleri,
- İkinci bölümde mevcut hastalıkları ve acil servise geliş şikâyetleri,
- Üçüncü bölümde demografik özellikleri sorgulanacaktır.

3.6. Veri Toplama Araçları:

Çalışmamız bir anket çalışması olup yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır. Bu çalışma yapılırken, belirtilen değişkenleri içeren bir örnek bulunamadığı için anket formu, araştırmacılar tarafından Likert anket ölçeği göz önüne alınarak "**kesinlikle katılıyorum**", "**katılıyorum**", "**kararsızım**", "**katılmıyorum**", "**kesinlikle katılmıyorum**" şeklinde belirtilen 5'li dereceleme ölçeğinde düzenlenmiştir. Anket formundaki sorular literatür ve başka araştırmacıların yaptığı çalışmalara dayanarak hazırlanmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri: Araştırmanın başlamasından itibaren Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine bir ay süresince başvuran 65 yaş ve üstü tüm geriatric hastalar arasında ankete katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri: Veri toplamasında izin vermeyen hastalar çalışmaya alınmamıştır ve 65 yaş altı olgular çalışma dışında bırakılmıştır.

3-7. Araştırma Planı ve Takvimi:

TARİH	PLANLANAN ÇALIŞMA
Eylül-Kasım 2015	Literatür araştırması ve ön hazırlığın yapılması
Kasım 2015	Kurum izninin alınması, Etik Kurula Başvurulması ve Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'ndan izin alınması
Kasım-Aralık 2015	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Biriminde anketin uygulaması ve verilerin kaydı
Ocak – Kasım 2016	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Biriminde yapılan anketlerin analizi ve değerlendirilmesi
Ocak 2017- Ağustos 2017	Yüksek Lisans tezinin yazılması

3-8. Verilerin Değerlendirilmesi:

Anket çalışmasıyla elde edilen veriler kodlanarak Microsoft Office Excel programına girilmiş ve daha sonra SPSS 21,0 Windows Paket Programında istatistiksel analizleri yapılmıştır. Hastaların acil servis akışına yönelik verdikleri cevaplar ki-kare testi ile ölçülmüştür. Anlamli farklılık izlenmesi halinde farklılığın nedenine yönelik Benforrini testi yapılarak neden araştırıldı.

3-9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Çalışmamız boyunca acil servise başvuran 658 hastadan 400 tanesine anket uygulanabilmiştir. Hastaların katılımda isteksiz olması ve tıbbi durumlarının ankete katılıma izin vermesinde çekilen güçlükler çalışmamızın sınırlılığdır.

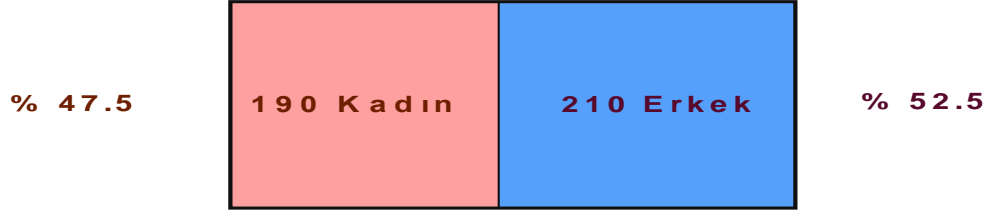
3.10. Etik Kurul Onayı:

Çalışmamız 3 Aralık 2015 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 2015/27-31 numaralı kararı ile etik kurulu onayı almıştır.



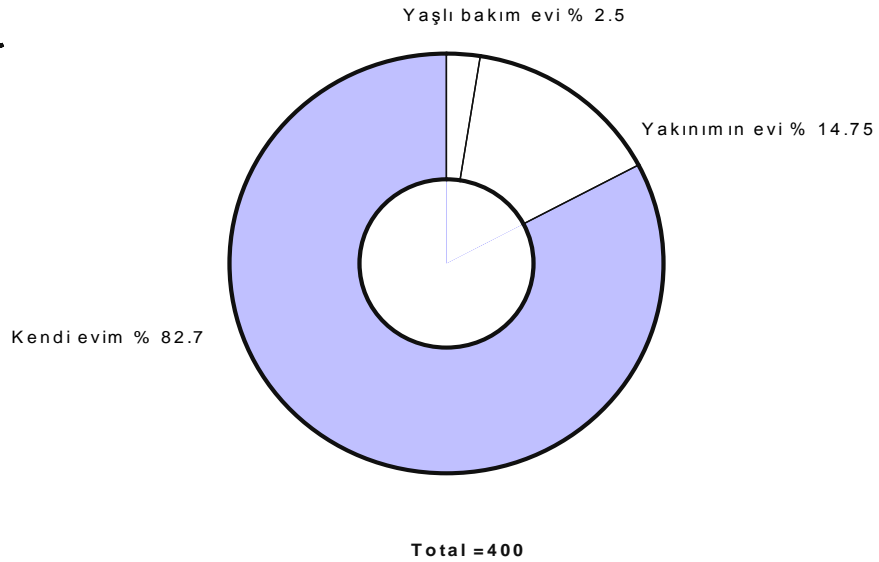
4. BULGULAR:

Çalışma 1 Aralık 2015 - 1 Ocak 2016 acil servisine başvuran 658 hastanın 400 tanesine uygulanmıştır (%60,7). Hastaların cinsiyet dağılımı aşağıdaki şekilde belirtilmiştir.



