



**T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**AMAÇ DIŞI ACİL SERVİS KULLANIM NEDENLERİ VE
AMAÇ DIŞI KULLANIMI AZALTMAYA İLİŞKİN
YÖNETİMSSEL ÖNERİLER: ÇORUM İLİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Zeynep BOZDAĞ

Çorum 2019

**AMAÇ DIŞI ACİL SERVİS KULLANIM NEDENLERİ VE AMAÇ
DIŞI KULLANIMI AZALTMAYA İLİŞKİN YÖNETİMSEL
ÖNERİLER: ÇORUM İLİ ÖRNEĞİ**

Zeynep BOZDAĞ

**Sosyal Bilimleri Enstitüsü
İŞletme Anabilim Dalı**

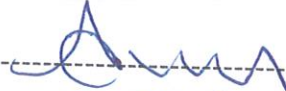
Yüksek Lisans Tezi

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Ömür DEMİRER**

ÇORUM-2019

KABUL VE ONAY

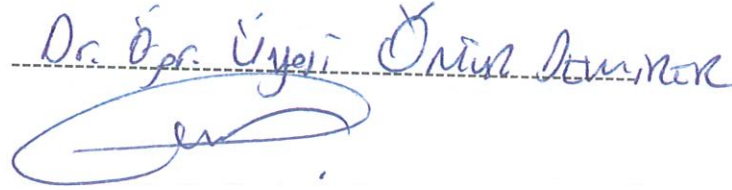
Zeynep BOZDAĞ tarafından hazırlanan *Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri Ve Amaç Dışı Kullanımı Azaltmaya İlişkin Yönetimsel Öneriler: Çorum İli Örneği* başlıklı bu çalışma, 14/06/2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği / oyçokluğu ile başarılı bulunarak yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. M. ASİF YOLCU



Doç. Dr. Mehmet TOKSAR



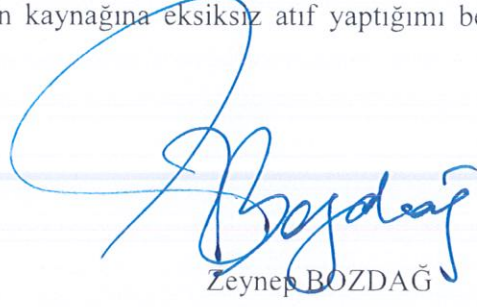
Dr. Öğr. Üyesi ÖMER DEMİR

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.


Prof. Dr. Mehmet EVKURAN
Enstitü Müdürü

T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı beyan ederim. (14/6/2019)


Zeynep BOZDAĞ

ÖZET

BOZDAĞ, Zeynep. *Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri Ve Amaç Dışı Kullanımı Azaltmaya İlişkin Yönetimsel Öneriler: Çorum İli Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), Çorum, 2019.

Hastane temelli acil servisler son yıllarda yalnızca akut acil bakım sağlamakla kalmayıp aynı zamanda yerel hastalar için halk sağlığı sürveyansı, afet hazırlığı, gözlem ve prosedür bakımı (örn., Kan nakli), mesleki bakım, çalışan sağlığı ve birçok durumda birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar haline gelmiştir. Acil servislerin acil olmayan sorunları olan hastalar tarafından yoğun olarak kullanımı birçok ülkede uzun zamandır görünen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Aciliyetin değişken tanımı nedeniyle, acil servislerde, acil olmayan problemleri olan hastaların tedavisi, daha yüksek maliyetler ve tıbbi harcamalar getirebilir ve kalabalık bir departmanın iş yükünü artırabilir. Özellikle kronik hastalığı olan veya önleyici stratejilere ihtiyaç duyan hastalar için, diğer birincil bakım ortamlarından ziyade acil servis seçildiğinde, bakımın devamlılığı tehlikeye girebilir. Çalışmada, anakütlesini Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran hastalarından oluşturduğu 412 hastanın keşifsel araştırma yöntemi ile acil servisi kullanma nedenleri araştırılarak acil servisin amaç dışı kullanıma ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kavramlar: Acil Servis, Amaç Dışı Kullanım, Acil Servis Yoğunluğu

ABSTRACT

BOZDAĞ, Zeynep. *Operational Recommendations for Using Out of Purpose Emergency Services and Reducing Out-of-Purpose Use: The Case of Çorum Province*, (Master Thesis), Çorum, 2019.

Hospital-based emergency services not only provide acute emergency care in recent years, but also provide public health surveillance for patients, disaster preparedness, observation and procedure care (eg, blood transfusions), occupational care, worker health, and in many cases primary care providers became like that. Intensive use of emergency services by patients with non-urgent problems is a long-standing problem in many countries. Because of the variable definition of urgency, the treatment of patients with non-urgent problems in emergency services may bring higher costs and medical expenses, and may increase the workload of a crowded department. For patients with chronic illnesses or who require preventive strategies, the continuity of care may be compromised if the emergency service is chosen rather than other primary care settings. In our study, 412 patients, who were admitted to the emergency department of Erol Olçok Education and Research Hospital of the Hitit University, were searched for the reasons for using emergency exploration and emergency services.

Keywords: Emergency Service, Non-Purpose Use, Emergency Service Intensity

TEŐEKKÖR

Tez hazırlama sürecinin her anında yanımda olan canım kızım Mihrimah BOZDAĞ'a, ihtiyacımız olduğu her anda yardımını esirgemeyen değerli ağabeyimiz Ali ÇAĞDAŞ'a, her yerde ve her zaman desteğini eksik etmeyen değerli babam Zeki GÖL'e, en büyük destekçim sevgili eŐim OĞuzhan BOZDAĞ'a teŐekkÖrü borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

1.1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ	4
1.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri	4
1.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim.....	5
1.1.3. Genel Kavramlar	7
1.1.3.1. Acil Tıp	7
1.1.3.2. Acil Servis.....	8
1.1.3.3. Acil Tedavi.....	9
1.1.4. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	9
1.1.4.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri	10
1.1.4.2. Hastane Evresi Acil Sağlık Hizmetleri	15
1.1.4.2.1. Acil Servisler	15
1.1.4.2.2. Acil Servislerin Bünyesinde Bulunması Gereken Birim ve Alanlar	16
1.1.4.2.3. Birinci Seviye Acil Servisler	17
1.1.4.2.4. İkinci Seviye Acil Servisler	18
1.1.4.2.5. Üçüncü Seviye Acil Servisler	19
1.1.5. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri.....	19
1.1.5.1. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	19

1.1.5.2. Acil Servislerde Triyaj	23
1.1.5.2.1. Acil Şiddet İndeksi (AŞİ).....	24
1.1.5.2.2. Manchester Triyaj Sistemi (MTS)	25
1.1.5.2.3. Avustralya Triyaj Sistemi (ATS)	26
1.1.5.2.4. Kanada Triyaj Sistemi (KTS)	27
1.1.5.2.5. Türkiye’de Kullanılan Triyaj Sistemi	27
1.2. ACİL SERVİSLERİN AMAÇ DIŞI KULLANIMI.....	29
1.2.1. Acil Servislere Uygunsuz Başvuru ve Gerçek Acil Kavramları.....	30
1.2.2. Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri.....	33
1.2.3 Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanımlarının Getirdiği Sorunlar	34
1.2.4. Acil Servisi Amaç Dışı Kullananların Demografik Yapısı.....	36
İKİNCİ BÖLÜM	
MATERYAL VE YÖNTEM	
2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM	40
2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEMLER.....	40
2.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARACI.....	40
2.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE SINIRLILIKLARI	41
2.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLE TEKNİKLERİ	41
2.6. ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA.....	42
2.6.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgileri	42
2.6.2. Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanım Nedenlerine İlişkin Bulgular	45
2.6.2.1. Görüşülen Kişinin Hasta/Hasta Yakını Olma Durumu.....	45
2.6.2.2. Bağlı Olunan Sağlık Güvenlik Kurumu Durumu	46
2.6.2.3. Katılımcıların Hastalandıklarında Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneler	46
2.6.2.4. Katılımcıların Hastalandıklarında Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneleri	
Seçme Faktörleri	47
2.6.2.5. Katılımcıların Acil Servise Gelme Problemlerinin Aciliyet Derecesi ...	47
2.6.2.6. Katılımcıların Ağrı veya Acılarının Şiddet Derecesi	48
2.6.2.7. Şikayetin Devam Etme Süresi.....	48
2.6.2.8. Son 1 Yıl İçinde Acil Servise Gitme Ortalamaları	49

2.6.2.9. Hastane Poliklinikleri, Tıp Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi ve Özel Muayenehaneler Yerine Acil Servisi Tercih Etme Nedenleri ile Aciliyet Karşılaştırması	49
2.6.2.10. Aciliyet - Ağrı Şiddeti Karşılaştırması.....	50
2.6.2.11. Katılımcıların Demografik Değişkenleri ile Aciliyet Karşılaştırması .	51
2.6.2.12. Anketi Cevaplayan Kendisi-Yakını ile Aciliyet Karşılaştırması	56
2.6.2.13. Bağlı Olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile Aciliyet Karşılaştırması ..	56
2.6.2.14. Genellikle Gidilen Sağlık Kurumu ile Aciliyet Karşılaştırması	57
2.6.2.15. Sağlık Kurumu Seçerken Etkili Faktörler ile Aciliyet Karşılaştırması	57
2.6.2.16. Şikayet Süresi-Son 1 yılda Acil servise Müracaat ile Aciliyet Karşılaştırması	58
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	59
KAYNAKÇA	63
EKLER.....	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo	<u>Sayfa</u>
Tablo 1.1. Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Acil Muayene Sayısı ve Oranı	22
Tablo 1.2. Acil Şiddet İndeksi.....	25
Tablo 1.3. Türkiye’de Acil Servis Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması	27
Tablo 2.1. Medeni Durum Dağılımı.....	42
Tablo 2.2. Eğitim Durum Dağılımı	42
Tablo 2.3. Cinsiyet Bazında Gelir Durum Dağılımı – Ortalama Gelir	43
Tablo 2.4. Gelir Durum Dağılımı – Gruplanmış Gelir.....	43
Tablo 2.5. Yaş Grubu Dağılımı.....	44
Tablo 2.6. Diğer Çalışmalarla Yaş Grubu Dağılımı Karşılaştırması	44
Tablo 2.7. Görüşülen Kişinin Hasta/Hasta Yakını Olma Dağılımı.....	46
Tablo 2.8. Bağlı Olunan Sağlık Güvenlik Kurumu Dağılımı	46
Tablo 2.9. Katılımcıların Hastalandıklarında Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneler Dağılımı	47
Tablo 2.10. Hastaların Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneleri Seçme Faktörleri Dağılımı	47
Tablo 2.11. Hastaların Acil Servise Gelme Problemlerinin Aciliyet Derecesi.....	48
Tablo 2.12. Hastaların Ağrı Şiddet Derecesi Dağılımı	48
Tablo 2.13. Cinsiyet Bazında Şikâyetin Devam Etme Süresi Dağılımı.....	48
Tablo 2.14. Cinsiyet Bazında Son 1 Yıl İçinde Acil Servise Başvuru Dağılımı	49
Tablo 2.15. Hastane Poliklinikleri, Tıp Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi ve Özel Muayenehaneler Yerine Acil Servisi Tercih Etme Nedenleri-Aciliyet Karşılaştırması .	50
Tablo 2.16. Aciliyet - Ağrı Şiddeti Karşılaştırması	51

Tablo 2.17. Cinsiyet - Aciliyet Karşılaştırması.....	51
Tablo 2.18. Medeni Durum - Aciliyet Karşılaştırması	52
Tablo 2.19. Eğitim Durum - Aciliyet Karşılaştırması.....	53
Tablo 2.20. Gelir Düzeyi - Aciliyet Karşılaştırması	54
Tablo 2.21. Yaş Durumu - Aciliyet Karşılaştırması	55
Tablo 2.22. Anketi Cevaplayan - Aciliyet Karşılaştırması	56
Tablo 2.23. Bağlı Olunan Sosyal Güvenlik Kurumu - Aciliyet Karşılaştırması.....	56
Tablo 2.24. Bağlı Olunan Sağlık Güvenlik Kurumu - Aciliyet Karşılaştırması	57
Tablo 2.25. Sağlık Kurumu Seçerken Etkili Faktörler - Aciliyet Karşılaştırması	57
Tablo 2.26. Şikayet Süresi – Son 1 Yılda Acil Servise Müracaat - Aciliyet Karşılaştırması	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	10
Şekil 1.2. Hastane Önce Sağlık Hizmetleri – Hayat Yıldızı Logosu.....	11
Şekil 1.3. Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Acil Muayene Sayısı ve Oranı.....	23
Şekil 2.1. Diğer Çalışmalarla Yaş Grubu Dağılımı Karşılaştırması.....	45



SİMGELER VE KISALTMALAR

Kısaltmalar

AABT	: Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHRQ	: Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı
AŞİ	: Acil Şiddet İndeksi
ATS	: Avustralya Triaaj Sistemi
ATT	: Acil Tıp Teknisyenlerinin
CEDIS	: Kanada Acil Servis Bilgi Sistemleri
CPR	: Cardiopulmonary resuscitation – kalp masajı
CTAS	: Kanada Acil Servis Triaaj ve Keskinlik Ölçeğinden
DEÜ	: İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi
KTS	: Kanada Triaaj Sistemi
MTS	: Manchester Triaaj Sistemi
PHEM	: Pre-Hospital Emergency Medicine
SAMU	: Acil Tıbbi Yardım Hizmeti

GİRİŞ

Acil servisler, hayati tehlikesi bulunan sağlık problemlerinin hızlı bir şekilde çözümünün sağlanmaya çalışıldığı birimlerdir. Acil servislere başvuran hastalara hızlı ve doğru bir şekilde hizmet vermek hastane yönetiminin ana hedefidir.

Acil servislere kaza, travma gibi hayati tehlike içeren vakaların yanı sıra ağrılarını hafifletmek, testlerini yaptırmak, ilaç tedavisi ve hızlı sonuç alabilmek için de sıklıkla başvuru yapılmaktadır. Bu durum acil servislerin yükünü daha da arttırmaktadır. Hasta bu durumdan memnun olsa da acil servislerin daha ağır hastalara müdahalesi aksamaktadır. Bu durum acil servislerin verimlilik seviyesini de düşürmektedir.

Acil servislerin amaç dışı kullanımı evrensel bir sorundur. Otoriteler yıllardır bu konu üzerinde çalışmalar yapmaktadır. Ancak acil servislerin uygunsuz kullanımına neden olan birçok etmen konunun sistematik bir şekilde incelenmesini engellemektedir. Bu çerçevede çalışmalar sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesiyle sınırlandırılmıştır.

1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Acil servise gelen hastalar öncelikle triyaj ünitesine alınır. Hastalar burada doktor veya hemşireden oluşan triyaj ekibi tarafından sınıflandırılır. Sınıflandırma hastanın şikayetleri, hayati işaretleri ve bekleme süreleri dikkate alınarak yapılır. Bu süreçte acil müdahaleye ihtiyaç duyulmayan ve birinci basamak ünitelerinde tedavi edilebileceği saptanan hastalar acil olmayan hasta olarak tanımlanır. Acil servislerin amaç dışı kullanılmasına sebep olan hastalar da triyaj ünitelerinde acil olmayan olarak saptanan hastalardır (Kılıç, 2018, s.2).

Acil servislerin amaç dışı kullanımı çok ciddi sağlık problemlerine neden olmaktadır. Bu yüzden öncelikle hastaların aciliyet derecelerinin doğru kategorilenmesi ve acil servislerin amaç dışı kullanım nedenlerinin iyi araştırılması gerekmektedir.

2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Acil servisler, hastanelerin toplumla en fazla ilişkisinin olduğu birimlerdir. Acil servislere başvuran hastalara hızlı, doğru ve kesintisiz hizmet sunmak gerekmektedir. Bu

nedenle acil tıp servisleri, fiziksel yapı ve personel gücü bakımından diğer birimlerden farklı olmalıdır. Kaliteli bir acil tıp hizmeti için uygun fiziki şartları sağlayacak bir bina, yeterli tıbbi donanım ve nitelikli personel gücü gereklidir. Ayrıca o bölgede acil servise başvuran hastaların özelliklerinin de iyi biliniyor olması önemli bir avantajdır. Ancak bu şekilde hasta bakım kalitesinde ve çalışanların memnuniyetinde artış sağlanabilir (Holliman, 2001, s.57-60).

Son yıllarda nüfusun artışı ve iç göçlere bağlı olarak özellikle acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu gözlenmektedir (Derlet vd., 1995, s.215-223). Aşırı yoğunluk da sağlık hizmetlerinde aksaklıklara yol açmaktadır. Bu durum hastaların acil serviste daha uzun süre beklemelerine, sağlık durumu daha ciddi hastaların tedavilerinde gecikmeye, hasta memnuniyetinin azalmasına, hizmet kalitesinin düşmesine, güvenlik problemlerine ve personelde verim düşüklüğüne yol açmaktadır (Andrulis vd., 1991, s.980-986).

Acil servislerin acil sorunları olmayan hastalar tarafından kullanımı yıllardan beri süregelen bir sorundur. Yapılan araştırmalarda acil servise gelen acil olmayan vakaların oranı %5 ile %82 arasında değişmektedir. Genel kanı ise acil servislere yapılan başvuruların yarısının acil olmadığıdır. Acil serviste acil problemi olmayan hastaların tedav edilmesi iş yükünün ve maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Acil olmayan vakalara harcanan zaman, iş gücü ve maliyet acil vakalar ile mücadelenin verimliliğinin düşmesine de sebebiyet vermektedir. Bu durum ciddi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir (Richardson, 2006, s.213-6).

Türkiye’de halen hizmet vermekte olan yaklaşık binin üzerinde acil servis birimi mevcuttur. Acil servis ünitelerinin çoğunda personel sayısı ve niteliği ile kayıt sistemi yetersiz kalmaktadır. Bu durum acil servislerin yıllık hasta kapasiteleri ve hasta nitelikleri ile ilgili sağlıklı veriler sunmaktadır. Acil servise başvuran hastaların sayı ve niteliğinin bilinmesi acil servislerde verilecek hizmetin belirlenmesi bakımından oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran hastaların verilerini analiz ederek amaç dışı acil servis kullanım nedenlerini belirlemek ve amaç dışı acil servis kullanımının önüne geçilmesine yönelik önerilerde bulunmaktır.

3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Acil servislerdeki aşırı yoğunluk yıllardır tartışılan bir konudur (Dickinson, 1989, s.270-271). Araştırmacılar acil servislerdeki yoğunluğun, hasta bakım kalitesinin düşmesine (Miro vd., 1999, s.105-107), acil servislerdeki ölümlerin ve acil servislere tekrar tekrar ziyaretlerin artmasına (Richardson, 2006, s.213-216), klinisyen-hasta iletişiminin kötüleşmesine (Chang vd., 2016, s.1163-1164), hastanede kalış süresinin uzamasına ve maliyetlerin artmasına (Sun vd., 2013, s.605-611) kanıtlamıştır sebep olduğunu defalarca kanıtlamıştır. Sorunun çözümü için birtakım stratejiler uygulansa da henüz net bir sonuca varılamamıştır.

Acil servislerdeki aşırı yoğunluğunun farklı farklı sebepleri vardır (Verelst vd., 2015, s.949-961). Acil Servise başvuran hastaların demografik özellikleri, artan nüfus ile birlikte hasta sayısının artması, acil servislerdeki yatak ve personel yetersizliği, bütçe sınırlamalarının neden olduğu tıbbi kaynak yetersizliği ve hastaların acil servisi gerekli gereksiz kullanmaları acil servislerdeki yoğunluğu arttıran ana etmenlerdir (Derlet ve Richards, 2000, s.63-68).

Konu ile ilgili mevcut sistematik çalışmalar, amaç dışı kullanılan acil servislerin tarihsel profiline, acil servis hizmetlerinin yetersizlik sebeplerine, vatandaşların acil servisi kullanım şekillerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine değinmektedir. Ancak acil servislerin kullanımına yönelik çalışmalar ise daha azdır.

Bu çalışma acil servisin tanımı, acil servisin amaç dışı kullanımını ve nedenleri, acil servisi amaç dışı kullananların özellikleri ile ilgili bir literatür taraması ve matematiksel analizler sunmaktadır. Uygunsuz acil servis kullanımıyla ilişkili prevalans ve faktörlerin bilinmesi, acil servis yönetimlerinin modellenmesine ve sorunu azaltmak için kamu politikalarının yönlendirilmesine katkı sağlayacağından çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR İNCELEMESİ

1.1. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil Sağlık Hizmetleri, acil tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalara müdahalede bulunmak üzere kurulmuş hizmetler bütünüdür. Ciddi bir sağlık sorunu veya yaralanmalarla karşı karşıya kalan hastaların acil tıbbi bakım almaları gerekmektedir. Bu süreçte acil sağlık hizmetleri devreye girerek hastalara gerekli bakımı sağlamaktadır. Acil sağlık hizmetleri, acil yardım ve kurtarma ile başlayıp, ambulans hizmetleri, kaza servisleri ve rehabilitasyon hizmetleri ile devam etmektedir (Aksoy ve Ergün, 2002, s.160-163).

İlk 24 saat içinde tıbbi müdahale ihtiyacı olan durumlar, acil tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli sırasında hayati risk taşıyan durumlar, müdahale yapılmazsa organ kaybı olma ihtimali olan durumlar, acil durumlar olarak değerlendirilir (Söyük vd., 2017, s.44)

Acil servislerin bilinçsizce kullanımı hasta yoğunluğuna sebep olarak acil biriminin işini güçleştirmektedir. Bu durumda bekleme süreleri uzamakta ve ciddi sorunları olan hastaların müdahaleleri gecikmektedir. Böylece hasta memnuniyetsizliği gün yüzüne çıkmaktadır. Tüm olumsuzluklar bir araya geldiğinde ise acil servislerin genelinde karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır (Edirne vd., 2008, s.107-111).

Acil müdahale, afet yönetimi döngüsünün en önemli adımlarından biridir. Acil müdahalenin doğru ve zamanında yapılması afetten etkilenen toplulukların sağlığı ve geleceği üzerinde büyük etkisi vardır. Acil müdahalenin ilk günleri, ilk saatleri, ilk dakikaları ve hatta ilk saniyeleri çok önemlidir. Daha önceden hazırlığı yapılmış, çeşitli senaryolara göre planlanmış acil müdahaleler, herhangi bir afet esnasında can kayıplarını en aza indirmektedir. Bu yüzden acil müdahale ekipleri her türlü senaryoya karşı hazırlıklı olmalıdır. Hızlı ve etkili mobilizasyon felaketlerin önüne geçebilir (Ersel vd., 2006, s.25-35).

Acil sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası da ambulans hizmetleridir. Ambulans hizmetleri hastane dışı tedavinin ilk adımıdır. Acil müdahalenin en önemli hizmet yeri olan acil servise ulaşım ambulans ile sağlanmaktadır.

Uluslararası Acil Tıp Federasyonu'nun tanımına göre, tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşturduğu hastalık ya da yaralanmaların önlenmesi, tanısı, tedavisi ve yönetimi için gereken bilgi ve beceriler bütününe kapsayan tıp pratiğine acil tıp denir. Bunun yanında hastane öncesi ve hastane içi acil tıp sistemlerinin anlaşılması ve geliştirilmesi için gerekli becerileri de içermektedir. Hayatı ya da uzvu tehdit eden veya ciddi ölüm riski içeren dahili ve cerrahi her durum acil tıp anabilim dalının kapsamı içindedir (İnan vd., 2006, s.1-9).

1.1.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişim

Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ambulans hizmetinin kullanılmasına beraber başlamıştır diyebiliriz. Ambulansın özel bir araç olarak ilk kullanımı, Napolyon Bonapart'ın baş cerrahı Dominique Jean Larrey (1766-1842) tarafından tasarlanan atlı ambulanslar ile başlamıştır. Savaş esnasında yaralılar 2 veya 4 tekerlekli atlı vagonlarla taşınmışlardır. Larrey'in "uçan ambulanslar" adını verdiği projeleri 1794'te Kamu Güvenliği Komitesi tarafından onaylanmıştır. Ambulanslar ilk kez Udine, Padua ve Milan'da kullanılmaya sokulmuştur (Dick, 2003, s.35-37).

