



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ACIBADEM MEHMET ALI AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE 24 SAAT İÇİNDE AYNI YAKINMA İLE
TEKRAR BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR
DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

SEFER ÖZENİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU

İSTANBUL – 2017





TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİSE 24 SAAT İÇİNDE AYNI YAKINMA İLE
TEKRAR BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR
DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

SEFER ÖZENİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL HEMŞİRELİĞİ

ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr.Sema KUĞUOĞLU

İSTANBUL – 2017

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanıp yazım aşamasına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu çalışmadaki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin hazırlanması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

../../2017

İmza

Sefer ÖZENİR

TEŐEKKÜR

Eğitimim süresince; bilgilerinden yararlandığım bütün hocalarıma özellikle Sayın Doç. Dr. Ükke KARABACAK hocama; tez çalışmamın her aşamasında bilimsel yardımlarını, akademik deneyim, görüşlerini ve desteğini esirgemeyen, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, disiplinden taviz vermemekle birlikte hemşirelik mesleğini en güzel şekilde öğreten, uygulayan ve uygulanması yönünde her türlü çabayı gösteren, danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU'na, tez çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen çalışma arkadaşlarıma ve özellikle Sayın Uz. Dr. Kazım LENGERLİOĞLU hocama, her zaman olduğu gibi Yüksek Lisans eğitimimde ve tez çalışmamda da maddi ve manevi desteklerini gördüğüm çok kıymetli aileme, sevgili eşime, kızıma ve oğluma sevgi, saygı ve sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ	5
1.1.Amaç ve Kapsam	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Acil Tıp	7
2.2. Acil Servis	7
2.3. Acil Servisin Özellikler	12
2.4. Acil Servislerdeki Görevli Sağlık Çalışanlarının Görev ve Sorumlulukları	13
2.4.1. Acil Tıp Uzmanının Görev ve Sorumlulukları	14
2.4.2. Acil Servis de Görevli Pratisyen Hekim Görev ve Sorumlulukları	14
2.4.3. Acil Birim Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları	15
2.4.3.1. Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görevler	16
2.4.3.2. Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım ile İlgili Görevler	17
2.4.3.3. Acil Birim Hemşiresinin Yasal Sorumlulukları	18
2.4.3.4. Acil Hemşiresinin Etik Sorumlulukları	19
2.5. Dünyadaki Acil Tıp Sistemleri	20
2.6. Acil Servise Hasta Kabulü	22
2.6.1. Triaaj	23
2.6.1.1. Kırmızı Alan	25
2.6.1.2. Sarı Alan	25
2.6.1.3. Yeşil Alan	25
2.6.1.4. Triaaj Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları	27
2.7. Acil Servisten Taburculuk Kararı ve Taburculuk Önerileri	28
2.8. Acil Servise Sık Başvuru	29
2.9. Acil Servise Tekrar Başvuru	29
2.10. Acil Servise Erken Dönemde Tekrar Başvuru ve Nedenleri	29
2.11. Hasta Memnuniyeti	30
2.12. Hastane Kalite Ölçekleri	31
3. GEREKÇE ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	32
3.4. Veri Toplama Yöntemi	32
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	32
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	32
3.7. Verilen Değerlendirilmesi	33
4. BULGULAR	33
5. TARTIŞMA	45
6.SONUÇ	51
7. KAYNAKLAR	52
8. EKLER	51
EK1: Etik Kurul Kararı	59
EK2: İstanbul İli Kamu Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Araştırma İzni	61
EK3: Özgeçmiş	62

KISALTMALAR LİSTESİ

AS: Acil Servis

ACEP: Amerikan Acil Doktorları Topluluğu (American College of Emergency Physicians)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

ICD: Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Statistical Classification of Diseases)

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TB: Tekrar Başvuru

TYD: Temel Yaşam Desteği

EKG: Elektro Kardiografi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Franko-German ve Anglo-Amerikan modellerinin karşılaştırılması	22
Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Renk Tanımlı Triyaj Uygulaması	26
Tablo 3. Acil Servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara ilişkin özelliklerin dağılımı (N=1707)	33
Tablo 4. Acil Servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımı (N=1707)	35
Tablo 5.a. Cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran tüm hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)	38
Tablo 5.b. Cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)	38
Tablo 6.a. Yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)	39
Tablo 6.b. Yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)	40
Tablo 7.a. Sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)	41
Tablo 7.b. Sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)	41
Tablo 8.a. Mesai durumuna göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)	42
Tablo 8.b. Mesai durumuna göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)	42
Tablo 9.a. Konsültasyon varlığına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)	43
Tablo 9.b. Konsültasyon varlığına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)	44

Tablo 10.a. Mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707) 45

Tablo10.b. Mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707) 45



ÖZET

Acil Servise 24 Saat İçinde Aynı Yakınma ile Tekrar Başvuruların Değerlendirilmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği

Çalışmanın Amacı; Tuzla Devlet Hastanesi acil servisine; 24 saat içerisinde aynı/benzer yakınma ile tekrar başvuran hastaların hızını ve yaygın tekrar başvuru nedenlerini değerlendirmek ana amacı ile planlanmıştır.

Elde edilen veriler doğrultusunda acil servis hizmetlerinin ileriye yönelik daha verimli, hızlı, kaliteli, maliyet etkin sunulmasına ve tekrar başvuru oranının düşmesine yönelik benzer çalışmalara katkı sağlamak, acil serviste hizmet sunumu ve hasta bakımında kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesine, hasta ve çalışan memnuniyetine ışık tutmak diğer hedeflerimizdir.

Çalışmanın Yöntemi; Kesitsel, Retrospektif gözlemsel bir çalışmadır. Araştırma 01.01.2016 ve 31.12.2016 tarihleri arasında Tuzla Devlet Hastanesi Acil Servisine Aynı Yakınma ile Tekrar Başvuran Hastalardan oluşmaktadır. Veriler hastane bilgi yönetim sistemin(HBYS) den taranmıştır.

Çalışmanın Bulguları; Yapılan araştırma sonucunda %27,7' si (n=473) kadın, %72,3' ü (n=1234) erkek olmak üzere Acil Servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran 1707 hastayı kapsamaktadır. Hastaların yaşları 1 ile 118 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 33,62±16,59 yıldır. Bu hastaların %81,2' sinin (n=1386) 18-64 yaş arasında olduğu, %91,7' sinin (n=1566) sağlık güvencesinin SGK olduğu, %58,7' sinin (n=1002) mesai dışında başvurduğu, %2,1' inde (n=36) konsültasyon görüldüğü, %10,5' inin (n=180) ağustos ayında başvurduğu saptandı. Bu hastalara konulan tanıların %17,7' sine (n=302) idari amaçlar için muayene, %14,5' ine (n=247) akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış, %12,5' ine (n=213) idari amaçlar için diğer muayeneler, %4,7' sine (n=81) diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış, %4,4' üne (n=75) üst solunum yolu hastalıkları, %3,8' ine (n=65) renal kolik, tanımlanmamış ve %3,5' ine (n=60) gastroenterit ve kolit, enfektif olmayan, tanımlanmamış tanılar konulmuştur.

Çalışmanın sonucu; Tuzla Devlet Hastanesi Acil Servise aynı yakınma ile başvuran hasta oranı yüzde 0.0054 olarak bulunmuştur. Acil servise aynı şikayetle tekrar başvuru acil yoğunluğunu arttırmaktadır. Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ışığında özellikle idari amaçlı muayenelerin tekrar başvuruyu arttırdığını bulduk. Çalışmada elde ettiğimiz ikinci en sık başvuru nedeni ise; üst solunum yolu enfeksiyonudur (ÜSYE). Elde ettiğimiz veriler ışığında idari amaçlı muayeneler için ayrı bir poliklinik açılabilir. ÜSYE ile başvuru yapan hastalara taburculuk eğitimi verilerek sayının azaltılabileceğini gözlemledik.

ANAHTAR KELİMELEER: Tekrar Başvuru, Acil Servis



SUMMARY

ASSESSMENT OF REPLIES TO THE EMERGENCY SERVICE WITH THE SAME COMPLAINT WITHIN 24 HOURS: AN EXAMPLE OF STATE HOSPITAL.

Purpose of the Study: It's planned with the prime purpose to evaluate the common reasons of reapplication and speed up the treatment rate of patients who reapply to Tuzla State Hospital Emergency Service with same or similar complaint within 24 hours.

In accordance with the obtained data, making a contribution to similar studies for reducing reapplication rate and rewarding the ER Services through more efficient, high quality and cost effective presentation. Monitoring and evaluation of quality in emergency service and patient care. Focusing on patient and staff satisfaction are our other purposes.

Study Method: It is a cross-sectional, retrospective observational study. This research consists of the patients who reapplied to Tuzla State Hospital Emergency Service with same complaints between 01.01.2016 and 31.12.2016. Data was scanned from the hospital's information management system (HBYS)

Study Findings: Result of the survey, it contains 1707 patients, 27,7% (n= 473) women and 72,3% (n= 1234) men, who reapplied the emergency service with the same complaint within 24 hours. The ages of the patients ranged from 1 to 118 years and average of their ages is $33,62 \pm 16,59$. It's determined that 81,2% (n=1386) of the patients are between the ages of 18-64, 91,7% (n=1566) of the patients' health insurance is SSI (Social Security Insurance), 58,7% (n= 1002) of the patients has applied out of working hours, consultation is seen in 2,1% (n=36) of the patients and 10,5% (n= 180) of the patients has applied in August. 17,7% (n=302) of the patients diagnosed for administrative purposes, 14,5% (n=247) acute

upperrespiratory tractinfections, undefined 12,5% (n=213) other examinations for administrative purposes, 4,7% (n=81) other soft-tissuelesion, not else where classified 4,4% (n=75) upperrespiratory tract infections, 3,8% (n=65) renal colic, undefined 3,5% (n=60) gastroenterit isand colitis, non-enfective undefined diagnoses maden.

StudyResults: Rate of the patient swhore applied to Tuzla State Hospital Emergency Service with the same complaint has been found as 0,0054 percent. Reapplying to emergency service with the same complaint increases the congestion of emergency service. In the light of the data we obtained in our study, we have found that administrative examinations increase the number of reapplications. Most common reason of application that we obtained in this particular study is upper respiratory tract infection. (ÜSYE) In the light of the obtained data, a separate clinic for administrative purpose examination may be open in thestudy. We observed that the number can be reduced by giving discharge education to patients who applied with ÜSYE.

Keywords: Reapplication, Emergency Service

1. GİRİŞ

1.1. Giriş ve Amaç

Hastanelere aynı şikâyetle tekrar başvuruların ölçülmesi ve değerlendirilmesi önemli kalite göstergelerinden biri olup, dünyada acil servis (AS) hizmet kalitesi ile ilgilenenlerin özellikle çalıştıkları konular arasındadır (1, 3).

AS' lere aynı yakınma ile tekrar başvuru yapan hasta grubu, kalabalık ve yoğunluğa neden olarak hastanelerin acil servis iş yükünü ve hastane maliyetini arttırmaktadır. Bu durum aynı zamanda sağlık çalışanları ve hastalar arasında tıbbi ve hukuki sorunlara da yol açmaktadır. Son yıllarda diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de AS ye başvuran hasta sayısında artış görülmektedir. AS' lerin yoğunluğu ülkemiz hastaneleri için sorun oluşturmaya başlamıştır (1, 3).

AS' ler verilen sağlık hizmetinin hastaların halka açılan penceresi olup hastanelerin halkla iletişiminin en yoğun olduğu birimlerdir. Başvuru yapan hastalara hızlı, doğru ve sürekli hizmet sunma mecburiyeti göz önüne alındığında, acil servislerin fiziksel yapı ve çalışan gücü bakımından hastanelerin diğer alanlarından farklı olması gerekmektedir (4). AS' lerde artan hasta yoğunluğu acil hastalarının değerlendirilmesinde ve tedavi sürecinde aksamalara neden olarak, hizmet kalitesine ve hasta memnuniyetine olumsuz yönde etki göstermektedir (5).

AS' ler hastanın yaş, cinsiyet, ödeme gücüne, başvuru şekline bakmadan, acil hastalık ve yaralanma durumunda; tanısı, tedavisi ve bakımı için ileri bir merkeze sevk edilmesi yanında acil durumların önlenmesi için çalışan bir tıp kliniğidir (5).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre acil servislere toplam kişi başı müracaat sayısı 2002 yılında 0,29, 2008 yılında 0,97, 2013 yılında 1,31 başvuru/yıl olarak tespit edilmiş olup, 2014 yılında da bu oranın artış gösterdiği

belirtilmiştir. Ülkemiz genelinde tüm hastanelere bakıldığında 2002 yılında özellikle %59,4 olan doluluk oranı 2008 yılında %65,7 ve 2014 yılında ise %69,8 olarak belirtilmiştir (7, 20).

Hastalar AS’de muayene edilip taburcu edildikten sonra kısa bir süre içerisinde aynı şikâyetle tekrar başvurduklarında genellikle ilk tanı ve tedavilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Tekrar başvuru yapan hastanın yaşı, sosyal güvencesinin varlığı ve ilk gelişteki tanısı aynı şikâyetle Tekrar Başvuru (TB) riskini belirlemede anlamlı değişkenler olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda TB’ların nedenleri tam olarak saptanamamaktadır (3).

AS’ lere planlanmamış tekrar başvuruların sayısının düşürülmesi; AS ye başvuran hasta sayısını azaltacak, AS’ lerin kalabalık sorununu çözecek, sağlık personelinin iş yükünün hafifletecek, sağlık harcamalarını azaltacak, hastalara daha kaliteli acil bakım hizmeti sunumunun ve hasta memnuniyetinin artmasına neden olacak ve sağlık çalışanlarının hukuki sorunlarla karşılaşması azalacaktır (1).

Güvenilir belirteçlerin bulunması bazı geri dönüşlerin önlenilebileceği ve risklerin azaltılabileceği düşünülmektedir (7).

Genel olarak acil servisler; kaynakların acil hastaların ve yaralıların bakımında kullanılması için planlanmış olmasına rağmen, hasta yoğunluğu ve acil servislere yapılan başvuruların fazla olması gibi sebeplerle acil tedavi ve bakıma ihtiyacı olmayanlara da hizmet vermektedir (7). Bu durum acil serviste uzun bekleme sürelerine, acil tedavi ve bakım ihtiyacı olan hastaların tanı ve tedavisinde gecikmelere, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetinin düşmesine, güvenlikle ilgili sorunlara, sağlık personelinde moral ve motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır (7).

Bu çalışma; 01.01.2016 ve 31. 12. 2016 tarihleri arasında bir devlet hastanesi acil servisine; 24 saat içerisinde aynı/benzer yakınma ile tekrar başvuran hastaların hızını ve aynı şikâyet ile tekrar başvuru nedenlerini değerlendirmek ana amacı ile planlanmıştır. Aynı zamanda; elde edilen veriler acil servis hizmetlerinin ileriye yönelik daha verimli, hızlı, kaliteli, maliyet etkin sunulmasına ve tekrar başvuru oranının düşmesine yönelik benzer çalışmalara katkı sağlamak, acil serviste hizmet

sunumu ve hasta bakımında kalitenin izlenmesi ve değerlendirilmesine, hasta ve çalışan memnuniyetine yön vermek diğer hedeflerimizdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp

Tıp literatüründe acil, aciliyet demek; hastanın zaman kaybetmeden tedavi ve bakım alması anlamına gelmektedir. Acil durumda amaç; yaşamı tehdit eden durumu önlemek, vücut bütünlüğünü, hayati fonksiyonları stabil hale getirmek ve bu duruma neden olan tehlikeyi ortadan kaldırmak için gerekli tedbirleri almaktır (8).