Şekil 1: Hastaların cinsiyete göre dağılımı

Çalışmamıza alınan bireyler yaşadıkları yer açısından incelendiğinde; ağırlıklı olarak kendi evlerinde ikamet ettiği görüldü (Şekil 2).



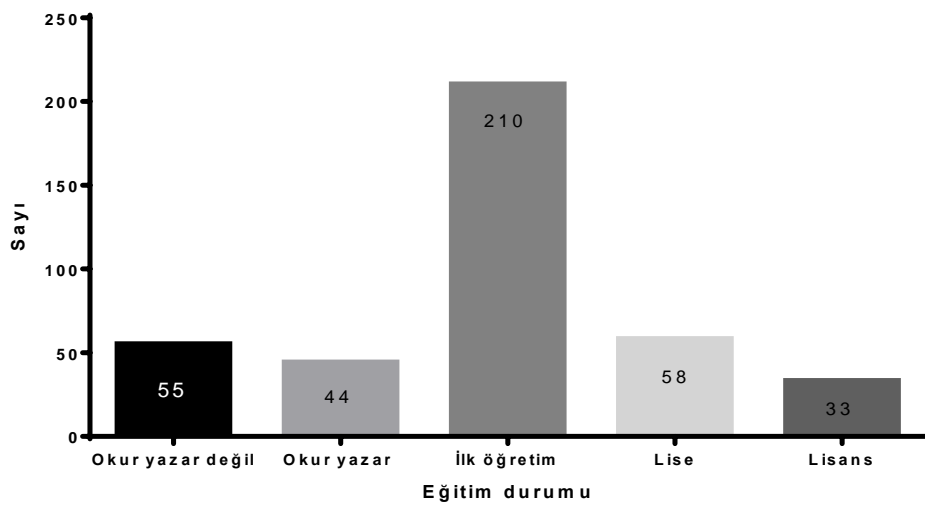
Şekil 2: Hastaların yaşadığı yerlere göre dağılımı

Bu hastaların yaşadığı yere göre değerlendirildiğinde acil servis içindeki işleyiş akışı için verdiği cevaplar ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (Tablo5).

Tablo 5. Yaşadığı yere göre ankete verdiği cevaplar

Sorular	<i>p</i>
Acil servise başvurunuzda size acil içinde yer gösterildi mi?	0.791
Doktorunuz tarafından acil servise girişinizden sonraki ilk 5 dk içinde görüldünüz mü?	0.280
Sizce yapılan tetkikler için bekleme süresi uzun muydu?	0.134
Tetkik sonuçları size anlatıldı mı?	0.134
Bir başka bölümden doktor tarafından görülmeniz gerekti mi?	0.591
Sizce konsültasyon için gelen doktor 30 dk içinde geldi mi?	0.132
Hastaneye yatış gerektiren bir hastalığınız olduğu söylendi ise yatış için uzun bir süre beklediniz mi?	0.141
Taburcu edileceğiniz söylendikten sonra size gerekli olan poliklinik kontrol için yeterli bilgi verildi mi?	0.888
Size verilen reçetedeki ilaçların nasıl kullanılacağı anlatıldı mı?	0.253

Hastaların eğitim durumları incelenmiş ve ağırlıklı olarak ilköğretim grubuna (ilkokul-ortaokul) dahil oldukları görülmüştür.(Şekil 3)



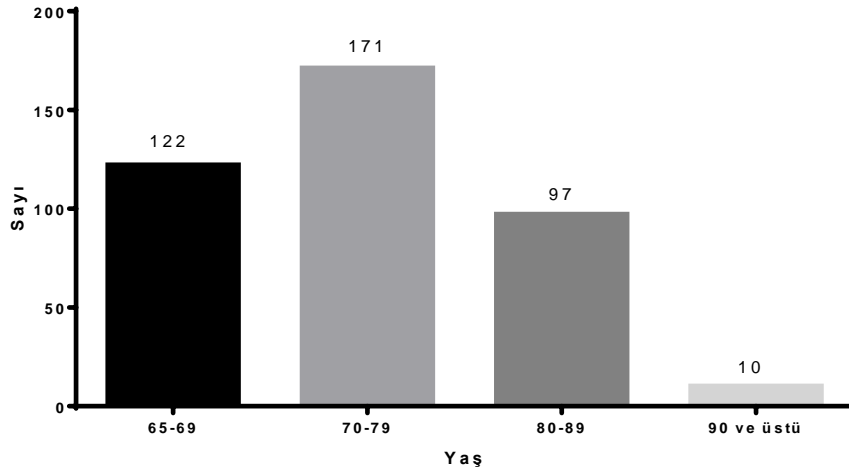
Şekil 3:Hastaların eğitim durumuna göre dağılımı

Eğitim durumlarına göre hastaların acil servis içindeki işleyiş akışı için verdiği cevaplar ise istatistiksel olarak tek anlamlı farklılık **Sizce yapılan tetkikler için bekleme süresi uzun muydu? sorusunda** saptanmıştır (Tablo6). Bu farklılık ise Benferrini istatistiksel düzeltmesi uygulanarak hangi eğitim düzeyinde farklılık olduğu araştırılmış ve **ilköğretim düzeyinde farklılık** saptanmıştır.