1832 yılında Londra'da kolera hastalığının ortaya çıkmasıyla taşıma vagonları kullanılmıştır. Dönemin önemli yayın organı The Times'ın haberine göre hastanın tedavi süreci, hastanın taşıyıcıya yerleştirilmesiyle beraber başlamaktadır. Anında bakım sağlayan bu ambulanslar modern acil tıp planlamasına büyük katkı sağlamıştır (Gaston, 1971, s.195–206).

İlk bilinen hastane bazlı ambulans servisi, 1865'e kadar Ohio'daki Cincinnati, Ticaret Hastanesi'nden hizmet vermeye başlamıştır. Bundan kısa bir süre sonra, 1869'da Bellevue Hastanesi'nde ambulanslarla sağlanan hizmet ile ilerleme kaydedilmiştir. Bu hizmetler arasında çağdaş tıbbi yansıyan, ateller, mide pompası, morfin ve brendi gibi tıbbi teçhizat taşıma hizmetleri mevcuttur (Barkley, 2008, s.16).

1881 yılında gelindiğinde ambulans hizmeti Viyana'da da kullanılmaya devam etmiştir. Sonrasında "Viyana Gönüllü Kurtarma Derneği" kurulmuştur. 1887 yılında Londra'daki halka açık etkinliklerde ilk yardım ve ambulans hizmetleri için St John

Ambulans Tugayı kurulmuştur. Bu hizmet askeri komuta ve disiplin yapısı şeklinde modellenmiştir (Skandalakis vd., 2006, s.1392-1399).

19. yüzyılın sonuna gelindiğinde ilk motorlu ambulans kullanılmaya başlamıştır. Şubat 1899 ile beraber Chicago'nun Michael Reese Hastanesi'nde ambulans otomobiller görev almaktadır. 1900 yılına gelindiğinde ise New York'da, daha hızlı, daha güvenli ve daha rahat ambulans araçları yer almaya başlamıştır (Bledsoe ve Barnes, 2004, s.64-69).

Amerikalı tarihçilere göre, dünyanın ilk hastane öncesi acil müdahale ekibi 1928'de hizmete başlamıştır. İlk kara tabanlı kurtarma ekibi olarak bilinen Roanoke Hayat Kurtarıcı ve İlk Yardım Ekibi'nin bu süreci başlattığı söylenmektedir. Kanadalı tarihçiler ise bu öneriyi, "ambulans görevlileri için ilk resmi eğitim 1892'de yapıldı" iddiasıyla ilk acil müdahale ekibinin Toronto kentinde hizmete başladığının iddia etmektedir. (Skandalakis vd., 2006, s.1392-1399).

Birinci Dünya Savaşı'nda, hastane öncesi ve hastane sırasında bakım sağlama konusunda büyük gelişmeler kaydedilmiştir. Savaş sırasında çekiş atelleri tanıtılmıştır. Bu atellerin bacağı kırık olan hastaların morbidite ve mortalitesi üzerinde olumlu bir etki yaptığı belirtilmiştir. İkinci Dünya Savaşı'ndan kısa bir süre sonra iki yönlü telsizler piyasaya sürülmüştür. Telsizler, bazı bölgelerde ambulanslara ulaşımı kolaylaştırmıştır. Modern bir ambulansın gelişmiş tıbbi ekipman taşınması, telsizlerle yönlendirilmesi ve bir doktor tarafından görevlendirilmesi İkinci Dünya Savaşı öncesine dayanmaktadır (Melby ve Ryan, 2005, s.1141-1150).

1960'lı yıllarda kaydedilen ilerlemeler, özellikle hastane dışı kalp durması için standart bakım biçimi olarak CPR (cardiopulmonary resuscitation – kalp masajı) ve defibrilasyonun (kalp adalesindeki lişenmenin durdurulması) geliştirilmesi, yeni ilaçlar ile birlikte ambulansların görevlerinde değişikliklere yol açmıştır. Kuzey İrlanda'nın Belfast kentinde, ilk deneysel mobil koroner bakım ambulansı, bu teknolojileri kullanarak başarılı müdahalelerde bulunmuştur. Gün geçtikçe ambulanslar da değişmiş ve gelişmiştir. Kurumlar, kuruluşlar hazırladıkları raporlarla eksiklere dikkat çekerek acil müdahalenin gelişmesine de katkı sağlamıştır. Ambulansın sahip olduğu kaynaklardan boyutlarına kadar çeşitli standartlar dahi oluşturulmuştur (Schmidt vd., 2006, s.208-215).

Acil servis hizmetlerindeki bu gelişmeler diğer ülkelerde de hemen hemen paralellik göstermiştir. Birleşik Krallık'ta, 1973 yasası ile belediye ambulans hizmetleri daha büyük kurumlarla birleştirilmiştir. Bunlara bağlı olarak ulusal standartlar

belirlenmiştir. Fransa'da, ilk resmi acil servis hizmetini SAMU (*Service d'Aide Médicale Urgente - Urgent Medical Aid Service - Acil Tıbbi Yardım Hizmeti*) 1970'lerde kurulmuştur (Roudsari, 2007, s.993).

1.1.3. Genel Kavramlar

1.1.3.1. Acil Tıp

Acil tıp, acil tedavi ihtiyacı nedeniyle acil servise başvuran hastaların durum değerlendirilme, müdahale ve tedavi sürecini barındıran tıp uzmanlığına acil tıp denir. Acil tıbbi yardım gerektiren hastalıkların veya yaralanmaların bakımı ile ilgilenen tıp pratiğidir (Selvan, 2016, s.2) Acil tıp hekimleri her yaştan her kesimden hastaya bakmaktadır. Hastanın canlandırılması ve stabilizasyonu ile hastalığın teşhis ve tedavisini kapsayacak gerekli müdahaller acil tıbbın sorumlulukları arasındadır (Polat vd., 2015, s.79).

Acil tıp hekimleri genellikle hastane acil servislerinde, acil tıbbi servisler aracılığıyla hastane öncesi ortamlarda ve yoğun bakım ünitelerinde pratik yapmaktadır. Ancak acil bakım klinikleri gibi birinci basamaklarda da çalışabilmektedir. Acil tıp biliminin alt uzmanlık alanları afet tıbbi, tıbbi toksikoloji, ultrasonografi, kritik bakım tıbbi, hiperbarik tıp, spor tıbbi, palyatif bakım veya havacılık tıbbidir (Sakr, 2000, s.314-319).

Acil tıp, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korumak amacıyla hastanın değerlendirilmesi, hayati tehlikesini ortadan kaldıracak tıbbi müdahalesinin yapılması, ileri tanı ve tedavisi için diğer hizmetlere devrine kadar yataklı sağlık tesislerinde sunulan sağlık hizmetlerini kapsar (Machi vd., 2012, s.85-91). Acil tıp hekiminin geniş bir tababet bilgisiyle beraber cerrahi girişimler, travma resüsitasyonu, ileri kardiyak yaşam desteği ve ileri havayolu yönetimi gibi ileri girişimsel işlem becerisine sahip olması gereklidir. Birçok farklı uzmanlık alanının bilgi ve becerilerine sahip olmakla da yükümlüdürler (Adaş, 1998)

Acil tıbbın temeli 1966'da ABD'de Ulusal Bilimler Akademisi Ulusal Araştırma Konseyi tarafından atılmıştır. O zamana kadar genellikle hemşirelerin yönettiği acil servislerde artık hekimler konsültasyon şeklinde çalışmaktaydı. Acil servisler personel ve donanım bakımından yetersiz ve kontrolsüz birimlerdi. Acil servislerin kalabalıklaşması uzaman hekimlerin işlerini yapamamasına neden olmaktaydı. Birden fazla uzmanlık alanını ilgilendiren karışık vakaların artması hekimleri yetersiz bıraktı. Bunun üzerine ilk

acil tıp anabilim dalı Cincinnati Üniversitesi'nde 1970'de kurulacaktı (Al-Shaqsi, 2010, s.320).

Uluslararası düzeyde acil tıp birimlerinde için farklı modeller mevcuttur. Anglo-Amerikan modelini izleyen ülkelerde, acil tıp, aslen cerrahların, genel pratisyenlerin ve diğer genel doktorların çalıştığı birimlerdir. Ancak son yıllarda kendi başına bir uzmanlık alanı haline gelmiştir. Buna karşılık Fransız-Alman modelini takip eden ülkelerde, uzmanlık mevcut değildir. Acil tıbbi bakım yerine doğrudan anestezi uzmanları (kritik resüsitasyon için), cerrahlar, iç hastalıkları uzmanları, çocuk doktorları, kardiyologlar veya nörologlar tarafından müdahaleler yapılır (Eryılmaz, 2005, s.5).

Ülkemizde 1980'li yılların sonunda acil tıp hizmetlerinin önemini farkına varılmıştır. Sadece Ankara, İstanbul ve İzmir'de belediyelerin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve maddi desteğine Sağlık Bakanlığı'nın hekim ve tıbbi malzeme desteğine eklenmesiyle başlayan doktorlu hasta taşımacılığı 1986 yılında itibaren hizmet vermeye başlamıştır. Bu sistem şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır. O yıllarda acil servislerde, acil poliklinik hizmetleri adı altında mesai dışı her türlü hastane hizmeti verilmiştir. Kısıtlı ve yetersiz olanaklara sahip acil servis hizmetleri pratisyen hekimler tarafından yürütülmüştür. 1990 sonrasındaki hızlı kalkınma ve büyüme süreci sonucunda tarımdan sanayiye, köyden şehre doğru gelişen ülkemizde trafik ve iş kazaları gibi multitravma hastalarında artışa neden olmuştur. Birkaç yıl sonra başvuru yoğunluğuna yanıt veremeyen poliklinikler sebebiyle halk acil servislerden hizmet almaya çalışmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi rektörünün 1990'ların başında trafik kazası geçirmesi sonrası travma hastalarının değerlendirilmesinde eksiklikler olduğu fark edilmiştir. Bunun üzerine Cincinnati Üniversitesi'nden uzmanlığını almış olan Dr. John Fowler davet üzerine ülkemize gelerek çalışmalara başlamıştır. Yapılan girişimler sonucunda 30 Nisan 1993 tarih ve 21567 sayılı Resmi Gazete'de 93/4270 karar sayısı ile İlk ve Acil Yardım adıyla bir ana dal kurulmasına karar verilmiştir. Aynı yıl Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi'nde acil tıp anabilim dalı açılmıştır (AÜ, 2019).

1.1.3.2. Acil Servis

Hayati bir riski ya da acil tedavi gerektiren durumlarda uygun müdahaleyi yapan birime acil servis denir. Acil servislerde bütün müdahale türleri uygulanabilir. Ayrıca gerek gördüğü durumlarda hastananın yönlendirilmesini de sağlar (Söyük vd., 2017, s.45).

Ülkemizde 11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin 8. maddesinin (c) bendinde hastane acil servisleri, ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde acil sağlık hizmeti veren birimler olarak tanımlanmıştır. Kendilerine doğrudan yada ambulans ile getirilen acil müdahale gerektiren hasta ve yaralılara tıbbi müdahale yapmak, hastanın kaydını tutmak ve gerekli merkezlere bilgisini vermek acil servislerin sorumluluğu arasındadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2018).

1.1.3.3. Acil Tedavi

Acil tedavi ünitelerinde, hasta ya da yaralılara sağlık personelinin yaptığı tıbbi müdahalelerdir. İlk yardım, eğitimini almış herkesin olay mevcut ekipmanlarla yaptığı hayat kurtarıcı müdahaledir. Ancak acil tedavi uzman kişilerce gerekli donanımla yapılan müdahaledir. Acil tedavi medikal müdahaleleri tanımlamaktadır. Zamanında yapılamayan müdahaleler yaşamı tehdit eden ve istenmeyen sonuçlara neden olmaktadır (Ellenbogen vd., 2012, s.374).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yayınlanan Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı’nda acil tedaviyi, ; ünitelerinde, hasta/yaralılara doktor ve sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi müdahale olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma ek olarak 11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Resmi Gazete’de Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin 4. Maddesi (1) bendinde acil tedavi, “hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbî tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin bütünü” şeklinde tanımlanmaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, 2018).

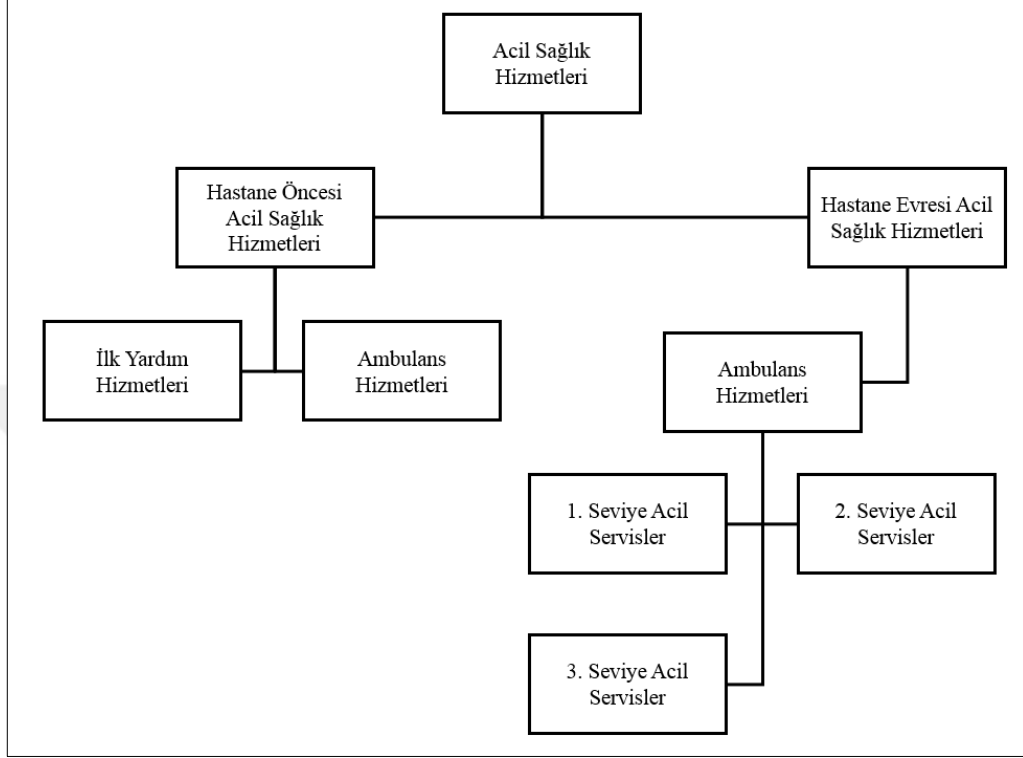
1.1.4. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Acil sağlık hizmetleri klinik ihtiyaçlara bağlı olarak bir veya daha fazla basamakta yürütülebilir. Her adımda uzmanlar tarafından zamanında yapılacak doğru müdahale hastayı olumlu yönde etkiler. Bu yüzden acil sağlık hizmetinin her adımında yapılacak doğru müdahale hayat kurtarabilir.

Hastanın müdahalesi hastane öncesinde başlar. Dolayısıyla acil sağlık hizmetlerinin ilk basamağı hastane öncesinde başlar. Olay yerine varıldığında yapılan ilk müdahale ve hastaneye getirilene kadar ambulansla yapılan müdahale hastane öncesi sağlık hizmetidir.

Acil servise ulaştırılan hastanın tedavisi ise hastane evresi acil sağlık hizmetidir. Hastanede yapılan müdahaleler de kendi içinde sınıflara ayrılmaktadır.

Acil sağlık hizmetlerini sınıflara ayırmak uygun m¼dahalenin, tam zamanında, kendi uzmanları tarafından yapılmasını sağlar. Bu sınıflandırma hastaya yapılacak m¼dahale ve tedavinin başarısını mutlaka arttıracaktır.



Şekil 1.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Kaynak: Ateş, 2018, s.45

1.1.4.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetlerinin ilk adımlarından biri olarak da düşünebileceğimiz hastane öncesi acil sağlık hizmetleri geniş tıbbi m¼dahaleleri kapsar. Yaralı veya hastaların hastaneye varıncaya kadar geçen süreçte yapılan m¼dahaleleri hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin görevidir (Erbay, 2017, s.9)

Hastane öncesi acil tıp (Pre-Hospital Emergency Medicine-PHEM), ağır hasta veya yaralı hastaların hastaneye ulaşmadan ve hastaneye ya da hastaneler arası acil transfer sırasında hastaneye gitmeden önce m¼dahalesine odaklanan tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Temel uzmanlık eğitimi alan anesteziyoloji, acil tıp, yoğun bakım tıbbı ve akut tıp gibi çeşitli kökenden gelen doktorlar tarafından uygulanabilecek bir alt uzmanlıktır. PHEM uygulayan doktorlar genellikle yerel acil sağlık hizmetleri ile iyi bir şekilde bütünleşmiştir. Acil durum uzmanları hayati tehlike bulunan durumlarda acil durum tıbbi veya sağlık görevlileri ile beraber olay yerine gönderilir (Courtney vd., 2010, s.223-231).



Şekil 1.2. Hastane Önce Sağlık Hizmetleri – Hayat Yıldızı Logosu

Kaynak: <http://hayatyildiziosgb.com>

Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin her aşaması ‘Hayat Yıldızı’ adı verilen uluslararası bir sembol ile ifade edilmektedir. “Hayat Yıldızı” her bir ucu hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin her bir aşamasını ifade etmektedir. Bu basamaklar (Lerner vd., 2011, s.129-137);

- ✓ **Saptama:** Acil durumun belirlenmesi,
- ✓ **Bildirme:** Belirlenen acil durumun en kısa sürede yardım kuruluşuna bildirilmesi,
- ✓ **Cevaplama:** Haberdar olunan olayla ilgili gereken yardımın karşılanması,
- ✓ **Yerinde Tedavi:** Olay yerindeki ilk yardım ve temel yaşam desteği,
- ✓ **Taşımada Tedavi:** Olay yerinde yeterli gelmeyen sağlık hizmetinin nakil sırasında sürdürülmesi,
- ✓ **Tedavi Merkezine Nakil:** Hasta/Yaralıların acil tedavi imkanlarına sahip sağlık merkezine ulaştırılmasıdır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin, eğitim almış kişiler tarafından olay yerinde yapılan ilk yardım uygulamaları ve sağlık personeli tarafından hem olay yerinden hem de acil servise nakil sırasında sunulan ambulans hizmetleri olarak iki basamağı bulunmaktadır.

A) İlk Yardım Hizmetleri

İlk yardım, ciddi bir hastalık veya yaralanma geçiren herhangi birine, yaşamı korumak, durumun kötüleşmesini önlemek veya iyileşmeyi teşvik etmek için özenle verilen yardımdır. İlk yardım hizmetleri ambulans beklenirken kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) yapılması gibi profesyonel tıbbi yardım öncesi ciddi bir durumda ilk müdahaleyi kapsadığı gibi ve basit kesiklerin tedavi edilmesi gibi küçük müdahaleleri de

kapsar. İlk yardım genellikle temel tıp eğitimi almış biri tarafından yapılır (Pearn, 1994, s.1718-1720).

İlk yardım gerektiren birçok durum olabilir. Bir sağlık personeli de her an olay yerinde olmayabilir. Bu yüzden herhangi bir birey de ilk yardım gerektiren bir olayda ilkyardım müdahalelerini yapabilmelidir. Olay ile ilgili sağlık kuruluşlarına doğru ve zamanında bilgi vermek, olay yerini organize etmek ve hatta ilk yaşam desteğini sağlamak acil tedaviye ihtiyacı olan hastanın geleceği için çok önemli bir adımdır. Zamanında ve doğru yapılan ilk müdahale can kayıplarını azaltabilir (Ateş, 2013, s.48-56).

Birçok ülkede acil durumlarda ilk yardımın asgari adımlarının atılmasını sağlayacak eğitimler, mevzuatlar ve düzenlemeler vardır. Bir iş yerinde verilebilecek ilk yardım eğitimi gibi, halk açık toplantılarla uzmanların ilk yardım eğitimini vermesi gibi veya okullardaki zorunlu ilk yardım eğitimi gibi çalışmalar ilk yardımın yaygınlaşması için önemlidir. Bununla birlikte ilk yardımın mutlaka bir uzmanla ya da herhangi bir ekipmanla yapılması zorunlu değildir. Kimi zaman uzman olmayan kişiler tarafından mevcut kaynaklarla ilk yardım yapılabilir (Eastman, 1992, s.677-681).

İlk yardımın öncelikli amaçları; hayati tehlikenin ortadan kaldırılması, yaşamsal fonksiyonların sürdürülmesinin sağlanması, hasta/yaralının durumunun kötüleşmesinin önlenmesi ve bu sayede iyileşmenin kolaylaştırılmasıdır. İlk yardım 4 temel uygulamayı içerir. Bunlar (Lerner vd., 2011, s.129-137);

- ✓ **Koruma:** Olay yerinde ki çevre güvenliğinin alınmasıdır.
- ✓ **Bildirme:** Olay veya kazanın mümkün olan en kısa sürede acil yardım kuruluşlarına iletilmesidir.
- ✓ **Kurtarma:** Olay veya kazadan etkilenen hasta/yaralılara olay yerinde ilk yardım müdahalelerinin uygulanmasıdır.
- ✓ **Temel Yaşam Desteği:** Olay veya kazadan etkilenen hasta/yaralılara yönelik bilinç kontrolü, hava yolu açıklığının sağlanması, suni solunum, kalp masajı şeklinde uygulanan ilaçsız müdahalelerdir.

B) Acil Yardım

Bir kaza veya yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda, sağlık görevlilerinin yardımı sağlanıncaya kadar, hayatın kurtarılması ya da durumun kötüye gitmesini önleyebilmek

amacı ile olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın, mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalardır (Courtney vd., 2010, s.223-231).

Acil yardım olayın yaşandığı ilk andan hastaneye gidinceye kadar geçen süreçtir. Bu süreç “Acil Yardım Zinciri” olarak beş basamakta incelenebilir (Yaman, 2015, s.24-26).

- ✓ **Yaşam kurtaran acil müdahale**, olayın yaşandığı yerde bulunan ilk kişi tarafından yapılması gereken müdahaledir.
- ✓ **Yardım çağırma**, 112 acil servise bilgi verilmesi ya da yangın zillerinin kullanılması gibi olayın ilgili kişileri bildirilmesi işlemidir.
- ✓ **Yardım bekleme**, yardım ekipleri gelene kadar yaşanan süreçtir. Bu süreçte yardıma ihtiyaç duyan hastaya yapılacak basit müdahaleler ve psikolojik destek çok önemlidir.
- ✓ **Ambulans ekibi**, olay yerinde ya da nakil esnasında yapacağı müdahalelerle acil yardımın önemli bir basamağını oluşturmaktadır.
- ✓ **Hastane**, hasta veya yaralıların tedavisinin, kayıt veya nakillerinden sorumludur (Courtney vd., 2010, s.223-231).

C) Ambulans Hizmetleri

Ambulans, hastaların tıbbi tedaviye ulaşımını sağlayan bir araçtır. Aynı zamanda gerekli durumlarda hastaya hastane dışı tıbbi bakımın yapılmasına da olanak sağlamaktır.

Ambulanslar acil servisler tarafından tıbbi acil durumlara cevap vermek için kullanılır. Bu amaçla genellikle yanıp sönen uyarı lambaları ve sirenler ile donatılmıştır. Acil sağlık görevlileri, olay yerindeki diğer katılımcılar, acil bakımı sağlayabilmek için gerekli ekipmanlar ve hastaları ambulanslar ile taşınabilir. Çoğu ambulans, minibüslere veya kamyonetlere dayalı bir tasarım kullanmaktadır. Ayrıca motosiklet, araba, otobüs, uçak ve tekne şeklini alabilen modelleri de mevcuttur (Ray ve Kupas 2005, s.412-415).

Ambulans hizmetleri, sağlık personeli tarafından olay yerinde yapılan acil müdahaleler ile hastanın uygun şartlarda ve en kısa sürede ihtiyacı olan acil tedavi imkanına sahip acil servislere taşınması sürecinde verilen sağlık hizmetleridir. Bu hizmet ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hizmet birimlerinden İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde faaliyet gösteren “İl Ambulans Servisi Başhekimliği”ne bağlı ambulanslar, özel ambulanslar ve ambulans servislerince sunulmaktadır (Ellenbogen vd., 2012, s.374).