Acil Tıp; hastanın yaşına, cinsiyetine, başvuru şekline, ödeme gücüne bakmadan, acil belirti, bulgu, yaralanmanın tanısı, tedavisi, gerektiğinde bir üst merkeze sevki, yönlendirilmesi ve acil durumların engellenmesi için uğraşan bir klinik tıp birimidir (9).

Acil tıp hizmeti (ATH); hastalık, yaralanma gerçekleştiği zaman, hastanın nakli, acil servis içindeki planlama ve sonrasında hastanın taburcu edilmesi veya diğer bir birime sevkine kadar olan süreçteki sağlık hizmetlerinin tümünü içermektedir. Bu tür bir sağlık hizmeti; iyi eğitim almış, mesleki bilgi, beceri ve deneyime sahip, yeterli sayıda sağlık çalışanı ile vermek mümkündür (9).

ATH' nin kalite düzeyini yükseltmek ve diğer ülkelerle ortak hareket ederek fikir birliği oluşturmak üzere, ATH ye öncülük yapan Amerika Birleşik Devletleri(ABD) gibi gelişmiş ülkelerde çeşitli kılavuzlar hazırlanmıştır. Amerikan Acil Hekimleri Birliği (American College of Emergency Physicians)(ACEP)'a göre acil servis; başvuran tüm hasta bireyleri değerlendirmek için gerekli sağlık ekibine ve olanaklara sahip olmalıdır (7).

Acil servis hastanın hayatını tehlikeye sokacak acil durumların stabilizasyonu için gerekli olan girişim ve tedavinin uygulanmasına olanak sağlayan donanıma sahip olmalıdır. Çünkü acil olaylar önceden planlanmamış durumları içermesi nedeni ile 7/24 çalışma prensibi, hekim, hemşire ve yardımcı sağlık çalışanı bulundurması gerekir (7).

2.2. Acil Servis

Acil servis; bireylerin kaza, travma ve yaşamı tehdit eden durumlar nedeni ile hızlı hareket etmek zorunluluk olduğu ya da bireyin/ailenin sağlığı açısından kendi durumunu böyle gördüğü bir zamanda başvuru yaptıkları, bu nedenlerden ötürü sağlık kuruluşlarının en hareketli, yoğun, stresli, karmaşık ve acil müdahale gerektiren hastalık durumlarının gerekli olduğu tıbbi tedavisi ve bakım ile gerekli takiplerin yapılması için düzenlenmiş birimlerdir(12).

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliğinde, "acil tıbbi durum, kaza, yaralanma, ani gelişen hastalık ve benzeri durumların meydana gelmesini izleyen ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren haller ile hızlı tıbbi müdahale yapılmadığı ya da başka bir sağlık kuruluşuna sevki halinde, hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlar" olarak tarif edilmektedir (13).

AS' ler hastanelerin toplumla etkileşimi en fazla olan birimlerdenidir. Bu nedenle toplumun hastane ile ilgili düşünceleri temel olarak acil servise başvuru ve kabul sürecinde almış oldukları hizmete ve acil serviste buldukları süreye bağlıdır (7).

Dünya genelinde Acil Tıp hizmetlerinin diğer birimlerden ayrı bir klinik tıp uygulaması olması otuz yıllık bir geçmişe sahiptir. Bununla ilgili özellikle ABD, Kanada, Japonya ve İngiltere gibi ülkeler öncüdür. Ülkemizde ise Acil Tıp Hizmetleri 22 yıllık bir geçmişe sahiptir. Ülke genelinde yapılanma ve gelişme çalışmaları sürmektedir (7, 8).

Acil servisler sağlık hizmetinin en önemli halkasını oluşturmaktadır. Her üç kişiden biri acil servise başvuruda bulunmaktadır. Bu başvurular gelişmiş ülkelerde yüzde 5-8 iken ülkemizde yüzde 30-40'ları bulabilmektedir. Türkiye de yeşil alan ve sarı alan olarak belirlenen hastaların ortalama muayene süreleri 10 ila 30 dakika arasında değişmekte olup, hastalar bu bekleme zamanından şikâyetçi olmaktadır (1, 8).

ABD' de yapılan benzer araştırmalarda ise yeşil alan hastalarının bekleme süreleri 4 saate kadar uzamakta, bu hastaların yüzde 5-10'nun yakınmaları acil olmaması nedeni ile hekim muayenesi olmadan evlerine dönmektedir (8).

AS' lerdeki bu yoğunluk beraberinde hastaya ayrılan sürenin azalmasına neden olmakta, tanı ve tedavi için gerekli olan süre azalmaktadır. Bu yoğunluk ciddi

bir tehlike teşkil etmekte, mortalite ve morbiditenin artışına neden olmaktadır. Bu durumu azaltmak için hekimlerin istedikleri görüntüleme ve tetkikler gibi uzun süre alan işlemler artmaktadır. Bu da mali harcamaların artmasına sebep olmaktadır (8).

Sağlık Bakanlığı yaptığı çalışmalarda Acil servis başvuruların yüzde 15-20'sinin gerçek acilleri oluşturduğunu belirtmektedir (15). Son yıllarda acil servise başvurularda ciddi bir artış söz konusu olup, buna bağlı olarak hasta yoğunluğu gözlenmekte, bu sorun da acil hastasının değerlendirilmesinde ve tedavisinde aksamalara ve gecikmelere sebep olmakta, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini negatif yönde etkilemektedir (7, 15)

Hasta yoğunluğu; nüfus artışı, yaşanan göçler ve acil şikâyeti olmayan hastaların da acil servise başvuru yapmaları ile bağlantılıdır (7). Sağlık hizmetlerinde yapılan yeni düzenlemeler birlikte hizmete ulaşımın artmasıyla son 16 yılda sağlık hizmetinden yararlanmada ciddi artışlar olmuştur. Bu artışlar doğrultusunda AS' lere hasta başvurusundaki artışlarda etkilenmiştir. Bu gelişmeler sağlık hizmeti alan bireylerde hizmet kalitesinin artırılması yönünde beklentinin yükselmesine neden olmaktadır. Bu neden ile yöneticiler de verilen kaliteli hizmetin sürdürülebilirliği, iyileştirilmesi ve geliştirilmesini sağlamalıdır (14).

Türkiye'deki son verilere göre 1533 adet hastane ve bunlara bağlı acil servis hizmet vermektedir. Bu birimlerin yeterli sağlık personeli ve kayıt sisteminin eksik olması nedeni ile hasta verilerinde eksiklikler olduğu için yeterli bilgi toplanamamaktadır (15).

AS'lere başvuran hastaların tanısal anlamda bu veri eksikliliğini önlemek ve ortak bir dil kullanılarak AS' lere International Classification of Diseases (ICD) kodlama sistemi geliştirilmiştir (9).

Bu çalışmanın yürütüldüğü hastanemizde de hasta bilgileri ve ICD kodları veri tabanı için hastane Tplus Hastane Bilgi ve Yönetim Sistemi; bilgi işlem merkezi tarafından işlenmektedir. Acil servise başvuru yapan hasta sayı ve niteliğinin bilinmesi sunulacak hizmetin planlanması ve gerekli alt yapının hazırlanması açısından oldukça önemlidir (9).

Amerikan Acil Doktorları Birliği (ACEP), AS'leri beklenmedik yaralanma ve hastalık ile karşılaşan bireylerin değerlendirildiği, hızlı bakımın yapıldığı, tedavisinin

uygulandığı ve gerekirse hastaların ileri bir merkeze sevkinin yapıldığı servisler olarak tariflenmişlerdir (3, 47).

Türkiye’de acillerin, altyapı, fiziki konum ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken kriterler, Sağlık Bakanlığının yayınladığı "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" ile belirlenmiştir (3, 17).

Kamu ve özel tüm sağlık kurumlarında acil hastaların kabulü, gerekirse başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi ve tedavi masraflarının karşılanmasına ilişkin hususlar 26. 6. 2008 tarihli ve 26918 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2008/13 sayılı Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile ilgili Başbakanlık Genelgesi ile düzenlenmiştir (26).

Hastanelerin AS’lerine yapılacak başvuruların sayısı, zamanı ve hangi durumda başvuracağı belirlenememektedir. Bu nedenlerden dolayı profesyonel yaklaşıma rağmen; AS’ler genelde karmaşık, stresli, telaşlı ve kalabalık olan AS’lere randevu sistemi uygulanamaz (7, 12).

Hastanelerin acil hasta sayısı, acil olguların belirti ve bulgularına göre hasta başvuru ve kabul durumu, acil servisin fiziki yapısı, malzeme durumu, tıbbi donanım ve sağlık personelinin niteliği, hizmet verdiği bölgenin demografik özellikleri, bulunduğu bölge içerisinde hizmet veren sağlık kuruluşunun niteliği gibi ölçütler dikkate alınarak acil servisler I. II. ve III. düzey olarak sınıflandırılır (12, 19, 27).

Düzye I (İlçe Devlet Hastanesi) Konumundaki Acil Servisler: Temel Yaşam Desteği (TYD), ileri yaşam desteği sağlayabilen, yoğun bakım ihtiyacı gerektirmeyen hasta, yaralı bakımı, tedavi ve takiplerinin yapıldığı servislerdir (12, 19, 27).

Düzye II (Her Dalda Uzmanı Olan Hastane) Konumundaki Acil Servisler:

Düzye I konumundaki acil servise ek olarak uzman düzeyinde hastaların değerlendirmelerinin yapıldığı, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, gibi ileri görüntüleme cihazlarının olduğu, TYD ve İleri yaşam desteğinin yapıldığı servislerdir (12, 19, 27).

Düzyey III (Eğitim Hastaneleri) Konumundaki Acil Servisler: Seviye III acil servisleri tedavi, bakım ve ileri tetkik yapma olanaklarının olduğu 7/24 uzman düzeyinde tedavinin yapıldığı servislerdir (12, 19, 27).

Acil servisler 7/24 saat boyunca geniş bir toplum kitlesine hizmet veren servisler olduğundan bu hizmetin gecikmeden, aksamadan ve kaliteli bir biçimde verilmesi için acil servislerde yeterli malzeme ve 7/24 hasta tedavi ve bakımı konusunda etkin ve deneyimli, acil tıp konusunda uzmanlaşmış hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeline gereksinim vardır (12). Bütün bu açıklamalardan da anlaşılacağı üzere hayatı tehdit eden ve kritik haller acil durum olarak belirtilmiştir (7).

AS'lerin kullanımı açısından yapılan araştırmalar az sayıda olmakla birlikte acil tıp asistanları 3000 hastayı kapsayan çalışmada; AS'lere yapılan hasta başvurularının %62,3'ünün acil olmayan başvurular olduğunu ortaya koymuşlardır (21). AS' lere acil olmayan başvurular için kullanılması mevcut kaynakların acil olmayan başvurulara da ayrılmasına neden olmaktadır. Kritik tedavi, müdahale ve bakım ihtiyaç duyan hastalara verilmesi gereken sağlık hizmetinde aksamalara neden olmaktadır (7).

Herhangi bir acil şikâyeti olmayan bireylerde sıklıkla AS ye başvurmaktadır. Bu bireylerin AS' lere başvuruları acil servislerin hasta yoğunluğunda artışa neden olmaktadır. Bu nedenle hastaların bekleme süreleri artmakta, ciddi hastalığı, yaralanması olan hastaların tedavileri aksamakta, gecikmelere neden olmakta, hasta memnuniyetini olumsuz etkilemekte, acil serviste gereksiz bir kargaşa, yoğunluk ve hizmet sunumunda aksaklıklara neden olmaktadır (14).

AS' lerin çoğunda acil servise başvuru yapan hasta sayısı polikliniklere başvuru yapan hasta sayısından fazladır. Buna ek olarak yatarak tedavi hizmeti alan hastaların %25-50'sinin de ilk başvuru yaptığı yer acil servis olduğu tespit edilmiştir. Bu da AS' lerin hastanelere ilk başvuru yeri olarak görülmesine ve hastanelerin vitrini olmasına neden olmaktadır (14).

Hasta yoğunluğuna neden olan faktörleri bilimsel olarak açıklamak oldukça güçtür. AS' lere yapılan acil olmayan başvurular ile ilgili ortak bir görüş ortaya koyulamamıştır (14). Ülkemizde hastaların düzenli izlem ve tedavilerinin yapıldığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin aktif kullanılmaması, üzerinde durulması gereken bir sorun olarak görülmekte ve acil olmayan başvuruların düşürülmesine

yönelik olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin aktif olarak kullanılması AS'lere başvuruyu azaltabileceği öngörülmektedir (7, 14).

AS'lere başvuru sayısındaki yoğunluk ve karmaşaya varan artış karşısında, tıbbi hataları engelleyecek, etkin, tutarlı, verimli sürdürülebilir, maliyet etkin hasta değerlendirme, hasta memnuniyetini arttıracak, bakım, takip ve tedavi planları hazırlanmalıdır (3, 22).

Hastaların AS'deki bekleme süresi, sağlık çalışanlarının davranışları, hastaların şikâyetlerinin erken giderilmesi/iyileştirilmesi, hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinin algılanan kalitesi ve genel iletişim AS'lerin hizmet kalitesini etkilemektedir (23). Acil servis kalabalığı ise; hastanın klinik değerlendirilmesinden hizmet sunum ve kalitesine kadar olan kademeleri olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (3).

Acil servise başvurusu ile başlayan, tedavi ve bakım ile devam eden hastanın şikâyet durumuna göre taburcu veya ileri bir merkeze sevk edilmesi ile sonlanan acil servis bakım hizmetinde aşağıdaki gibi bir planlama yapılmaktadır (12, 19).

- AS'ye başvuran hasta sosyal güvencesine bakılmadan başvurusu alınarak gerekli olan kayıt işlemleri yapılarak ilgili sağlık çalışanı tarafından yönlendirilir.
- AS'ye başvuran hastalar sağlık çalışanı triajı yapıldıktan sonra ilgili bölüme yönlendirilir.
- AS'de ilk tıbbi müdahalesi yapılan hastanın/yaralının sonra ileri tedavi, bakım ve tetkik konusunda eksiklik yaşıyorsa hastanın stabilizasyonu sağlanarak ileri bir merkeze sevk işlemleri başlatılır.
- Sevki başlatılan hasta/yaralının nakil olacağı bir üst merkez ile iletişim sağlanarak, hasta/yaralıya yapılan müdahalenin tamamı ilgili birim sorumlusu tarafından yazılı olarak belgelenerek nakil yapılacak bir üst merkeze bilgi verilir.
- Hastaya nakil sırasında gerekebilecek her türlü müdahalenin yapılabileceği nakil ambulansı ve hasta ile ilgili dökümanlarla birlikte gönderilir (12, 19, 24).