Tablo 6:Eğitim durumuna göre anketeye verdiği cevaplar

Sorular	P
Acil servise başvurunuzda size acil içinde yer gösterildi mi?	0.213
Doktorunuz tarafından acil servise girişinizden sonraki ilk 5 dk içinde görüldünüz m?	0.216
Sizce yapılan tetkikler için bekleme süresi uzun muydu?	0.029
Tetkik sonuçları size anlatıldı mı?	0.248
Bir başka bölümden doktor tarafından görülmeniz gerekti mi?	0.462
Sizce konsültasyon için gelen doktor 30 dk içinde geldi mi?	0.554
Hastaneye yatış gerektiren bir hastalığınız olduğu söylendi ise yatış için uzun bir süre beklediniz mi?	0.361
Taburcu edileceğiniz söylendikten sonra size gerekli olan poliklinik kontrol için yeterli bilgi verildi mi?	0.187
Size verilen reçetedeki ilaçların nasıl kullanılacağı anlatıldı mı?	0.795

Çalışma süresi dahilinde acil servise başvuran ve çalışmaya alınan hastaların yaş grubu incelendiğinde ise ağırlıklı olarak 70-79 yaş arası hastalardan oluştuğu izlenmiştir.



Şekil 4: Hastaların yaşlarına göre dağılımı

Bu hastaların acil servis içindeki işleyiş akışı için verdiği cevaplar ise istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (Tablo 7).

Tablo 7: Yaşa göre ankete verdiği cevaplar

Sorular	<i>p</i>
Acil servise başvurunuzda size acil içinde yer gösterildi mi?	0.438
Doktorunuz tarafından acil servise girişinizden sonraki ilk 5 dk içinde görüldünüz mü?	0.787
Sizce yapılan tetkikler için bekleme süresi uzun muydu?	0.600
Tetkik sonuçları size anlatıldı mı?	0.891
Bir başka bölümden doktor tarafından görülmeniz gerekti mi?	0.548
Sizce konsültasyon için gelen doktor 30 dk içinde geldi mi?	0.102
Hastaneye yatış gerektiren bir hastalığınız olduğu söylendi ise yatış için uzun bir süre beklediniz mi?	0.312
Taburcu edileceğiniz söylendikten sonra size gerekli olan poliklinik kontrol için yeterli bilgi verildi mi?	0.066

5. TARTIŞMA

İnsana sağlığının korunması ve kaliteli sağlık hizmeti alımı önemlidir taşımaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmetinden söz edilebilmesi için; hizmet sunumu sırasında ve sonrasında hizmeti kullananların memnuniyetinin sağlanması sürdürülebilir hizmet verilmesi önemlidir. Sağlıkta kalite ve akreditasyon kurallarının uygulanması sonucunda en önemli veri, hastanın hızlı doğru tanı alması ve etkin tedavisinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinde kalite alanında günümüzde pek çok değişimler ve yenilikler gerçekleşmektedir. Akreditasyon, etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında kullanılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında, yeterliliğinin ve güvenilirliğinin göstergesi ve hem ulusal hem de uluslararası düzeyde saygınlığın kazanılmasını sağlayan akreditasyon, hizmet sunumu ile ilgili belirlenmiş olan standartlara uygunluğun, konularında uzman dış denetçiler tarafından incelenip değerlendirildiği bir sistemdir. Hastaların ani gelişen hastalık veya kazalarında tanı, tedavi ve takibinden sorumlu birimler acil servislerdir. Doğru iş akış sürecinin işletilmesi ve tedavinin sonlandırılması ile sona eren süreci kontrol altında tutabilmek için sağlıkta kalite ve akreditasyon kurallarının uygulanması gerekmektedir. Acil servisler gibi yedi gün ve yirmi dört saat çalışan sağlık hizmeti sağlayıcılarında bu kaliteyi sağlamadaki başvuracakları yol Sağlıkta kalite yönetimi ve akreditasyon kurallarıdır. Bu hizmetlerin hastaların ve tedaviden doğrudan sorumlu olan klinik personelin ihtiyaç duyduğu doğruluk ve kalitede sağlanması gerekmektedir (28). Acil servisten beklenen hizmetler, hastanın acile ilk başvurduğu triaj bölümündeki karşılama ve daha sonrasında hastaya acil serviste yer gösterilmesi, hekim tarafından muayene edilmesi, laboratuvarından test istekleri, hastanın tanısının konulması, tedavisinin planlanması ve gerekli ileri tetkik için hastane içine yatış ya da taburculuk olarak düşünülmektedir (29). Bu akışın hasta tarafından iyi anlaşılması ve hizmeti veren kliniğin akış sürecini etkin olarak işletmesi sürdürülebilir ve etkin bir hizmet sunumunu beraberinde getirir.