Kara-Hava-Deniz Ambulans Hizmetleri ve Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu, 112 Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı'na bağlı olarak hizmet sunar. Bu hizmetler Komuta Kontrol Merkezi ve istasyonlar aracılığıyla sürdürülür. Acil Sağlık Hizmetleri'nde üç tip istasyon vardır. Bunlar (Karataş, 2007, s.47):

A Tipi İstasyon: 24 saat kesintisiz sadece ambulans hizmeti verirler. İhtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurabilirler. Başhekimliğe bağlı ve kadrolu personeli olan istasyonlardır. A Tipi İstasyonlar, ekip içerisinde hekim bulunanlar (A1), ekip içerisinde hekim bulunmayanlar (A2) olmak üzere iki tiptir.

B Tipi İstasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak kesintisiz ambulans ve acil servis hizmeti verirler. Ambulans hizmeti bakımından merkeze bağlıdır. Ekip içerisinde hekim de bulunmaktadır. Hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

C Tipi İstasyon: İhtiyaca göre günün belirli saatlerinde sadece ambulans hizmeti veren başhekimliğe bağlı acil sağlık istasyonlarıdır.

Ambulanslar, hastaları taşıyıp taşımadıkları ve hangi şartlar altında çalıştıklarına bağlı olarak tiplere ayrılmaktadır. Bazı durumlarda, ambulanslar birden fazla işlevi yerine getirebilir (örneğin acil ambulans bakımını hasta taşımacılığı ile birleştirmek gibi). Bu araçlar aşağıdaki gibidir (Ersoy, 2011, s.17-34):

- ✓ **Acil ambulans**, akut hastalığı veya yaralanması olan hastalara bakım sağlayan en yaygın ambulans türüdür. Bunlar karayolları minibüsleri, botlar, helikopterler, sabit kanatlı uçaklar (hava ambulansları olarak bilinir) veya hatta golf arabaları gibi dönüştürülmüş araçlar olabilir.
- ✓ **Hasta nakil ambulansı**, acil olmayan bakım için kullanılır. Hastaları, hastanelere ya da merkezlere taşıyan araçlardır. Bunlar minibüsler, otobüsler veya diğer araçlar da olabilir.
- ✓ **Yanıt aracı**, acil bir hastaya hızla ulaşmak ve olay yerinde bakım sağlamak için kullanılan bir araçlardır. Müdahale birimleri olay yerine gerekirse hastayı taşıyabilecek acil bir ambulans da gönderebilir. Bunlar standart

otomobillerden modifiye minibüslere, motosikletlere, pedallı bisikletlere, dörtlü bisikletlere veya atlara kadar çok çeşitli araçlar olabilir.

- ✓ **Yardımseverlik ambulansı**, hasta çocukları veya yetişkinleri, uzun süreli bakımda oldukları sağlık kuruluşlarından alıp uzakta olan seyahatlere veya tatillere götürmek amacıyla, bir yardım kuruluşu tarafından sağlanan ambulans tipidir. Örnekler İngiltere'nin 'Jumbulance' projesini içerir. Bunlar genellikle bir otobüstür.
- ✓ **Bariatrik ambulans**, aşırı obez hastaları taşımak için tasarlanmış hasta ambulanslarıdır.

1.1.4.2. Hastane Evresi Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane evresi acil sağlık hizmetleri, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinden sonra hastanın acil servise ulaşmasıyla başlayan süreçtir. Hastane öncesi sağlık hizmetlerinin başarısını hastane sonrası sağlık hizmetleri devam ettirmelidir. Bu iki adımdan birinin olumsuz gitmesi ciddi sağlık sorunlarına yol açabilir. (Karataş, 2007, s.49).

Bu hizmetler aşağıdaki başlıklar altında altında acil servis kavramı, acil servislerin bünyesinde bulunması gereken birimler ve alanlar, fiziksel ve teknik şartları ile aşağıda detaylı olarak incelenecektir.

1.1.4.2.1. Acil Servisler

Hastane evresi acil sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetlerinin son basamağıdır. Acil servisler, acil tıbbi tedaviye muhtaç olan hastaların hizmet aldığı zamanla yarışılan birimlerdir.

Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilir. Acil servislerin seviyelerine göre tanımları, seviyelerine uygun olarak bulundurulması gereken birim ve alanlar, bunların asgari alan genişlikleri, verilmesi gereken hizmetin kapsamı, asgari yatak ve personel standardı, tıbbî cihaz ve donanıma ilişkin asgari standartları, bulundurulması zorunlu asgari ilaçlar yasal mevzuatlarca belirlenmiştir. Buna göre seviyelendirme işlemleri asgari standartlar çerçevesinde müdürlük bünyesinde oluşturulacak komisyon tarafından yerinde inceleme ve raporlama

yöntemiyle, Acil Servis Seviye Tespit ve Denetleme Formuna göre yapılır. Komisyon tarafından düzenlenen rapor ve forma istinaden Valilik onayı alınarak tescil için Bakanlığa gönderilir (Karataş, 2007, s.26).

Hastanelerde ölüm oranlarının en yoğun olduğu birimler acil servislerdir. Hastane öncesi bakım ne kadar iyi olursa olsun acil serviste yetersiz yapılan müdahale olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu yüzden acil servisler mutlaka hayati tehlikelere karşı cevap verebilecek donanımda olmalıdır (Ateş, 2013, s.87-89).

1.1.4.2.2. Acil Servislerin Bünyesinde Bulunması Gereken Birim ve Alanlar

Acil servislerin mimari yapısı, işleyiş sırasında yüksek verim alınabilmesinden, çalışanlarının güvenliğine kadar pek çok alanda etkili olmaktadır. İyi tasarlanmış bir acil servis daha hızlı ve kaliteli hasta bakımı sağlayacaktır. Ayrıca çalışan personelin mimari yapı ya da organizasyon eksikliklerine bağlı oluşabilecek iş gücü kaybı da azaltacaktır. Böyle bir acil serviste hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti kadar, tüm personelin çalışma isteği de artacaktır (Deniz vd., 2007, s.28-35).

Bir acil servis planlamasında yardımcı olabilecek bilgiler yıllık nüfus sayımı ve çeşitliliği, ortalama günlük hasta sayısı, hastaların triaj kategorilerine göre dağılımı, vakaların sayısını içeren yatış ve sevk oranları, ortalama hasta kalış süreleri, radyoloji ve patoloji geri dönüş süreleri, 65 yaş üstü ve pediatrik hasta oranlarını içeren hasta profili ve acil servisin rolünü belirleyen ek bilgilerdir. Acil servislerde bulunması gereken alanlar aşağıda verilmiştir (Ersoy, 2011, s.17-34).

- Resusitasyon odası: Herhangi bir nedenle solunum ve kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alandır.

- Hasta muayene alanları: Ayaktan gelen hastaların muayene, teşhis ve tedavisinin yapıldığı müstakil oda ya da paravanla bölünmüş alandır.

- Müşahede odası/alanı: Gerek resüsitasyon odası gerekse hasta muayene odalarında ilk muayene ve tedavilerinin yapıp kesin taburcu ve/veya yatış endikasyonu verilemeyen hastaların en fazla 12 saat süreyle bakım ve tedavisinin yapıldığı alandır.

- Müdahale odası/alanı: Her türlü sütür(dikiş) atma ve alma, alçı ve benzeri küçük cerrahi işlemlerinin yapılabildiği oda.

- Bekleme alanı: Hasta yakınlarının beklemesi için oluşturulan, pencereci, acil girişine ve kantine yakın, sıcak ve soğuktan korumalı, ergonomik oturma düzenine sahip alandır.

- Triaaj alanı: Tabip, acil tıp teknisyeni, hemşire ya da sağlık memurunun (toplum sağlığı) acil serviste görevli tabip ile koordineli olarak çalıştığı, acile başvuran hastaların karşılandığı, tedavi önceliğinin belirlendiği ve hangi bölümde, kim tarafından tedavi edileceğine karar verildiği birimdir.

- Kritik hasta bakım birimi: İlk resusitasyon ve tedavisi yapılan ve halen stabil olamayan hastaların 24 saati geçmemek şartı ile takip ve tedavilerinin yapıldığı alandır.

- Primer tedavi birimi: Acil servise ayaktan başvuran, tetkik ihtiyacı olmayan, anamnez ve muayene ile tedavisi planlanabilen hastaların bakıldığı alandır.

- Görüntüleme ünitesi: Mobil ve sabit röntgen, BT, USG gibi tıbbi donanımlı, acil servis hastalarına 24 saat hizmet verebilen, acil servise yakın ya da içinde konuşlandırılmış birim.

- Travma odası/alanı: Herhangi bir nedenle travma geçirmiş hastaların ilk muayene, tedavi ve bakımlarının yapıldığı, ileri travma yaşam desteği kapsamında girişimsel işlemlerin yapıldığı yerlerdir.

- Tedavi alanı: Bekleme alanı, destek alanı, görüntüleme ünitesi ve laboratuvarlar hariç olmak üzere acil serviste hastalara tanı ve tedavi girişimlerinin yapıldığı yerleri barındıran tüm alandır.

- Dekontaminasyon/Arındırma odası/alanı: Nükleer, kimyasal ve biyolojik unsurlara maruz kalanların dekontaminasyonlarının sağlandığı, uygun miktarda duş bulunan alanlardır.

- 112 İstasyon Birimi: Hastane acil servisleri ve birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olarak 24 saat kesintisiz ambulans ve acil sağlık hizmeti veren B tipi istasyon ve ekibi için ayrılan, acil servis bünyesindeki en az bir odalı alandır.

1.1.4.2.3. Birinci Seviye Acil Servisler

Acil servis hizmetleri bu seviyede nöbetçi uzman tabibin denetiminde genel olarak pratisyen tabiplerce yapılır. 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak bakımlar yürütülür. Uzman tabip hizmeti gerektiren noktalarda icap nöbeti ile bu ihtiyaç karşılanır. Üst düzey bakım gerektiren hastaların stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri seviyeli acil servislerin bulunduğu sağlık tesislerine sevk edilir. Daha çok ayakta tedavi edilebilecek

stabil hastaların muayene, tetkik ve tedavilerinin yapıldığı birimlerdir. Gerektiğinde kısa süreli müşahedenin sağlanabildiği acil servislerdir. Birinci seviye acil servislerde bulunması gereken asgari özellikler şunlardır (Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009):

- 400m²'ye kadar tedavi alanı,
- 30-50m² bekleme alanı,
- Muayene alanı, Resüsitasyon odası,
- Müşahede odası (4-6 Kişilik),
- Müdahale odası, 112 istasyon birimleri bulunur.
- Temel Yaşam Desteği,
- İleri Travma Yaşam Desteği,
- İleri Kardiyak Yaşam Desteği,
- Yoğun bakım gerektirmeyen hastaların müşahede biriminde takibi,
- Ayaktan hasta bakımı hizmetleri verilir.

1.1.4.2.4. İkinci Seviye Acil Servisler

Bu seviyede acil hastalar pratisyen tabiplerce karşılanır. Dahili veya cerrahi branşlardan en az birer uzman bulunur. 24 saat kesintisiz hizmet verilir. Acil sağlık hizmeti bu seviyede de uzman düzeyinde verilir. Farklı branş uzmanlarına ihtiyaç olduğunda ise icap nöbeti yöntemi tercih edilir. İkinci seviye acil servislerde bulunması gereken asgari özellikler şunlardır (Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009):

- 400-800m²'ye kadar tedavi alanı,
- 50-100m² bekleme alanı,

Birinci seviye acil servisteki alanlara ek olarak;

• Triaaj alanı, primer tedavi birimi, görüntüleme ünitesi, izolasyon/dekontaminasyon odası bulunur.

Birinci seviye acil servisteki hizmetlere ek olarak;

- Uzman düzeyinde değerlendirme,
- Bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme hizmetleri verilir.

1.1.4.2.5. Üçüncü Seviye Acil Servisler

Bünyesinde dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji ile beyin cerrahi, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon branşlarında ve bu branşlara ilave olarak hasta yoğunluğuna göre gerektiğinde diğer branşlarda da 24 saat kesintisiz hizmet esasına dayalı olarak uzman düzeyinde acil sağlık hizmeti verilebilen acil servis birimleridir. Üçüncü seviye acil servislerde bulunması gereken asgari özellikler şunlardır (Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009):

- 800m²'nin üzerinde kadar tedavi alanı,

- 100m²'nin üzerinde bekleme alanı,

İkinci seviye acil servisteki alanlara ek olarak;

- Travma odası, yoğun bakım birimi, her branş için muayene odası bulunur.

1.ve 2. seviye acil servisteki hizmetlere ek olarak;

- İleri tetkik yapabilme imkanı,

- 24 saat uzman düzeyinde hizmet,

- Kritik ve yoğun hasta bakımını sağlayacak donanım hizmetleri verilir.

1.1.5. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetleri

Acil sağlık hizmetlerinin görevleri acil tıp biliminin tanımıyla açıklanabilir. Acil tıp, ani bir hastalık veya bir yaralanma durumunda, hastayı değerlendiren, müdahalesini yapan, tedavisini başlatan ve hastayı hayati tehlikeden uzaklaştırmaya çalışan bilim dalıdır. Kişiler karşılaşacakları bir olay neticesinde veya aniden rahatsızlanarak bir anda tıbbi bakıma ihtiyaç duyabilirler. Bu nedenle acil tıbbi bakım 24 saat kesintisiz verilmelidir. Acil tıp, öncelikle acil servislerdeki hizmetleri kapsar. Aynı zamanda hastane öncesi sağlık hizmetleri (ilk yardım, ambulans vb.) ve afet öncesi planlama ile de ilgilidir. Hastane öncesi ve hastanelere bağlı acil servislerde sunulan hizmet kalitesi acil sağlık sorunlarının çözümü için çok önemlidir. Kaliteli acil sağlık hizmetleri sakatlıkların ve ölümlerin azalmasını sağlar. Toplumun sağlık seviyesinin yükselmesinde önemli bir etken olur.

1.1.5.1. Türkiye’de Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin tarih sahnesine çıkışı, Osmanlı Devleti’nin 1865’de Cenevre Sözleşmesi’ni kabul etmesi ile başlamıştır. Bu anlaşma ile 1867’de

Ömer Paşa, Abdullah Bey ve Doktor Kırımlı Aziz Bey “Mecruhin ve Mardayı Askeriyeye İmdat ve Muavenat”ını (Yaralıları ve Askeri Esirleri Kurtarma ve Yardım Derneği) kurmuşlardır. Osmanlı padişahı Abdülhamit bu derneğe başkanlık yaparak adını “Osmanlı Hilali Ahmer Cemiyeti” olarak değiştirmiştir. 1907’de Londra’da Kızılhaç’ın toplantısına katılan Dr. Besim Ömer Paşa, Hilali Ahmer Cemiyeti’ni Kızılhaç üyeliğine kabul ettirmiştir (Erdemir, 2006, s.1-27).

1911’de Dr. Besim Ömer Paşa tarafından altı ay süreli hemşirelik kursu düzenlenmiştir. Aynı yıl İstanbul Aksaray yangınında, ülkemizdeki ilk acil yardım ekibi müdahalede bulunmuştur. Türk Hilali Ahmer Cemiyeti bu yangında, ilkyardım ekipleri ve aş ocakları kurulması, evleri yananlara barınma olanağı sağlanması gibi hizmetleri gerçekleştirilmiştir. Cemiyet, Birinci Dünya Savaşı ve Kurtuluş Savaşı’nda, askeri sağlık teşkilatıyla iş birliği yaparak yaralıları hizmet etmiştir (Akyolcu, 2007, s.173-178).

1911-1912 yıllarında İtalyanlarla Trablusgarp’ta yapılan savaşta, develerle cephelelerden hasta ve yaralıları taşınmıştır. Develerin her iki yanına takılan arkalıklı sandalyelerle taşıma kolaylaşmıştır. Yine bu dönemde içinde röntgen cihazları bulunan ambulansların kullanıldığı bildirilmektedir (Ünlüoğlu vd., 2002, s.18- 24).

Cumhuriyetin ilanından sonra Türkiye’nin nüfusu ve ekonomisi de hızla büyümüştür. Yeni teknoloji ve tıbbi bilginin hızla yayılması sağlık sistemi üzerinde birtakım baskılara neden olmuştur. Bu dönemde Türkiye’nin, gelişen teknolojiyi sağlık sistemine entegre etmekte zorluklar yaşadığı da görülmüştür.

1928 yılında İzmir depremindeki ilk yardım müdahalelerinde aktif görev üstlenen Hilali Ahmer Cemiyeti’nin adı 1935 yılında Türk Kızılay Derneği olmuştur. Kızılay, 1960’lı yıllarda ilkyardım kursları açmaya başlamıştır. St. Jones Yardım Organizasyonu’nun ilkyardım kitabının Türkçe’ye çevirisi yapılmıştır. 1961 yılında çıkarılan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetleri, yurdun her bir köşesine vatandaşa ayağına kadar götürülmüştür (Numanoğlu vd., 2000, s.69-73).

1982 Anayasasınının 41. ve 56. maddeleri ile "Sağlık, yalnız hastalık ya da sakatlığın bulunmayışı değil, beden, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlidir." şeklindeki sağlık tanımı benimsenmiştir. Sağlık hizmetlerinden her vatandaşın eşit bir şekilde yararlanması hakkı devlet güvencesine alınmıştır (Özata vd., 2011, s.265).

1985 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilk kez bazı ana arterler ve turistik bölgelerde bir merkeze bağlı olmadan araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulans ekipleri organize edilmiştir. Bu organizasyon daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır (Ekşi ve Torlak, 2011, s.150).

1986 yılında da 077 Hızır Acil Servis kurulmuştur. Ankara, İstanbul ve İzmir büyükşehir belediyelerinin ambulans, teknik alt yapı, şoför ve maddi desteğine Sağlık Bakanlığı'nın hekim ve tıbbi malzeme desteği eklenerek daha çok doktorlu hasta taşımacılığına benzer bir sistem ülkemizde kullanılmıştır. Bu organizasyon ile şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır (Erden ve Coşkun, 2010, s.37-50).

Türkiye'de acil tıbbın gelişimi gerçek anlamda 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nin (DEÜ) daveti ile Türkiye'ye gelen ABD'li bir acil tıp uzmanı olan Dr. John Fowler'ın DEÜ Hastanesi Acil Servisi'nde çalışmasıyla başlamıştır. Dr. John Fowler'ın etkin çabaları sonucu 1993 yılında "Acil Tıp" ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Aynı yıl Türkiye'de Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesi'nde iki acil tıp anabilim dalı kurulmuştur (Numanoğlu vd., 2000, s.69-73).

1994 yılında hastane öncesi hizmetlerde 077 Hızır Acil'den "112 Acil Yardım ve Kurtarma" hizmetine geçilmiştir. 1994-1995 yıllarında ise İstanbul, Ankara ve İzmir'de 112 ekipleri kurulmuştur. Ambulans ekiplerinde sağlık memurları, ebeler ve hemşireler, az bir kısmında da doktorlar görev yapmıştır. 1996 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı okullarda ilk yardım ve acil bakım teknisyenliği bölümü açılmıştır. 2002 yılında Acil sağlık hizmetlerinin bütün yurttan eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak amacıyla acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarılması acil sağlık hizmetlerinin gelişmesinde önemli rol oynamıştır (Özata vd., 2011, s.262-267).

2004 yılında ilk defa Sağlık Bakanlığı'nın 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine, ambulans ve acil bakım teknikeri ile acil tıp teknisyenlerinin atamaları yapılmıştır. 2009 yılında "Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliği" hazırlanarak "Yetişkin Uygulama ve Çocuk Uygulama Kılavuzu"nda AABT VE ATT'nin görev, yetki ve sorumlulukları algoritma hâline getirilmiştir. 2011 yılında ise Acil Sağlık Hizmetleri Merkez Teşkilatı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nden

ayrılarak Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde altı farklı daire başkanlığı ile yapılandırılmıştır (Ekşi ve Torlak, 2011, s.149-154).

Son yıllarda, nüfus artışı ve iç göçlere ek olarak, özellikle eğitim hastanelerindeki acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu gözlenmektedir. Aşırı yoğunluk sağlık hizmetlerinde aksaklıklara yol açmaktadır. Bu durum hastaların acil serviste daha uzun süre beklemelerine, sağlık durumu daha ciddi olan hastaların tedavilerinde gecikmeye, hasta memnuniyetinin azalmasına, hizmet kalitesinin düşmesine, güvenlik problemlerine ve personelde verim düşüklüğüne yol açmaktadır (Taze, 2008, s.56).

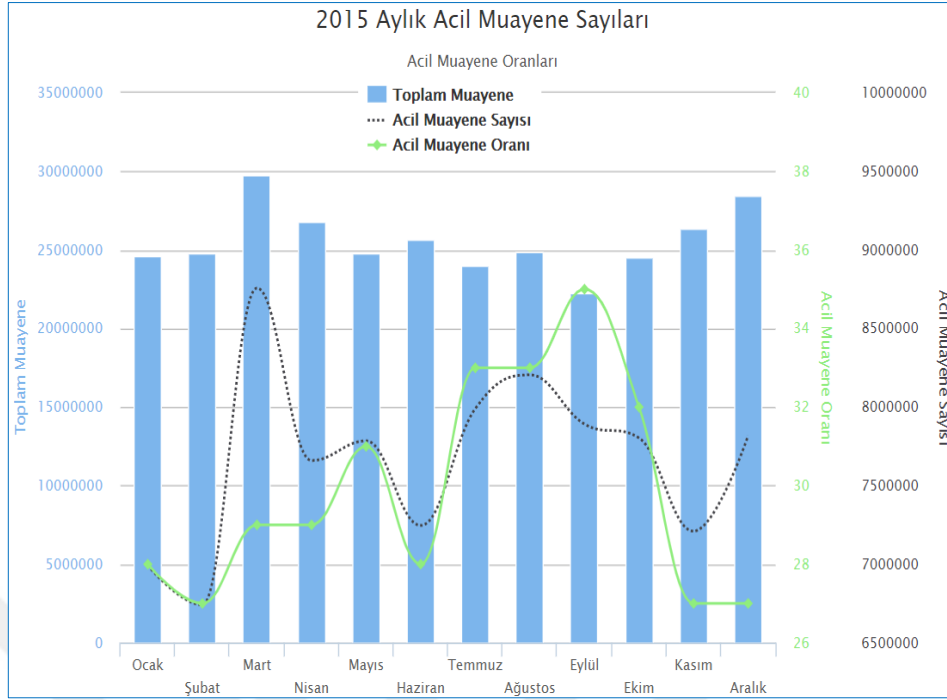
Tablo 1.1. Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Acil Muayene Sayısı ve Oranı

	Toplam Muayene	Acil Muayene	Acil Muayene Oranı
Ocak	24604021	6991453	0,284
Şubat	24798448	6741059	0,272
Mart	29780067	8756746	0,294
Nisan	26759862	7659936	0,286
Mayıs	24754362	7785125	0,314
Haziran	25663485	7246625	0,282
Temmuz	23995159	7989943	0,333
Ağustos	24894701	8204890	0,33
Eylül	22234649	7892003	0,355
Ekim	24258762	7803451	0,322
Kasım	26344018	7210184	0,274
Aralık	28448438	7818822	0,275

Kaynak: <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>

Sağlık bakanlığının 2015 verilerinin yıllık dağılım bazında gösterildiği tabloda yaz dönemlerinde en yüksek başvurunun %35,5 oranı ile Eylül ayında gerçekleştiği, Yaz dönemlerinde ise ciddi bir artış yaşandığı görülmektedir.

Türkiye’de halen hizmet vermekte olan yaklaşık binin üzerinde acil servis birimi mevcuttur. Bu ünitelerin çoğunda yeterli personel ve iyi bir kayıt sistemi olmaması acil servislerin yıllık hasta kapasiteleri ve hasta nitelikleri hakkında sağlıklı veriler elde edilememesine neden olmaktadır. Acil servise başvuran hastaların sayısı ve niteliğinin bilinmesi acil servislerde nasıl bir hizmet verileceğini belirlemek bakımından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı genel olarak acil servis hasta başvurularının verilerini analiz etmek, elde edilen sonuçlarla vermekte olduğumuz acil tıp hizmetlerinin ileriye yönelik yapılanmasında neler yapılabileceğini planlamaktır (Sağlık Bakanlığı 2015 Verileri).