2. 3. Acil Servisin Özellikleri

ACEP 'e göre acil servis ve acil sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi olmalıdır (7). Bunlar:

- Toplumun bütün bireyelerine hizmet vermelidir.
- Hastaya anlık müdahale ve tıbbi destek için AS' ler 7/24 kuralına göre hizmet sunmalıdır.
- Acil tıbbi tedavi, bakım ve hemşirelik hizmetlerinde kısıtlama yapılmadan ulaşılabilir durumda olmalıdır.
- Hasta tedavileri, değerlendirilmesi ve yönetimi uygun bir şekilde yapılmalıdır.
- AS ye başvurudan itibaren hasta; tanı ve tedavileri için gerekli tüm olanak ve kaynaklar servis içinde olmalıdır.
- Acil bakım hizmetleri için sağlık çalışanları arasında uyumlu bir iş bölümü ve ekip çalışması olmalıdır.
- AS' ler modern tesis tasarımı, uygun ekipmanlar, ilaçlar, yeterli tıbbi malzemeler, yardımcı hizmetler ve etkili yönetim açısından bir plana sahip olmalıdır.
- Acil bakım ve tedavi hizmetleri; hastane öncesi başlar, AS' de sürdürülür ve hasta taburcu olana kadar ya da başka bir merkeze sevk edilinceye kadar devam eder. Acil tıp sağlık alışanı AS' deki görevi olan klinik ve idari hizmetler dışında görevler alır. Bu hizmetler;
 - ✓ Toplumsal afetler sonrasında ortaya çıkabilecek durumlar için hazırlık aşamasında görev alır,
 - ✓ Hastane dışında mevcut olan acil sağlık sistemlerini koordine eder,
 - ✓ Acil servis ekip lideri ve yöneticiliğini üstlenir,
 - ✓ Acil servis bütçe, eğitim, politika ve girişimlerinin düzenlenmesinde aktif görev alır,
 - ✓ Acil servis çalışanlarının eğitimlere katılımını destekler ve sürekliliğini sağlar,
 - ✓ Hastanın tedavi ve bakımı konusunda bir üst sağlık kuruluğu ile koordinasyonu sağlar (7).

2. 4. Acil Servislerde alışan Sağlık alışanlarının Görev ve Sorumlulukları

AS' ler 7/24 saat, geniş bir hasta popülasyonuna sağlık hizmeti veren yerlerdir. Bu sağlık hizmetinin kesintiye uğramaması ve en kaliteli, etkin bir şekilde verilmesi için acil servislerde görevli sağlık personelinin nitelikli ve uzman olması çok önemlidir(2). Tanı, tedavi ve bakımın verildiği AS' ler; farklı rol ve sorumlulukları olan hekim, hemşire ve destek hizmetlerini de kapsayan sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Acil birimde görevli sağlık profesyonelleri tam bir ekip çalışması içinde olurlar (7, 19, 27).

2. 4. 1.Acil Tıp Uzmanı Görev ve Sorumlulukları

Acil Tıp Uzmanı; tıp fakültesinden mezun olduktan sonra acil tıp dalında uzmanlığını tamamlamış olan hekimlerdir(1). **Acil Tıp Uzmanının görev ve sorumlulukları:**

- Acil serviste tetkik, tedavi ve hasta bakımının sağlanması ve bakımının sonlandırılması için gerekli olan işleyişi hazırlar, uygular ve uygulanmasını denetler. Acil Servisin planlı ve etkili çalışmasını sağlar.
- Acil serviste görev yapan pratisyen hekimlerin çalışma programlarını yapar, denetler ve hizmet içi eğitimlere katılımlarını sağlar.
- Pratisyen hekimlerin muayene ettiği hastaları konsülte eder, hastanın tetkik, tedavi ve bakımın sonlandırılması için son kararı verir.
- Acil Serviste görevli sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirmelerini sağlar ve denetler.
- Hastane Afet Planında önceden belirtilen görevleri yapar.
- Acil servisin kayıtlarının düzenli tutulmasını sağlar ve denetler.
- Acil servis için uygun çalışmasürelerini planlar ve uygulanmasını denetler.
- Acil servis sorumlusuna işleyiş hakkındabilgi verir ve kendisine verilen diğer görevleri yapar (7, 12, 26).

2. 4. 2. Acil Servis Pratisyen Hekim Görev ve Sorumlulukları

Acil servis pratisyen hekimi, acil servise başvuran hastanın muayene, teşhis ve tedavisinin yapılmasını sağlayan, eğitim, araştırma ve uygulama çalışmalarına katılan ve tıp fakültesinden mezun olma kriterlerini yerine getirmiş olan hekimlerdir. Görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- İşlemlerini acil servisin işleyiş prosedürlerine ve talimatlara göre yapar.
- Acil tıp uzmanı denetim ve sorumluluğunda acil servise başvuruyapan hastanın gerekli tanı, tıbbi tedavi ve bakımının yapılmasını sağlar.
- Uzman hekim görüşü istenen hasta için; ilgili branş hekiminden konsültasyon ister, konsültan hekimin hastaya zamanında müdahale etmesini sağlar.
- Acil serviste kullanılan hasta ile ilgili olan evrak ve dosyasının tam ve doğru olarak kayıt altına alınmasını sağlar.
- Hastadan anamnez alırken şüpheli durumda bulunan her hastayı adli vaka olarak değerlendirir ve kayıt tutar.
- Adli vakaları hastane polisine bildirir, kayıtlarının düzenli tutulmasını ve depolanmasını sağlar.
- Adli vakalar için; adli dosya ve geçici rapor düzenler.
- Konsültan hekimin yatış kararı verdiği hastanın yatırılması konusunda ilgili branş hekimi ile işbirliği yapar.
- Yatış kararı verilen acil servis hastasının ilgili klinikte yatağı yok ise yatak bulunması için ilgili birime veya nöbetçi uzmana haber vererek yatak bulunmasını sağlar.
- Hastanın acil servisten taburcu olmasına acil tıp uzmanının onayı ile karar verir. Acil servis hastasına yapılan tüm işlemleri kayıt altına alınmasını sağlar ve denetler.
- Serviste ve hastanede düzenlenen eğitim ve seminerlere katılır.
- Acil serviste beraber çalıştığı sağlık çalışanı ile ekip çalışması yapar.
- İşleyişi bozan durumları, acil servis sorumlu hekimine iletir. Acil servis için belirlenen vardiya saatlerine ve nöbet devir teslim kurallarına uyar.
- Hastane Afet Planında belirtilen görevleri yerine getirir.
- Acil servis uzman hekimine çalışmalarını hakkında bilgi verir ve kendisine verilen diğer görev ve sorumlulukları yerine getirir (7, 12, 26).

2. 4. 3. Acil Birim Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

AS' lerde kaliteli ve kesintisiz hizmet sunumunda hasta ile 7/24 saat birlikte olan, birebir etkileşim ve iletişim içinde bakım uygulayan hemşirelerin acil ekibinin en önemli üyesidir. Literatürde acil hemşiresinin diğer birimlerde çalışan

meslektaşlarından daha nitelikli özelliklere sahip olması gerekliliğinden bahsedilmiştir. Bu bilgi doğrultusunda acil servis hemşiresi; liderlik gücü yüksek, değişen durumlara uyum sağlayabilen, terapatik iletişim kurabilen, empati yapabilen, ortaya çıkan olaylar karşısında profesyonel davranabilen, kritik karar verme yeteneğine sahip, stres ile baş edebilen, hızlı çalışan ve en önemlisi acil birimde çalışmayı seven kişilerden olmalıdır (12).

2. 4. 3. 1. Hemşirelik Bakımıyla İlgili Görevler

- Acil servise başvuran hastanın kabulünü sağlayarak ilk değerlendirmesini yapar.
- Gerekli olduğunda hastanın monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlayarak parametreleri izler, sonuçları değerlendirip kaydeder ve normalden sapmaları acil hekimine bildirir.
- Hastanın uygun sürede fiziksel değerlendirmesini yaparak elde ettiği verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve bunları yaparken hastanın fiziksel çevre güvenliği için gerekli önlemleri alır.
- Acil birimde birden fazla başvuru olduğu zaman; hastalar arasında öncelikleri belirleyerek, hastanın gereksinimi olan bakımı vermek için planlama yapar.
- Acil servisten yatışına karar verilen ve ameliyat endikasyonu olan hastaların kurum içi transfer talimatına göre sevkini ve naklini yapar.
- İntravenöz sıvı verilmesi uygun bulunan hastaya intravenöz katater takar ve katater bakımını yapar.
- Solunum sistemi ile ilgili oksijen ve buhar tedavisini uygular ve ağız bakımı verir, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, gastrostomi ve kolostomi, bakımı verir. Bunların yanı sıra hekim istemi ile nazogastrik tüp takma, gastrik lavaj, rektal tüp uygulaması ve lavman uygulaması hemşirenin görevleri arasındadır.
- Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmek için nedene yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir ve kaydeder.
- Acil servis hemşiresi gerekli gördüğünde hastaya perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımını verir.

- Sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüpünü ve diğer drenaj sistemlerini takip eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlem ve gözlemleri kayıt eder.
- İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini hastane prosedür ve talimatları doğrultusunda başlatır, gözlemler ve kaydeder.
- Hastaların beslenme gereksinimlerini (enteral ve parenteral beslenme) tedavi planına göre belirler, gereksinimlere göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan malzemelerin sterilizasyonunu sağlar ve bu konuda aileye gerekli eğitimi verir.
- Hastanın hastalık ve fiziksel durumuna göre pozisyon verir, uygun sıklıkta pozisyon değişikliği sağlar ve hastanın mobilizasyonunu sağlar.
- Sıvı-elektrolit dengesine yönelik hastanın mevcut ve ortaya çıkabilecek sorunları; aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yaparak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular, değerlendirir ve kayıt eder.
- Kalp pili olan hastayı monitörize ederek izler ve gerekli bakımı uygular.
- Acil servis hastası ve yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal sorunlarına yönelik uygun hemşirelik bakımı planlayarak verir.
- Acil servis enfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasını önlemek için gerekli önlemleri (el yıkama, eldiven, maske, gömlek giyme, uygun izolasyon, vb) alır ve servis içinde bulunan sağlık çalışanları ve hasta yakınları tarafından uygulanmasını denetler.
- Acilde yaşamı sona eren hastayı ilgili talimat doğrultusunda hazırlar morga naklini gerçekleştirir ve yakınlarına destek olur (1, 12, 27).

2. 4. 3. 2. Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım ile İlgili Görevleri

- Acil servis hemşiresi çalıştığı birimin işleyiş prosedürünü bilir ve uygulamalarını buna göre planlar.
- Hastanın acil serviste bulunan başka hastaları ve sağlık personelini rahatsız edecek durumlara karşı tedbir alır.
- Hastane Afet Plan' ında kendisine verilmiş görevleri yerine getirir. İlgili amire, çalışmalarını ile ilgili bilgi verir.

- Acil servis hemşiresi mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek için; sertifika eğitimlerine, seminerlere, kongrelere, hizmet içi eğitimlere katılır. Stajyer hemşirelerin eğitimine katkıda bulunur.
- Hekim tarafından gerçekleştirilen girişimlere katılarak hemşirelik görevlerini yerine getirir.
- Acil tıbbi malzeme, cihaz ve ilaçları kullanıma hazır bir şekilde bulundurur.
- Acil durumlarda hekimle beraber multidisipliner bir yaklaşım sağlar. Mavi kod çağrısı yaparak ekibin toplanmasına yardımcı olur. Kurumun belirlemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (CPR başlatır, solunum desteği, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması, kayıt tutma gibi).
- Üniteye hekim yok ve geçerlilik süresi dolmamış ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamasını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları kayıt ederek rapor şeklinde birim sorumlusuna bildirir.
- Hastadan hekim istemi doğrultusunda laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini aseptik kurallara uygun bir şekilde alarak, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirip hastanın hekimine sonuçları iletir.
- Hastaya yapılacak radyolojik tetkikler için hastayı önceden hazırlar, ilgili birime naklini organize eder, gerekli durumlarda nakle eşlik eder (12, 27).

2. 4. 3. 3. Acil Birim Hemşiresinin Yasal Sorumlulukları

- Hemşirelik yönetmeliği ve diğer yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmak,
- Hasta ve yaralıya uygulanacak olan tıbbi tedavi ve bakımı kabul etme, reddetme ve hasta mahremiyeti hakkına sahip olduğunun bilgisini vermek,
- Hastaya zarar verebilecek arızalı araç gereç kullanımı, yanlış araç-gereç kullanımı, sağlık çalışanının bakım ve tedavi sırasında hatalı davranışı gibi herhangi bir durumun olması durumunda getireceği yasal sorumluluğu bilmek,

- Acil hemşiresi, görevi gereği yapması gereken bir hareketi yapmaması ve nedenini açıklayamaması ya da dikkatsizce yapması durumunda gelişen ihmalin yasal sorumluluğunu bilmek,
- Hasta/yaralının yaşam riski ortadan kalkmadan herhangi bir sebepten dolayı hastanın bakım ve tedavisini başka bir sağlık çalışanına teslim etmeden bırakması durumunda yasal sorumluluk ile karşılaşılacağını bilmek,
- Hastanın gerekli olan tedavi ve bakımı reddetmesi durumunda, hastanın bilinci yerinde ise kendisinden, değil ise yakın akrabasından konuya ilişkin hazırlanmış olan tedavi red formunu imzalatmak,
- Hastaya yapılacak tüm girişimlerde hastanın bilinci yerinde ise kendisinden, hasta çocuk veya bilinci yerinde değil ise yakınlarından sözlü ve yazılı onam almak,
- Hastaya yapılan tedavi ve bakım hakkında hasta ve yakınına bilgi vermek. Hastanın kişisel eşyalarını kayıt altına alarak imza karşılığı teslim alma ve muhafaza etmek,
- Hastanın acil birime başvuru anından itibaren, aldığı her türlü hizmetin ayrıntılı bir şekilde kayıt altına alınarak sürecin kanıtlanabilirliğini ispatlamak açısından gerekli olduğunu bilmek,
- İntihar, çocuk istismarı, şüpheli ölüm, kesici/delici alet yaralanması, ateşli silah yaralanması, saldırı ve tecavüz suçlarını Cumhuriyet Savcılığı'na, bulaşıcı hastalıkları Sağlık Bakanlığı'na bildirmek,
- Hastanın en küçük yaşam bulgusunda bile resüsitasyon sürecini devam ettirmek, aksinin yasal sorumluluğu olduğunu bilmek,
- İtham edilen bir ihmal ya da zararın ispat edilmesi sonucu devlet memuru olarak Borçlar Kanunu'nun "Haksız Eylem" kurallarına göre yükümlü olmamak için hastane yöneticileri ile iş tanımlarını yapmaları mesleki ve yasal açıdan zorunlu olduğunu bilmek (12, 27).

2. 4. 3. 4. Acil Hemşiresinin Etik Sorumlulukları

Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin insan ve hasta haklarına dayanılarak ve hemşirelerin görevlerini yerine getirirken uygulamaları için hazırladığı etik kodlar; zarar vermeme-yararlılık, özerklik/ bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet

ve eşitlik olmak üzere dört tanedir. Kanada'daki hemşirelik etik kuralları aşağıda sunulmuştur.