Türkiye’ de 2015 yılı TUİK istatistiklerine göre altı milyon 192.000 geriatrik nüfus bulunmaktadır (30). Bu yaşlı nüfusun % 21,2 oluşturan grup ise 80 yaş ve üstüdür (30). Ülkemizdeki geriatrik çağıdaki insanların % 23,9 okuma yazma bilmiyor iken,% 41,2 ilköğretim eğitime sahiptir. Geriatrik popülasyonun % 4,7 ise yükseköğretim mezunudur (30). Türkiye’deki toplam nüfus içinde % 8,3 oranını oluşturmalarına rağmen hastane yatışlarında bir gece ve üzerindeki yatışların yaklaşık % 48,8 oluşturmaktadırlar (31). Türkiye’ de ortanca yaş 2016 yılında 31,6 olarak bulunmuş ve nüfus piramidi artık “nüfus fiçisi” halini almaya başlamıştır (32).

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servisinde geriatrik (65 yaş ve üstü hasta) için hazırlanmış bir hasta tedavi akış protokolü yoktur. Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı Sağlıkta Kalite Standartları 5. Versiyonunda bu hizmet süreci net olarak belirtilmemekte, “engellilik” hali içinde tanımlar yapılmaktadır ancak bu yetersizlik süreç için bir engel teşkil etmektedir. Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi acil servisine gelen geriatrik yaş grubundaki hastaların kendi tedavi ve tetkik süreçleri hakkındaki bilgileri ölçülmüştür. Çalışmamızda yaşlı hastaların (65 yaş üstü) yaşadıkları yer, eğitim durumları, yaşları irdelenerek her bir grubun acil servis içindeki kendi tedavi sürecini anlama düzeyleri ölçülmüştür. Çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, acil servise başvuran olgularda ağırlıklı olarak ilköğretim eğitime sahip hastalar görülmüştür. Bu grubun ankete verdiği yanıtlar incelendiğinde de acil servis içinde tetkik sonuçları için fazla beklediklerini düşündükleri görülmüştür. Bu hasta grubu acil servis içinde uzun kaldıklarını düşünmektedir ve bu yaklaşım da acil servis iş akışını anlamadıklarını düşündürmektedir. Türkiye’de acil servise başvuran yüz milyon üzerinde hasta içinde geriatrik yaş grubu hastalar küçük bir yüzde oluştursa bile (% 6,7) ek hastalıkları onları en riskli hasta grubu haline getirmektedir (31). Acil servis iş akışlarını bilmeleri, kendi teşhis tetkik ve tedavi süreçlerine aktif olarak katılmaları, hastaneye yatış ya da taburculuk sonrası tedavilerinin devamında önemli görünmektedir. Yaşlı nüfusun aktif iş gücüne katılımı Türkiye’de erkeklerde % 19,3 iken kadınlarda bu oran % 5,4’ dür (31). Yaşlı hastaların aktif hayatın içinde tutulması bu kişilerin hem bilişsel hem de sosyoekonomik olarak güçlendirilmesine yol açar. Bu amaç doğrultusunda acil servise başvuran hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin anlatılması ve mümkün ise sosyal çalışmacıların acil servis içinde istihdam edilmesi önem kazanmaktadır. Gerek bizim çalışmamızda gerekse diğer geriatri ile ilgili araştırmalarda geriatrik hastaların etkin değerlendirilmesi ve hastaların tanı ve tedavi süreçlerine katılımının sağlanmasının hastaneye yatışının azalması yaşlı hastaların sosyal hayata geriye hızlı dönmesinin sağlanmasının önemini göstermiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda acil servise başvuran hastaların eğitim düzeyleri düşüklüğü ile acil servis içindeki iş akışı (triaj, muayene, tetkik ve tedavi) değerlendirmelerinin azalmasında bir korelasyon bulunmaktadır. Bu nedenle acil servislere başvuran geriatrik yaş grubundaki hastaların acil servis içindeki iş akışı (triaj, muayene, tetkik ve tedavi) süreci hakkında bilgilendirilmesi hastaların etkin olarak tedavi sürecine katılmasını sağlayacak ve sık acil servis başvurusunun önüne geçecektir.

Geriatrik hasta grubu, Hastane Kalite Standartları içinde “engelli” hasta gurubu içinde ele alınmaktadır. Bu hasta grubunda duyma, işitme, görme yeteneklerinin azalması yanında, acil servise başvuran hasta gurubunda yer alan kişilerin eğitim düzeylerinin daha düşük olması gerçeği bu çalışmada pratik uygulamalarda karşımıza çıkan gurubun yazılı olarak ifadesini de sağlamıştır.

Uluslar arası standartlar belirlenirken mümkün olduğu kadar, üzerinde tartışılan konunun tarafları aynı yuvarlak masa etrafında, eşit söz hakkına sahip olarak tartışabilmeli ve bir “consensus” (fikir birliği) sağlanarak, ilgili standart oluşturulmalıdır.

Bu aşamadan sonra yapılması gerekenler içinde;

1. Erişkin Acil Servis ve Çocuk Acil Servis gibi “Geriatrik Acil Servis” kurulmasının gerekliliğinin tartışılması,
2. Bu tartışmalar içinde spesifik meslek örgütleri (Acil Servis Uzmanlık, Geriatri Uzmanlık, Hemşirelik,... gibi) yanında, yardımcı mesleklerin de (Psikoloji, Sosyoloji, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları, Sosyal hizmetler, sağlık kurumları temizlik-güvenlik hizmeti veren taşeron firma temsilcileri,...gibi) temsilcilerinin de gözlem ve deneyimlerini aktif olarak aktarabilecekleri bir düzenlemeyle yer almaları gereklidir,
3. Bu tartışmaların sonunda mevcut Acil Servis koşullarının, iş akışlarının, yetki ve sorumlulukların yeniden düzenlenmesi gerekliliği yer almalı ve standartlar yeniden düzenlenmelidir.