Şekil 1.3. Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Acil Muayene Sayısı ve Oranı

Kaynak: <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>

1.1.5.2. Acil Servislerde Triyaj

Triyaj, köken olarak Fransızca bir kelimedir. Ayırmak, seçmek, elemek anlamlarında kullanılır. Tıp literatüründe ise triyaj, acil servise gelen hastaların, hastalık ciddiyetine göre tedavi önceliğinin belirlenmesi sürecidir. Triyaj, acil tedavi sırasını ve önceliğini, acil nakil sırasını ve önceliğini veya hasta için nakil varış yerini belirleyebilir. Triyaj ile yapılan aciliyet sınıflandırması, kaynaklar yetersiz olduğunda acile başvuran hastaların etkin bir şekilde tedavi edilmesini sağlar (Iserson ve Moskop, 2007, s.275–81).

Modern tıbbi triyaj ilk olarak, Napolyon Savaşları sırasında bir cerrah olan Dominique Jean Larrey tarafından uygulanmıştır. Yaralıların gözlemlenen ağırlıklarına, rütbelere veya milletlerine bakılmaksızın tıbbi bakımın aciliyetine göre tedavi sınıflandırma yapılmıştır. Triyaj, I. Dünya Savaşı sırasında da uygulanmıştır. Yaralılar cephenin arkasındaki yardım istasyonlarında aciliyet durumuna göre tedavi edilmiştir (Chipman vd., 1980, s.99–100).

Tıbbi teknoloji geliştikçe, bilimsel modellere dayanan modern triyaj yaklaşımları ortaya çıkmıştır. Hastaların sınıflandırılması, belirli fizyolojik değerlendirme bulgularına dayanan triyaj puanlarının sonucuyla belirlenmiştir. START modeli gibi bazı modeller algoritma tabanlı olabilmektedir. Triyaj konseptleri daha karmaşık hale geldikçe, triyaj

rehberliği aynı zamanda hem hastanelerde hem de sahada bakım verenlerin kullanması için yazılımsal ve donanımsal karar destek ürünlerine dönüşmüştür (Idoguchi vd., 2006, s.183–91).

Acil servise gelen hastaların durumlarını değerlendirmek ve tedavi önceliklerini belirlemek için tüm dünyada farklı triaj sistemleri kullanılmaktadır. Bu triaj sistemleri 3,4 ve 5 seviyeli'dir. Fernandes vd. (2005)'nin yaptığı araştırmalara göre 5 seviyeli triaj sistemlerinin güvenilirlik ve geçerlilik açısından 3 seviyelilere oranla daha üstün olduğu görülmüştür. Bir ölçeğin geçerliliği, ölçümün değeri ile gerçek değerin aynı olması ile belirlenir. Triyaj sisteminin geçerliliği ise ölçümün doğru yapılmasına bağlıdır. Doğru bir triyajda, hastaları aciliyetlerine göre, en az hasta olanlar en son görülmeli gereken hastalar olarak belirlenir. Eğer düşük akutluk seviyesindeki pek çok hasta acil servise kabul ediliyorsa o zaman o triaj sistemi geçerli değildir denilebilir. Ölçeğin güvenilirliği ise ikiye ayrılır. Birincisi değeri biçimler arası güvenilirliktir. Farklı kişilerin aynı hastayı o triaj sisteminde aynı akutluk seviyesinde belirlemesidir. İkincisi ise tek hakem güvenilirliğidir. Aynı kişinin belirli bir zaman geçtikten sonra aynı hastayı aynı akutluk seviyesinde ölçmesine tek hakem güvenilirliği denir (Fernandes vd., 2005, s.39-50).

Triajdan önce doktorlar ve hemşireler hastaları hangi sırayla tedavi edeceklerini karar vermekte zorluk yaşayabilirler. İlk olarak 3 seviyeli (acil, çok acil, acil olmayan) triaj sistemi uygulanır. Daha sonra bu sistem geliştirilerek 5 seviyeli hale getirilir. Her bir seviye için acil durumların tanımları yapılır (Van vd., 2001, s.3-7). Yayınlanan pek çok triaj ölçeği azalan şekilde sıralanır. Seviye 1 en yüksek seviyedeki acildir. AŞİ, Avustralya, Kanada ve Manchester ölçekleri 5 seviyeli azalan ölçeklerdir. Seviye 1 en acil, seviye 5 en az acil durumlardır. Artan ölçekler de bazı hastanelerde kullanılmaktadır. Bu ölçekte seviye 1 acil olmayan durumları, seviye 5 ise en acil durumları göstermektedir (Fernandes vd., 2005, s.39-50).

Dünyada en çok kullanılan triaj sistemleri Acil Şiddet İndeksi (AŞİ), Manchester Triaj Sistemi (MTS), Avustralya Triaj Sistemi (ATS), Kanada Triaj Sistemi (KTS)'dir. Bunların her biri ortalama ya da ortalamanın üzerinde güvenilirlik ve geçerliliğe sahiptir. Türkiye'de ise 3 seviyeli ve kendi içinde 5 kategorisi olan triaj modeli uygulanmaktadır.

1.1.5.2.1. Acil Şiddet İndeksi (AŞİ)

Acil Şiddet İndeksi (The Emergency Severity Index- ESI), 1999 yılında geliştirilen beş seviyeli bir acil servis triyaj algoritmasıdır. Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı

(AHRQ) tarafından sağlanmaktadır. AŞİ triyajı, hastaların sağlık problemlerinin keskinliğine ve bakımlarının gerektirdiği kaynak sayısına dayanır. Bu, hastaları güvenli bir şekilde bekleyebilecekleri zamana göre bölmeye çalışan Australasian Triyaj Skalası gibi diğer bazı ülkelerde kullanılan standart triyaj algoritmalarından farklıdır (Gilboy vd., 2011, s.416).

AŞİ'deki "kaynak" kavramı, fiziksel muayenenin üstünde ve ötesinde karmaşık müdahale türleri veya teşhis araçları anlamına gelir. Kaynak örnekleri arasında röntgen, kan testleri, dikişler ve intravenöz veya kas içi ilaçlar bulunur. Oral ilaçlar ve reçeteler, AŞİ algoritması tarafından özellikle kaynak olarak kabul edilmez (Elshove-Bolk vd., 2007, s.172).

AŞİ seviyeleri bir ile beş arasında numaralandırılır. Birinci seviye en büyük aciliyeti gösterir. Seviyeler şu şekildedir (Buschorn vd., 2013, s.55-63):

Tablo 1.2. Acil Şiddet İndeksi

Seviye	İsim	Açıklama
1	Ölümcül	Gecikmeden acil, hayat kurtaran müdahale gerekir
2	Acil Operasyon	Yüksek bozulma riski veya kritik bir problemin belirtileri
3	Acil	Araştırma yapılacak zamana sahip olan ve tedavi etmek için gereken çeşitli kaynak türleriyle kararlı (stable) durum sergileyen (laboratuar testleri ve X-ışını görüntüleme gibi).
4	Az Acil	Yalnızca bir tür kaynak türüyle tedavi edilecek zamana ve kararlı yapıda olanlar (yalnızca bir X-ışını veya yalnızca dikişler gibi).
5	Acil Olmayan	Oral veya topikal ilaçlar veya reçeteler dışında hiçbir kaynak ihtiyacı sergilemeyen yapıda kararlı durumlar.

Kaynak: Buschorn vd., (2013, s.55-63).

1.1.5.2.2. Manchester Triaj Sistemi (MTS)

MTS, 1997'den beri Büyük Britanya'da ve Avrupa Birliği'nde geniş olarak kullanılan bir sistemdir. Acil tedavi arayan hastaların risk tahmini ve önceliğini belirleyen bir sınıflama çeşididir. Hastanın acil servise alınması ve vakanın ciddiyetine göre bakımı önceliklendirmeyi amaçlar (Elshove-Bolk vd., 2007, s.170-4):

- ✓ Hemen (kırmızı), hemen bir doktor tarafından değerlendirme yapılmalıdır
- ✓ Çok Acil (turuncu), 10 dakika içinde değerlendirme
- ✓ Acil (sarı), 60 dakika içinde değerlendirme
- ✓ Standart (yeşil), 2 saat içinde değerlendirme ve
- ✓ Acil Olmayan (mavi), 4 saat içinde değerlendirme.

MTS, acil servis doktorları ve hemşireleri arasında bir standart sağlamak, ortak bir terminoloji geliştirmek, ortak tanımlamalar yapmak, güçlü bir triaj metodu geliştirmek,

bir eğitim paketi oluşturmak ve triaj için resmi kurallar saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Kendi yaklaşımında tektir. Her biri özel olarak hasta şikayetlerini değerlendirmek için tasarlanan 52 tane akış diyagramı vardır. Her bir akış diyagramı, ölüm tehlikesi, sancılı, kan kaybı, ateş, şuur kaybı, akutluk başlangıcı olmak üzere 6 farklı bölümden oluşmaktadır. Sistem triaj hemşiresinin 52 akış diyagramından bir tanesini seçmesini gerektirmektedir. Sınıflandırmada 5 renk vardır. Kırmızı acele, turuncu çok acil, sarı acil, yeşil standart ve mavi acil olmayan durumları belirtmektedir (Rocovich ve Trushnaa, 2012, s.91-97).

1.1.5.2.3. Avustralya Triaj Sistemi (ATS)

Avustralya 1994'te ulusal triaj ölçeğini uygulamaya başlamıştır. Daha sonra ölçek Avustralya Triaj Ölçeği adını almıştır. ATS şu anda Avustralya'daki tüm acil servislerde kullanılmaktadır. ATS, acil servise başvuran hastaların klinik aciliyet sırasına göre tedavi edilmesini, en uygun değerlendirme ve tedavi alanına tahsis edilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. ATS ayrıca bölüm içi vaka karışımını tanımlamaya yardımcı olur. (Fernandes vd., 2005, s. 41).

ATS, hemen eşzamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren, yaşamı tehdit edici bir durum olan beş kategoriyi kullanır. Kategori 5, iki saat içinde değerlendirilebilecek ve tedavi edilebilecek kronik veya küçük bir durumu ifade eder. Triyaj değerlendirmesi genellikle iki ila beş dakikadan fazla sürmez. Uygun şekilde eğitilmiş ve deneyimli personel tarafından gerçekleştirilir. ATS sadece klinik aciliyeti tanımlamak için kullanılır. Ciddiyeti, karmaşıklığı, bakım kalitesini, iş yükünü ve personeli tanımlamak için ayrıca önlemler alınması gerekir (Christ vd., 2010, s.892-898).

Ölçeğin kategorileri aşağıdaki gibidir (Van vd., 2001, s.3-7):

- ✓ Kategori 1: Hastalar ölmek üzeredir ve bilinçsizdir.
- ✓ Kategori 2: Kategori 1'e geçmesini engellemek için dikkat edilmesi gereken hastalardır.
- ✓ Kategori 3: Klinik durumlarındaki aciliyetlerine göre 30 dk. içinde görülmesi gereken hastalardır.
- ✓ Kategori 4: Tedavi için zaman kısıtlaması ya da aciliyeti olmayan hastaları içerir.
- ✓ Kategori 5: Önce başka bir tesiste bakılması gereken hastalardır.

1.1.5.2.4. Kanada Triaj Sistemi (KTS)

Kanada Acil Durum Departmanı Triyaj ve Keskinlik Ölçeği (CTAS), 1999'daki ilk yayından bu yana, Kanada'daki ve yurt dışındaki acil servislerde yaygın olarak kabul edilmiştir (Grafstein vd., 2003, s.27-34). CTAS, sürekli olarak revize edilmeye ve güncellenmeye devam etmektedir (Murray vd., 2004, s.421).

KTS 5 seviyeye sahiptir. Bunlar diriltme-resüsitasyon (mavi renk), çok acil (Kırmızı renk), acil (sarı renk), az acil (yeşil renk) ve acil olmayan (beyaz renk) hastalardır (Jimenez vd., 2003, s.315-322).

1.1.5.2.5. Türkiye'de Kullanılan Triaj Sistemi

Türkiye'deki acil servislerde etkin bir tedavi amacıyla renk kodlaması uygulanır. Triaj işlemi doktor, acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru vb. nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır.

Tablo 1.3. Türkiye'de Acil Servis Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması

RENK KODLAMASI VE TRİYAJ UYGULAMASI		
RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ
Yeşil	Kategori 1: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar. Kategori 2: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir. Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler.
Sarı	Kategori 1: Hayati tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar. (Solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum skoru % 80'i olan hastalardır)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır. Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.
Kırmızı	Kategori 1: Hayati tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kategori 2: Hayati tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resüsitasyon) odasına alınacaktır. Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır. Bu durumdaki hastalar ölüm kartı doldurularak hastanın ayak başparmağına bağlanır ve görevli personel tarafından morga indirilir.
Siyah	Bu kategorideki hastalar ölmüştür	

Kaynak: "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ", Resmî Gazete

Tarihi: 16.10.2009.

Triaj uygulamasında muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler için öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renk kodları kullanılır. Acil servise başvuran tüm hastaların ateş, nabız, tansiyon, solunum sayısı, oksijen saturasyon gibi vital bulgularına triaj alanındaki monitörlerle bakılır. Acil servise başvuran tüm hastaların tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için triyaj koduna uygun bir şekilde tedaviye alınırlar. Türkiye'deki Triaj renk kodu uygulaması aşağıdaki tablodaki gibi yapılır (Sağlık Bakanlığı İşleyiş Prosedürü, Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması, 2019).

Acil servise başvuran tüm hastaların ateş, nabız, tansiyon, solunum sayısı oksijen saturasyon gibi vital bulgularına triaj alanındaki monitörlerle bakılır. Acil servise başvuran tüm hastalar tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konular ve triaj koduna uygun olan alana alınırlar. Triaj uygulaması aşağıdaki şekilde yapılır (Sağlık Bakanlığı İşleyiş Prosedürü, Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması, 2019).

Yeşil triyaj kodlu hastalar basit sağlık sorunları olan hastalardır. Hayati ciddiyeti olmayan, düşük riskli hastalar yeşil kodla sınıflandırılır. Basit yaralar, sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen kesikler bu kategoridedir. Yeşil kategori kendi içinde de müdahale sürecinde göre ikiye ayrılır. Birinci kategoride 1 saate kadar, ikinci kategoride 1-4 saate kadar müdahale edilmesi risk oluşturmayan hastalar sınıflandırılır. Durumua göre yeşil alanda ya da polikliniklerde tedavi edilirler (Sağlık Bakanlığı, 27378 Sayılı Tebliğ Ek7, 2009).

Sarı triaj kodu da kendi içerisinde ikiye ayrılır. 1. Kategorideki hastaların hayati hayati tehlikesi, uzuv kaybı riski yük ve morbidite oranı yüksektir. Yüksek ateşli onkoloji hastaları, uyanık nöbet geçirenler, inatçı kusması olanlar, kafa travması olan bilinci açık hasta, şiddetli karın ağrısı olan hastalar ve ciddi yaralanmalar bu kategoriye örnektir. 2. Kategori ciddiyet potansiyeli taşıyan orta ve uzamış dönem belirtileri olan hastaları ifade etmektedir. Basit ağrılar, solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları, bilinç kaybı olmayan basit kafa travmaları, dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller, gözde yabancı cisim, ayak bileği burkulması ise sarı rengin ikinci kategorisine örnek verebileceğimiz durumlardır (Sağlık Bakanlığı, 27378 Sayılı Tebliğ Ek7, 2009).

Kırmızı triaj kodu ise hayati tehlikesi yüksek olan ve hızla müdahale edilmesi gereken hasta veya yaralıları ifade eden sınıflandırmadır. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kırmızı kodda kendi içerisinde iki kategoriye ayrılır.

Birinci kategoride hayati tehlikesi yüksek olan eş zamanlı değerlendirme ve tedavi ihtiyacı olan hastalar bulunmaktadır. Kardiyak arrest, solunumsal arrest, havayolu tıkanıklığı riski, majör çoklu travma ve uzamış nöbetler bu kategoriye örnektir. İkinci kategoride ise hayati tehlikesi yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gereken hastalar bulunmaktadır. Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı, şiddetli yutkunma güçlüğü, hava yolu tıkanıklığı, ciddi ağrılar, davranışsal/psikiyatrik şiddet içeren agresif davranışlar da bu kategoriye örnek verilebilecek sorunlardır (Sağlık Bakanlığı, 27378 Sayılı Tebliğ Ek7, 2009).

Triyaj uygulamasında bir de siyah renk kod vardır. Ancak bu kod hasta ya da yaralının ölmüş olduğunu ifade etmektedir.

1.2. ACİL SERVİSLERİN AMAÇ DIŞI KULLANIMI

Acil servislerin aşırı yoğunluğu dünya çapında bir halk sağlığı sorunudur. Bunun önemli nedenlerinden biri, acil servislerin acil olmayan hastalar tarafından sıklıkla kullanılmasıdır. Acil servis yoğunluğu, hasta bakımının kalitesini düşürür. Ayrıca hastaların ve acil servis personelinin memnuniyetini olumsuz olarak etkiler. Bu olumsuz durum acil servisi amaç dışı kullanan hastaların özelliklerinin belirlenmesi ve acil servislerin amaç dışı kullanım nedenlerinin belirlenmesi hususunda birtakım çalışmaların yapılmasına da neden olmuştur (Moskop vd., 2009, s.605-11).

Acil servisler, acil tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan hastalara hızlı bir şekilde müdahale etmeyi amaçlar. Fakat acil olmayan hastaların acil servislerde tedavi edilmesi acil servislerin kapsamı dışındadır. Buna rağmen hastalar ilaç tedavisi ile ağrılarını hafifletmek ve testlerini yaptırmak için çoğu zaman acil servislere başvurmaktadır. Böyle durumlarda hastanın birinci basamak sağlık kuruluşlarında daha iyi tedavi görmesi mümkünken acil servise başvurması, sağlık sistemine de zarar vermektedir. Bu işleyiş acil tedavi ihtiyacı olmayan vakaların acil tedavi ihtiyacı olan vakalarla yarışmasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda acil müdahale ihtiyacı olan hastaların tedavisinin gecikmesi de kaçınılmazdır. Acil servislerin bu şekilde kullanımı uygunsuz kullanım olarak nitelendirilmektedir (Carret vd., 2009, s.7-28).

Yapılan araştırmalarda acil servislerin amaç dışı kullanımının farklı nedenleri olduğu gözlemlenmiştir. Bu araştırmaların sonucuna göre acil servisler %10-90 arasında amaç dışı kullanılmaktadır (Sarver vd., 2002, s.916-23).

Acil servislerin amaç dışı kullanımına yönelik yapılan araştırmalarda değerlendirilmesi gereken kriterlerden biri de başvuru yapan hastaların demografik özellikleridir (Durand, 2011, s.333-45).

Acil olmayan acil servis ziyaretlerinin sayısını azaltmaya çalışmak için çeşitli müdahaleler yapılmıştır. 2011'de Teksas'ta ebeveynlere evde bazı basit sağlık sorunlarıyla başa çıkmaları ve acil servislerin ne zaman gerekli olabileceği konusunda daha iyi kararlar almaları için talimatlar içeren bir kitapçık verilmiştir (Salami vd., 2012, s.43-6). Japonya'da, gece telefonla triyaj sistemi, ebeveynlere güven vermek ve acil olmayan durumlar için gece acil servis ziyaretlerinden kaçınmak için etkili bir metod olarak kullanılmaktadır. Bazı faktörler acil olmayan acil servis ziyaretlerinin sayısını olumlu yönde etkileyebilir. Bir grup veya çocuk doktoru netinde düzenlenen "yüksek kaliteli birincil bakım" ve "birinci basamak hizmetleri" sağlayıcıları acil olmayan acil servis ziyaretlerinin sayısındaki düşüşle ilişkilidir (Tsai ve Liang, 2010, s.533–42).

Acil servislerin verimli olarak kullanılmamasının nedenlerinden biri de gereksiz ambulans kullanımudur. Acil olmayan hastalar ambulansları zaman zaman alternatif bir ulaşım aracı olarak görmektedir. Böylece ambulansların gerçekten acil müdahaleye ihtiyacı olan hastalara ulaşması engellenmiş olur. Acil olmayan hastalar tarafından kullanılan ambulanslar hem sağlık personelinin meşgul etmekte hem de acil servislere gereksiz kalabalıklıklara yol açmaktadır. Uygun olmayan ambulans kullanımı, acil olmayan tıbbi durumlar için acil tıbbi servis nakliyesi veya hasta alternatif ulaşım kullanmıyorsa kullanılmasını içerir (Zenginol vd., 2010, s.27-32).

Amaç dışı ambulans kullanımının önüne geçerek acil servis yoğunluğunu engelleyebilmek adına Ontario'da ambulans faturalandırma politikası uygulanmıştır. Bu sisteme göre hastalar normalde 45 dolarlık bir ortak ödemeden sorumludur. Acil servis hekiminin ambulans kullanımının tıbbi olarak gerekli olmadığına karar vermesi durumunda, ambulans hizmeti için hastalara 240 dolar fatura kesilir (Ministry of Health and Long-Term Care, 2015).

1.2.1. Acil Servislere Uygunsuz Başvuru ve Gerçek Acil Kavramları

Toplumdaki tüm bireyler hastalandıklarında, ciddi bir sağlık problemi ile karşılaştıklarında ya da bir kaza sonrasında zaman kaybetmeden, ekonomik engelleri düşünmeden, prosedürlere takılmadan kolay ulaşılabilir, sürekli hizmet veren ve güven duydukları bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyarlar (Yaşar vd., 2000, s.54-60).

Acil servisler, hayati riski olan hastaların hızlı bir şekilde değerlendirildiği, tıbbi ve cerrahi müdahalelerinin yapıldığı kesintisiz hizmet sunan birimlerdir. Bu hizmete ihtiyacı olan hastalara öncelik tanımak suretiyle en kısa süre içinde cevap vermek acil servisin esas görevidir. Ancak yukarıda sıraladığımız engellerin olmadığı tek yer acil servisler olduğu için herhangi bir acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla acil servise başvurmaktadır (Çevik ve Tekir, 2014, s.42).

Acil servislere başvuran hastaların önemli bir bölümünü acil olmayan hastalar oluşturmaktadır. Acil servis kalabalığını artıran nedenlerden biri olan acil olmayan başvurular, talep karşısında var olan kaynakların yetersiz kalmasına yol açmaktadır (Jessamy, 2006, s.48). Bu durum tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acil servislerde hasta yükünü artırmakta ve acil hizmet verilmesi gereken hastalara sunulan hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Karaçay, 2010, s.20-24).

Acil servisler tetkik, gözlem ve tedavi gerektirmeyen sağlık sorunları için de sıklıkla kullanılmaktadır. Bu şekilde kullanımından doğan sorunların tamamı “Gerçek Acil” kavramı dışında kalarak “Amaç Dışı Kullanım” kavramı çerçevesinde analiz edilmektedir (Kamal vd., 2014, s.148).

Amerikan Acil Hekimler Koleji (American College of Emergency Physicians)’ne göre, gerçek tıbbi acil (Çelikten, 2016, s.26);

- ✓ Hastanın 24 saat içinde bir hastane veya hemşire bakım evine yatmasını gerektiren herhangi bir durum.
- ✓ Akut travmalar (72 saatten daha az).
- ✓ Akut ve ciddi ağrılar.
- ✓ Akut enfeksiyonlar.
- ✓ Halk sağlığını tehdit eden durumlar.
- ✓ Doğumla ilgili sorunlar veya doğum.
- ✓ Kanama veya kanama tehdidi.
- ✓ Şok veya olası şok tehdidi.
- ✓ Önlenmediği durumda kalıcı veya geçici fiziki veya psikolojik zarara yol açabilecek şüpheli kötüye kullanım veya ihmal durumları.
- ✓ Uygun girişimle düzelebilecek doğumsal defektler ve anormallikler.
- ✓ Bilinç, solunum, dolaşım, boşaltım, hareket veya duyu organları gibi hayati işlevlerin kötüleşmesi veya kötüleşmesi tehdidi.

- ✓ Kişinin kendisi veya başkalarının güvenliği için belirgin tehlike oluşturan mental hastalıkları
- ✓ Olası kötüleşmeden, sakatlıktan veya ölümden korunmak için hızlı ve dikkatli tıbbi yaklaşım gerektiren her türlü ani ve/veya ciddi belirtileri içeren durumlardır.