- Hemşire; hastaya ve bireysel gereksinimine saygı göstermek zorundadır.
- Hemşirelik bakımı; hastaya saygı, onun bakımını kontrol etme hakkına ve seçme hakkına saygı göstermektir.
- Hemşire; hasta ile ilgili öğrendiği tüm bilgileri gizli tutmak zorundadır.
- Hemşire; hastanın onurunu göz önünde bulundurmamak zorundadır.
- Hemşire; meslektaşları ve başkaları önünde hemşirelik etiğine uymak zorundadır.
- Hemşire; hastanın sözcülüğünü/savunuculuğunu üstlenmekle yükümlüdür.
- Hemşire; katıldığı eğitim, araştırma ve yönetimi içeren tüm profesyonel kurumlarda, hastaların iyiliğini ön planda tutmakla yükümlüdür.
- Hemşire; hemşirelik mesleğine ve meslektaşlarına güveni devam ettirecek şekilde bir davranış sergilemekle yükümlüdür (27).

2. 5. Dünyadaki Acil Tıp Sistemleri

Dünyadaki acil tıp sistemleri Anglo–Amerikan sistemi ve Fransız–Alman olmak üzere temelde iki model üzerinde kurgulanmıştır. Avrupa'da 1990 yılına kadar acil durumlar için etkin bir model oluşturulmamış iken bu tarihten sonra ülkeler kendi ihtiyaçları ve tıbbi olanaklarına göre farklı acil tıp modelleri kullanmaya başlamışlardır (7).

Anglo–Amerikan sisteminde; acil tıp hizmetleri hastane öncesi başlar. Bu sistemde acil tıp teknisyeni ve paramedikler tarafından karşılanır. Bu sistemde acil tıp teknisyeni veya paramedikler hastane öncesi hastaya gerekli olan bakım verilerek hastanın olay yerinden acil servise transferinin hızlı ve güvenli bir şekilde yapılmasından sorumludurlar (28).

Anglo–Amerikan sisteminde acil tıp, acil hekimlerinin sorumluluğu altında resmen tanınmış bir uzmanlık alanıdır. Bu modelin kullanıldığı ülkeler arasında Avustralya, Kanada, Çin, İrlanda, Hong Kong, İsrail, Japonya, Yeni Zelanda, Filipinler, Tayvan, Güney Kore, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri(ABD) bulunmaktadır (28).

Fransız-Alman modelinde; olay yerinde kal ve stabilize et kuralı benimsenmiştir. Hekim ve gerekli olan donanım, hastanın hastaneye gelişinden önce daha yüksek bir düzeyde acil bakım sağlamak amacı ile olay yerine gönderilir (7). Bu modelde acil bir tedaviye gereksinim duyulduğunda mümkün olan en yüksek donanım ve personel ile hastaya olay yerinde gerekli sağlık hizmetinin sağlanması kuralına dayanmaktadır (7, 28).

Avrupa ülkelerinin çoğunluğu (%70) hekim temelli bu modeli kullanmakla birlikte tüm vakalara hekim gönderilmesi mümkün olmamaktadır. Sevk merkezi, hastanın tıbbi durumunu öğrendikten sonra hekimi yönlendirir (30).

Bu modelde acil servisler gerekli donanıma sahip değildir. Hastaların triyajı olay yerinde yapılarak ilgili servislere transferi sağlanmaktadır. Bu modelde, acil tıp resmi olarak tanımlanmış bir uzmanlık alanı değildir ve genellikle anestezi uzmanları tarafından sürdürülür. Bu modelde Acil tıp hizmeti veren ülkeler; Almanya, Fransa, Malta, Yunanistan ve Avusturya gibi ülkelerde bu sistem oldukça gelişmiştir (28).

Dünya yeni kurulan acil tıp sistemlerinin çoğu Anglo-Amerikan modelini kullanmaktadır. Bu modelde acil servisler gerekli olan tüm ekipman ve profesyonel bir sağlık ekibine sahip olmalıdır. En ileri düzeyde acil sağlık hizmetini vermekle yükümlü olan bu modelde, birimlerde acil tıp uzmanı görev alır ya da diğer hekimler acil tıp uzmanının kontrolünde görev almaktadırlar (7, 28).

Bu sağlık modellerin birbirlerine karşı üstün olduklarına dair herhangi bir kanıt bulunmamaktadır. Bu sistemler de toplumun mevcut olan kaynakları, gereksinimi ve hedefine göre uygun olanı kullanılır (7, 28).

Franko-German ve Anglo-Amerikan modelinin karşılaştırılması Tablo 1.1' de gösterilmiştir (7, 28).

Tablo 1 Franko-German ve Anglo-Amerikan modellerinin karşılaştırılması

MODEL	FRANKO-GERMAN MODELİ	ANGLO-AMERİKAN MODELİ
Hasta bakım-kapsam	<ul style="list-style-type: none"> - Sahada ileri tedavi verir - Hastaneye daha az transfer sağlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> - Olay yerinde en az tedavi verilir - Hastaneye daha fazla transfer gerçekleşir.
Bakımı sağlayan personel	Paramedikle desteklenmiş hekimlerce yapılır.	Tıbbi gözetimdeki paramediklerce yapılır.
Ana amaç	Hastaya hastane getirilir.	Hasta hastaneye götürülür.
Transport yeri	Acil servis göz ardı edilerek doğrudan ilgili servislere nakil yapılır.	Doğrudan acil servise nakil gerçekleşir.
Kapsam	Acil tıp sistemi kamu sağlığı organizasyonunun bir parçasıdır.	Acil tıp sistemi kamu güvenliği organizasyonunun bir parçasıdır.

Ülkemizde ise acil servis hizmetleri bakımından Anglo-Amerikan modelini örnek almıştır (7, 31).

Acil servislerde etkili ve kaliteli bir hizmetin sunulması amacıyla sağlık sistemi modellerinin analizinin iyi incelenmesi, maliyet ve etkinliğinin araştırılması, toplumsal yapıya uygunluğu, sağlık personelinin eğitim durumlarına göre gözden geçirilmesi gerekmektedir (7).

2. 6. Acil Servise Hasta Kabulü

Sağlık Bakanlığı 2009 yılında yayınladığı "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" yönetmeliğine göre acil servislere hasta kabulünün sağlanmasını talep etmektedir. Buna göre:

“Madde 14: (1) Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü

olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için komuta kontrol merkezi (KKM) talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla mükelleftir. İleri tetkik ve tedavisi gereken hastaların diğer sağlık tesislerine sevki, sevk edilecek hastanın tıbbi durumuna uygun son tedavisinin uygulanabileceği sağlık tesisinin belirlenmesi ve nakil işlemlerinin 112 KKM'nin bilgi ve koordinasyonunda, 112 KKM tarafından verilen talimatlara uygun olarak yapılması gerekmektedir.” (20)

2. 6. 1. Triaaj

Acil servise başvuru yapan hastayı ilk karşılayan triaj hemşiresidir. Triaaj uygulaması özellikle acil servislerde kritik hastaların hızlı değerlendirilerek ön tanı konulması için kullanılan hasta sağlığı açısından önemli bir planlamadır. Avrupa ve ABD gibi ülkelerde uzun yıllardır triaj sistemi uygulanmaktadır. Günümüz acil servislerde kullanılan triaj skalalarının daha etkin ve ileri bir düzeye getirilmesi üzerinde çalışılmaktadır (3, 33).

Acil servislerde triaj, yakınma ve başvuru şikâyetine göre aciliyeti belirleme uygulamasıdır. Hastanın aciliyet ve bakım öncelikleri triyaj aşamasında belirlenip tanılanır. Acil servislerde hasta tıbbi tedavi ve bakımının en önemli adımıdır. Acil servislere başvuran hastaların tıbbi bakımı triajda başlar. Triaaj aşamasında değerlendirilip ön tanısı konulan hasta acil servis içinde uygun birime alınarak tıbbi bakım ve tedavisine devam edilir. Ülkemizde ve dünyada farklı triaj modelleri uygulanmaktadır (5, 7).

Triaaj modellerinin temel amacı, AS' ye başvuru yapan hastayı şikâyetine, fiziksel bulgularına ve başvuru şekline göre değerlendirip; aciliyet durumu belirlenerek serviste uygun birime alıp böylece, hastaların güvenlik ve acil serviste hızlı bir şekilde değerlendirilmesi sağlanmış olur. Aktif ve etkili uygulanan triaj; hastaya erken müdahale edilmesi, hastanın bekleme süresini azaltmakta, hasta memnuniyetini artırmakta ve hekim tarafından muayene olmadan ayrılan kişi sayısını düşürmek için planlanmalıdır (5, 8).

Triaaj; Fransızca bir kelime olup “trier” kökünden gelen; seçmek, sınıflamak ve ayıklamak anlamına gelen bir kelimedir. Acile başvuran hastanın hastalık durumunu veya yaralanma düzeyini belirlemek ve yaşama riski fazla olanları

belirlemek için kullanılan etkili ve sürekli bir planlamadır. Bu uygulama, hasta ya da yaralının, tedavi ve bakım ihtiyaçlarını en kısa sürede karşılamak amacı ile sağlık kuruluşlarının olanakların doğru yerde ve doğru zamanda kullanılmasıdır. Ayırıştırma sağlayan bu sistem, hızlı tanılama ve kısa anamnez ile yapılır (12, 34).

Sağlık bakım hizmeti içerisinde etkin olarak kullanılan bu uygulama, acil servislerdeki aşırı kalabalığı azaltır, morbidite ve mortalite oranını düşürür, kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasına olanak sağlar (12).

Acil şikâyeti olmayan hastanın acil servise başvuru yapması, bireylerin birinci basamak sağlık merkezine ulaşamaması, acil servis başvurusu ile daha hızlı hizmet alacağı düşüncesi gibi nedenler acil servislerin hasta başvuru oranını artırmaktadır. Bu nedenlerden dolayı acil servislerde “en acil” veya “en ciddi” hastaları belirlemeyi amaçlayan triajı uygulamayı zorunlu kılar (12, 38, 48).

Triaj uygulaması; etkin ve profesyonel bir ekip tarafından, hastanın değerlendirilip tanılandığı, tedavi ve bakım girişiminin yapıldığı, uygun bir alan, destek noktaları, iletişim donanımı ile daha aktif hale getirilir. Triaj sisteminin amacı; acil bir durumda yaşamı tehdit edebilecek durumların hızla belirlenerek gerekli girişimleri yapmaktır (35, 48).

Triaj uygulayan sağlık çalışanı; anamnez alma, yaşam bulgularını ölçme, fiziksel muayene yapma ve tanılama gibi birincil görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir. İkincil görevleri ise; gerekli işlemleri kayıt etmesi, telefon önerileri, ambulansla hastayı değerlendirmesi, malzeme ihtiyacını karşılaması, sürekliliği sağlaması ve güvenlik ile danışmanlık hizmeti gelir (12, 35).

Sağlık Bakanlığı'nın Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliği'ne göre acil serviste etkili ve verimli bir hizmet sunulabilmesi için renk kodlaması yapılması uygun görülmüştür. Hasta başvurusunda triaj işlemi yapılması; triaj için muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişim yapılma gibi sağlık sorunları açısından aciliyet durumuna göre yeşil, sarı ve kırmızı renkler kullanılmaktadır (7).

Triaj; hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, sağlık memuru ve benzer niteliğe sahip sağlık çalışanları tarafından uygulanır (7).

2. 6. 1. 1. Kırmızı Alan

Bu alanda hastayı bekletmeden tedavi ve bakımının yapılması gerekir. Kendi içinde yer alan kategori 1’de kardiyak ve solunum arresti, majör multipl travma, hava yolu tıkanıklığı, devam eden veya uzamış nöbet vb. gibi anlık müdahale gerektiren ve hayatı tehdit eden durumları kapsar (12).

Kategori 2’de anjina pectoris, göğüs ağrısı, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması, akut hemiparezi/disfazi, yüksek ateş gibi hayatı tehdit etme riski olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirip tedavi ve bakımın yapılması gerekli durumları içermektedir (12, 17, 39) .

2. 6. 1. 2. Sarı Alan

Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybının olma riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar (şiddetli karın ağrısı, renal kolik, intoks v.b), orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar (solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu, basit kanamalar, minör kafa travması v.b) sarı alanı oluşturmaktadır (12, 17, 39) .

2. 6. 1. 3. Yeşil Alan

Ayaktan başvuran, hayatı tehdit edecek bir sağlık sorunu olmayan, stabil olan ve ayaktan tetkik ve tedavi olabilecek dolayısı ile daha uzun süre bekletilebilecek veya birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilebilecek, basit sağlık şikâyetleri olan hasta grubudur (12, 17, 39) .

AS’ lere hasta başvurusundaki artışa paralel olarak ortaya çıkan kalabalığı önlemek amacı ile etkili bir çözüm önerisi olarak da görülen triaj uygulaması, 16 Ekim 2009’da, Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 15’ inci maddesine göre hazırlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları” tüm sağlık kurumlarına tebliğ edilerek uygulamaya başlanmıştır.

Bu aşamada görev alacak tüm sağlık çalışanlarının eğitimi amacı ile T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı ve Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER)’nin iş birliği ile ilk kez 11-15 Ocak 2015 tarihinde Triaj Eğitici Programı düzenlenmiştir (20, 34).

Tablo 2.Sağlık Bakanlığı Renk Tanımlı Triyaj Uygulaması

RENK KODU	DÜZEY	DERCESİ	MÜDAHALE SÜRESİ	ÖRNEK DURUMLAR		
Kırmızı	Kategori 1	Kritik Durum (En Acil)	Hemen	Koma (Bilinç Kaybı) Akut Solunum Sıkıntısı Kardiak Göğüs Ağrısı	Ağır Kafa Travması Anafilaksi Çoklu Travma Şok	Açık Göğüs V Batın Yaralanması Kontrol Edilemeyen Kanama Yaşam Bulgularında Ani Ve Önemli Değişim
Kırmızı	Kategori 2	Kritik Durum (Acil)	≤ 15 Dakika	Epilepsi Krizi İntihar Girişimleri (İlaçların Aşırı Dozda Alınması) Zehirlenme	Açık Kırıklar Ağır Yanık	
Sarı	Kategori 3	Stabil Olmayan Durum	≤ 60 Dakika	Solunum Sıkıntısı Karın Ağrısı Kardiya k Olmayan Göğüs Ağrısı Şiddetli Baş Ağrısı Tecavüz e Uğramış Hasta	Hiddetli Hasta Alkol İntoksikasyonu Kapalı Kırık Laserasyon Glop Vezikale Orta Dereceli Yanık	Böbrek Ağrısı
Yeşil	Kategori 4	Stabil Olmayan	≤ 2 Saat	Sistit Küçük Isırıklar Burkulma	Kontipasyonun Kaşınıtı Boğaz Ağrısı	Kulak Ağrısı Hafif Yanıklar Kronik Ba Ağrısı
Siyah	Kategori 5	Olağan durum		EX-DUHUL		

(Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü)

2. 6. 1. 4. Triaaj Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

Dünyadaki ülkelerin çoğunda triaj; triaj hemşiresi tarafından planlı ve etkili bir şekilde yapılmaktadır. Ülkemizde 19 Nisan 2011 tarihinde yürürlüğe giren hemşirelik yönetmeliğinde acil servis hemşireliğinin bakım ile ilgili olan “Acil Servis Hemşiresi, hastanın acil servise kabulünü sağlar.” ve “Acil Servis Hemşiresi, aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.” maddeleri ile triajın hemşire tarafından uygulanabileceğini belirtmektedir (12, 39, 40).