7.KAYNAKLAR

- 1 Patient safety and Quality of emergency medicine : American college of emergency medicine policy report ; www.acep.org Erişim: 30.01.2017
- 2.Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) 1.Baskı
- 3.Şimşek M, (2001). Kalite Yönetimi. Alfa Yayınları, İstanbul., s. 51
4. Kavrakoğlu,İ., (1996). Kalite Cep Kitabı. Ankara:KalDer Yayınları-3 s.3, 10,11
5. Ross, J.E., (1994). Total Quality Management (Second Edition), Florida: Florida Atlantic University. s.9-12
6. Kavuncubaşı, Ş., (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara. s. 226, 242-245, 277, 283
7. Crosby, P.B., (1979). Quality İs Free. New York, McGraw-Hill. s.26
8. WHO definition of elderly: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- 9.Akgün S, Bakar C, Budakoğlu. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. TurkishJournal of Geriatrics 2004;7(2):105-10.
10. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. TurkishJournal of Geriatrics 2004;7(4):225-30.
11. Bilginer B, Tuncer A, Apan E. Adana huzurevi ve yeni baraj Sağlık ocağı bölgesindeki 65 yaş ve üzeri yaşlının demografik özellikleri. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı,1996, pp 168–9.
12. Satar S, Sebe A, Avcı A, K araküfl A, içme F. Yaşlı hasta ve acil servis. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004;29:43-50.
13. Ünsal A, Çevik AA, Metintaş S, Arslantaş D, inan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvurularıTurkishJournal of Geriatrics 2003;6(3):83-8.
14. T.C. Başbakanlık Türkiye istatistik Kurumu 2013 yılı Verileri, www.tuik.gov.tr.
15. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, et al. Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. AnnEmergMed 1992;21:802
16. Ateşkan Ü. Geriatrik Aciller. Acil iç Hastalıkları Kitabında 2003, pp 668-75. <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastalıkları/files/kitaplar/47.pdf>.

17. McLigeyo SO. The pattern of geriatric admissions in the medical wards at the Kenyatta National Hospital. East Afr Med J 1993;70:37-9.
18. Alballa SR, Bamgboye EA, al-Sekeit M, Alballa SR. Causes of morbidity among a sample of elderly hospital patients in Riyadh, Saudi Arabia. J Trop Med Hyg 1993;96:157-162.
19. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine dair yönetmelik <https://kalite.saglik.gov.tr/index.php?lang=tr&page=26>
20. Ünsal A, Çevik AA, Metintafl S, Arslantaşlı D, inan OÇ. Yaşlı hastaların acil servis başvuruları Turk J Geriatrics 2003;6:83-88.
21. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, Hogan TM. Geriatric patient emergency visits. Part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. Ann Emerg Med 1992;21:802-807.
22. Baum SA, Rubenstein LZ. Old people in the emergency room: age-related differences in emergency department use and care. J Am Geriatr Soc 1987;35:398-404.
23. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. Ann Emerg Med 2002;39:238-247.
24. Strange GR, Chen EH, Sanders AB. Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter database. Ann Emerg Med 1992;21:819-24.
25. Sanders AB. Care of the elderly in emergency departments: conclusions and recommendations. Ann Emerg Med .1992;21:830-834.
26. Strange GR, Chen EH. Use of emergency departments by elderly patients: a five-year follow-up study. Acad Emerg Med. 1998 Dec;5(12):1157-62.
27. Singal BM, Hedges JR., Rousseau EW, et al: Geriatric emergency patient visits part I: Comparison of geriatric and younger patients. Ann Emerg Med 1992;21:802-807.
28. Gülmez D, Haşçelik G., (2008). Sağlık kurumlarında kalite güvencesi ve akreditasyon: mikrobiyoloji laboratuvarlar örneği Hacettepe Tıp Dergisi 39: s.9-15
29. Strange GR, Chen EH, Sanders AB: Use of emergency departments by elderly patients: Projections from a multicenter database. Ann Emerg Med 1992;21:819-824.
30. Türkiye İstatistik Kurumu bülteni 2015;18620 Erişim tarihi:22.01.2017
31. Türkiye İstatistik kurumu Bülteni 2015;18854 Erişim tarihi:22.01.2017

32. Türkiye İstatistik kurumu Bülteni 2017;24638 Erim tarihi:28.01.2017



8. EKLER

8.1. EK-1: Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Birimine Başvuran Hastaların Tanı, Takip ve Tedavi İşlemlerinin Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre Değerlendirilmesi: Geriatrik Hasta Grubu Örneği' başlıklı tez çalışmasının Anketi

Değerli Katılımcı

Genel popülasyonda tıbbın hedefi ve amacı "tedavi" iken, geriatrik popülasyonda bu hedefe hedefe ek olarak, yaşlı insanların yaşam kalitesini korumakta eklenmektedir². Yaşlı hastanın değerlendirilmesi ve tedavisi bu nedenle farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların toplam kalite yönetimi ile etkin hale getirilebileceği düşünülmektedir. Bu yönde katkı sağlamak amacıyla "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Birimi'ne Başvuran Hastaların Tanı, Takip ve Tedavi İşlemlerinin Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre Değerlendirilmesi: Geriatrik Hasta Grubu Örneği" konulu tez çalışmamda kullanacağım anket sorularını içtenlikle cevaplayacağınıza inanıyorum. Katkınız için teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Ahmet Çağdaş ACARA (Yüksek Lisans Öğrencisi)
Dokuz Eylül Üniversitesi
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Ana Bilim Dalı