1995 yılında ABD’de sunulan ve kabul gören “Access to Emergency Medical Services Act of 1995” başlıklı yasa tasarısında acil durumun tanımı yapılmıştır. Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) tarafından da bu tanım kabul edilmiştir. Bu tanıma göre acil durum, ağrı da dâhil olmak üzere, ani başlangıçlı, kayda değer semptomlarla ortaya çıkan, acil müdahale edilmediği takdirde kişinin sağlığını ve yaşamını ciddi şekilde tehlikeye sokan, vücut fonksiyonlarında ciddi bozukluklara yol açan ya da vücudun herhangi bir kısmında ya da organda bozulmaya yol açan durumdur. Acil servise muayene talebiyle başvuran her hasta, acil durum varlığı açısından uygun şekilde değerlendirilmelidir (Akgün, 2011, s.78).

16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ’de”; triyaj uygulamasında çalışacak sağlık personelinin özellikleri belirtilmiştir. Buna göre triyaj uygulamasını yapabilecek personel ancak tabip, acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli olabilir. Yine aynı tebliğe göre Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı’ nın ve ilgili diğer kurumların görüşünü alarak acil bakım ve triyaj eğitimini, müfredatını ve süresini belirler (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009).

8/3/2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’yle, hemşire, başhemşire, uzman hemşire ve yetki belgesine sahip hemşireliğin tanımları yapılmıştır. 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan düzenleme ile bu yönetmelikte bir takım değişikliklere gidilmiştir. Buna göre hemşireler de acil servis birimlerinde triyaj uygulama görevini de yürütmeyeceklerdir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Sonuç olarak, acil servise başvuru yapan her hasta değerlendirilmek zorundadır. Başvurunun acil duruma uygunluğu ise bu değerlendirmeden sonra verilecek hekim kararıdır.

1.2.2. Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri

Shesser ve arkadaşlarına göre acil olmayan hastaların acil servisi kullanmasının üç ana nedeni vardır. Sağlık hizmet bilgisinin yetersiz olması, polikliniklere göre acil servislere daha kolay ulaşım sağlanması ve acil servislerde tedavi kolaylığı hastaların acil servisi sıklıkla kullanmasının ana nedenleridir (Shesser vd., 199, s.743-8).

Sarver ve arkadaşlarına göre acil servis dışındaki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetsizlik, bu birimlerdeki personele olan güvensizlik ve polikliniklere randevu alma zorluğu hastaların acil servisleri sıklıkla kullanılmasına neden olmaktadır (Sarver vd., 2002, s.916-23).

Howard ve arkadaşlarına göre acil servislerin amaç dışı kullanımının nedenlerinden biri de hız faktörüdür. Hastalar polikliniklerden randevu almak ve bu süreci beklemek yerine acil servislerde çok hızlı şekilde tedavi olmak istemektedir (Howard vd., 2005, s.429-35).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 2.114 hastaya acil servisi tercih etme nedeni sorulmuş ve katılımcıların %39'u yakın olmasını neden olarak göstermiştir (Ersel vd., 2006, s.25-35).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda amaç dışı kullanımın nedenleri arasında birinci basamak sağlık hizmetlerine erişilebilirlik sorunu ve hastaların bilgisizlik nedeniyle yaşadığı endişe gelmektedir. Acil servislerin yakınlığı ve ulaşım kolaylığı acil servislerin tercih nedeni olmuştur (Edirne vd., 2008, s.107-11).

Ülkelerin sağlık sistemleri ve sağlık politikaları acil servis hizmetlerinin kullanımı üzerinde etkili bir diğer ana unsurdur. Bu unsurun iki önemli bileşeni olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sigortası sistemi, acil servislerin kullanımı üzerinde doğrudan etkilidir (Harris vd., 2011, s.787-93). Sağlık sigortasının yokluğu nedeniyle diğer birimlerden yararlanılamaması, acil servisleri tüm sağlık sorunları için başvurulabilecek tek adres konumuna getirmektedir (Raven vd., 2013, s.1145-53).

Halkın birinci basamak sağlık kuruluşlarının işlevlerine dair bilgi düzeyi uygunsuz kullanımı etkileyen bir başka unsurdur (Breen, 2012, s.180-5).

Tanı için özel yöntemlerin, tedavi için özel bakımın ya da ileri sağlık kuruluşlarına sevkini gerekli olduğuna inanılması ve soruna yönelik aciliyet algısı uygunsuz kullanım üzerinde rolü olan etmenlerdendir (Northington, 2005, s.131-7).

Yapılan araştırmalar acil servisin amaç dışı kullanımının ilk sebebinin hız olduğunu göstermektedir. Kişilerin en kısa zamanda tedavi olma düşüncesi acil servislerin sıklıkla kullanılmasına neden olmaktadır. Güvenilirlik, finansal nedenler, acil servis içerisinde ulaşılabilirlik, tedavi kolaylığı ve hastaların demografik özellikleri de acil servislerin kullanımını arttırmaktadır.

1.2.3 Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanımlarının Getirdiği Sorunlar

Acil servis departmanları, sağlık sistemleri içinde acil tıbbi müdahaleler için anında bakım sağlayan bütünleşik bir hizmettir. Ancak acil servisler dünya genelinde hasta baskısı, artan nüfus ve yoğunluk nedeniyle gittikçe gergin ve verimsiz hizmet alanlarına dönüşmektedir. Bu durum birçok soruna neden olmaktadır (Carret ve Fassa, 2009, s.7-28);

- ***Uzun bekleme sürelerine bağlı tedavi aksaklıkları ve memnuniyetsizlik***

Uluslararası çalışmalarda acil servis kullanımlarının %24 ile %40'ı arasında uygunsuz olduğu düşünülmektedir. Yoğunluk nedeniyle ortaya çıkan uygunsuz kullanım, acil servislere gelen hastaların zamanında ve doğru bir şekilde tedavi edilmesini engelleyebilir. Düşük aciliyet seviyesindeki hastalar daha acil seviyedeki hastaların bekleme süreleri üzerinde minimum etkiye sahipken, acil olmayan vakalar gerçek acil durum vakalarına erişimi eşit şekilde engel olabilmekte ve böyle dağılım hem personel tutumlarını hem de hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Schull vd., 2007, s.257–264).

Aciliyet kavramı öngörüsü olmayan ve zaman ile yarışma durumu, acil servislerde en acil olan vakaya öncelik sağlanması, planlanan tedavinin kısa zaman içinde sunulması ilkelerini ne çıkarmaktadır. Fakat bu hususa engel olan sürecin önüne çıkan uygunsuz kullanım, kısıtlı kaynaklarla servis hizmetlerinin bu ilkeler doğrultusunda yürütülmesini zorlaştırmaktadır. Uygunsuz kullanımın sebebiyet verdiği hasta yoğunluğu, sunulan hizmetin kalitesinden başlayarak birçok hususun önüne geçmektedir. Bu durum hasta memnuniyetsizliğine yol açmakta beraber pek çok sorunu da gündeme getirmektedir (Ersel vd., 2006, s.25-35). Değerlendirme, tanılama, stabilizasyon ve tedavi sürecinin aksaması acil tedavi sorunu olarak memnuniyetsizliğe davetiye çıkarmaktadır (Breen ve McCann, 2012, s.180-5).

Bir diğerk husus olan kronik hastalıkların izleminin acil servislerde yapılması bu hastalıkların gerektirdiği özel, koruyucu ve sürekli bakıma yönelik hizmetlerin aksamasına neden olmaktadır (McWilliams vd., 2011, s.265-71).

- ***Sağlık personelinin çalışma verimi üzerindeki olumsuz etkisi***

Acil servislerin amaç dışı kullanımın neden olduğu hasta yoğunluğu hasta memnuniyetsizliğinin yanında sağlık personelinin memnuniyetsizliğine de neden olmaktadır. Bu yoğunluğa maruz kalan sağlık personelleri hizmet amacından bilimsel anlamda uzaklaştığını fark ederek, asıl için yapılmasının önüne geçildiğini düşünerek veimli alışamamasına yol açmaktadır (Durand vd., 2011, s.333-45). Bununla birlikte çalışanların memnuniyetsizlik ve yoğunluğu servisteki iletişimi olumsuz yönde etkileyerek tıbbi hatalara zemin hazırlamaya kadar uzanmaktadır (Hoot vd., 2007, s.747-55).

Uygunsuz kullanım sunulan hizmetin kalitesini düşürme ve maliyetini arttırmanın yanısıra kalabalıklaşmaya neden olarak servis hizmetlerinin sağlanmasını güçleştirmektedir (Olshaker, 2009, s.593–603). Amerikan Acil Hekimleri Kurulu (American College of Emergency Physicians, s. ACEP) tarafından kalabalıklaşma “Acil serviste, hastanede ya da her ikisinde, acil sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın hasta bakımı için var olan ulaşılabilir kaynakları aştığı durum” olarak tanımlanmıştır. Kalabalıklaşma, alışanlar üzerindeki iş yükünü arttırmakta ve etik normlara uymayı güçleştirmektedir. Bunun yanında hasta ve çalışan memnuniyetini azaltmakta, servisteki iletişimi olumsuz etkileyerek tıbbi hata gelişimine zemin hazırlamaktadır (Hoot vd., 2007, s.747-55).

- ***Maliyet Artışı Sorunu***

Acil servis hizmetleri, tanılama sürecinin belirlenmesi, uygulanacak tedavi aşamasında acil hastalara laboratuvar testleri ve ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanıldığı, kapsamlı tedavi uygulamalarının sağlandığı pahalı hizmetlerdir. Ayaktan tedvi edilen hastaların maliyetleri ile gözleme alınan hasta maliyetlerinin birbirine yakın olması acil servise başvuran çoğu hastaya gerek görülsün görölmesin çoğu hastaya bazı testler yapıldığını göstermektedir (Edirne vd., 2008, s.107-111). Uygunsuz kullanım, sağlık hizmetlerinin ülkelere maliyetini arttırdığı bilinmektedir. Brinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olduğu durumlar için acil servislerin kullanılmaması ile sağlık

giderlerinde %69-%86 oranında tasarruf edileceği bildirilmektedir (Şimşek, Gürsoy, 2015, s.18-14).

- **Şiddet**

Acil Servislerde şiddet eğiliminin fazlaca görülmesinin çeşitli nedenleri vardır. Bunlar 24 saat hizmet veren yerler olması, hasta yakını ile gelen hastanın yakının stresli olması, hastaların uzun bekleme süreleri, sağlık hizmetinden yeterince yararlanılmadığı düşüncesi gibi faktörler şiddet eğilimini etkilemektedir. Ayrıca işlerin yoğun personelin az olması, aşırı kalabalık ortamda tek başına çalışma, sağlık personelinin şiddet yönetimi konusunda yetersizliği, yeterli sayıda güvenlik elemanının olmayışı şiddet riskini artıran diğer sebeplerdendir (Çamcı, Kutlu, 2011, s.9-16).

1.2.4. Acil Servisi Amaç Dışı Kullananların Demografik Yapısı

Literatürde acil servise başvuran kişilerin demografik yapısı ile ilgili çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalara örnek olarak Kılıçaslan vd. (2005), Ersel vd. (2006), Çevik ve Tekir (2014) ve Bozkurt (2005) verilebilir. Ancak bu çalışmalar belli hastanelere yapılan acil servis başvurularını kapsamaktadır. Örneğin Kılıçaslan vd. (2005)'nin çalışmasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ndeki veriler kullanılarak acil servise başvuran hastaların demografik yapısı incelenmiştir. Kılıçaslan vd. (2005)'ye göre hastaların yaş ortalaması Hastaların yaş ortalaması $40,76 \pm 19,25$ yıl (ortanca); Hastaların %47,2'si erkek %52,8'i ise kadın hastalardan oluşmaktadır. Hastaların %8,3 oranında 10-19 yaş arası, %21,2 oranında 20-29 yaş arası, %16,2 oranında 30-39 yaş arası, %16,6 oranında 40-49 yaş arası, %14,4 oranında 50-59 yaş arası, %10,1 oranında 60-69 yaş arası, %7,3 oranında 70-80 yaş arası ve %1,5 oranında 80 + yaş dağılımına sahip olduğunu belirtmiştir. Kategori 1, 2 ve 3'teki hastaların triyaj kategorileri sırasıyla %10,42 oranında 1. kategoride, %42,34 oranında 2. Kategoride ve %47,24 oranında 1. kategoride olduklarını belirtir. Ayrıca 65 yaşından büyük hastalar kategori 1'de %37,1 orana sahip olduğunu belirtmiştir. En sık başvuru günleri pazartesi günleri olduğunu ve saat 11, s.00 ile 23, s.00 arasında bu başvurunun yoğunlaştığını göstermiştir. Acil servis kalış süresi ise ortalama 2 saat'dir. Danışma ve başvuru oranları sırasıyla %19,66 oranında danışma ve %12,5 oranında da başvuru yapıldığını ifade etmektedir. Göğüs ağrısı, karın ağrısı, nefes darlığı ve baş ağrısı en sık şikayetler olduğu yapılan çalışmada görülmüştür. En sık görülen acil servis teşhisi, "S- Yüzeysel kafa yaralanması" (%16,29) ile kodlanan çevresel yaralanmalardır; "R- Kardiak üfürüm ve diğer kardiak sesler" ile

kodlanan işaret, semptomlar ve anormal klinik laboratuvar sonuçları (%15,71); ve "J-Akut nazofarenjit" (% 10.88) ile kodlanan solunum sistemi hastalıkları. Ayrıca hasta verilerinin acil servis hastaları ile ilgili güncel literatüre benzerliği vurgulanmıştır (Kılıçaslan vd., 2005, s.5-13).

Ersel vd. (2006)'nin 9 Ekim-5 Kasım 2000 tarihlerinde Dokuz Eylül Üniversitesi acil servisine başvuran kişilerin verileri kullanılarak yapılan çalışmada, gençlerin (17-39 yaş), kadınların, bekarların, eğitim düzeyi yüksek olanların ve acil servise güvendiği için başvuran hastaların aciliyet uygunluğunun daha düşük olduğunun saptandığı belirtilmiştir. Katılımcıların yaş dağılıma göre % 13,8 oranında 10-19 yaş arası, % 21,1 oranında 20-29 yaş arası, % 16,8 oranında 30-39 yaş arası, % 12,1 oranında 40-49 yaş arası, % 9,3 oranında 50-59 yaş arası, % 7,3 oranında 60-69 yaş arası, % 5,6 oranında 70-80 yaş arası ve % 1,7 oranında 80 + yaş oldukları elirtilmiştir. Eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan 2.179 hastanın gruplara göre dağılımı incelendiğinde buna göre başvuran hastaların 86'sı (% 3,9) okur yazar değil, 61'i okur-yazar (% 2,8), 509'u (% 23,4) ilkokul mezunu, 315'i (% 14,5) ortaokul mezunu, 616'sı (% 28,3) lise mezunu ve 592'si (% 27,2) ise üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların 2.154'ü gelir düzeyleri ile ilgili bilgi vermişlerdir. Bilgi edinilen bu hastaların 704'ü (% 32,7) aylık kazançlarını 0-2000 TL, 832'si (% 38,6) aylık kazançlarını 2000-4000 TL, 420'si (% 19) aylık kazançlarını 4000-6000 TL, 198'i (% 9,2) ise aylık kazançlarını 6000 TL ve üzerinde olarak bildirmişlerdir. Çalışmada ayrıca 2.268 hastanın sosyal güvence gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Emekli sandığına mensup 1.413 (% 62,3), SSK'ya kayıtlı 361 (% 15,9), Bağkur'a kayıtlı ise 139 hastanın (% 6,1) başvurduğu belirtilmiştir. Hiçbir sosyal güvencesi olmayan hastalar 280 kişi (%12,3) ile üçüncü büyük başvuru grubunu oluşturdukları görülmüştür. Özel sigortalı 57 (% 2,5) ve Yeşil Kart sahibi 18 hasta (% 0,8) çalışma sırasında acil servise başvuruda bulunmuştur (Ersel vd., 2006, s.25-35).

Çevik ve Tekir (2014) çalışmalarında 01.11.2012-31.10.2013 tarihleri arasında Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi acil servisine başvuran kişilerin verilerini kullanmıştır. Çevik ve Tekir (2014)'e göre hastaların çoğunluğunu genç erişkinlerin (20-39 yaş) oluşturduğu (% 37,89), acil servis başvurularında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, triajı yeşil olan başvuruların tüm başvuruların % 24,3'ü,

kırmızı triaj kodunun ise tüm başvuruların % 0,47'si olduğu tespit edilmiştir (Çevik ve Tekir, 2014, s.102-107).

Benzer şekilde Bozkurt (2005)'un çalışmasında Dokuz Eylül Üniversitesi acil servisine 1 Mayıs 2005-31 Mayıs 2005 tarihleri arasında başvuru yapan kişilerin verileri kullanılmıştır ve çalışma sonucunda hastaların %78'inin 17-64 yaş grubunda olduğu, %57'sinin ise kadın olduğu görülmüştür (Bozkurt, 2005, s.59).

Zeybeker (2017) yılı "Acil Servis Hızlı Bakı Alanına Gelen Hastaların Aciliyet Durumlarının Hasta Ve Hekim Tarafından Değerlendirilmesi Ve Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı" isimli çalışmasında acil olmayan uygulamalarda en yüksek oranda kadın, üniversite mezunu, 17-34 yaş grubu ve bekarların başvurularından ($p<0,05$) oluştuğunu belirtmiştir. Çalışmada mesafenin yakınlığı ve güvenilirliği, seçim için ilk nedenler olduğu vurgulanmıştır. Acil olmayan başvuruların yoğunlukla 17, s.00-20, s.00 saatleri arasında yapıldığı ve hastalar ve hekimlerin aciliyet algısı arasında anlamlı bir fark tespit edildiği çalışmada hastaların, acil durum ünitesinin aşırı kalabalık olmasından dolayı personel sayısını artıran öneriler sundukları belirtilmektedir (Zeybeker, 2017, s.79).

Çelikten 2016 yılı "Bir Üçüncü Basamak Hastane Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri ve Acil Servis Klinik Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, s. Beş Yıllık Analiz" isimli çalışmasında hastaların yaş ortalaması $34,41\pm 22,64$ olduğunu belirtmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğu genç yaş grubundandır (18-29 yaş, %46,90). Hasta yaş dağılımına göre 20-23 yaş grubu dağılımın doruk noktası olarak belirlenmiştir. Hastane ve acil servise başvuru açısından yaşa göre cinsiyet dağılımında anlamlı farklılık izlenmemiştir ($t=1,14$ ve $p=0,234$). Yaş grupları açısından başvuru sıklığı ele alındığında en çok başvurunun, sırası ile 18-29 (%46,72), 30-39 (%16), 40-49 (%10,34) ve 50-59 (%8,47) yaş gruplarında olduğu belirlenmiştir. 70 yaş ve üzeri hastalarda bu oran toplamda %5,38'dir. Çalışmada hastaların büyük bir çoğunluğunun 18-49 yaş arasında kümelendiği gözlenmiştir. Cinsiyete göre başvuru oranları incelendiğinde; acil servise başvuran hastaların 194.448 (% 51,03)'i erkek (yaş ortalaması $34,18\pm 20,15$); 186.615 (% 48,97)'si kadın olduğu (yaş ortalaması $33,17\pm 22,74$) belirtilmiştir. Acil servise başvuru saatlerine bakıldığında; hasta sayısının gece 00:00-08:00 saatleri arasında azaldığı; saat 08:00'dan itibaren de artış gösterdiği görülmüştür. Akşam saat 17, s.00 den sonra saat 20:00'ye kadar hasta sayısında azalma

olduğu görülmüştür. En fazla başvuru 20:00 ile 22:00 saatleri arasında gerçekleşmiştir (elikten, 2016, s.113).

Tekingündüz'n (2003) yılı "Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi ve Acil Olmayan Kullanımın Belirlenmesi" konulu çalışmasında hastaların yaş ortalaması %28,4'ünün 35-49 yaş grubunda, %27,5'inin 50 ve 50 yaş üstü grubunda olduğu belirlenmiştir. Hastaların ğreni durumu incelendiğinde %18,3'ünün okuryazar olduğu, %30,8'inin ilkokul mezunu olduğu, %25,3'ünün lise mezunu olduğu %12,8'inin de niversite ve niversite üstü olduğu tespit edilmiştir. Araştırma medeni hal dağılımı ise %65,1'inin evli, %23,4'ünün bekar olduğu saptanmıştır. Kadın-erkek dağılımında ise %hastaların %50,5'inin erkek, %49,5 inin kadın olduğu tespit edilmiştir (Tekingündüz, 2003, s.93-113).

İKİNCİ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölüm altında araştırma kapsamında yapılmış olan saha çalışmasının materyal ve yöntemine ilişkin bilgiler verilecektir.

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Çalışmanın evreni Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran hastalarından oluşmaktadır. Çalışma evreni tam olarak bilinmemesine rağmen Çorum il nüfusu 2018 verileri ile 536.483 (TUİK, 2019) örneklem hesaplanmıştır. % 95 güven düzeyi ve % 5 hata payı ile örneklemin en az 384 kişi olmasına karar verilmiştir. Yazıcıoğlu ve Erden (2004), 1-100 milyon arasında olan evren büyüklüğünün % 5 örnekleme hatasında formülle 384 kişi olarak bulmuştur. Bu çerçevede Örneklem 412 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN YÖNTEMLER

Bu çalışma, henüz bu alanda yeterince araştırma yapılmamış olması nedeniyle keşifsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır. Bir aylık bir süreçte Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran hastalar arasından örnekleme dahil olacak katılımcılar basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiştir.

2.3. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE ARACI

Çalışmada veri toplama aracı olarak geliştirilmiş yapılandırılmış soru form kapsamında anket çalışması yapılmıştır. Anketin geliştirilmesinde, İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi'nin amaç dışı kullanımı üzerine Yasemin Akbulut tarafından geliştirilen anket günümüz acil servislerine uyarlanarak kullanılmıştır (Akbulut, 1998). Bu anket kâğıt-kalem ulaşım yöntemi ile acil servis departmanına gelen hasta ve hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada var olan durum mevcut durumuyla betimlenmeye çalışılmıştır. Bu nedenle araştırma betimsel tarama modelinde bir çalışmadır. Çünkü tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırmalara uygun bir modeldir.

Araştırma verileri, hastalarla yüz yüze görüşülerek anketi uygulayan hekimin kontrolünde ve hastalar tarafından çoktan seçmeli olarak cevaplanarak oluşturulmuştur. Bu anket, acil servise çeşitli nedenlerle kullanan hastaların özelliklerini tanımlamak, hastaların acil servise bakış açılarını değerlendirmek, hastaların acil servisi kullanım amaçlarını gözlemlemek, acil servisteki yoğunluğa bakış açılarının görmek ve acil servis yoğunluğunun temel nedenlerini tespit etmeyi amaçlamaktadır. Ankete katılmayı kabul eden hastalar, acil servise müracaat eden yeşil alan ve sarı alana kabul edilen, herhangi hayatı tehdit edici ve aciliyeti olmayan hasta grupları seçilmiştir.

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

2.4. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI VE SINIRLILIKLARI

Çalışmaya katılan acil servisi kullanan hasta ve hasta yakınlarının doğru bilgiler verdikleri varsayılmaktadır.

Çalışmada elde edilen verilerin sınırlılıkları şu şekildedir:

- Çalışma bir aylık bir dönemi kapsamaktadır.
- Katılımcılar Çorum ili Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis hasta ve hasta yakınları ile sınırlandırılmıştır.
- Çalışma verileri katılımcıların demografik durumları Cinsiyet, Yaş, Eğitim Durumu, Maddi Gelir ve Medeni Durum değişkenleri ile sınırlandırılmıştır.

2.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLE TEKNİKLERİ

Çalışma sırasında elde edilen veriler SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. Demografik veriler tanımlayıcı istatistikler yardımı ile incelenmiştir. Kategorik değişkenler yüzde ve oran ile; sürekli değişkenler ise, ortalama ve standart sapma ile ifade edilmiştir. Acil servise başvuran hastalarından oluşan 412 hasta keşifsel araştırma yöntemi ile acil servis kullanma nedenleri araştırılarak amaç dışı kullanıma ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

2.6. ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

2.6.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Bilgileri

Katılımcıların demografik değişkenleri olarak cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve aylık ortalama gelir durum değişkenleri aşağıdaki gibi gerçekleşmiştir. Çalışmada toplamda 412 katılımcının % 46,4'ünün (n=191) kadın katılımcılardan ve % 53,6'sının (n=221) erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

Katılımcıların % 31,3'ü (n=129) bekar, % 68,4'ü (n=282) evli ve % 0,2'si (n=1) dul/boşanmış durumda olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum acil servis kullanımında evli vatandaşlardan daha yoğun talep gördüğünü göstermektedir.