Karaçay (2007) çalışmasında ENA (1999) ve Türkiye Acil Tıp Derneği'nin triajın acil serviste en az 6 ay çalışmış olmak, triaj, temel/ileri yaşam desteği, travma hemşireliği ve pediatrik acil eğitimini tamamlamış ve acil hemşireliği sertifikasına sahip deneyimli hemşireler tarafından uygulanması gerektiğini ifade etmektedir.

Yapılan pek çok çalışmada acil servis yoğunluk ve kalabalığı önleyecek çözüm önerisi olarak triajın kullanılmasının etkin olacağı görüşü hâkimdir (34, 35, 39). Yapılan araştırmalarda triyaj; hemşireler tarafından uygulandığında; bekleme sürelerinin azaldığı ve hasta memnuniyetinin arttığı saptanmıştır(39).

Hastanelerin önemli ünitelerinden biri olan acil servisin öneminden dolayı triaj hemşiresinin görev ve sorumlulukları aşağıda sunulmuştur:

- Acil servise başvuran hasta triaj alanında karşılanır.
- Hastanın sağlık durumunu değerlendirerek acil servis içinde gideceği alanı belirler.
- Ambulans veya başka araçla acile başvuran hasta/yaralıyı servis girişi önünde karşılar ve uygun bir şekilde gerekli birime transferini gerçekleştirir.
- Hastayı/yaralıyı hekim gelinceye kadar gerekli olan anemnezi alarak ön hazırlık yapar, fiziki muayeneyi yaparak muayeneye hazır halde tutar.
- Hastanın/yaralının sevk, nakil, resmi prosedürleri, evrak işlerini ve kayıtlarını tutar ve denetler.
- Tanı koymaya yönelik işlemleri başlatır, yapılmasını sağlar ve sonuçları kayıt altına alır.
- Acil servisteki ekip arkadaşları ile beraber hasta/yaralının diğer birimlere sevkinin güvenli bir şekilde yapılmasını sağlar.

- İleri bir merkeze sevki edilecek hasta/yaralının ambulans ile nakli sırasında gerekli bakım ve takibinin yapılmasını sağlar.
- Hastane afet planında belirtilen görev ve sorumluluklarını yerine getirir (1, 39, 41, 42).

2. 7. Acil Servisten Taburculuk Kararı ve Taburculuk Önerileri

Acil servise, ciddi bir şikâyetle başvuran hastaya verilen tıbbi tedavi ve bakımından daha zor olan durum, hasta ile ilgili taburculuk kararının verilmesidir(3, 41). Taburculuk işlemi sırasında dikkatsiz, düzensiz davranılması; yakınmaların tekrarlama ihtimali, komorbid hastalıkları, uygulanan yanlış tedavi ve bakım, ilaçların yan etkileri, kaynak kayıpları ve hasta yakınlarının ajitasyon ve memnuniyetsizlikleri gibi sonuçlara neden olabilmektedir. Bunların gerçekleşme sebebinin acil servisten kaynaklandığı zannedilebilir. Plansız taburculuklar sonucunda tekrar acil servise başvuru yapıldığı görülmektedir(3, 7).

Hastaları taburcu etme işlemi planlı şekilde yapılmalıdır. Hastanın taburcu edilme sorumluluğu hastanın hekimine aittir (3, 7).

Acil servis hemşiresi, taburculuğu planlanan hastaya veya bakımını verecek kişiye; ilaçları hakkında bilgi, verilecek bakımın nasıl uygulanacağı ve hangi durumlarda kontrole gelmesi hakkında gibi konularda eğitim vermelidir(3, 7).

2. 8. Acil Servise Sık Başvuru

Acil servislerin sık kullanımı, serviste yoğunluğun ve karmaşanın artması ile birlikte sağlık hizmeti veren kuruluşların üzerinde çalıştıkları bir sorundur. Acil servislere sık başvuru ile ilgili yapılan birçok yayında farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Bu tanımlamalar içerisinde yıl içerisinde yapılan başvuru sıklığı farklı oranlarda belirtilmiştir(7, 39). Aynı yıl içerisinde 3 ve daha fazla acil servise yapılan başvuruyu sık başvuru olarak kabul eden araştırmalar var iken, kimisinde yılda 4 ve üzeri olan başvuru, kimisinde ise yılda 5 ve üzeri olan başvuru sık başvuru olarak kabul görmüştür. Literatür taramasında yaygın olarak yılda 4 ve üzerinde olan başvuruları sık başvuru olarak belirtmektedir(3).

2. 9. Acil Servise Tekrar Başvuru

Tekrar başvuru (TB) acil servisten taburculuktan sonraki ilk 72 saat içindeki başvurulara erken dönem TB olarak değerlendirilmektedir (1, 3, 14).

Literatür taramasında yapılan çalışmalar ile birçok tekrar başvuru nedeni saptanmıştır(1, 3, 14).

Tekrar başvurunun en belirgin nedenleri aşağıdaki gibi belirlenmiştir:

- Hastalığın yetersiz ya da eksik tedavisi,
- Hastanın bireysel(yaş, cinsiyet v.b) özellikleri,
- Kronik hastalıkların tam tedavi edilememesi.
- Önceki başvuruda nedeni saptanamayan hastalıklar (karın ağrısı, dehidratasyon, enfeksiyon vb) örnek verilebilir,
- Sağlık harcamaları sigorta şirketlerince karşılanan bireyler,
- Önceki başvuruları mesai dışı olan hastalar,
- Akut atakları olan hastalıklar,
- Kronik hastalıkları olan yaşlı hastalar, alkolikler, madde bağımlıları ve evsizlerdir.

2. 10. Acil Servise Erken Dönemde Tekrar Başvuru ve Nedenleri

Hastalar AS'den çıktıktan kısa bir süre sonra tekrar başvurularında genellikle ilk değerlendirme ve tedavinin yanlış ya da eksik yapıldığı değerlendirilmektedir (1, 3, 7, 14).

Birçok TB önemsiz bulunabilir, çünkü çok sayıda hastanın AS'yi acil olmayan yakınmalar için kullandığı kabul edilmektedir. AS'yi tekrar ziyaret eden hastalar servisi boşuna meşgul ettikleri veya yanlış kullandıkları fikrine kapılmadan önce; hasta başka bir hastaneye gitmek yerine, ilk müdahaleye güvenerek tekrar müdahalenin yapıldığı acil servise geri gelen hastalar acil servis hekimine, şikâyetlerinin çözümü için bir şans daha verdikleri düşünülmelidir(3, 14).

Tekrar başvuruda bulunan hastanın fiziksel muayene, laboratuvar, radyolojik tetkikleri ve detaylı öz geçmiş araştırmaları önyargısız olarak tekrar gözden geçirilmelidir (3).

TB için risk sayılan tanıları; dehidratasyon, sepsisemi, karın ağrısı, nöbet, astım, idrar yolu enfeksiyonları, pnömoni, mental bozukluklar, alkolle ilişkili durumlar, depresif bozukluklar, idrar yolu enfeksiyonları, üriner taş hastalığı, piyelonefrit, göğüs ağrısı, bulantı ve kusma gibi belirti ve bulguları olan hastalar TB için riskli olarak belirlenmiştir. Özellikle enfeksiyon odaklı hastalıklar risk teşkil etmektedir (3).

TB' ler taburculuk eğitimi ve eksiksiz tıbbi bakım ile azaltılabilir. Hastalara taburculuk eğitimlerinin daha iyi verilmesi, hastayı taburcu edildikten sonra telefon görüşmesi ve ev ziyareti gibi düşük maliyetli önlemler TB'leri azaltabilir (3, 14).

Acil servise tekrar başvuru oranı kalite göstergesi olarak alınmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumları tekrar başvuruyu azaltmak için çalışmalar yapmaktadır. Tekrar başvuru oranı azalırsa; acil servisteki kalabalık, hasta memnuniyetsizliği ve en önemlisi gerçekten ihtiyacı olan hastalara gerekli süre ve tıbbi bakım ve tedavi yapılabilir (3, 7).

2. 11. Hasta Memnuniyeti

Dünyaya gelen her bir birey, hiç bir koşul olmadan, en kaliteli ve etkin sağlık hizmetini almaya hak sahibidir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için de, sunulan hizmet kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu da hasta memnuniyetini ölçme ve değerlendirme araştırmaları yapılarak belirlenir (43, 44).

Hasta memnuniyetinde en önemli basamaklar; empati, bilgilendirme, ilgi ve nezaket, yönlendirme, hizmet hızı, psikososyal destek, zamanlamanın uygunluğu, sağlık hizmeti verenlerin profesyonel ve etkin olması, tıbbi sonuçların uygunluğu birer memnuniyet göstergesi olarak sınıflandırılabilir (43, 44).

Sağlık hizmetlerinin etkili ve eksiksiz sunumu ve kullanımı, ülkelerin sosyoekonomik kalkınmışlık düzeylerini belirleyen, en önemli belirteçlerdendir (43).

Hasta memnuniyeti, kaliteli hizmet sunumunun en önemli unsurudur. Hasta memnuniyetinin belirlenmesi, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hastaların beklentileri doğrultusunda daha kaliteli hizmet sunulması açısından önemli bir göstergedir. Sağlık hizmeti sunumundan memnun kalan hastalar, ihtiyaç duyduğunda tekrar aynı hizmeti veren sağlık kurumuna tekrar başvuracaktır (44).

Bakımın sonuçlarının değerlendirilmesi ve beklentileri karşılaması ile bağlantılı olan hasta memnuniyeti, farklı bireyler veya aynı birey tarafından değişik zamanlarda farklı şekilde anlatılabilir (45).

Ülkemizde çoğu hastanenin acil servisinde hasta ve yakınları sunulan sağlık hizmetinden memnun olmadığı gözlemlenen ve belirlenen bir sorundur (44).

Hastaların karşılaştıkları zorluklar arasında uzun bekleme süresi, hastalığı ile ilgili yeterli bilgi alamama ve sağlık personelinin tutumu önemli rol almaktadır (43).

Hasta memnuniyetini arttıran nedenler arasında; hastaya yeterli bilgilendirme, karar verme sürecine katılım sağlanması, yakınlarının desteğinin alınması, iletişim, ağrıyı minimize etme, empati kurma, sağlık çalışanının tutumu ve tavsiyeler olarak saptanmıştır (45, 46).

2. 12. Hastane Kalite Ölçekleri

Eskiden hastane kalite ölçüsü; hastanenin büyüklüğü, tesis, ekipman sayısı, ve servislerin iyi olması gibi yapısal veriler hastane kalitesinin ölçülmesinde etkili olabilmekteydi (3).

Amerika Sağlık Finans Kurumu kalite ölçütü olarak mortalite oranını kullanmaya başladıktan sonra, kalite ölçütleri yapısal olmayan parametreler kullanılmaya başlandı (3).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunumunun daha etkin, kaliteli, aktif sağlık hizmet verilmesini sağlamak ve iyileştirmek için sağlık kurum ve kuruluşlarının performanslarını ölçmeye yönelik; karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunma verilerinin tespit edilmesi, bireylerin de sürece katılımının sağlanması suretiyle kurum performans katsayısının ortaya konmasına ve hizmet sunumu açısından belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacı ile “Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” adlı bir yönetmelik yayınlamış ve bu yönetmelikle, ülkedeki tüm hastanelere ortak bir kalite ölçütü getirmeyi planlamıştır. Acil servise aynı yakınma ile tekrar başvuru oranı uluslararası bir hizmet kalite ölçüm kriteri olarak alınmaktadır (3, 20).

3.GEREKÇE ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Acil Servise 24 saat içinde Aynı Yakınma ile Tekrar Başvuruların Değerlendirilmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği; Kesitsel, retrospektif gözlemsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Araştırma 01. 01. 2016 ile 31.12.2016 tarihleri arasında Bir Devlet Hastanesi Acil Servisi' ne, başvuran hastaların verileri kullanılarak gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2016 yılında Bir Devlet Hastanesine 24 saat içerisinde aynı şikâyetle tekrar başvuran hastalar oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup tüm hastalar çalışma kapsamına alındı.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, geriye yönelik dosya taraması şeklinde yapıldığı için hastalara aynı yakınmayla tekrar başvuru nedenleri sorulamadı.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine 24 saat içerisinde aynı/benzer şikâyetle tekrar başvuran hastaların, son 1 yıl içindeki istatistiki verilerinin karşılaştırmalı analizini yapmaya yönelik; kesitsel, retrospektif ve gözlemsel araştırma modelinde planlandı. Hastalara ait veriler; 01.01.2016 ile 31. 12. 2016 tarihleri arasında, hastane bilgi yönetim sistemi ve 24 Saat İçerisinde Tekrar Acil Servise Başvuran Hastalar İndikatörü yardımı ile toplandı ve SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programında analiz edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma öncesinde, Acıbadem Üniversitesi ve Acıbadem Sağlık Kuruluşları Tıbbi Araştırma İzin ve Onay Başvuru Etik Değerlendirme Komisyonu'nun 16.02.2017 tarih ve 2017/3 sayılı kararı ile onayı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye

Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği 14. 04. 2017 tarih 35778018 774.99 Sayı yazılı kurum izinleri alındı (Ek-1; Ek-2).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS Statistics (SPSS,) programı kullanıldı. Veriler; tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Çalışma %27,7'si (n=473) kadın, %72,3'ü (n=1234) erkek olmak üzere acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran 1707 hastayı kapsamaktadır. Hastaların yaşları 1 ile 118 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması $33,62 \pm 16,59$ yıldır.

Tablo 3. Acil Servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara ilişkin özelliklerin dağılımı (N=1707)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	473	27,7
	Erkek	1234	72,3
Yaş grubu	0-5 yaş	76	4,5
	6-17 yaş	156	9,1
	18-64 yaş	1386	81,2
	65 yaş ve üzeri	89	5,2
Sağlık güvencesi	SGK	1566	91,7
	Adli vaka	79	4,6
	Bağkur	25	1,5

	Resmi kurumlar	20	1,2
	Genel bütçeli kurumlar	11	0,6
	Yeşil kart	2	0,1
	Yurtdışı	2	0,1
	Sağlık ocakları	1	0,1
	Ücretli	1	0,1
Mesai durumu	Mesai içi	705	41,3
	Mesai dışı	1002	58,7
Konsültasyon	Var	36	2,1
	Yok	1671	97,9
Başvurulan mevsim	Ocak	131	7,7
	Şubat	117	6,9
	Mart	136	8,0
	Nisan	147	8,6
	Mayıs	119	7,0
	Haziran	149	8,7
	Temmuz	154	9,0
	Ağustos	180	10,5
	Eylül	125	7,3
	Ekim	143	8,4
	Kasım	159	9,3
	Aralık	147	8,6

Acil Servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastaların %72,3'ünün (n=1234) erkek olduğu, %81,2'sinin (n=1386) 18-64 yaş arasında olduğu, %91,7'sinin (n=1566) sağlık güvencesinin SGK olduğu, %58,7'sinin (n=1002) mesai

dışında başvurduğu, %2,1'inde (n=36) konsültasyon görüldüğü, %10,5'inin (n=180) ağustos ayında başvurduğu saptandı.