Sizden istenen, soruların yanıtlar için ayrılan boşluklara katılım düzeyinizi işaretlemenizdir.		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.	Acil servise başvurunuzda size acil içinde yer gösterildi mi?	①	②	③	④	⑤
2.	Doktorunuz tarafından acil servise girişinizden sonraki ilk beş dakika içinde görüldünüz mü?	①	②	③	④	⑤
3.	Sizce yapılan tetkikler için sizce bekleme süresi uzun muydu?	①	②	③	④	⑤
4.	Tetkik sonuçlarınız size anlatıldı mı?	①	②	③	④	⑤
5.	Bir başka bölümden doktor (konsültan hekim) tarafından görülmeniz gerekti mi?	①	②	③	④	⑤
6.	Sizce konsültasyon için gelen doktor size geleceği söylendikten sonra 30 dakika içinde geldi mi?	①	②	③	④	⑤
7.	Hastaneye yatış gerektiren bir hastalığınız olduğu söylendi ise yatış için sizce uzun bir süre mi beklediniz?	①	②	③	④	⑤
8.	Taburcu edileceğiniz söylendikten sonra size gerekli olan poliklinik kontrolü için yeterli bilgi verildi mi?	①	②	③	④	⑤
9.	Size verilen reçetede ilaçların nasıl kullanılacağı anlatıldı mı?	①	②	③	④	⑤

YAŞLININ DEĞERLENDİRİLMESİ

10.Mevcut hastalıklarınızı belirtiniz?

- Nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Parkinson, inme ve diğer nörolojik hastalıklar)
- Kalp-damar hastalıkları (Hiper/hipotansiyon, kalp hastalıkları)
- Endokrin hastalıkları (Diabetes mellitus, tiroid hastalıkları)
- Böbrek hastalıkları (Kronik böbrek yetmezliği)
- Ortopedik rahatsızlıklar
- Solunum sistemi hastalıkları (KOA, Astım)
- Göz Hastalıkları
- Diğer (belirtiniz) (birden fazla hastalık belirtilebilir)

1-Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) 1.Baskı
2-Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Sayı No:27897, 6 Nisan 2011.

11. Acil servise geliş şikâyetinizi belirtiniz.

- Nörolojik hastalıklar (Alzheimer, Parkinson, inme ve diğer nörolojik hastalıklar)
- Kalp-damar hastalıkları (Hiper/hipotansiyon, kalp hastalıkları)
- Endokrin hastalıkları (Diabetes mellitus, tiroid hastalıkları)
- Böbrek hastalıkları (Kronik böbrek yetmezliği)
- Ortopedik rahatsızlıklar
- Solunum sistemi hastalıkları (KOAH, Astım)
- Göz Hastalıkları
- Diğer (belirtiniz) (birden fazla hastalık belirtilebilir)

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

12. Yaşınız?

- a. 65-69 b. 70-79 c. 80-89 d. 90 ve üzeri

13. Cinsiyetiniz?

- a. Kadın b. Erkek

14. Eğitim durumunuz?

- a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlköğretim d. Lise e. Lisans f. Lisansüstü

15. Medeni durumunuz?

- a. Evli b. Bekar c. Dul

16. Sağlık güvenceniz?

- a. Yok b. SSK c. BAĞ-KUR d. Emekli Sandığı e. Yeşil Kart

17. Nerede yaşıyorsunuz?

- a. Kendi evimde b. Yakınımın evinde c. Yaşlı bakım evinde d. Diğer

8.2.Ek-2- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul İzni
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı:921

04.12.2015

Sayın Prof.Dr.A.Hüseyin BASKIN,

Kurulumuz tarafından 03.12.2015 tarih ve 2358-GOA protokol numaralı 2015/27-31 karar numarası görüşülen "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Birimi 'ne Başvuran Hastaların Tanı,Takip ve Tedavi İşlemlerinin Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre Değerlendirilmesi:Geriatrik Hasta Grubu Örneği" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL Başkan



Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/27-31	Tarih: 03.12.2015
	Prof.Dr.A.Hüseyin BASKIN'ın sorumlusu olduğu "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Birimine Başvuran Hastaların Tanı, Takip ve Tedavi İşlemlerinin Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre Değerlendirilmesi: Geriatrik Hasta Grubu Örneği" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yct	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Banu</i>
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Nejat</i>
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ece Böber</i>
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Vesile</i>
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>M.Ö.Ü.</i>
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Müge</i>
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Şeyda</i>
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>S.K.</i>
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Katılmadı</i>
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Ahmet Can</i>
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>M.Ö.</i>

8.3. EK-3. Başhekimlik İzin Yazısı



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 14585038-622.99



Konu : Ahmet Çağdaş ACARA'nın Tez Çalışması
Hk.