Tablo 2.1. Medeni Durum Dağılımı

		Toplam	
		Sayı	Yüzde (%)
S12-Medeni durumunuz	Bekâr	129	31,3%
	Evli	282	68,4%
	Dul/Boşanmış	1	,2%
	Toplam	412	100,0%

Toplamda katılımcıların % 2,4'ü (n=10) okuryazar olmadığını, % 2,4'ü (n=10) okuryazar (okul dışı) olduğunu, % 18,7'si (n=77) ilkokul mezunu olduğunu, % 13,1'i (n=54) ortaokul mezunu olduğunu, % 36,0'sı (n=148) lise mezunu olduğunu ve % 27,3'ü (n=112) üniversite ve üstü eğitim durumunda olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların toplamda % 63,3 (n=260)'ünün lise ve üstü eğitim seviyesinde olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça acil servis kullanımının arttığı görülmüştür.

Tablo 2.2. Eğitim Durum Dağılımı

		Toplam	
		Sayı	Yüzde (%)
S13-En son bitirdiğiniz okul	Okuryazar değil	10	2,4%
	Okuryazar (okul dışı)	10	2,4%
	İlkokul	77	18,7%
	Ortaokul	54	13,1%
	Lise	148	36,0%
	Üniversite ve üstü	112	27,3%
	Toplam	411	100,0%

Katılımcıların bir diğer demografik değişkenleri ise aylık ortalama gelir durumlarıdır. Kadın katılımcıların aylık ortalama 3804 TL, erkek katılımcıların aylık ortalama 3954 TL kazandıkları, toplamda ise tüm katılımcıların aylık ortalama 3885 TL gelire sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 2.3. Cinsiyet Bazında Gelir Durum Dağılımı – Ortalama Gelir

	S11-Cinsiyetiniz		
	Kadın	Erkek	Toplam
S14-Ailenizin toplam aylık geliri	3804	3954	3885

Aylık gelir gruplandırıldığında toplamda % 8,0'inin (n=33) katılımcının cevap vermediği, katılımcıların % 9,5'inin (n=39) 0-2020 TL arası gelir sahip olduğu, % 40,0'mın (n=165) 2021-3500 TL arası gelire sahip olduğu, % 18,0'mın (n=74) 3501-4500 TL arası gelire sahip olduğu, % 13,1'inin (n=54) 4501-5500 TL arası gelire sahip olduğu, % 4,9'unun (n=20) 5501-6500 TL arası gelire sahip olduğu ve % 6,6'sının (n=27) 6501 TL ve üstü gelire sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 2.4. Gelir Durum Dağılımı – Gruplanmış Gelir

	Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)
Cevap yok	33	8,0%
0-2020 TL arası gelir	39	9,5%
2021-3500 TL arası gelir	165	40,0%
3501-4500 TL arası gelir	74	18,0%
4501-5500 TL arası gelir	54	13,1%
5501-6500 TL arası gelir	20	4,9%
6501 TL ve üstü gelir	27	6,6%
Toplam	412	100,0%

Görüşme yapılan acil servis ziyaretçilerinin yaş dağılımları incelendiğinde katılımcıların % 39,6'sının 18-29 yaş arası, % 27,1'inin 30-39 yaş arası, % 18'inin 40-49 yaş arası, % 9'unun 50-59 yaş arası, % 3,3'ünün 60-69 yaş arası, % 1,8'inin 70-80 yaş arası ve % 1,3'ünün ise 80 + yaş grubuna dahil oldukları görülmektedir. Bu tablo incelendiğinde katılımcıların toplamda % 84,7 gibi yüksek bir oranının 20-49 yaş arası olduğu görülmektedir. Bu oran genelde acil servisi kullananların genç ve orta yaş insanlardan oluştuğunu göstermektedir.

Tablo 2.5. Yaş Grubu Dağılımı

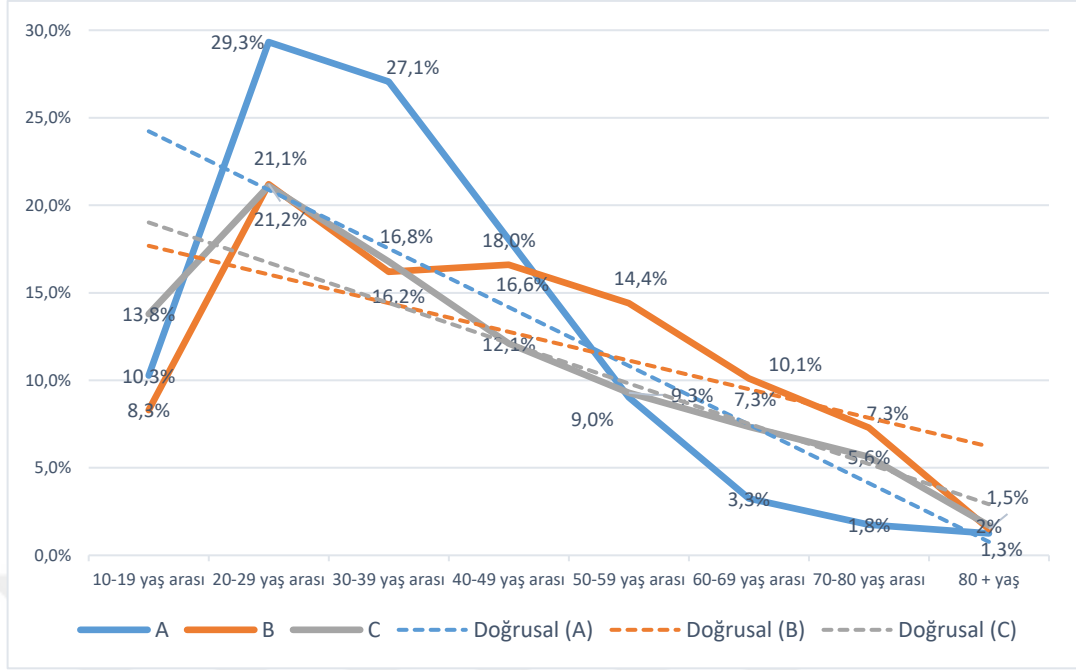
	Sayı	Yüzde (%)
18-29 yaş arası	158	39,6%
30-39 yaş arası	108	27,1%
40-49 yaş arası	72	18,0%
50-59 yaş arası	36	9,0%
60-69 yaş arası	13	3,3%
70-80 yaş arası	7	1,8%
80 + yaş	5	1,3%

Acil servisin amaç dışı kullananların demografik dağılımı başlığı altında incelenen Kılıçaslan ve arkadaşları (2005) ile Ersel ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmalardan elde edilen demografik bilgiler karşılaştırıldığında yaş dağılımında benzer sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Aşağıdaki tabloda, A kolonu yaptığımız çalışma sonucunda elde edilmiş yaş dağılımını, B kolonu Kılıçaslan ve arkadaşları (2005)'nin yaptıkları çalışmadan elde edilen yaş dağılımını ve C kolonu ise Ersel ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmadan elde edilen gruplandırılmış yaş dağılımını vermektedir (Ersel vd., 2006, s.25-35) (Kılıçaslan vd., 2005, s.5-13).

Tablo 2.6. Diğer Çalışmalarla Yaş Grubu Dağılımı Karşılaştırması

	A	B	C
18-29 yaş arası	39,60%	29,50%	24,90%
30-39 yaş arası	27,10%	16,20%	16,80%
40-49 yaş arası	18,00%	16,60%	12,10%
50-59 yaş arası	9,00%	14,40%	9,30%
60-69 yaş arası	3,30%	10,10%	7,30%
70-80 yaş arası	1,80%	7,30%	5,60%
80 + yaş	1,30%	1,50%	2,00%

Her üç çalışmada da elde edilen verilerin grafik gösterimi incelendiğinde çalışmamızda her ne kadar 18-39 yaş arası daha yoğun görünmüş olsa da çalışmalar arasında benzer eğim çizgilerinin sahip olduğu ve her üç çalışmada da acil servisi yoğun olarak 18-49 yaş aralığının ziyaret ettiği tespit edilmiştir. Bu anlamda çalışmanın yaş dağılımının literatür ile benzerlik gösterdiği görülmüştür.



Şekil 2.1. Diğer Çalışmalarla Yaş Grubu Dağılımı Karşılaştırması

2.6.2. Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanım Nedenlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde katılımcılara sorulan görüşülen kişinin hasta/hasta yakını olma durumu, bağlı olunan sağlık güvenlik kurumu, katılımcıların hastalandıklarında gitmeyi tercih ettikleri hastaneler, katılımcıların hastalandıklarında gitmeyi tercih ettikleri hastaneleri seçme faktörleri, katılımcıların acil servise gelme problemlerinin aciliyet derecesi, katılımcıların ağrı veya acılarının şiddet derecesi, aciliyet - ağrı şiddeti karşılaştırması, şikâyetin devam etme süresi, hastane poliklinikleri, tıp merkezi, aile sağlığı merkezi ve özel muayenehaneler yerine acil servisi tercih etme nedenleri ve son 1 yıl içinde acil servise kaç defa geldiği gibi sorulara verilen cevaplara yer verilecektir.

2.6.2.1. Görüşülen Kişinin Hasta/Hasta Yakını Olma Durumu

Toplumsal yapının en küçük birimi olan aile aynı zamanda sistemin de bir parçasıdır.

Bu nedenle çalışmamızda sadece hastalardan değil, hasta yakınlarının da hastaların durumlarını takip eden kişiler olarak görüşleri alınmıştır. Görüşme yapılan 412 katılımcının % 66,7'si (n=275) hastanın kendisi olduğunu, % 33,3'ü (n=137) ise hastanın yakını olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2.7. Görüşülen Kişinin Hasta/Hasta Yakını Olma Dağılımı

		Toplam	
		Sayı	Yüzde (%)
S1-Anketi	Kendisi	275	66,7%
cevaplayan	Yakını	137	33,3%

2.6.2.2. Bağlı Olunan Sağlık Güvenlik Kurumu Durumu

Kişilerin, başkalarına muhtaç olmadan yaşamlarını teminat altına almayı amaçlayan sosyal güvenlik hakkı, sosyal güvenlik reformu çerçevesinde hayata geçirilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunuyla; bütün vatandaşlara eşit kapsam ve kalitede sosyal güvenlik hizmeti verilen bir yapının oluşturulmasını sağlamaktadır. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tek çatı altında birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur (Tuncer, 2006, s.14).

Katılımcıların bağlı oldukları sağlık güvenlik kurumlarının dağılımına bakıldığında % 16,8'inin (n=69) Emekli sandığına kayıtlı olduğu, % 62'sinin (n=254) SSK'ya kayıtlı olduğu, % 14,9'unun (n=61) Bağ-Kur'a kayıtlı olduğu, % 3,9'unun (n=16) özel sigortalı olduğu ve % 2,4'ünün (n=10) herhangi bir sağlık güvenlik kuruluşuna bağlı olmadığı görülmektedir.

Tablo 2.8. Bağlı Olunan Sağlık Güvenlik Kurumu Dağılımı

S2-Bağlı olduğunuz sağlık güvenlik kurumu aşağıdakilerden hangisidir?	Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)
Emekli Sandığı	69	16,8%
SSK	254	62,0%
BAĞ-KUR	61	14,9%
Özel sigorta	16	3,9%
Sağlık güvenlik kuruluşu yok	10	2,4%

2.6.2.3. Katılımcıların Hastalandıklarında Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneler

Katılımcıların hastalandıklarında genellikle hangi sağlık kurumunu tercih ettikleri incelendiğinde, genel toplamda katılımcıların % 68,7 oranında (n=342) eğitim araştırma hastanelerine, % 12,7 oranında (n=63) özel hastanelere, %15,9 oranında (n=79) aile sağlık merkezlerine, % 2,2 (n=11) oranında özel doktor muahenelerine ve % 0,6 oranında da (n=3) tıp merkezlerine gitmeyi tercih ettikleri görülmüştür.

Tablo 2.9. Katılımcıların Hastalandıklarında Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneler Dağılımı

S3-Hastalandığımızda genellikle hangi sağlık kurumuna gidirsiniz?	Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)
Eğitim Araştırma Hastanesi	342	68,7%
Özel hastane	63	12,7%
Aile sağlığı merkezi	79	15,9%
Özel doktor muayenehanesi	11	2,2%
Tıp merkezi	3	,6%

2.6.2.4. Katılımcıların Hastalandıklarında Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneleri Seçme Faktörleri

Katılımcıların gitmeyi tercih ettikleri hastaneleri seçme faktörleri incelendiğinde, gitmeyi tercih ettikleri hastaneleri seçme faktörleri toplamda % 27,3 oranında (n=302) hizmetin kaliteli olmasının en önemli faktör olduğu sonrasında ise sırası ile % 25,8 oranında (n=285) hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik), % 20,3 oranında (n=224) hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi, % 18,6 oranında (n=206) randevu almada kolaylık, % 6,3 oranında (n=70) sağlık güvenlik kurumunun geçerli olması ve % 1,6 oranında da (n=18) sevk edilme faktörlerini sıraladıkları görülmektedir.

Tablo 2.10. Hastaların Gitmeyi Tercih Ettikleri Hastaneleri Seçme Faktörleri Dağılımı

S4-Hastalandığımızda, gideceğiniz sağlık kurumunu seçerken hangi faktörler etkili olmaktadır?	Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)
Hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik)	285	25,8%
Hizmetin kaliteli olması	302	27,3%
Hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi	224	20,3%
Randevu almada kolaylık	206	18,6%
Sağlık güvenlik kurumunun geçerli olması	70	6,3%
Sevk edilme	18	1,6%

2.6.2.5. Katılımcıların Acil Servise Gelme Problemlerinin Aciliyet Derecesi

Acil servisi ziyaret etmiş olan katılımcıların kendilerini acil servise getiren problemin aciliyet derecesini söylemeleri istendiği bir sonraki sorumuzda, kadın katılımcıların % 56,5'i (n=108) nedenin acil olduğunu, % 43,5'i (n=83) ise nedenin acil olmadığını, erkek katılımcıların % 52,0'ı (n=115) nedenin acil olduğunu, % 48,0'ı (n=106) ise nedenin acil olmadığını, toplamda ise katılımcıların % 54,1'i (n=223) nedenin acil olduğunu, % 45,9'u (n=189) ise nedenin acil olmadığını belirtmişlerdir. Yani

katılımcıların hemen hemen yarıya yarıya gibi bir oranı acil bir durum olmamasına rağmen acil servise gelmeyi tercih ettiklerini göstermektedir.

Tablo 2.11. Hastaların Acil Servise Gelme Problemlerinin Aciliyet Derecesi

S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)
Acil	223	54,1%
Acil değil	189	45,9%

2.6.2.6. Katılımcıların Ağrı veya Acılarının Şiddet Derecesi

Katılımcıların kendilerini acil servise gelmeye zorlayan ağrılarının veya acılarının şiddet derecesini 1-Hafif şiddetli, 2-Orta şiddetli, 3-Çok şiddetli ve 4-Ağrım veya acım yok, skalası ile cevap vermeleri istenmiştir. Katılımcıların % 18,9'u (n=78) hafif şiddetli ağrı yaşadıklarını, % 44,7'si (n=184) orta şiddetli ağrı yaşadıklarını ve % 26,2'si (n=108) çok şiddetli ağrı yaşadıklarını % 10,2'si (n=42) ise ağrı veya acı yaşamadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2.12. Hastaların Ağrı Şiddet Derecesi Dağılımı

S6-Ağrınızın veya acınızın şiddeti ne düzeydedir?	Toplam	
	Sayı	Yüzde (%)
Çok şiddetli	113	27,8%
Orta şiddetli	173	42,6%
Hafif şiddetli	78	19,2%
Ağrım veya acım yok	42	10,3%

2.6.2.7. Şikayetin Devam Etme Süresi

Katılımcılara şikayetlerinin ne kadar süredir devam ettiğinin sorulduğu sorumuzda kadın katılımcılar ortalama 15,89 gündür bu şikayeti yaşadıkları, erkek katılımcıların ise 7,45 gündür şikayeti yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu durumda toplamda katılımcıların acil servise gelmelerine neden olan sağlık problemini ortalama 11,45 gündür yaşadıklarını belirtmektedirler.

Tablo 2.13. Cinsiyet Bazında Şikâyetin Devam Etme Süresi Dağılımı

S7-Şikâyetiniz ne kadar süredir devam ediyor?	S11-Cinsiyetiniz		
	Kadın	Erkek	Toplam
	15,89	7,45	11,45

2.6.2.8. Son 1 Yıl İçinde Acil Servise Gitme Ortalamaları

Son olarak katılımcılara son 1 yıl içerisinde kaç defa acil servise geldikleri sorulmuştur. Kadın katılımcılar ortalama 5,72 kez erkek katılımcılara 5,29 kez geldiklerini, toplamda ise ortalama 5,51 kez acil servise geldiği görülmüştür.

Tablo 2.14. Cinsiyet Bazında Son 1 Yıl İçinde Acil Servise Başvuru Dağılımı

	S11-Cinsiyetiniz		
	Kadın	Erkek	Toplam
S9-Son 1 yıl içinde acil servise kaç defa geldiniz?	5,72	5,29	5,51

2.6.2.9. Hastane Poliklinikleri, Tıp Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi ve Özel Muayenehaneler Yerine Acil Servisi Tercih Etme Nedenleri ile Aciliyet Karşılaştırması

Katılımcılara hastane poliklinikleri, tıp merkezi, aile sağlığı merkezi ve özel muayenehaneler yerine acil servisi tercih etme nedenlerinin neler olduğu sorulduğunda katılımcıların en çok beyan ettikleri ifadeler “Acilde muayene olmak daha az zaman alıyor”, “Yatış işlemleri daha kolay ve hızlı oluyor”, “Acildeki doktorlar benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim”, “Normal polikliniklerde muayene ve randevu olanağı bulamıyorum” ve “Sağlık durumumdan endişe edip, poliklinikte muayene için beklemek istemediğimden acili tercih ettim” ifadeleri olduğu ve bu ifadeleri söyleme oranının % 67,7 oranında olduğu görülmüştür. Tekingündüz’ün yaptığı çalışmada acil olmayan hastalara yöneltilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin neden tercih etmiyorsunuz sorusuna %34.4’ü birinci basamak sağlık hizmetlerinin imkanlarının kısıtlı olduğu yönünde cevap vermişlerdir (Tekingündüz, 2003, s.85).

Tablo 2.15. Hastane Poliklinikleri, Tıp Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi ve Özel Muayenehaneler Yerine Acil Servisi Tercih Etme Nedenleri-Aciliyet Karşılaştırması

8-Hastane poliklinikleri, tıp merkezi, aile sağlığı merkezi ve özel muayenehaneler yerine acil servisi tercih etme nedenleriniz nelerdir?	S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?					
	Acil		Acil değil		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Acilde muayene olmak daha az zaman alıyor.	165	16,8%	176	20,5%	341	18,5%
Yatış işlemleri daha kolay ve hızlı oluyor.	143	14,6%	103	12,0%	246	13,4%
Normal polikliniklerde muayene ve randevu olanağı bulamıyorum	101	10,3%	118	13,7%	219	11,9%
Polikliniklerde muayene sırası olmadığı için tavsiye üzerine acile geldim	100	10,2%	82	9,5%	182	9,9%
Poliklinik muayenesi sonrası doktor tarafından bazı işlemler için acile yönlendirildim	94	9,6%	93	10,8%	187	10,2%
Sağlık durumumdan endişe edip, poliklinikte muayene için beklemek istemediğimden acili tercih ettim	121	12,3%	97	11,3%	218	11,8%
Acildeki doktorlar benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim	118	12,0%	104	12,1%	222	12,1%
Acildeki diğer sağlık personeli benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim	77	7,8%	55	6,4%	132	7,2%
İlaç yazdırmak için acile geldim	54	5,5%	25	2,9%	79	4,3%
Diğer	9	,9%	7	0,8%	16	0,9%

Çalışmamızda acil olduğunu söyleyen hasta ile acil olmadığını söyleyen hastaların ortak fikri acil muayenenin zaman olarak daha avantajlı olduğudur. Acil olmayan hastaların poliklinikler ve birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi olması beklenir. Son zamanlarda sıkça karşılaştığımız bir sorun olarak özellikle poliklinik hizmetlerinden faydalanmak isteyen hastaların randevu alamama ya da ihtiyacı olan zamandan çok sonraya tarih verilmesi acil servisi zaman konusunda tercih etmeye sebebiyet verebilir.

2.6.2.10. Aciliyet - Ağrı Şiddeti Karşılaştırması

Katılımcıların acil servise gelme problemlerinin aciliyet derecesi ile problemlerinin neden olduğu ağrı veya acı şiddeti derecesinin karşılaştırmalı tablosu incelendiğinde, problemim acil diyen ziyaretçilerin çoğunlukla hafif şiddette ağrı ve orta şiddette ağrı yaşadıkları görülmektedir. Problemim acil değil diyen ziyaretçilerin çoğunlukla hafif şiddette ağrı yaşadıkları görülmüştür. Bu durum triaj sistemi öncesinde hastaların kendi durumlarını beyan etmelerinde çoğunlukla durumlarının acil olduğunu belirttiklerini ve durumunun acil olduğunu beyan eden hastaların ise çoğunlukla orta ve çok şiddetli ağrı yaşadıklarını belirttikleri görülmektedir. Katılımcıların geneli incelendiğinde acil servise başvuran hastaların çoğunlukla acil servise gelmelerinin gerekli olduğunu düşünmektedir.

Tablo 2.16. Aciliyet - Ağrı Şiddeti Karşılaştırması

Aciliyet - Ağrı Şiddeti Karşılaştırması	S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin			
	Acil		Acil değil	
	n	%	n	%
Hafif şiddetli	19	8,5%	59	31,2%
Orta şiddetli	102	45,7%	82	43,4%
Çok şiddetli	78	35,0%	30	15,9%
Ağrı yok veya acım yok	24	10,8%	18	9,5%

2.6.2.11. Katılımcıların Demografik Değişkenleri ile Aciliyet Karşılaştırması

Cinsiyet bazında katılımcıların acil servise gelme ve hastalık durumlarını acil veya acil değil olarak tanımlama durumları incelendiğinde erkek hastaların durumlarının acil olduğunu bildirme oranının kadın hastaların durumlarının acil olduğunu bildirme oranından daha düşük olduğu görülmektedir. Benzer durum, Ersel arkadaşlarının 2006 yılı çalışmasında da görülmektedir (Ersel vd., 2006, s.28). Çalışma kadın hastaların daha fazla oranda uygunsuz başvuruda bulunduğu ortaya konulmuştur.

Uğrak ve arkadaşlarının çalışmasına göre acil servise başvuran kadınların endişe düzeyleri erkeklerden yüksektir (Uğrak vd., 2016, s.6). Kadınların endişe düzeyi yüksekliği düşünce farklılığı ve ruhsal yapıları ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2.17. Cinsiyet - Aciliyet Karşılaştırması

S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	S11-Cinsiyet		Toplam
	Kadın	Erkek	
	Sayı	Sayı	Sayı
Sayı	108	115	223
Acil			
Aciliyet Bazında Cinsiyet Dağılımı %	48,4%	51,6%	100%
Cinsiyet Bazında Aciliyet Dağılımı %	56,5%	52,0%	54%
Sayı	83	106	189
Acil Değil			
Aciliyet Bazında Cinsiyet Dağılımı %	43,9%	56,1%	100%
Cinsiyet Bazında Aciliyet Dağılımı %	43,5%	48,0%	46%
Sayı	191	221	412
Toplam			
Aciliyet Bazında Cinsiyet Dağılımı %	46,4%	53,6%	100%
Cinsiyet Bazında Aciliyet Dağılımı %	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların medeni durumu bazında aciliyet seviyelerine verdikleri cevaplar incelendiğinde evli hastaların çoğunlukla durumlarının acil olduğunu, bekâr dul/boşanmış hastaların ise çoğunlukla durumlarının acil olmadığını beyan ettikleri görülmektedir. Benzer durum Ersel ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da ortaya çıktığı görülmüştür. Çalışmada bekar hastaların aciliyet uygunluğunun daha düşük

olduğu söyledikleri görülmektedir (Ersel vd., 2006, s.25-35). Tekingündüz'ün yaptığı çalışmada ise evli hastaların %72,2 si durumunun acil olduğunu, bekar hastaların ise %17,3'ü acil olduklarını söylemiştir (Tekingündüz, 2003, s.879).