Tablo 4. Acil Servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımı (N=1707)

	n
İdari amaçlar için muayene	302
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	247
İdari amaçlar için diğer muayeneler	213
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	81
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	75
Renal kolik, tanımlanmamış	65
Gastroenterit ve kolit, enfektif olmayan, tanımlanmamış	60
Miyalji	47
İdari amaçlar için muayene, tanımlanmamış	36
Akut tonsillit	33
Yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış	32
Karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış	27
Enfektif olmayan diğer gastroenterit ve kolit	22
Konjonktivit	19
Esansiyel (primer) hipertansiyon	19
Ağrı, tanımlanmamış	19
Lumbago, siyatik ile	16
Diş çürüğü, tanımlanmamış	15
Bulantı ve kusma	15
Baş ağrısı, diğer sendromları	14
Peptik ülser, yeri tanımlanmamış	12
Dismenore, tanımlanmamış	12
Akut farenjit	11
Gastrit, tanımlanmamış	11
Üriner sistemin diğer bozuklukları	11
Anksiyete bozuklukları, diğer	10
Diş çürükleri	10
Akut gastrit, diğer	9
Ürtiker	9
Akut bronşit	8
Bel ağrısı	8
Ağrı, başka yerde sınıflanmamış	8
Anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış	6
Gerilim baş ağrısı	6
Dispepsi	6
Kabızlık	6
Yumuşak doku bozukluğu tanımlanmamış, kullanma, aşırı kullanma ve basınç ile ilişkili	6
Fibromiyalji	6
Üriner sistemin bozukluğu, tanımlanmamış	6
Baş dönmesi (vertigo)	6
Otitis eksterna, tanımlanmamış	5
Üst solunum yolunun hastalığı, tanımlanmamış	5
Astım	5
Gastroenterit ve kolit diğer, tanımlanmış enfektif olmayan	5
Dorsalji	5
Epistaksis	5
Zehirsiz böcek ve eklem bacaklı tarafından ısırılma ve sokulma	5
Migren	4
Baş ağrısı sendromları diğer, tanımlanmış	4

Otitis eksterna	4	0,2
Akut tonsillit, tanımlanmamış	4	0,2
Allerjik ürtiker	4	0,2
Üriner sistem enfeksiyonu, yeri tanımlanmamış	4	0,2
Anemi, diğer	3	0,2
Anksiyete bozuklukları diğer, tanımlanmış	3	0,2
Gastrit ve duodenit	3	0,2
Miyalji, yer tanımlanmamış	3	0,2
Sistit	3	0,2
Akut sistit	3	0,2
Sistit, tanımlanmamış	3	0,2
Allerji, tanımlanmamış	3	0,2
Düşme, tanımlanmamış	3	0,2
Konjonktivitler, diğer	2	0,1
Periferik vertigolar, diğer	2	0,1
Hemoroidler	2	0,1
Akut bronşiolit	2	0,1
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diğer	2	0,1
Astım, tanımlanmamış	2	0,1
Diş çürükleri, diğer	2	0,1
Akut gingivitis	2	0,1
Ürtiker, tanımlanmamış	2	0,1
Hiperemezis gravidarum, hafif	2	0,1
Çarpıntı	2	0,1
Dispne	2	0,1
Hiperglisemi, tanımlanmamış	2	0,1
El bileği ve elin yüzeysel yaralanması	2	0,1
Yanık, korozyon ve donma sekeli	2	0,1
Aynı seviyeden düşme, diğer	2	0,1
Genel tıbbi muayene	2	0,1
Genel muayeneler, diğer	2	0,1
Epidemik vertigo	1	0,1
Mide malign neoplazmı (m8144/3.- , m8145/3.- , m8142/3.-)	1	0,1
Kolon malign neoplazmı, tanımlanmamış	1	0,1
İnsülin bağımlı olmayan diyabetes mellitus, komplikasyonları olmayan	1	0,1
Disosiyatif [konversiyon] bozukluklar	1	0,1
Epilepsi, tanımlanmamış	1	0,1
Migren, tanımlanmamış	1	0,1
Akut konjonktivit, tanımlanmamış	1	0,1
Konjonktivit, tanımlanmamış	1	0,1
Konjonktivanın diğer bozuklukları	1	0,1
Konjonktival hemoraji	1	0,1
Otitis eksterna, diğer	1	0,1
Akut seröz otitis media	1	0,1
Tinnitus	1	0,1
Kardiyak arrest	1	0,1
Varikoz venleri, diğer tanımlanmış yerlerin	1	0,1
Akut sinüzit	1	0,1
Akut farinjit, diğer tanımlanmış organizmalara bağlı	1	0,1
Akut larenjit	1	0,1
Akut üst solunum yolu enfeksiyonları, diğer birden fazla yerlerin	1	0,1
Bakteriyel pnömoni, tanımlanmamış	1	0,1
Akut bronşit, tanımlanmamış	1	0,1
Akut bronşiolit, tanımlanmamış	1	0,1
Akut alt solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	1	0,1
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, tanımlanmamış	1	0,1
Gastro-özofajial reflü hastalığı	1	0,1
İnguinal herni	1	0,1
Safra taşı	1	0,1
Safra kesesi taşı, akut kolesistit ile	1	0,1

Safra kesesi hastalığı, tanımlanmamış	1	0,1
Pankreasın diğer tanımlanmamış hastalıkları	1	0,1
Dermatit, diğer	1	0,1
Yumuşak doku bozuklukları diğer, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	1	0,1
Miyalji, kol	1	0,1
Miyalji, pelvik bölge ve kalça	1	0,1
Miyalji, bacak	1	0,1
Miyalji, ayak bileği ve ayak	1	0,1
Miyalji, diğer	1	0,1
Ekstremitte ağrısı	1	0,1
Fibromiyalji, diğer	1	0,1
Mesane bozukluğu, tanımlanmamış	1	0,1
Mesane bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda	1	0,1
Benign prostat hiperplazisi	1	0,1
Menstrüasyonun aşırı, sık ve düzensiz olması	1	0,1
Düzensiz menstrüasyon, diğer tanımlanmış	1	0,1
Fasial asimetri	1	0,1
İdrar retansiyonu	1	0,1
Baş ağrısı	1	0,1
Kronik ağrı, diğer	1	0,1
Senkop ve bayılma	1	0,1
Yüzeysel kafa yaralanması	1	0,1
Burun yüzeysel yaralanması	1	0,1
Gözde yabancı cisim	1	0,1
Burun deliklerinde yabancı cisim	1	0,1
Midede yabancı cisim	1	0,1
Vücut yüzeyinin %10'undan daha azını tutan yanıklar	1	0,1
Bıçak, kılıç veya kamayla temas	1	0,1
Eşek arısı ve arılarla temas	1	0,1
Kimyasallar ve zararlı maddelere diğer ve tanımlanmamış maruz kalma ve kendine zarar verme	1	0,1
Yakınma veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel muayene ve incelemesi	1	0,1
Trafik kazası sonrası muayene ve gözlem	1	0,1

Acil Servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Bu hastaların %17,7'sine (n=302) idari amaçlar için muayene, %14,5'ine (n=247) akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış, %12,5'ine (n=213) idari amaçlar için diğer muayeneler, %4,7'sine (n=81) diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış, %4,4'üne (n=75) üst solunum yolu hastalıkları, %3,8'ine (n=65) renal kolik, tanımlanmamış ve %3,5'ine (n=60) gastroenterit ve kolit, enfektif olmayan, tanımlanmamış tanılar konulmuştur.

Tablo 5.a. Cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran tüm hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Cinsiyet	
	Kadın	Erkek
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	21 (%4,4)	281 (%22,8)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	91 (%19,2)	156 (%12,6)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	10 (%2,1)	203 (%16,5)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	16 (%3,4)	65 (%5,3)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	29 (%6,1)	46 (%3,7)
Diğer	306 (%64,7)	483 (%39,1)

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p < 0,01$

Cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$; $p < 0,01$). Erkeklerde idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%22,8), kadınlardan (%4,4) yüksek saptandı. Ayrıca erkeklerde idari amaçlar için diğer muayene tanısının görülme oranı da (%16,5), kadınlardan (%10) yüksek saptandı.

Tablo 5.b. Cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)

Tanılar	Cinsiyet	
	Kadın	Erkek
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	21 (%12,6)	281 (%37,4)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	91 (%54,5)	156 (%20,8)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	10 (%6)	203 (%27)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	16 (%9,6)	65 (%8,7)

Üst solunum yolu diğer hastalıkları	29 (%17,4)	46 (%6,1)
-------------------------------------	------------	-----------

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p<0,01$

Cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$). Erkeklerde idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%37,4), kadınlardan (%12,6) yüksek saptandı. Ayrıca erkeklerde idari amaçlar için diğer muayene tanısının görülme oranı da (%27), kadınlardan (%6) yüksek saptandı. Kadınlarda ise akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısının görüme oranı (%54,5), erkeklerden (%20,8) yüksek saptandı.

Tablo 6.a. Yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Yaş Grupları			
	0-5 yaş	6-17 yaş	18-64 yaş	65 yaş ve üzeri
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	0 (%0)	6 (%3,8)	293 (%21,1)	3 (%3,4)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	37 (%48,7)	51 (%32,7)	151 (%10,9)	8 (%9)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	0 (%0)	1 (%0,6)	209 (%15,1)	3 (%3,4)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	0 (%0)	7 (%4,5)	74 (%5,3)	0 (%0)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	11 (%14,5)	19 (%12,2)	39 (%2,8)	6 (%6,7)
Diğer	28 (%36,8)	72 (%46,2)	620 (%44,7)	69 (%77,5)

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p<0,01$

Yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$). 18-64 yaş arası hastalarda idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%21,1), 0-5 yaş arası (%0), 6-17 yaş arası (%3,8) ve 65 yaş

ve üzeri (%3,4) hastalardan yüksek saptandı. Ayrıca 0-5 yaş arası hastalarda akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısının görülme oranı (%48,7), 6-17 yaş arası (%32,7), 18-64 yaş arası (%10,9) ve 65 yaş ve üzeri (%9) hastalardan yüksek saptandı.

Tablo 6.b. Yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)

Tanılar	Yaş Grupları			
	0-5 yaş	6-17 yaş	18-64 yaş	65 yaş ve üzeri
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	0 (%0)	6 (%7,1)	293 (%38,3)	3 (%15)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	37 (%77,1)	51 (%60,7)	151 (%19,7)	8 (%40)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	0 (%0)	1 (%1,2)	209 (%27,3)	3 (%15)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	0 (%0)	7 (%8,3)	74 (%9,7)	0 (%0)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	11 (%22,9)	19 (%22,6)	39 (%5,1)	6 (%30)

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p < 0,01$

Yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$; $p < 0,01$). 18-64 yaş arası hastalarda idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%38,3), 0-5 yaş arası (%0), 6-17 yaş arası (%7,1) ve 65 yaş ve üzeri (%15) hastalardan yüksek saptandı. Ayrıca 0-5 yaş arası hastalarda akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısının görülme oranı (%77,1), 6-17 yaş arası (%60,7), 18-64 yaş arası (%19,7) ve 65 yaş ve üzeri (%40) hastalardan yüksek saptandı.

Tablo 7.a. Sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Sağlık Güvencesi	
	SGK	Diğer
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	244 (%15,6)	58 (%41,1)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	237 (%15,1)	10 (%7,1)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	181 (%11,6)	32 (%22,7)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	76 (%4,9)	5 (%3,5)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	71 (%4,5)	4 (%2,8)
Diğer	757 (%48,3)	32 (%22,7)

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p<0,01$

Sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0,001$; $p<0,01$). Diğer sağlık güvencelerine sahip olanlarda idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%41,1), sağlık güvencesi SGK olanlardan (%15,6) yüksek saptandı.

Tablo 7.b. Sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)

Tanılar	Sağlık Güvencesi	
	SGK	Diğer
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	244 (%30,2)	58 (%53,2)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	237 (%29,3)	10 (%9,2)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	181 (%22,4)	32 (%29,4)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	76 (%9,4)	5 (%4,6)

Üst solunum yolu diğer hastalıkları	71 (%8,8)	4 (%3,7)
-------------------------------------	-----------	----------

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p<0,01$

Sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0,001$; $p<0,01$). Diğer sağlık güvencelerine sahip olanlarda idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%53,2), sağlık güvencesi SGK olanlardan (%30,2) yüksek saptandı.

Tablo 8.a. Mesai durumuna göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Mesai Durumu	
	Mesai İçi	Mesai Dışı
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	141 (%20)	161 (%16,1)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	98 (%13,9)	149 (%14,9)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	107 (%15,2)	106 (%10,6)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	45 (%6,4)	36 (%3,6)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	26 (%3,7)	49 (%4,9)
Diğer	288 (%40,9)	501 (%50)

χ^2 : Ki-Kare Testi

** $p<0,01$

Mesai durumlarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0,001$; $p<0,01$). Mesai içinde idari amaçlar için diğer muayene tanılarının görülme oranı (%15,2), mesai dışından (%10,6) yüksek saptandı.

Tablo 8.b. Mesai durumuna göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)

Tanılar	Mesai Durumu		χ^2 ; p
	Mesai İçi	Mesai Dışı	
	n (%)	n (%)	
İdari amaçlar için muayene	141 (%33,8)	161 (%32,1)	
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	98 (%23,5)	149 (%29,7)	
İdari amaçlar için diğer muayeneler	107 (%25,7)	106 (%21,2)	12,330; 0,015*
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	45 (%10,8)	36 (%7,2)	
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	26 (%6,2)	49 (%9,8)	

χ^2 : Ki-Kare Testi

**p<0,05

Mesai durumlarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0,015; p<0,05). Mesai dışı akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanılarının görülme oranı (%29,7), mesai dışından (%23,5) yüksek saptandı.

Tablo 9.a. Konsültasyon varlığına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Konsültasyon Varlığı	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	0 (%0)	302 (%18,1)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	3 (%8,3)	244 (%14,6)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	0 (%0)	213 (%12,7)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	5 (%13,9)	76 (%4,5)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	1 (%2,8)	74 (%4,4)
Diğer	27 (%75)	762 (%45,6)

χ^2 : Ki-Kare Testi

**p<0,01

Konsültasyon varlığına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0,001; p<0,01). Konsültasyon görülen hastalarda diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflandırılmış tanıların görülme oranı (%13,9), konsültasyon görülmeyen hastalardan (%4,5) yüksek saptandı.

Tablo 9.b. Konsültasyon varlığına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının değerlendirilmesi (N=918)

Tanılar	Konsültasyon Varlığı	
	Var	Yok
	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	0 (%0)	302 (%33,2)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	3 (%33,3)	244 (%26,8)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	0 (%0)	213 (%23,4)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	5 (%55,6)	76 (%8,4)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	1 (%11,1)	74 (%8,1)

χ^2 : Ki-Kare Testi

**p<0,01

Konsültasyon varlığına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0,001; p<0,01). Konsültasyon görülen hastalarda diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflandırılmış tanıların görülme oranı (%55,6), konsültasyon görülmeyen hastalardan (%8,4) yüksek saptandı.