10.11.2015-012603

10/11/2015

Sayın; Prof. Dr. Hüseyin BASKIN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Anabilim Dalı

İlgi: 02.11.2015 tarih ve Yüksek Lisans Öğrencisi Ahmet Çağdaş ACARA'nın Tez Çalışması ile ilgili yazınız.

Yüksek lisans öğrencisi Ahmet Çağdaş ACARA'nın "Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Biriminde Başvuran Hastaların Tanı, Takip ve Tedavi İşlemlerinin Sağlıkta Kalite Standartlarına Göre Değerlendirilmesi : Geriatrik Hasta Grubu Örneği" başlıklı tez çalışması ile ilgili acil servise başvuran 65 yaş ve üstü hasta grubuna (geriatrik hasta grubu) anket uygulamasını Başhekimliğimize uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Can KARACA
Başhekim

8.4.EK -4. ÖZGEÇMİŞ

Ahmet Çağdaş Acara

Doğum Yılı:	1974
Yazışma Adresi :	İzmir ili güney kamu hastaneleri Nevvar Salih İşğören Gazemir devlet hastanesi - İzmir
Telefon :	05052146480
Faks :	
e-posta :	cagdasacara@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
Türkiye	Dokuz Eylül üni.	Tıp Fakültesi	Tıp		1999
Türkiye	Dokuz Eylül üni.	Tıp Fakültesi	Acil Tıp Uzman		2015
Türkiye	Dokuz Eylül üni.	Sağlık bilimleri meslek yüksek okulu	Sağlıkta kalite yönetimi ve akreditasyon		Yüksek lisans

Lisansüstü öğrenimlerdeki Tez Bilgileri:

1. Tıpta Uzmanlık Tezi:

Acil Servise İş Kazası Nedeniyle Başvuran Kazazedelerde, İş Kazası Özellikleri ve Oluşum Mekanizmalarının Araştırılması.

Tezin Danışmanı, Başlama-Bitiş Tarihleri: Doç. Dr. S. Yanturalı, Aralık 2011 - Ağustos 2015

2. Sağlıkta Kalite Geliştirme ve Akreditasyon Yüksek Lisans Tezi:

Dokuz Eylül üniversitesi hastanesi acil servis birimine başvuran hastaların tanı, takip ve tedavi işlemlerinin sağlıkta kalite standartlarına göre değerlendirilmesi: Geriatrik hasta grubu örneği

Tezin Danışmanı, Başlama-Bitiş Tarihleri: Prof. Dr. A. Hüseyin Baskın, Eylül 2015-

SCI VE SCI Expanded Makaleler ve Olgu Yayınları:

1. Sarioglu S, Acara C, Akman FC, Dag N, Ecevit C, Ikiz AO, Cetinayak OH, Ada E .
PatholResPract. 2010 Feb 15;206(2):88-92 **(25 eserde atıf)**
2. Bayram B, Oray NC, Acara CA. West J EmergMed. 2014 Nov;15(7):872-3.
- 3-Bayram B, Oray NC, Acara CA. Successfultreatment of propafenoneintoxicationwithintra-
venouslipidPharmacotherapy. 2015 Oct;35(10):e149-e152. doi: 10.1002/phar.1637.
- 4-Tertemiz KC,OzgenAlpaydın,SevincC,AcaraAC,CouldredcelldistributionwidthPredict
COPD severity 2016,Rev Port Pneumol**(1 eserde atıf)**
- 5-The antioxidant role of agomelatineandgallicacid on oxidativestress in STZ inducedtypeIdi-
abeticrattestes.Yigitturk G, **Acara** AC, Erbas O, Oltulu F, Yavasoglu NU, Uysal A, Yavasog-
lu A. BiomedPharmacother. 2017 Mar;87:240-246.
doi: 10.1016/j.biopha.2016.12.102.
- 6- Theeffect of braintomographyfindings on mortality in snipershotheadinjuries.
Can Ç, Bolatkale M, Sarihan A, Savran Y, **Acara** AÇ, Bulut M.
J R ArmyMedCorps. 2016 Nov 30. pii: jramc-2016-000632. doi: 10.1136/jramc-2016-000632
- 7-The removal of shrapnelfromdeeptissuewith a magnet: a novelapproach.
Bolatkale M, Can Ç, Sarihan A, **Acara** AC.
Am J EmergMed. 2017 Jan;35(1):194.e5-194.e6. doi: 10.1016/j.ajem.2016.06.100

Kitap yazarlığı:

1.Ateşli Silah Yaralanmaları Geç Dönem Komplikasyonlar Derman Tıbbi Yayıncılık

Editör : Şamil Günay ISBN : 978-605-5121-31-0

Bölüm 12 :Batına nafiz ateşli silah yaralanmaları

Bilimsel Etkinliklerde Sunulmuş Bildirileri :

1. Bolatkale M, Ersoy G, Yanturalı S, Yılmaz O, Gökmen AN, Girgin MC, Acara AÇ, "Comparison of Tris-hydroxymethylAminomethane (Tham) andSodiumBicarbonate

(NaHCO₃) on mortality in Metabolic Acidosis Caused by Methanol Toxicity in a Rat Model", 4th Eurasian Congress on Emergency Medicine (EACEM 2014), ANTALYA, Kasım 2014, Uluslararası Hakemli organizasyon,