Evli hastaların evlilik ve beraberinde getirdiği sorumluluklarının bekar hastalara kıyasla daha fazla olduğu, sağlık durumundaki bozulma bu sorumluluklarına engel teşkil edeceği düşüncesi ile zamanında tedavi olma isteğini doğurduğu düşünülmektedir.

Tablo 2.18. Medeni Durum - Aciliyet Karşılaştırması

S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	S12-Medeni Durum		Toplam	
	Bekâr Dul/Boşanmış	Evli		
	Sayı	Sayı	Sayı	
Sayı	57	166	223	
Acil	Aciliyet Bazında Medeni Durum Dağılımı %	25,6%	74,4%	100%
	Medeni Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	43,8%	58,9%	54%
Sayı	73	116	189	
Acil Değil	Aciliyet Bazında Medeni Durum Dağılımı %	38,6%	61,4%	100%
	Medeni Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	56,2%	41,1%	46%
Sayı	130	282	412	
Toplam	Aciliyet Bazında Medeni Durum Dağılımı %	31,6%	68,4%	100%
	Medeni Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	100,0%	100,0%	100,0%

Katılımcıların eğitim durumu bazında durumunun acil olduğunu belirtenlerin yoğunlukla lise ve altı eğitim seviyelerinde olduğu, durumunun acil olmadığını belirtenlerin ise lise ve üstü eğitim seviyelerinde oldukları görülmektedir. Tekingündüz'ün yaptığı çalışmada ilkököl ve ortaokul mezunu acil olmayan hastaların oranının lise ve üstüne göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Tekingündüz, 2003, s.88).

Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça acil servise yönelim azalmaktadır. Bu durumda aklımıza ilk gelen sağlık okuryazarlığı konusudur. Sağlık okuryazarlığı konusunda eksikliğimiz sağlık hizmeti basamaklı kullanımın önüne geçmektedir.

Tablo 2.19. Eğitim Durum - Aciliyet Karşılaştırması

S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	S13-Eğitim Durumu					Toplam
	Okuryazar değil/Okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite ve üstü	
Sayı	13	62	26	80	41	222
Acil						
Aciliyet Bazında Medeni Durum Dağılımı %	5,9%	27,9%	11,7%	36,0%	18,5%	100,0%
Eğitim Durumu Bazında Aciliyet Dağılımı %	65,0%	80,5%	48,1%	54,1%	36,6%	54,0%
Sayı	7	15	28	68	71	189
Acil Değil						
Aciliyet Bazında Medeni Durum Dağılımı %	3,7%	7,9%	14,8%	36,0%	37,6%	100,0%
Eğitim Durumu Bazında Aciliyet Dağılımı %	35,0%	19,5%	51,9%	45,9%	63,4%	46,0%
Toplam						
Sayı	20	77	54	148	112	411
Aciliyet Bazında Medeni Durum Dağılımı %	4,9%	18,7%	13,1%	36,0%	27,3%	100,0%
Medeni Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Gelir dağılımı bazında katılımcıların durumlarını acil ve acil olmama yönünde tanımlama durumları incelendiğinde 3500 tl altında gelire sahip hastalar durumlarını acil olarak bildirme oranları ile durumlarını acil olarak bildirmeme durumları aynı seviyelerde seyrettiği görülmektedir.

Acil servis kullanımı ve gelir düzeyi arasında çalışmamız ve diğer çalışmalar kendi aralarında farklılık göstermektedir. Bu durum acil servise başvuran sigortalı olsun, sigortasız olsun tedaviye kabul edilmek zorundadır. Tedavi sonucunda da hiçbir ödeme yapılmaz. Acil servisin bu özelliği gelir durumunda sonuçların farklılaşmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Minör yakınmalarla acil servislere başvuran hastaların daha çok iyi eğitilmiş, iyi sosyal statüde ve kronik bir sağlık problemi olmayan hastalardan oluştuğu gösterilmiştir (Shesser vd., 1991, s.743). Bir başka araştırma, gelir düzeyi artışı ile başvuranların uygunluğunun azaldığı göstermiştir (Derlet ve Richards, 2000, s.63-8).

Tablo 2.20. Gelir Düzeyi - Aciliyet Karşılaştırması

S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	S14-Ailenizin toplam aylık geliri - Gruplanmış						Toplam
	0-2020 TL arası gelir	2021-3500 TL arası gelir	3501-4500 TL arası gelir	4501-5500 TL arası gelir	5501-6500 TL arası gelir	6501 TL ve üstü gelir	
Sayı	25	86	38	28	7	12	196
Acil							
Aciliyet Bazında Gelir Durum Dağılımı %	12,8%	43,9%	19,4%	14,3%	3,6%	6,1%	100,0%
Gelir Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	64,1%	52,1%	51,4%	51,9%	35,0%	44,4%	51,7%
Sayı	14	79	36	26	13	15	183
Acil Değil							
Aciliyet Bazında Gelir Durum Dağılımı %	7,7%	43,2%	19,7%	14,2%	7,1%	8,2%	100,0%
Gelir Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	35,9%	47,9%	48,6%	48,1%	65,0%	55,6%	48,3%
Sayı	39	165	74	54	20	27	379
Toplam							
Aciliyet Bazında Gelir Durum Dağılımı %	10,3%	43,5%	19,5%	14,2%	5,3%	7,1%	100,0%
Gelir Durum Bazında Aciliyet Dağılımı %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Çalışmamızda yaş grubu dağılımında acil servise gelme nedenlerinin acil olup olmadığını beyan etme durumları incelendiğinde, acil servise gelme nedenlerinin acil olduğunu bildirme ve acil olmadığını bildirme durumundan bağımsız olarak genç ve orta yaştaki (14-45 yaş arası) hastaların yaşlı (45 yaş ve üstü) hastalardan daha yoğun olarak acil servisi kullandıkları görülmektedir. Singal ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada acil servise yapılan geriatrik başvuruları incelemişler, bu hastaların gençlere oranla daha fazla

komorbid hastalığı olduğunu, acil serviste daha fazla kaldıklarını, yatış ve aciliyet oranlarının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Yaşlı hastaları acil servislere yönlentecek daha akut ve ciddi hastalıklar, komorbid hastalıklar sonucu aciliyeti uygun başvuru oranı artışı açıklanabileceği belirtilmiştir. Ayrıca hastaların aciliyet algıları irdelendiğinde, yaşlı hastaların durumlarına paralellik gösteren bir şekilde kendi aciliyetlerine daha yüksek puanlarla değerlendirildikleri görülmüştür. Türkiye'nin her yerinde hizmet veren evde sağlık hizmetleri teşhis, tedavi sonrası bakım, kronik hasta takibi gib sağlık hizmetine ihtiyaç duyan fakat sağlık kurumlarına gidemeyen hastalara evde hizmet sunmaktadır. Genellikle evde sağlık hizmetinden faydalanan yaşlılar acil servisi gerçekten aciliyet durumunda kullandığı düşünülmektedir. Düşüncemizi destekler nitelikte Işıkve arkadaşlarının evde sağlık hizmeti alan hastalara yaptığı bir çalışmada 61 ve 80 yaş arası olan hastalar %41,5 oranındadır (Işık vd., 2016, s.171-186).

Tablo 2.21. Yaş Durumu - Aciliyet Karşılaştırması

S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	S10-Yaşınız - Gruplu Yaş					Toplam
	14-25 yaş arası	26-35 yaş arası	36-45 yaş arası	46-55 yaş arası	55 yaş ve üstü	
Sayı	53	60	48	30	25	216
Acil Aciliyet Bazında Yaş Grubu Dağılımı %	24,5%	27,8%	22,2%	13,9%	11,6%	100,0%
Yaş Grubu Bazında Aciliyet Dağılımı %	51,0%	45,5%	57,8%	60,0%	83,3%	54,1%
Sayı	51	72	35	20	5	183
Acil Değil Aciliyet Bazında Yaş Grubu Dağılımı %	27,9%	39,3%	19,1%	10,9%	2,7%	100,0%
Yaş Grubu Bazında Aciliyet Dağılımı %	49,0%	54,5%	42,2%	40,0%	16,7%	45,9%
Sayı	104	132	83	50	30	399
Toplam Aciliyet Bazında Yaş Grubu Dağılımı %	26,1%	33,1%	20,8%	12,5%	7,5%	100,0%
Yaş Grubu Bazında Aciliyet Dağılımı %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Acil servisteki kritik hasta yakınları, hastanın acil servisteki tedavi ve bakımının ayrılmaz parçalarıdır. Hasta yakınları bireylerin yaşamında önemlidir. Hasta yakını olarak aileler diğer üyelerinin gelişiminden de sorumludurlar. Çalışmamızda anketi cevaplayanların hasta ve hasta yakını olması bazında aciliyet durumlarına verdikleri cevaplar incelendiğinde hastaların çoğunlukla durumlarının acil olduğunu belirtirken hasta yakınları daha az oranda hastaların durumlarının acil olduğunu belirtmektedir.

2.6.2.12. Anketi Cevaplayan Kendisi-Yakını ile Aciliyet Karşılaştırması

Tablo 2.22. Anketi Cevaplayan - Aciliyet Karşılaştırması

		S1-Anketi cevaplayan		Toplam
		Kendisi	Yakını	
Acil	Sayı	137	86	223
	Aciliyet Bazında anketi cevaplayanlar %	61,4%	38,6%	100,0%
	Anketi cevaplayanlar bazında aciliyet %	49,8%	62,8%	54,1%
Acil değil	Sayı	138	51	189
	Aciliyet Bazında anketi cevaplayanlar %	73,0%	27,0%	100,0%
	Anketi cevaplayanlar bazında aciliyet %	50,2%	37,2%	45,9%
Toplam	Sayı	275	137	412
	Aciliyet Bazında anketi cevaplayanlar %	66,7%	33,3%	100,0%
	Anketi cevaplayanlar bazında aciliyet %	100,0%	100,0%	100,0%

Acil servisteki hasta yakınları, hastanın acil servisteki tedavi ve bakımının ayrılmaz parçalarıdır. Ankette hasta ve hasta yakını olması bazında aciliyet durumlarına verdikleri cevaplar incelendiğinde, hastalar çoğunlukla durumlarının acil olduğunu belirtirken hasta yakınları daha fazla oranda hastaların durumlarının acil olmadığını belirtmektedir.

2.6.2.13. Bağlı Olduğu Sosyal Güvenlik Kurumu ile Aciliyet Karşılaştırması

Tablo 2.23. Bağlı Olunan Sosyal Güvenlik Kurumu - Aciliyet Karşılaştırması

		S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?					
		Acil		Acil değil		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
S2-Bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumu aşağıdakilerden hangisidir?	Emekli Sandığı	49	22,3%	20	10,5%	69	16,8%
	SSK	112	50,9%	142	74,7%	254	62,0%
	BAĞ-KUR	50	22,7%	11	5,8%	61	14,9%
	Özel sigorta	5	2,3%	11	5,8%	16	3,9%
	Sosyal güvenlik kuruluşu yok	4	1,8%	6	3,2%	10	2,4%

Çalışmaya katılan hastaların çoğunlukla SSK'ya bağlı olan hastalardan oluştuğu ve bu hastaların durumunun acil olmadığını bildirenlerin oranının daha yüksek olduğu, Emekli Sandığı'na ve Bağkur'a kayıtlı hastaların ise durumunun acil olduğunu belirtme oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmada acil servisi daha çok sosyal güvencesi olan hastalar tarafından tercih edildiği ortaya konmuştur. Tekingündüz'ün yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olan hastaların (%85,5), sosyal güvencesi olmayan hastalara (%14,5) oranla çok daha büyük bir bölümü oluşturmaktadır.

2.6.2.14. Genellikle Gidilen Sağlık Kurumu ile Aciliyet Karşılaştırması

Tablo 2.24. Bağlı Olunan Sağlık Güvenlik Kurumu - Aciliyet Karşılaştırması

		S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?					
		Acil		Acil değil		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
S3-Hastalandığınızda genellikle hangi sağlık kurumuna gidersiniz?	Eğitim Araştırma Hastanesi	180	70,9%	162	66,4%	342	68,7%
	Özel hastane	32	12,6%	31	12,7%	63	12,7%
	Aile sağlığı merkezi	38	15,0%	41	16,8%	79	15,9%
	Özel doktor muayenehanesi	3	1,2%	8	3,3%	11	2,2%
	Tıp merkezi	1	,4%	2	,8%	3	,6%

Hastalandıklarında genellikle eğitim ve araştırma hastanesine gitmeye tercih edenlerin durumlarının acil olduğunu bildirme oranı durumlarının acil olmadığını bildirme oranlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Acil olmadığı ve kendini acil hissetmediği halde eğitim araştırma hastanelerini tercih edenlerin oranı yüksektir. Kendisini acil hisseden-hissetmeyen hasta grubu özel hastane ve özel muayenehaneyi maddi boyutundan dolayı ötelediğimizde ilk tercihi aile sağlığı merkezi alması gerekirdi. Yapılan çalışmalarda aile sağlığı merkezlerinin işlevlerinin hastalar tarafından yeterince bilinmemesi amaç dışı acil servis kullanımını arttırmıştır (Breen, 2012, s.180).

2.6.2.15. Sağlık Kurumu Seçerken Etkili Faktörler ile Aciliyet Karşılaştırması

Tablo 2.25. Sağlık Kurumu Seçerken Etkili Faktörler - Aciliyet Karşılaştırması

		S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?					
		Acil		Acil değil		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
S4-Hastalandığınızda, gideceğiniz sağlık kurumunu seçerken hangi faktörler etkili olmaktadır?	Hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik)	141	24,4%	144	27,3%	285	25,8%
	Hizmetin kaliteli olması	164	28,4%	138	26,2%	302	27,3%
	Hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi	104	18,0%	120	22,8%	224	20,3%
	Randevu almada kolaylık	120	20,8%	86	16,3%	206	18,6%
	Sağlık güvenlik kurumunun geçerli olması	38	6,6%	32	6,1%	70	6,3%
	Sevk edilme	11	1,9%	7	1,3%	18	1,6%

Yapılan ankette, katılımcıların durumlarının acil ve acil olmamasından bağımsız olarak hastaneye yakınlık, hizmetin kaliteli olması, hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi ve randevu almada kolaylık gibi etkenlerin önemli olduğu görülmektedir. Durumunu acil olarak bildiren hastalar için en önemli etken hizmetin kalitelisidir. Durumunun acil olmadığını bildiren hastalara göre hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik) en etkili faktördür.

Ersel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada acil servisin tercih nedenini hastalar güvenilirlik, yakınlık, sosyal güvence olarak belirtmişlerdir (Ersel vd., 2006, s.25-35).

2.6.2.16. Şikayet Süresi-Son 1 yılda Acil Servise Müracaat ile Aciliyet Karşılaştırması

Tablo 2.26. Şikayet Süresi – Son 1 Yılda Acil Servise Müracaat - Aciliyet Karşılaştırması

	S5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?	
	Acil	Acil değil
S7-Şikâyetiniz ne kadar süredir devam ediyor?	7,01	1,85
S9-Son 1 yıl içinde acil servise kaç defa geldiniz?	5,51	5,51

Son olarak hastaların durumlarının aciliyeti ile şikayetlerinin devam etme süresi ve son bir yıl içinde acil servise kaç defa geldikleri incelendiğinde, durumlarının acil olduğu bildirenlerin şikayetlerinin ortalama 7,01 gündür devam ettiğini, durumlarının acil olmadığını bildirenlerin ise ortalama 1,85 gündür bu rahatsızlığı yaşadıklarını belirtmektedir. Aslında durumunun acil olduğu bildiren hastaların acil servise gelmeleri yerine polikliniklere sevk edilmeleri veya polikliniklerde muayene olmaları gerektiği sürenin uzunluğundan anlaşılmaktadır. Ancak bu hastaların acil servise gelmelerinin bir önceki tablolarda incelenen hastaların hastalandıklarında, gidecekleri sağlık kurumunu seçerken hangi faktörlerin göz önünde bulundurdıklarının acil servisi tercihlerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların son 1 yıl içinde acil servise gelme sayıları ise durumlarını acil ve acil değil şeklinde beyan edenler arasında eşit bir orana sahip olduğu görülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastaların acil tedaviye ihtiyaç duyduklarına inandıkları noktada ilk müracaat ettikleri yer acil servistir. Birçok ülkede yapılan çalışmalar sonucunda acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı sonucuna varılmıştır.

Acil servisler can kayıplarının en çok yaşandığı birimlerdir. Hastalar kaza, travma sonrasında hayati risk taşıyan veya fiziksel kayıplara neden olabilecek olaylarla her an karşılaşabilirler. Bu tarz olayların olumsuz sonuçlar doğurmaması için ilk dakikalarda yapılacak müdahale çok önemlidir. Hastanın ilk müdahalesini yapan birim acil sağlık hizmetleridir. Kaza sonucu meydana gelen travmaların çoğunun ilk dakikalarda yapılamayan müdahalelerden dolayı ölümlerle sonuçlandığını düşünürsek acil serviste yapılacak müdahalenin ne kadar önemli olduğunu anlayabiliriz. Bu yüzden acil servislerin tam verimle çalışması çok önemlidir. Fonksiyonel bir mimari planlama, yeterli sayı ve nitelikte malzeme, ihtiyaçlara cevap verecek personel ve iyi bir triyaj sistemi kaliteli acil servisin en önemli bileşenleridir. Bütün bunların yanında bir de acil servise başvuran hasta etmeni vardır. Hastalar acil olmasa da birçok nedenden dolayı acil servisi kullanmaktadır. Bu da acil servislerin veriminin düşmesine, maddi kaynakların kayıplarına ve en önemlisi gerçek anlamda acil tedaviye ihtiyacı olan hastaya zamanında yapılamayan müdahale sonrası istenmeyen olaylara yol açmaktadır. Bu tez çalışmasında da acil servisin çalışmasını olumsuz etkileyen amaç dışı acil servis kullanımının nedenleri ve amaç dışı kullanıma sebebiyet veren hastaların demografik özellikleri incelenmiştir.

Çalışma, Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'nde triyaj ekibi muayenesi sonrası acil olmayan hastalara uygulanmıştır.

Çalışmada acil olmayan hastaların kendilerini acil servise getiren rahatsızlıklarının demografik değişkenler bazında incelenmesi sonucunda birtakım veriler elde edilmiştir. Cinsiyet bazında hastaların acil servise gelme durumları incelendiğinde erkek hastaların acil servise gelme oranlarının kadın hastalara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Medeni durum bazında aciliyet seviyelerine verilen cevaplar incelendiğinde evli hastalar çoğunlukla durumlarının acil olduğunu, bekar dul/boşanmış hastaların ise çoğunlukla durumlarının acil olmadığını beyan etmiştir. Eğitim bazında hastaların durumu

incelendiğinde lise ve altı eğitim seviyesinin kendisini acil, lise ve üstünün ise kendi durumunun acil olmadığını belirtmiştir.

Yaş grubu dağılımında, acil servise gelme nedenlerinin acil olduğunu bildirme ve acil olmadığını bildirme durumundan bağımsız olarak genç ve orta yaştaki (14-45 yaş arası) hastaların yaşlı (45 yaş ve üstü) hastalardan daha yoğun olarak acil servisi kullandıkları görülmektedir. Gelir dağılımı bazında katılımcıların durumları incelendiğinde 3500 tl altında gelire sahip hastaların durumlarını acil ve acil değil olarak bildirme oranlarının aynı seviyelerde seyrettiği görülmektedir.

Çalışmada hasta ve hasta yakını olması bazında aciliyet durumlarına verdikleri cevaplar incelendiğinde hastalar çoğunlukla durumlarını acil olarak belirtirken hasta yakınları daha az oranda hastaların durumlarının acil olduğunu belirtmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların çoğunlukla SSK'ya bağlı olan hastalardan oluştuğu ve bu hastaların durumunun acil olmadığını bildirenlerin oranının daha yüksek olduğu; Emekli Sandığı'na ve Bağkur'a kayıtlı hastaların ise durumunun acil olduğunu belirtme oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Hastalandıklarında genellikle eğitim ve araştırma hastanesine gitmeyi tercih edenler durumlarının genellikle acil olduğunu belirtmektedir. Özel hastaneyi tercih edenlerde bu oranlar birbirine eşit, aile sağlık merkezini ve özel doktor muayenesini tercih edenlerin ise durumlarının acil olmadığını bildirme oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalandıklarında, gidecekleri sağlık kurumunu seçerken hangi faktörlerin etkili olduğunu bildirmeleri ile hastalık durumlarını acil ve acil değil şekilde beyan etme durumlarının karşılaştırılmasında, katılımcıların durumlarının acil ve acil olmamasından bağımsız olarak hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik), hizmetin kaliteli olması, hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi ve randevu almada kolaylık gibi etkenlerin önemli olduğu görülmektedir. Durumunun acil olduğunu bildiren hastaların en önemli etkenin hizmetin kaliteli olması olduğunu bildirmişken durumunun acil olmadığını bildiren hastalar hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik) faktörünün en etkili faktör olduğunu bildirmektedir.

Son olarak hastaların durumlarının aciliyeti ile şikayetlerinin devam etme süresi ve son bir yıl içinde acil servise kaç defa geldikleri incelendiğinde, durumlarının acil olduğunu bildirenlerin şikayetlerinin ortalama 7,01 gündür devam ettiğini, durumlarının acil

olmadığını bildirenlerin ise ortalama 1,85 gündür bu rahatsızlığı yaşadıklarını belirtmektedirler. Hastaların son 1 yıl içinde acil servise gelme sayıları ise durumlarını acil ve acil değil şeklinde beyan edenler arasında eşit bir orana sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmada acil olmayan hastaların eğitim düzeyi düşüklüğü dikkat çekmektedir. Eğitim her alanda çözüme kavuşmada en önemli argümandır. Eğitim seviyesindeki bu düşüklük sağlık okuryazarlığını gündeme getirmektedir. Sağlık okuryazarlığı için ilkokullardan başlanarak eğitimler verilmelidir. Bu eğitimler öğretmenler tarafından değil profesyonel sağlık eğitimcileri tarafından verilmelidir. Kamu spotları cazip olarak hazırlanmalı, aynı spot aylarca ekranda kalmamalı, kısa kısa filmler halinde devamı merak uyandıran dizi şeklinde yayınlanmalıdır. Can alıcı vurgulu cümleler ile hazırlanmış billboard ve hastane duvarlarını süsleyen afişlerle sağlık okur yazarlığına katkıda bulunulmalıdır.

Acil servislerde acil olmayan hastaların büyük bir çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğu tespit edilmiştir. Acil servislerde sunulan hizmetler pahalı hizmetlerdir. Acil olmayan hastalara acil servislerde verilen her türlü hizmet, sunulan hizmet başına maliyeti artırmaktadır. Buna karşılık acil sağlık hizmetlerinden yararlanan hastalardan hiçbir şekilde ücret talep edilmemektedir. Acil olmayan hastaların getirdikleri ek maliyetleri düşünürsek, acil olmayan hastalardan alınacak ücretler acil servislere maddi destek olabileceği gibi acil servisi amaç dışı kullananların sayısının da azalmasını sağlayabilir.

Acil servisi tercih nedenleri arasında en çok hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik), hizmetin kaliteli olması, hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi ve randevu almada kolaylık gibi etkenlerin önemli olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak birinci basamak sağlık kurumlarını halkın daha iyi ulaşabileceği yerlerde konumlandırılması önem arz etmektedir. Bir diğer tercih nedeni hizmet kalitesidir. Acil olmayan hastalar birinci basamak sağlık hizmetlerine karşı olan güvensizlik, istenilen düzeyde sağlık hizmeti alamadığının düşüncesi hastaları acil servislere yönlendirmektedir. Bu durumda birinci basamak sağlık kurumlarını daha verimli hale getirebilmek adına önce personel için hizmet içi eğitimler düzenlemek sonrasında ise sunulan hizmet standardını artırmaktır. Birinci basamak sağlık kurumlarında da laboratuvar ve röntgen gibi hizmetler etkin hale getirilmelidir. Yapılan bu yenilikler halka

aktarılmalıdır. Acil servisi tercih nedenlerinden bir diğeri de randevu almada kolaylık ve kısa bekleme süresidir.