Tablo 10.a. Mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Mevsimler			
	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	Kış
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

İdari amaçlar için muayene	79 (%19,7)	61 (%12,6)	76 (%17,8)	86 (%21,8)	
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	46 (%11,4)	53 (%11)	55 (%12,9)	93 (%23,5)	
İdari amaçlar için diğer muayeneler	77 (%19,2)	71 (%14,7)	25 (%5,9)	40 (%10,1)	106,499;
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	19 (%4,7)	24 (%5)	29 (%6,8)	9 (%2,3)	0,001**
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	17 (%4,2)	22 (%4,6)	13 (%3)	23 (%5,8)	
Diğer	164 (%40,8)	252 (%52,2)	229 (%53,6)	144 (%36,5)	

χ^2 : Ki-Kare Testi ** $p<0,01$

Mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0,001$; $p<0,01$). Kış mevsiminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanılarının görülme oranı (%23,5), ilkbahar (%11,4), yaz (%11) ve sonbahar (%12,9) mevsimlerinden yüksek saptandı. Ayrıca kış mevsiminde diğer üst solunum yolu hastalıkları tanılarının görülme oranı da (%5,8), ilkbahar (%4,2), yaz (%4,6) ve sonbahar (%3) mevsimlerinden yüksek saptandı.

Tablo 10.b. Mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan tanılarının değerlendirilmesi (N=1707)

Tanılar	Mevsimler			
	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	Kış
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İdari amaçlar için muayene	79 (%33,2)	61 (%26,4)	76 (%38,4)	86 (%34,3)
Akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış	46 (%19,3)	53 (%22,9)	55 (%27,8)	93 (%37,1)
İdari amaçlar için diğer muayeneler	77 (%32,4)	71 (%30,7)	25 (%12,6)	40 (%15,9)
Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış	19 (%8)	24 (%10,4)	29 (%14,6)	9 (%3,6)
Üst solunum yolu diğer hastalıkları	17 (%7,1)	22 (%9,5)	13 (%6,6)	23 (%9,2)

χ^2 : Ki-Kare Testi ** $p<0,01$

Mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikayet ile başvuran hastalara konulan ilk 5 tanının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p:0,001$; $p<0,01$). Kış mevsiminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanılarının görülme oranı (%37,1), ilkbahar (%19,3), yaz (%22,9) ve sonbahar (%27,8) mevsimlerinden yüksek saptandı.

İstatistiksel Değerlendirmeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5. TARTIŞMA

Literatür tarandığında AS' lere tekrar başvuru için değerlendirilecek sürenin 24 saatten başlayıp ilk bir ay içerisindeki başvuruyu aynı yakınma ile tekrar başvuru olarak kabul etmekten yana olan yayınlar olsa da genel kanı 72 saat içerisindeki tekrar başvuruyu sınır olarak kabul etmektedir.

Literatürde aynı yakınma ile 24 saat içerisinde tekrar başvuru oranı ile ilgili yapılan araştırma sayısı çok azdır.

Hastaların tıbbi gereksinimlerini karşılamak amacı ile ilk başvuru yaptıkları yer hastanelerin acil servisleridir. Literatür tarandığında; AS' lere yapılan tekrar başvuruların dört temel nedene göre değişiklik gösterdiği görülmektedir (1). Bunlar:

- Hastalığa
- Hastaya
- Hekime

- Tedavi ve bakım hizmeti veren sağlık kurumunun özelliklerine bağlı nedenlerdir.

Kristin ve arkadaşları çalışmalarında hastaneye tekrar başvuran hastaların çoğunluğunun zaman kaybı yaşamadıklarını ve AS'lere daha güvenilir olduğunu düşündükleri için başvuru yaptıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların çoğunun kayıtlı aile hekimlerine başvurmayıp AS'e başvurdukları saptanmıştır (50).

Han ve arkadaşları tarafından yapılan bir başka araştırmada, aile hekimliği sisteminin daha aktif kullanılması ile acil servislere tekrar başvurunun azalacağı ve bu sayede meydana gelebilecek tıbbi ve adli sorunların azalacağı tespit edilmiştir(49).

Akyol ve arkadaşlarının çalışmalarında aynı şikâyetle tekrar başvuru yapan, tanı ve tedavi değişikliği yapılmayan hasta oranı %34.2 olarak bulunmuş olup, hastaların %93,6' sının aynı ilaçlarla tam olarak iyileşme sağlayamadığını gözlemlemiştir. Aynı tanıyı alıp aynı tedavi ile tam iyileşme sağlayan hastaların %20' sine hastalık ve reçete kullanımının ayrıntılı olarak hekim tarafından açıklandığı belirlenmiştir. Bu bulgular tekrar başvuruların keyfi olarak yapıldığını düşündürülebilir (1).

Aynı yakınma ile tekrar başvuruyu cinsiyet faktörünün etkileyip etkilemediğinin değerlendirildiği Bıçakçı' nın araştırmasında etkilemediği görülmüştür (3).

Akyol ve arkadaşlarının çalışmasında tekrar başvuru yapan hastaların yaş dağılımlarının diğer hastalardan farklı olmadığı ve kadın hastaların anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır(1).

Türközü' nün araştırmasında erkek hastaların anlamlı olarak daha fazla tekrar başvuru yaptığı görülmüş(41).

Bizim çalışmamızda ise; cinsiyete göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p:0,001; p<0,01). Erkeklerde idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%22,8), kadınlardan (%4,4) yüksek bulundu. Ayrıca erkeklerde idari amaçlar için diğer muayene tanısının görülme oranı da (%16,5), kadınlardan (%10) yüksekti.

Aynı yakınma ile tekrar başvuruyu yaş faktörünün etkileyip etkilemediği incelendiğinde;

Türközü' nün araştırmasında tekrar başvuru oranının en yüksek 18-25 yaş ve 65 yaş üstü grupta olduğu saptanmıştır(41).

Bıçakcı' nın araştırmasında tekrar başvuruların yaşlara göre dağılımı literatüre uygun olarak %74,8 oranında 17-64 yaş grubu arasında bulunmuştur. Yaşlı hasta grubu olarak nitelendirilen 65 yaş ve üzeri hastaların tekrar başvuru oranları yüksek olmasına rağmen ilk başvurularında hastaneye yatışları yapıldığı için diğer yaş gruplarına göre tekrar başvuru oranlarına kıyasla daha az olduğu görülmüştür(3).

Abualenain ve arkadaşları çalışmalarında aynı şikâyetle tekrar başvuru yapan hastaların yaş dağılımları 35 ile 54 yaş arasında olduğunu tespit etmişlerdir (55).

Hu ve ark. Çalışmalarında tekrar başvuru oranının özellikle yaşlılarda ve yatağa bağımlı hastalarda daha sık görüldüğünü göstermişlerdir (56).

Cheng ve ark. Çalışmasında yeniden başvuruların tanı dağılımları enfeksiyona bağlı, norolojik nedenlere bağlı, gastroenterolojik nedenler en fazla yer almıştır (57).

Bizim çalışmamızda ise; yaş gruplarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanılarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,001; p<0,01). 18-64 yaş arası hastalarda idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%21,1), 0-5 yaş arası (%0), 6-17 yaş arası (%3,8) ve 65 yaş ve üzeri (%3,4) hastalardan yüksek saptandı. Ayrıca 0-5 yaş arası hastalarda akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısının görülme oranı (%48,7), 6-17 yaş arası (%32,7), 18-64 yaş arası (%10,9) ve 65 yaş ve üzeri (%9) hastalardan yüksektir.

Tekrar başvuru yapan hastalar sağlık güvencesine göre incelendiğinde; Sağlık Uygulama Tebliği' nin katılım payı ödenmeyecek sağlık hizmetleri ile ekstra ücret ödenmeyecek sağlık hizmetlerine ilişkin maddelere göre kurumla sözleşmeli veya sözleşmesiz sağlık hizmet sağlayıcıları tarafından sunulan acil sağlık hizmetlerinden

dolayı kişiler katılım payı ve ekstra ücret ödememektedir(13). Tüm hastalar sosyal güvencelerine bakılmaksızın acil servise kabul edilir.

Akyol ve arkadaşlarının çalışmasında, aynı yakınmayla tekrar başvuru yapan hastaların dörtte üçünün tetkik, muayene ve tedavi giderleri için herhangi bir ücret ödemedikleri ve ödeme yapan hastalara göre sayılarının daha fazla olduğu saptanmıştır(1).

Bizim çalışmamızda sağlık güvencesine göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p:0,001$; $p<0,01$). Diğer sağlık güvencelerine sahip olanlarda idari amaçlar için muayene tanısının görülme oranı (%41,1), sağlık güvencesi SGK olanlardan (%15,6) yüksek bulunmuştur.

Tekrar başvuru yapan hastaların tanılarına göre yapılan araştırmalar incelendiğinde; Bıçakçı' nın araştırmasında en sık başvuru şikâyeti olarak %10 oranla nefes darlığı ve bunu izleyen en sık tanı alan hastalıkların renal kolik ve KOAH olduğunu tespit etmiştir.

Akyol ve arkadaşları çalışmalarında, tekrar başvuru nedenlerinin üst solunum enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlar olduğunu belirtmiştir. Tekrar başvuran hastalarda baş ağrısı en sık ağrı yakınması olarak ifade edilmiştir (1).

Türközü' nün araştırmasında aynı yakınma ile başvuran hastaların ilk başvuru nedenlerine bakıldığında başvuruların en sık kas-iskelet sistemi ile ilgili nedenler (%15,7) olduğu görülmektedir. Diğer en sık başvuru nedenleri ise sırasıyla pansuman ve aşı gibi herhangi bir sistemi ilgilendirmeyen nedenler(%14,1) ve gastrointestinal nedenler olarak belirtilmiştir(41).

Verelest ve arkadaşları çalışmalarında, 18 yaş üstü tekrar başvuru yapan hastaların %12 sinin yanlış teşhis, %2,9 unun ilaç yan etkisi ile %9 unun ise alkol kullanımına bağlı tekrar başvuru yaptıkları ifade edilmiştir (51).

Wu ve arkadaşları çalışmalarında aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanılarının; %12,9 unun karın ağrısı, %12,6 sının yüksek ateş, %4,5 inin vertigo, %2.1

nin baş ağrısı ve %2.1 inin ÜSYE şikâyeti ile başvuru yaptıklarını belirlemişlerdir (54).

Abualenain ve arkadaşları ise çalışmalarında aynı şikâyetle tekrar başvuru yapan hastaların tanı dağılımlarını; % 8 karın ağrısı, % 8 nefes darlığı, %6 yüksek ateş, % 5 psikolojik bozukluklar, % 5 halsizlik ve % 5 kusma olarak belirlemişlerdir (55).

Bizim çalışmamızda ise; acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Bu hastaların %17,7’sine (n=302) idari amaçlar için muayene, %14,5’ine (n=247) akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış, %12,5’ine (n=213) idari amaçlar için diğer muayeneler, %4,7’sine (n=81) diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış, %4,4’üne (n=75) üst solunum yolu hastalıkları, %3,8’ine (n=65) renal kolik, tanımlanmamış ve %3,5’ine (n=60) gastroenterit ve kolit, enfektif olmayan, tanımlanmamış tanılar konulmuştur.

Literatürde, en sık başvuru nedeni olarak enfeksiyon kaynaklı tanılar ve ağrı şikâyetleri belirtilmektedir (41). Bu da tekrar başvurunun hastalığın iyileşme süresine ve semptomların ortadan kalkıp kalkmamasına bağlı olduğunu göstermektedir.

Tekrar başvuru yapan hastaların mesai içi ve mesai dışı başvuruları incelendiğinde; Türközü’ nün yaptığı araştırmada poliklinik hizmetine ulaşamama ya da geç ulaşma (%54,2) en sık tekrar başvuru nedeni olarak tespit edilmiştir (41).

İncesu ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %55,9’unun mesai içinde, %44,1’nin ise mesai dışı zamanlarda acil servise başvurduğu saptanmıştır (14).

Bizim çalışmamızda ise; mesai durumlarına göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,001; p<0,01). Mesai içinde idari amaçlar için diğer muayene tanılarının görülme oranı (%15,2), mesai dışından (%10,6) yüksek bulundu.

Acile başvuru zamanının sıklıkla mesai saatleri içinde olmasına yönelik nedenler araştırıldığında, hastaların sıra bekleme ve randevu almadan hizmet alma, tetkiklerini, reçete ve rapor alma gibi hizmetlere rahat ulaşabilmeleri gösterilebilir.

Çalışmamızda ayrıca mevsimsel olarak tekrar başvuru oranı incelediğinde; mevsimlere göre acil servise 24 saat içinde aynı şikâyet ile başvuran hastalara konulan tanıların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p:0,001; p<0,01). Kış mevsiminde akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanılarının görülme oranı (%23,5), ilkbahar (%11,4), yaz (%11) ve sonbahar (%12,9) mevsimlerinden yükseldi. Ayrıca kış mevsiminde diğer üst solunum yolu hastalıkları tanılarının görülme oranı da (%5,8), ilkbahar (%4,2), yaz (%4,6) ve sonbahar (%3) mevsimlerinden yüksek bulundu. Bu sonuca göre de mevsimsel tanılarının tekrar başvuru nedenlerini arttırdığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde aynı yakınma ile tekrar başvuru oranı hastanelerin yapısal farklılıklarına göre değişmektedir. Benzer çalışmalarda ki ortak başvuru nedenleri arasında en sık başvuru nedenlerindedir(3). Enfeksiyon kaynaklı üst solunum yolu hastalıkları. Bunu takip eden neden ise ağrı şikâyetidir.

6. SONUÇ

Acil servisler hastaların en rahat ve kolay sağlık hizmetine ulaşım alanlarıdır. Dolayısı ile çok yoğun ve kalabalıktırlar. Bireysel acil servisleri muayene, tetkik, reçete yazdırılması ve rapor alınabilen yer olarak görülmektedir. Bunun en önemli nedeni acil servislere başvuran hastaların sıra beklemeden ve randevu almadan bu hizmetlerden yararlanmasıdır. Bu durum acillerin yoğun ve kalabalık olmasına neden olmakta ve hizmet kalitesini ciddi şekilde etkilemektedir.

Bu yoğunluk ve acilin gereksiz kullanımı, sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırmaktadır. Bu da doğrudan acile tekrar başvuru oranının artmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olabilir.

AS' lere tekrar başvuruyu azaltmak için yaptığımız araştırma ve literatür taramasında acillerin etkili kullanılması ve sevk zincirinin işletilmesi gerekliliği tespit edilmiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler ışığında özellikle idari amaçlı muayenelerin tekrar başvuruyu arttırdığı bulunmuştur. Bu sonuç hem başvuru sayısını arttırmakta hem de acilin yoğun olmasına neden olmaktadır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz ikinci en sık başvuru nedeni üst solunum yolu enfeksiyonudur. Bunun nedeni olarak da hastalığın semptomlarının geç ortadan kalkması olarak değerlendirilmiştir. Çözüm önerimiz olarak da taburculuk eğitiminin ilgili sağlık çalışanı tarafından hasta ve / veya ailesine ayrıntılı bir şekilde verildiği takdirde tekrar aynı nedenle başvuruların azalacağı yönündedir.