2. Toksik Epidermal Nekroliz Acil tıpta yenilikler, İZMİR Kasım 2015, Davetli konuşmacı.

3. Uluslararası Afet ve acil tıp kongresi oturum başkanlığı acil tıp, az anlattıklarımız, az konuştuklarımız, 13-15 Mayıs 2016 Ankara, Uluslararası Hakemli organizasyon

4. Uluslararası Afet ve acil tıp kongresi sözel bildiri acil servis ve iş kazaları, 13-15 Mayıs 2016 Ankara, Uluslararası Hakemli organizasyon

Katıldığı / Görev aldığı Mesleki / Bilimsel / Etkinlikler :

1. TC Dokuz Eylül Üniversitesi 1. Pediatri günleri, Kasım 1998
2. TC Dokuz Eylül Üniversitesi aile planması ve danışmanlığı uygulama kursu, 1999
3. TATEP, Türkiye Acil Tıp Eğitimi Projesi, İZMİR, Temmuz 2006
4. Uluslararası kalite danışmanlık organizasyonu, JCI hastane akreditasyon standartları, Kasım 2007
5. Ege Patoloji Derneği Karaciğer patolojisi, Mayıs 2008
6. TC Dokuz Eylül Üniversitesi Patoloji BD, pT Makroskopik kursu, Eylül 2008
7. Ege Üniversitesi 7. Diabet günleri, Kasım 2009
8. Acil Tıp Uzmanları Derneği Ulusal Acil Tıp Kongresi, Nisan 2009
9. Ege Üniversitesi 7. Diabet günleri, Kasım 2009
10. International Federation of Sports Medicine Team Physician Development Course, Kasım 2010
11. Ege Endokrinoloji Derneği Metabolik Sendrom kursu, Şubat 2010
12. Ege Üniversitesi 8. Diabet günleri, Kasım 2010
13. Türkiye Milli Olimpiyat Komitesi Takım Doktorluğu kursu, Şubat 2010

14. The europeansocietyforclinicalnutritionandmetabolism,approachtotheparenteralnutrition,nisan 2010
15. The europeansocietyforclinicalnutritionandmetabolism,nutritionalsupport in intensive-careunit,nisan 2010
16. Türk yoğun bakım derneği 15. Ulusal yoğun bakım kongresi, Mayıs 2010
17. Türkiye acil tıp derneği acil serviste kritik hasta bakım kursu, Mart 2013
18. Europeancongress on emergencymedicine,ekim 2014
19. Türkiye acil tıp derneği, klinik toksikoloji kursu, aralık 2014
20. TC İzmir Üniversitesi 1. Sağlık hukuku sempozyumu Mart 2014
21. TC Dokuz Eylül Üniversitesi Ulusal klinik araştırma alt yapı ağı, klinik araştırma yazma ve proje destekleme eğitimi, Kasım 2014
22. Geriatric Emergency Department Guidelines. Annals of Emergency Medicine, 2014. 63(5): p. e7-e25.

Kazanılan Ödül Bilgileri:

1. TC Jandarma genel komutanlığı Tunceli jandarma bölge komutanlığı takdir belgesi, Eylül 2004
2. TC Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Tıp BD Başkanlığı teşekkür belgesi, 2014
3. TC Bitlis Valiliği Başarı Belgesi, 2015

Görev Yerleri:

1. Tabip: İzmir özel halk polikliniği Mart 1999- Eylül 2001
2. Araştırma Görevlisi: DEÜ, Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı Eylül 2001- Ocak 2003
3. Tabip: TC Sağlık Bakanlığı Denizli –Uzunpınar Sağlık Ocağı
4. Araştırma Görevlisi : Celal Bayar Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı ka-

sım 2004-Temmuz 2005

5. Tabip: İzmir özel Şifa hastanesi ağustos 2005- ekim 2008
6. Araştırma Görevlisi : DEÜ, Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı ekim2008-ekim 2009
7. Araştırma Görevlisi : İzmir Atatürk eğitim ve araştırma hastanesi Acil tıp Anabilim Dalı Kasım 2009- haziran 2010
8. Tabip: TC Şifa üniversitesi hastanesi acil tıp kliniği temmuz 2010- eylül 2011
9. Tabip: TC sağlık bakanlığı Şanlıurfa – Akçakale devlet hastanesi acil servis,eylül 2011-aralık 2011
10. Araştırma Görevlisi : DEÜ, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Aralık 2011-Eylül 2015
11. Uzman: TC Bergama devlet hastanesi acil servis , eylül 2015-kasım 2015
12. Uzman: TC Bitlis devlet hastanesi acil servis kasım 2015-Ocak 2016
13. Uzman: TC Gazıemir Nevvar Salih İşgören devlet hastanesi acil servisi Ocak 2016-
14. TC sağlık bakanlığı Bozyaka Eğitim ve araştırma hastanesi Uzman doktor
(halen devam etmekte)

Yönetim - İdari Görevleri:

1. TC sağlık bakanlığı Denizli –Uzunpınar sağlık ocağı sorumlu hekimi (2002-2003)
2. TC Şifa üniversitesi hastanesi acil tıp kliniği sorumlu hekimi (2004-2006)
2. TC Şifa üniversitesi hastanesi yoğun bakım sorumlu hekimi (2009-2010)
3. TC Gazıemir Nevvar Salih İşgören devlet hastanesi acil servisi sorumlu hekimi