Acil olmayan hastaların tedavisinin yapılması gereken asıl yerlerden biri de hastane poliklinikleridir. Hastalar polikliniklerden randevu alamama ve hasta yoğunluğundan ileri tarihe randevu alma gibi nedenlerden dolayı acil servise yönelirler. Buna bağlı olarak poliklinik hizmetlerinde hekim başına düşen hasta sayısının yüksek olduğu hastaneler tespit edilip uzman hekim desteği için öncelik sağlanmalıdır.

Acil olmayan hastaların polikliniklerde hizmet alabilmesi için poliklinik hizmet süresi uzatılarak mesai saatleri dışında da yoğun olan polikliniklerin kullanımını sağlanmalıdır. Hastane yönetimi ile belirlenecek olan poliklinikler nöbet usulü ile hizmet vermelidir.

Acil servis hasta açısından düzenleme yanında sağlık personelini de motive ederek acil sağlık hizmetinin verimi artırılabilir. Hizmet sunumunun en önemli parçası olan sağlık çalışanlarının zevk ile çalışmasının yolu açılmalıdır. Fiziki alanlarda acil servis personelini faydalanabileceği sosyal alanlar oluşturulmalıdır. Acil serviste çalışan personel diğer servislerde çalışanlara göre daha yorucu ve gergin ortamlarda çalıştığı için çalışma saatlerinin 8 saatten 6 saate; aynı şekilde nöbetlerinin de 8 saatten 6 saate indirilmesi çalışanlar açısından yararlı olacaktır.

Acil sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının yüksek kalitede ve verimli bir şekilde hizmet verebilmesi kendini acil hisseden vakaların önüne geçilmesi ile olacaktır. Bu durum acil olmayan hastaların çok iyi bilinmesi, Sağlık Bakanlığı ve ilgili hizmet birimlerinin müştereken yapacağı çalışmalarla sonuç göstereceği düşünülmektedir.

Bu çalışmanın, poliklinik hizmetlerinin düzenlenmesi ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının kalitesinin artırılması gibi konulara yönelecek olan araştırmacılara yön gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. T.C. Resmi Gazete.16 Ekim 2009-Sayı, s.27378.
- Adaş, G. Sarvan, F.Küpelioğlu, R. (1998). *Hastanelerde Acil ve Kaza Servislerinin Planlanması ve Fiziksel Organizasyonu*, Ulusal Travma Dergisi, 4(1).
- Afilalo M, Guttman A, Colacone A, et al. (1995). *Emergency department use and misuse*. J Emerg Med 1995;13.
- Agrawal S. (2007). *Emergency Department Crowding: An Ethical Perspective*. Acad Emerg Med. 2007;14.
- Aksoy, F. ve Ergün, A. (2002). *Acil Sağlık Hizmetlerinde Ambulansın Yeri*. Ulusal Travma Dergisi, 8.
- Akyolcu N. (2007). *Emergency Nursing From Past to Today*. Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 2007;15(60).
- Al-Shaqsi S. (2010). *Models of International Emergency Medical Services Systems*, Oman Medical Journal, Sayı: 25.
- Andrulis DP, Kellermann A, Hintz EA, et al. (1991). *Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals*. Ann Emerg Med 1991; 20.
- Ateş, M. (2013). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. Beta Basım. İstanbul.
- Bamezai A, Melnick G, Nawathe A., (2005). *The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume*. Ann Emerg Med 2005;45.
- Barkley, Katherine (1978). *The ambulance, s. the story of emergency transportation of sick and wounded through the centuries*. New York, s. Exposition Press. ISBN 978-0-682-48983-6.
- Bledsoe, B.; Barnes, D. (2004). *Traction splint. An EMS relic?*. Jems: A Journal of Emergency Medical Services. 29 (8):64–9.
- Breen BM, McCann M. (2012). *Healthcare providers attitudes and perceptions of 'inappropriate attendance' in the Emergency Department*. International Emergency Nursing 2012;21(3).
- BS Roudsari (2007). *International comparison of prehospital trauma care systems*. Injury. 38 (9).
- Carret ML, Fassa AC, Domingues MR. (2009). *Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors*. Cad Saude Publica. 2009;11.
- Carret, M. Fassa, A. Domingues, M. (2009). *Inappropriate Use Off Emergency Services: A Systematic Review Off Prevalence and Associated Factors*, Cadernos deSaude publica, 25(1), 7-28.

- Chang BP, et al. (2016). *Patient treatment in ED hallways and patient perception of clinician-patient communication*. Am J Emerg Med 2016;34(6).
- Chipman M, Hackley BE, Spencer TS (1980). *Triage of mass casualties, s. concepts for coping with mixed battlefield injuries*. Mil Med. 145 (2).
- Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). *Modern Triage in the Emergency Department*. Deutsches Arzteblatt International, 107(50).
- Courtney B., Morhard R., Bouri N., Cicero A. (2010). *Expanding practitioner scopes of practice during public health emergencies: Experiences from the 2009 H1N1 pandemic vaccination efforts*. Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science. 2010;8(3).
- Çamcı, O. Kutlu, Y. (2011). *Kocaeli 'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İş Yeri Şiddetinin Bilinmesi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2(1).
- Deniz T, Aydınuraz K, Oktay C, Saygun M, Ağalar F. (2007). *Ülkemizde Acil Tıp Anabilim Dalları'nda acil servislerin fonksiyonel mimari açısından değerlendirilmesi*. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2007;13(1).
- Derlet RW, Kinser D, Ray L, et al. (1995). *Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study*. Ann Emerg Med 1995; 25.
- Derlet RW, Richards JR. (2000). *Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects*. Ann Emerg Med 2000;35(1).
- Dick WF (2003). *Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system*. Prehospital and Disaster Medicine. 18 (1):29–35, discussion 35–7
- Dickinson G. (1989). *Emergency department overcrowding*. CMAJ 1989;140(3), s.270–1.
- Drs. Richard G. Ellenbogen, Laligam N. Sekhar, and Neil Kitchen, (2012), *Principles of Neurological Surgery*, Elsevier, s.374.
- Durand AC, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P et al. (2013) *ED Patients: How nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature*. American Journal of Emergency Medicine 2011;29(3), s.333–45.
- Eastman, A Brent (1992). *Blood in Our Streets: The Status and Evolution of Trauma Care Systems*. JAMA Surgery. 127 (6):677–681.
- Edirne, T., Edirne, Y., Atmaca, B. ve Keskin, s. (2008). *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Hastalarının Özellikleri*. Van Tıp Dergisi, 15(4):107-111.
- Ekşi, A;Torlak, SE. (2011). *Utilization of emergency services during the single European emergency call number pilot*. Turkish Journal of Emergency Medicine 2011; 11(4), s.149-154.
- Elshove-Bolk J, Mencl F, van Rijswijck BT, Simons MP, van Vugt AB. (2007). *Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department*. Emerg Med J 2007;24, s.170-4.

- Erbay , H. (2012). *Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi, s. Kurumsal Değerlendirme ve Bir Alan çalışması*, (Doktora Tezi), Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Erdemir AD. (2006). *Medical ethics problems in emergency treatment and care*. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul; 2006.s.1-27.
- Erden, T;Coşkun, MZ. (2010). *Acil Durum Servislerinin Yer Seçimi: Analitik Hiyerarşi Yöntemi ve CBS Entegrasyonu*. İTÜ Dergisi/Mühendislik 2010; 9(6), s.37-50.
- Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA. (2006). *Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi*. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2006;6(1), s.25-35.
- Ersoy G. (2011). *İdeal Acil Servis Mimarisi Nasıl Olmalı*. Travma El Kitabı. Adana Nobel Kitapevi; 2011. s.17-34.
- Eryılmaz M. (2005). *Ulusal Acil Tıp Sistemi Üzerine Düşünceler*, Akademik Acil Tıp Dergisi: s.5.
- Fernandes, C. M., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L. A., McNair, R. S., Rosenau, A. M., Sawchuk, P., Thompson, D. A., Travers, D. A., Bonalumi, N, & Suter, R. E. (2005). *Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five Level Triage Task Force*. Journal of Emergency Nursing, 31(1), 39-50.
- Frank S.A., de Villiers P.J. (1995). *An Analysis of the Appropriate Use of the Caledon Ambulance Service in the Overberg: A Short Report*. South African Medical Journal, Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde 85(11):1185–86
- Gaston, Sawnie R. (1971). *Accidental death and disability, s. the neglected disease of modern society: A progress report*. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care. 11 (3):195–206.
- Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM (2011). *Emergency Severity Index (ESI):A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4*. Implementation Handbook 2012 Edition. AHRQ. ISBN 978-1-58763-416-1.
- Grafstein E, Unger B, Bullard M, et al. (2003). *Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List (Version 1.0)*. CJEM 2003;5, s.27-34.
- Grafstein E. Bullard MJ, Warren D, et al. (2008). *Revision of the Canadian Emergency Department Information System (CEDIS) Presenting Complaint List Version 1.1*. CJEM 2008;10, s.151-60.
- Günalp M. Üniversitelerde Acil Tıp Hizmetleri (Erişim Tarihi: 20-03-2019) http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/files/2015/09/2015_d45_acil_tip_hizmetleri.pdf
- Harris MS, Patel B, Bowen S. (2011). *Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study*. British Journal of General Practice 2011;61(593):787–93.
- Holliman CJ. (2001). *Designing a new emergency medicine facility*. Acil Tıp Dergisi Ekim 2001 Vol.1 Sayı 1 S, s. 57-60.

- Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D. (2007). *Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. Annals of Emergency Medicine.* 2007;49(6), s.747-55.
- Howard MS, Davis BA, Anderson C, et al. (2005)ç *Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding.* J Emerg Nurs 2005;31, s.429–35.
- <http://www.med.uc.edu/emergencymedicine/about> Erişim Tarihi: 20-03-2019
- <https://khgmacilveyurtdisiasaglikdb.saglik.gov.tr/TR,42912/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi.html> Erişim Tarihi: 25-03-2019.
- <https://khgmacilveyurtdisiasaglikdb.saglik.gov.tr/TR,42912/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi.html> Erişim Tarihi: 25-03-2019.
- <https://www.saglikaktuel.com/d/file/28310,saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf>
- https://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/emergencies/em2002chap4.pdf
- İdil H, Kilic TY, Toker I, et al. (2018). *Non-urgent adult patients in the emergency department: causes and patient characteristics.* Turk J Emerg Med.2018;2, s.71e74.
- Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. (2016). *Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi.* Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 19(2):171-186.
- Idoguchi K, Mizobata Y, et al. (2006). *Usefulness of Our Proposed Format of Triage Tag.* Journal of Japanese Association for Acute Medicine. 17 (5):183–91.
- Iseron KV, Moskop JC (March 2007). *Triage in medicine, part I, s. Concept, history, and types.* Annals of Emergency Medicine. 49 (3):275–81.
- İnan H.F, Sofuoğlu T. Acil Sağlık Hizmetleri. Ertekin C, Çertuğ A, Atıcı A, Coşkun A, Aydınlı F, İnan H F vd. (2006). *Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Eğitim Kitabı.* 1. Baskı, Ankara: Onur Matbaacılık Ltd. Şti, 2006:1-9.
- Jimenez, J. G., Murray, M. J., Beveridge, R., Pons, J. P., Cortes, E.A., Garrigos, J. B., & Ferre, M. B. (2003). *Implementation of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale in the Principality of Andorra: Can Triage Parameters Serve as Emergency Department Quality Indicators?* Canadian Journal of Emergency Medicine, 5(5), 315-322.
- Jonsen AR. (1977). *Do no harm, s. axiom of medical ethics. In: Spicker SF, Engelhardt HT Jr, eds. Philosophical Medical Ethics: Its Nature and Significance.* Dordrecht, Holland, s. D. Reidel Publishing Company; 1977, s.27-41
- Kamal N, Barnard DK, Christenson JM, Innes GD, Aikman P, Grafstein E, Marsden J. (2014). *Addressing emergency department overcrowding through a systems approach using big data research.* J Health Med Informat 2014;5, s.148
- Karataş Cıplak S., (2007). *Acil Servis Mimarisi* (Doktora tezi) İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi,Mart-2007.

- Lerner E. B., Cone D. C., Weinstein E. S., Schwartz R. B., Coule P. L., Cronin M., Wedmore I. S., Bulger E. M., Mulligan D. A., Swienton R. E., Sasser S. M., Shah U. A., Weireter L. J., Sanddal T. L., Lariet J., Markenson D., Romig L., Lord G., Salomone J., O'Connor R., Hunt R. C. (2011). *Mass casualty triage, s. An evaluation of the science and refinement of a national guideline*. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2011;5(2), s.129–137.
- Machi MS, Staum M, Callaway CW, Moore C, Jeong K, Suyama J et al. (2012). *The relationship between shiftwork, sleep and cognition in career emergency physicians*. Acad. Emerg. Med. 2012; 19, s. 85 – 91.
- Marks P., Daniel T., Afolabi O., Spiers G., Nguyen-Van-Tam J. (2002). *Emergency (999) Calls to the Ambulance Service That Do Not Result in the Patient Being Transported to Hospital: An Epidemiological Study*. Emergency Medicine Journal 19(5):449–52
- McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. (2011). *Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina*. NC Med J 2011; 72(4), s.265-71.
- Melby V, Ryan A (2005). *Caring for older people in prehospital emergency care, s. can nurses make a difference?*. Journal of Clinical Nursing. 14 (9):1141–50
- Ministry of Health and Long-Term Care (MOHLTC). 2015. “Ambulance Charges.” Retrieved November 25, 2015.
- Miro O, et al. (1999). *Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding*. Eur J Emerg Med 1999;6(2):105–7.
- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, et al. (2009). *Emergency department crowding, part1-concept, causes, and moral consequences*. Ann Emerg Med.2009;53, 605-11.
- Murray M, Bullard M, Grafstein E. (2004). *Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale implementation guidelines*. CJEM 2004;6, s.421-7.
- Northington WE, Brice JH, Zou B. (2005). *Use of an emergency department by nonurgent patients*. American Journal of Emergency Medicine 2005; 23(2), s.131–7.
- Numanoğlu SC, Elçioğlu Ö, Özden H, Ünlüoğlu İ. (2000). *Development of emergency medicine services in Turkey and the world in 20th century*. Sendrom 2000;12(7), s.69-73.
- Özata, M;Toygar, Ş;Yorulmaz, M;Cihangiroğlu, N. (2011). *Comparative Analysis of Using 112 Emergency Ambulance Services in Turkey and The Province of Konya*. European Journal of General Medicine 2011; 8 (4), s.262-267.
- Pearn, John (1994). *The earliest days of first aid*. The British Medical Journal. 309, s. 1718–1720.
- Pennycook A.G., Makower R.M., Morrison W.G. (1991). *Use of the Emergency Ambulance Service to an Inner City Accident and Emergency Department-A Comparison of General Practitioner and ‘999’ Calls”* Journal of the Royal Society of Medicine 84(12):726–27.

- Polat O, Kabaçam G, Güler İ, Ergişi K, Yıldız A. (2005). *İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi'ne Başvuran Sürveyans Analizi*. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5(2), 78-81.
- Raven M, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. (2013). *Comparison of presenting complaint vs. discharge diagnosis for identifying "non-emergency" emergency department visits*. JAMA 2013;309(11):1145–53.
- Ray AF, Kupas DF (2005). *Comparison of crashes involving ambulances with those of similar-sized vehicles*. Prehosp Emerg Care. 9 (4):412–5.
- Richardson DB. (2006). *Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding*. Med J Aust 2006;184(5), s.213–6.
- Rocovich, C. & Trushnaa, P. (2012). *Emergency Department Visits: Why adults choose the emergency room over a primary care physician visit during regular Office hours?*. World Journal of Emergency Medicine, 3 (2), 91-97.
- Sağlık Bakanlığı 2015 Verileri <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/> Erişim Tarihi: 20-03-2019
- Sağlık Bakanlığı İşleyiş Prosedürü, Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması, (2019) <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=9.5.13494&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatak1%C4%B1%20sa> Erişim Tarihi:25-03-2019.
- Sakr, M (2000). *Casualty, accident and emergency, or emergency medicine, the evolution*. Emergency Medicine Journal. 17 (5):314–9.
- Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. (2002). *Usual source of care and nonurgent emergency department use*. Acad Emerg Med 2002;9, s.916–23
- Schmidt TA, Federiuk CS, Zechnich A, Forsythe M, Christie M, Andrews C (1996). *Advanced life support in the wilderness: 5-year experience of the Reach and Treat team* Wilderness & Environmental Medicine. 7 (3):208–15
- Schull MJ, Kiss A, Szalai J-P. (2007). *The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times*. Ann Emerg Med. 2007;11:257–264. Doi: 10.1016/j.annemergmed.2006.06.027. e251.
- Selvan, Z. (2016). *Asistan Eğitimi Veren Üniversite Hastaneleri Erişkin Acil Servislerinin Özellikleri*, (Uzmanlık Tezi), Denizli, s. Pamukkale Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı
- Shah M.N. (2006). *The Formation of the Emergency Medical Services System*. American Journal of Public Health 96(3):414–23.
- Shesser R, Kirsch T, Smith J, et al. (1991). *An analysis of emergency department use by patients with minor illness*. Ann Emerg Med 1991;20, s.743–8.
- Skandalakis PN, Lainas P, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. (2006). *To afford the wounded speedy assistance': Dominique Jean Larrey and Napoleon*. World Journal of Surgery. 30 (8):1392–99.
- Sun BC, et al. (2013). *Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients*. Ann Emerg Med 2013;61(6), s.605–11 e6.

- T.C. Resmi Gazete. (2009). *Yataklı Sağlık Teslerinde Acil Servis Hizmetlerini Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ*. 16 Ekim 2000 gün 27378 sayılı, Ek-7.
- Taze S. (2008). *Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi.
- Tekingündüz, S. (2003). *Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne Yapılan Başvuruların Değerlendirilmesi ve Acil Olmayan Kullanımının Belirlenmesi*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, s. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS. (2010). *Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience*. J Formos Med Assoc 2010;109(7), s.533–42.
- Uğrak, U. Cihangiroğlu, N. Uzuntarla, Y.Teke, A. (2016). *Hastaların Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Acil Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimlerinin Analizi*, Bartın Üniversitesi İ.İ. s.B, s.F.Dergisi, 7(13), 208-225.
- Ünlüoğlu İ, Ekşi A, Elçioğlu Ö. (2002). *Development of ambulances in paralel with emergency medicine services*. Sendrom 2002; 14(29), s.18- 24.
- Van, G. R., Delooz, H., ve Sermeus, W. (2001). *Systematic Triage in the Emergency Department Using Australian National Triage Scale: a Pilot Project*. European Journal of Emergency Medicine, 8(1), 3-7.
- Verelst S, et al. (2015). *Emergency department crowding in relation to in-hospital adverse medical events: a large prospective observational cohort study*. J Emerg Med 2015;49(6), s.949–61.
- Yaman, B. (2015). *Hastanelerde Sunulan Acil Sağlık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu*, (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul, s. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Yaşar, M. Teke, K. Dünderöz, R. Sızlan, A. Cömert, B. Özışık, T. (2000). *Acil Servis Kullanımının Aciliyet Kriterlerine Göre Değerlendirilmesi*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5(1), 53-59.
- Zachariah B. (1999). *The Problem of Ambulance Misuse, s. Whose Problem Is It, Anyway?*. Academic Emergency Medicine 6(1):2–5.
- Zenginol, M. Al, B. Genç, Deveci, İ. Yarbil, P. Yılmaz, D. Sarcan, E. Yıldırım, C. (2011). *Gaziantep İli 112 Acil Ambulanlarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları*, Akademik Acil Tıp Dergisi, 10(1), 27-32.

EKLER

EK-1

ANKET FORMU

Değerli katılımcı;

Bu anket çalışması Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme ABD Yüksek Lisans Programında yürütülmekte olan “Acil Servislerin Amaç Dışı Kullanım Nedenlerinin Belirlenmesi” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına veri elde etmek amacıyla yapılmakta olup, hiçbir şekilde bireysel bir değerlendirme amacı gütmemektedir. Çalışmaya yapacağınız katkılar bizim için değerli olup, şimdiden katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Zeynep BOZDAĞ
Hitit Üniversitesi SBE İşletme ABD
Yüksek Lisans Öğrencisi

Dr. Öğr. Üyesi Ömür DEMİRER
Hitit Üniversitesi İ.İ.B.F. Öğretim Üyesi
ve
Tez Danışmanı

Anketin Yapıldığı Tarih ve Saat,

S.....

1-Anketi cevaplayan, s. Kendisi Yakını

2-Bağlı olduğunuz sağlık güvenlik kurumu aşağıdakilerden hangisidir?

- Emekli Sandığı SSK BAĞ-KUR Özel sigorta
 Sağlık güvenlik kuruluşu yok Diğer belirtiniz, s.....

3-Hastalandığınızda genellikle hangi sağlık kurumuna gidersiniz?

- Eğitim Araştırma Hastanesi Özel hastane Aile sağlığı merkezi
 Özel doktor muayenehanesi Tıp merkezi Diğer belirtiniz, s.....

4-Hastalandığınızda, gideceğiniz sağlık kurumunu seçerken hangi faktörler etkili olmaktadır? (Birden fazla cevap seçebilirsiniz)

- Hastaneye yakınlık (kolay ulaşılabilirlik) Hizmetin kaliteli olması
 Hastanede muayene ve tetkikler için bekleme süresi Randevu almada kolaylık
 Sağlık güvenlik kurumunun geçerli olması Sevk edilme
 Diğer, belirtiniz, s.....

5-Size göre sizi buraya getiren probleminizin aciliyet derecesi nedir?

- Acil Acil değil

6-Ağrınızın veya acınızın şiddeti ne düzeydedir?

- Çok şiddetli Orta şiddetli Hafif şiddetli Ağrıım veya acım yok

7-Şikâyetiniz ne kadar süredir devam ediyor?

.....dak.saatgünay	Şikâyetim yok
-----------	-----------	----------	---------	---------------

8-Hastane poliklinikleri, tıp merkezi, aile sağlığı merkezi ve özel muayenehaneler yerine acil servisi tercih etme nedenleriniz nelerdir?(Birden fazla cevap seçebilirsiniz)

SN	Nedenler	Lütfen işaretleyiniz
1	Acilde muayene olmak daha az zaman alıyor.	<input type="checkbox"/>
2	Yatış işlemleri daha kolay ve hızlı oluyor.	<input type="checkbox"/>

- 3 Normal polikliniklerde muayene ve randevu olanağı bulamıyorum.
- 4 Polikliniklerde muayene sırası olmadığı için tavsiye üzerine acile geldim
- 5 Poliklinik muayenesi sonrası doktor tarafından bazı işlemler için acile yönlendirildim.
- 6 Sağlık durumumdan endişe edip, poliklinikte muayene için beklemek istemediğimden acili tercih ettim.
- 7 Acildeki doktorlar benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim
- 8 Acildeki diğer sağlık personeli benimle daha çok ilgilendiğinden acile geldim.
- 9 İlaç yazdırmak için acile geldim.
- 10 Diğer belirtiniz,
s.....
-

9-Son 1 yıl içinde acil servise kaç defa geldiniz?

.....defa Bilmiyorum

10-Yaşınız, s.....

11-Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

12-Medeni durumunuz

Bekâr Evli

13-En son bitirdiğiniz okul

Okuryazar değil Okuryazar (okul dışı) İlkokul
Ortaokul Lise Üniversite ve üstü

14-Ailenizin toplam aylık geliri, s.....

ANKETİMİZ BİTMİŞTİR. KATKILARINZDAN DOLAYI TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK-2

ETİK KURUL RAPORU



T.C.
HİTİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 2019-132

29/03/2019

Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ömür DEMİREK

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet Ömer BOSTANCI
Başkan

Başvuru Numarası	2019-44
Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Ömür DEMİREK
Araştırma Başlığı	Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri ve Amaç Dışı Kullanımı Azaltmaya İlişkin Yönetimsel Öneriler-Çorum İli Örneği
Toplantı Tarihi	28/03/2019
Karar Numarası	2019-128

- Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.
- Araştırmaya kurum izinlerini alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.
- Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.
- Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