Çalışmamızda gözlemlediğimiz hekimlerin hastaya ayırdığı muayene süresinin az olması ve hekimlerin performans dayalı çalışma sisteminin tekrar başvuruyu arttırdığı düşünülmektedir.

Hem yaptığımız literatür taramasında hemde çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar aile hekimliği sisteminin aktif kullanılmadığını göstermiştir. Bu durumun acil servise başvuru sayısını arttırdığını düşündürmektedir.

Tekrar başvurularda; randevulu hastaların takibine yönelik herhangi bir kayda rastlanmamış olup; kayıt sistemlerinin revize edilmesi önerilmektedir.

7. ÖNERİLER

- Sağlık kurumlarında sevk zincirinin işletilmesi,
- AS ve hastanelerde idari amaçlı muayeneler için ayrı bir poliklinik ve sağlık çalışanının görevlendirilmesi,
- Hastaların tedavi hizmetleri tamamlandıktan sonra; hastaya taburculuk eğitiminin ilgili sağlık çalışanı tarafından verilmesi,
- Hekimlerin performans kaygılarının ortadan kaldırılması ve hastaya ayrılan muayene süresinin arttırılması,
- Aile hekimliği çalışmalarının daha aktif denetlenmesi,

- Tıbbi kayıtların düzenli tutulması önerilir.

8. KAYNAKLAR

1. Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Akyol AJ, Tür FÇ. Acil servise aynı şikâyet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. Turk J Emerg Med. 2006;6(3):108-116.
2. Başol N, Çelik Y, Ayan M, Esen M, Koç İ, Savaş AY. Acil Servis yoğunluğunun bir sebebi olan enjeksiyon amaçlı başvuruların değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;6 (4):258-268.
3. Bıçakçı S. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi erişkin acil servisine 72 saat içerisinde aynı/ilişkili şikâyetle yapılan tekrar başvuruların özellikleri. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi İzmir. 2014 (Danışman: Yard. Doç. Dr. Rıdvan Atilla).
4. Kılıçaslan İ. Bozan H. Oktay C. Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(1): 5-13.
5. Özçelik H. Acil servise başvuran kategori 1 hastalarının acil servis’te Kalış süresini etkileyen faktörler, T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir 2012(Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nurdan Acar).
6. Han CY, Chang W, Lee HL. Unplanned revisits to the emergency department: What emergency department nurses can do? AENJ 2009;12(4):178.
7. Çelikten OS. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi: Beş yıllık analiz. T.C. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim

Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Konya. 2016 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet AK)

8. Payza U. Acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri, aciliyet algıları, bu algıyı etkileyen faktörler ve acil servise bakış açıları. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Katip Çelebi Tıp Fakültesi ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı. İzmir. 2014 (Tez Danışmanı Uzm. Dr. Zeynep Karakaya).
9. Zeytin TA. Acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi. T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir. 2010(Tez Danışmanı: Doç.Dr. Arif Alper ÇEVİK).
10. American College of Emergency Physicians: Emergency care guidelines. Ann Emerg Med.1997; 29: 564-571.
11. Kebapçı A. Akyolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2011;11(2), s: 59-67.
12. Özhanlı Y. Acil birimlerde hastaların triyaj ve hemşirelik uygulamalarından memnun olma durumları. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2015 (Danışman: Prof. Dr. Neriman Akyolcu).
13. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Resmi Gazete: 06 Ağustos 2010. Sayı; 27764.
14. İncesu E, Beylik U, Küçükkendirci H. Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: Türkiye’de bir devlet hastanesi acil servis araştırması. Akademik Bakış Dergisi Sayı: 53 Ocak - Şubat 2016 Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler e-dergisi.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı 2015 Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Güncellenme tarihi 14. 12. 2016.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik yönetmeliği resmi gazete tebliği. (8 mart 2010). Resmi Gazete, sayı 27515.

17. TC. Sağlık Bakanlığı yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Resmî Gazete. 16 Ekim 2009. Sayı: 27378.
18. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık uygulama tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ. Resmi gazete: 06 ağustos 2010. sayı; 27764.
19. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) acil sağlık hizmetlerinin yapısı, Ankara, 2011; S: 37-39.
20. TC. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti kalitesinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine dair yönetmelik. Resmi Gazete: 06 Ağustos 2013. Sayı; 28730.
21. Aydın T. Aydın ŞA. Köksal Ö. Özdemir F. Kulaç S. Bulut M. (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi 2010; 9(4), 163-168.
22. Kabaroğlu K. Eroğlu SE. Onur ÖE. Denizbaşı A. Akoğlu H. acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması Marmara Medical Journal 2013; 26:82-9.
23. Eitel DR, Rudkin SE, Malvey MA, Killeen JP, Pines JM. Improving service quality by understanding emergency department flow: A White paper and position statement prepared for the Am Acad Emerg Med. J Emerg Med 2010;38(1):70-9.
24. Morganti. K. G. Bauhoff S. Blanchard J. C. Abir M. Iyer N. Smith, A. Okeke J. Kellermann A. L. The Evolving Role Of Emergency Departments İn The United States. Rand Health Quarterly. 2013;3(2)
25. Oktay C. İkinci basamak sağlık kurumlarının (hastanelerin) acil servislerinde çalışan sağlık personelinin görev tanımları. <http://www.tatd.org.tr> Erişim tarihi: 20.04.2017.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği hakkında resmi gazete tebliği, 1983, <http://www.tkhk.gov.tr> Erişim tarihi: 20.04. 2017.
27. http://www.hemed.org.tr/images/stories/Hemsirelik_Yonetmeliği_19_Nisan_2011.pdf Erişim:20.04.2017.

28. Al-Shaqsi S. Models of International Emergency Medical Services Systems, Oman Medical Journal,2010 Sayı: 25, s:320.
29. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. Prehosp Disaster Med.2003;18(1):29-35.
30. Totten V. Bellou A. Development of Emergency Medicine in Europe. Official Journal of the Society for Akademik Emergency Medicine 2013, Vol:20, No:5, s: 512-516.
31. Altuntaş S. Dünyada ve ülkemizde ilk yardım, acil sağlık hizmetleri ve afetlerde sağlık organizasyonu, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Yayınları 2014. s: 3.
32. Göransson KE. Von Rosen A. Patient experience of the triage encounter in a Swedish emergency department. Int Emerg Nurs 2010; 18(1):36-40.
33. Farrokhnia N. Göransson EK. Swedish Emergency Department Triage and Interventions For Improved Patient Flows:A National Update Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2011; 19:72, s:1-5
34. Karaçay P. Acil servis kalabalığı ve çözüm önerileri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2010; 7(2), 20-24.
35. Kandiş, H. Acil Serviste Triyaj. VI. Ulusal Acil Tıp Kongresi, Antalya 2010 6-9 Mayıs.
36. Sungur, E., Aksoy, B., Biçer, S. ve Aydoğan, G. (2009). Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi,2009; 1(1),s: 14-18.
37. Saz EU. Özen S. Karapınar B. Pediatrik acil servislerde triyaj protokolleri Türkiye Klinikleri J Pediatr 2009;18(4):289-96.
38. Tekşam Ö. Çocuk acil servislerinin kalabalığına genel bakış ve çözüm önerisi olarak triyaj. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40(3), 125-132.
39. Tarhan MA. Akın S. Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016, 3(2):170-174.
40. Asar E. Ülkemizde triyaj hemşireliği uygulama örnekleri: Akdeniz Üniversitesi Örneği. II. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi, Aydın 19-21 Nisan 2013.

41. Türköz M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığı, tekrar başvuru nedenlerinin incelenmesi:1 yıllık inceleme T.C.Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir 2014 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nurdan Acar).
42. Olgun N. Kuşuoğlu S.(2004). Triyaj: Acil bakımda önceliklerin belirlenmesi ve pediatrik triyajın önemi. Aslan, F. (Ed.). Acil Bakım. Yüce Yayın, İstanbul 2004, s: 59-86.
43. Alıcı B. Uzuntarla B. Türkuğur Ü. Güleç M. Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Acil servisine başvuran hastaların memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. TAF Prev Med Bull, 2016; Cilt 15, Sayı 2, S: 121-126.
44. Özcan H. Özdemir O. İnci E. Sözkese N. Acil servise başvuran hastaların memnuniyeti. Journal of Health Science and Profession. 2015; 2(2), S: 149-155.
45. Akkaya GE. Bulut M. Akkaya C. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörler. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Tr J Emerg Med. 2012;12(2):62-68.
46. Topal FE. Şenel E. Mansuroğlu C. Hasta memnuniyeti araştırması: bir devlet hastanesinin acil kliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri. Cumhuriyet Tıp Derg. 2013; 35: 199-205.
47. American College of Emergency Physicians. 2007. Emergency Department Planning and Resource Guidelines. Approved October 2007. <http://www.acep.org>. Erşim : 12/04/2017.
48. Akyolcu N. Acil birimlerde Triyaj. İ.Ü.F.N. Hem. Derg. (2007). Cilt 15. Sayı 58, s: 7-17.
49. Han CY. Chen LC. Barnard A. Lin CC. Hsiao YA. Liu HE and Chang W. Early Revisit to The Emergency Department: An Integrative Review. Journal of Emergency Nursing. Volume 41. S: 285- 295. 4 July 2015.
50. Kristin L. Kevin A. Meghan O'Brien. Judd E. Brendan G. Judy A. Return Visits to the Emergency Department: The Patient Perspective. Annals of Emergency Medicine. Volume 65, No. 4 S: 378- 386. April 2015.

51. Verelst S. Pierloot S. Desruelles D. Gillet JB Bergs J. Short-Term Unscheduled RETURN Visits of Adult Patients To The Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*. Vol. 47. No. 2. S.: 131–139. 2014.
52. Amber K. Keith E. Renee Y. In-Hospital Outcomes and Costs Among Patients Hospitalized During a Return Visit to the Emergency Department. *Journal of the American Medical Association*. Volume 315. Number 7. S: 663-671. 16 February 2016.
53. Puente AJ. Mata JDL. Huertas JL. Ordóñez BG. Haro LN. Blanquer AL. Reina AM. Campo MM. Causas de Los Retornos Durante Las 72 Horas Sigüientes Al Alta de Urgencias. *Emergencias*. S:287-293. 2015;27.
54. Wu CL. Wang FT. Chiang YC. Chiu YF. Lin TG. Fu LF and Tsai TL. Unplanned Emergency Department Revisits Within 72 Hours To a Secondary Teaching REFERRAL Hospital in Taiwan. *The Journal of Emergency Medicine*. Vol. 38. No. 4. S.: 512–517. 2010.
55. Abualenain J. Frohna WJ. Smith M. Pipkin M. Webb C. Milzman D and Pines JM. The Prevalence Of Quality Issues and Adverse Outcomes Among 72-Hour Return Admissions In The Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine* Vol. 45. No. 2. S: 281– 288. 2013
56. Hu KW. Lu YH. Lin HJ. Guo HR and Foo NP. Unscheduled Return Visits Without Admisson Post Emergency Department Discharge. *The Journal of Emergency Medicine* Vol. 43. No. 6. S: 1110– 1118. 2012
57. Cheng SY. Wang HT. Lee CW. Tsai TC. Hung CW. Wu KH. The Characteristics and Prognostic Predictors Of Unplanned Hospital Admission Within 72 Hours After Ed Discharge. *American Journal Of Emergency Medicine* 31. S: 1490-1494. 2013

9. EKLER





SAYI: ATADEK-2017/3
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Sefer Özenir, Prof. Dr. Sema Kuşuoğlu,

Sorumluğunu yürüttüğünüz "Acil Servise 24 Saat İçinde Aynı Yakınma İle Tekrar Başvuruların Değerlendirilmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği" başlıklı proje 16.02.2017 tarih 2017/3 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup, 2017-3/40 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS
ATADEK Kurul Başkanı

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU (ATADEK)

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın başlığı:

Acil Servise 24 Saat İçinde Aynı Yakınma İle Tekrar Başvuruların Değerlendirilmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği

Etik onay istenen tıbbi araştırmanın yürütücüsü (sorumlusu):

Sefer Özenir, Prof. Dr. Sema Kuşuoğlu

Karar:

Kabul (Etik olarak uygun) Revizyon ()* Etik olarak uygun değil ()**

Toplantı Tarihi:16/02/2017

Karar Numarası: 2017-3/40

Kurul Üyesi-Unvan Ad-Soyad	İmza	Karara	
		Katılıyorum	Katılmıyorum***
Prof. Dr. İsmail Hakkı Ulus (Başkan)		(X)	()
Prof. Dr. Güldal Süyen (Başkan Yrd)		(X)	()
Prof.Dr. Mert Ülgen		()	()
Doç.Dr. Ükke Karabacak		(X)	()
Doç.Dr. A.Elif Eroğlu Büyükköner		()	()
Doç.Dr. Berrin Karadağ		()	()
Yrd.Doç.Dr. Fatih Artvinli		()	()
Yrd.Doç.Dr. Günseli Bozdoğan		()	()

EK-2 İstanbul İli Kamu Kamu Hastaneler Birliği Güney Sekreterliği Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
MÜHÜRÜ VE İZİN BELGESİ
İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ



Sayı : 35778018-774.99
Konu : Araştırma İzinleri

Sayın Sefer ÖZENİR
Tuzla Devlet Hastanesi - İçmeler Mah. Enişe Sok. No:5 34947 Tuzla

“Acil Servise 24 Saat İçinde Aynı Yakınma ile Tekrar Başvuruların Değerlendirilmesi: Bir Devlet Hastanesi Örneği” başlıklı çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Tuzla Devlet Hastanesinde uygulama talebiniz Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuz tarafından değerlendirilmiş olup, 14/04/2017 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın yapılması; hastaya ait bilgilere ulaşılmaması ve sadece sayısal verilerin paylaşılması şartıyla uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 4 (dört) ayda tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafınıza gönderilmesi hususunda; Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uz. Dr. Habip YILMAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı



25 04 2017

Büyükdök Mah. Atatürk Cad. No:1 Maltepe / İstanbul
Faks No: 02164210005
e-Posta adresi: denizgulli@sağlık.gov.tr İnt. Adresi: www.sagh.gov.tr

Bilgi için: Fatma DENİZ EĞİLİ
Ünvan: SEKRETER
Telefon No: (0216) 4212630-(1321)

Erişime ilişkin yazışmalarınız için adresimizden https://www.bilgi.saglik.gov.tr adresinden; Başvularınızı 0102-0104-0090-022704060000 kodu ile yapabileceğiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu ile değiştirilmiştir.

EK-3Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Sefer	Soyadı	ÖZENİR
Doğum Yeri	Hatay	Doğum Tarihi	01.08.1979
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	21173013840
E-mail	seferozenir@gmail.com	Tel	0505 491 2625

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yükse Lisans(Tezsiz)	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2016
Lisans	Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulu	2002
Lise	Samandağ Lisesi	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Acil Servis Sorumlusu	Bir Devlet Hastanesi	2011-...
2. Acil Servis Hemşiresi	Siverek Devlet Hastanesi	2005-2011
3. KVC Yoğun bakım hemşiresi	Bakırköy Acıbadem Hastanesi	2003-2005

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	57,72	54,22	53,22

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

Sertifika	Tarih
Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası	2014