



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN PEDIATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ
HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK TESİSİNDE
YÖNETİLEBİLİRLİĞİ**

Dr. METİN SEZGİN
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023- SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN PEDIATRİK YAŞ GRUBUNDAKİ
HASTALARIN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK TESİSİNDE
YÖNETİLEBİLİRLİĞİ**

Dr. METİN SEZGİN
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023- SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Dr Metin SEZGİN

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Acil servise başvuran pediatrik yaş grubundaki hastaların
birinci basamak sağlık tesisinde yönetilebilirliği

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu
ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

ONAY

“Bu tez ../../202.. tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

../../202..

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.11.2022 tarihinde 295 sayısı ile onay alınarak hazırlanmıştır.

15.02.2023

Dr. Metin Sezgin

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım klinik şefimiz Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN’a, sevgili hocam Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER’e, tezimin son halini almasında yardımcı olan Uzm. Dr. Erkut ETÇİOĞLU’na, yazım aşamasında yardımcı olan eşim Yasemin SEZGİN’e, oyun zamanından çaldığım oğlum Mustafa Arda SEZGİN’e, kliniğimizin uzmanlarına, asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire ve personeline teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

Dr. Metin SEZGİN

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Acil Sağlık Hizmetleri	4
2.2. Çocuk Acil Sağlık Hizmetleri	5
2.2.1. Çocuk acil servisler.....	5
2.2.2. Çocuk acil servislerinde hasta memnuniyeti ve hekim hasta ilişkisi	7
2.2.3. Çocuk acil servisine başvuran hasta grubunun özellikleri.....	9
2.2.4. Çocuk acil servisine sık başvuru nedenleri.....	10
2.2.4.1. Krup.....	11
2.2.4.2. Yabancı cisim aspirasyonu.....	11
2.2.4.3. Bronşiolit.....	12
2.2.4.4. Akut astım.....	13
2.2.4.5. Pnömoni.....	13
2.2.4.6. Menenjit.....	14
2.2.4.7. Karın ağrısı.....	14
2.2.4.8. İdrar yolu enfeksiyonları.....	15
2.2.4.9. Febril konvulziyonlar.....	16
2.2.4.10. Travmalar.....	16
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	17
2.3.1. Aile hekimliği.....	19
2.3.1.1. Tanımlar.....	19
2.3.1.2. Görevi, yetki ve sorumluluklar.....	19
2.3.1.3. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması.....	20

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
3.1. Araştırmanın Gerçekleştiği Yer ve Zaman.....	22
3.1.1. Araştırmanın gerçekleştiği yer.....	22
3.1.2. Araştırmanın gerçekleştiği zaman.....	22
3.2. Araştırmanın Tipi.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	23
3.4.1. Bağımlı değişkenler.....	23
3.4.2. Bağımsız değişkenler.....	23
3.5. Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri.....	24
3.5.1 Veri toplama araçları.....	24
3.6. Etik Kurul Onayı ve İzinler.....	24
3.7. Araştırmanın Bütçesi.....	25
3.8. Verilerin Çözümlemesi.....	25
4. BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	34
6. KAYNAKLAR.....	40
7. EKLER.....	48
7.1. EK-1: Etik kurul kararı.....	48
7.2. EK-2: Anket	49
7.3. EK-3: Özgeçmiş.....	51

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AHUD: Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

Covid-19: Coronavirus disease-19

IOM: Institute of Medicine

SEAH: Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

T.C: Türkiye Cumhuriyeti

TAHUD: Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği

ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

ASYE: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu

RSV : Respiratuar Sinsityal Virus

LP: Lomber Ponksiyon

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

FK: Febril Konvulziyon

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Çalışma Grubunun Bazı Özellikleri

Tablo 4.2. Çocukların Kronik Hastalıklarının Dağılımı

Tablo 4.3. Çocukların son bir yıldaki sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları

Tablo 4.4. Çalışma grubundakilerin sağlık kuruluşları hakkında düşünceleri

Tablo 4.5. Katılımcıların başvurularında görülen en sık 10 yakınma

Tablo 4.6. Çalışma grubundakilerin acil serviste aldıkları tanılarının dağılımı

Tablo 4.7. Katılımcıların acil servisi tercih etme nedenleri

Tablo 4.8. Hastaların sağlık hizmetlerindeki seyir ve sonuçları

Tablo 4.9. Aciliyet puanlarının bazı sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

Tablo 4.10. Çalışma grubundakilerinin sağlık kuruluşları hakkında düşünceleri ile aciliyet puanlarının karşılaştırılması

Tablo 4.11. Sağlık kuruluşlarını kullanım ile aciliyet puanlarının karşılaştırılması

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Acil servislerdeki hasta başvuru sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Acil servisin kullanım özellikleri, nedenleri, sık acile başvuranların sosyo-demografik özellikleri, nitelikleri gibi faktörlerin belirlenmesi uygun sağlık politikalarının geliştirilmesine ışık tutacaktır. Buradan hareketle çocuk acil servisine başvuran hastaların aciliyet durumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tıpta uzmanlık tezi kapsamında olan bu çalışma, Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine 01.12.2022 ile 31.12.2022 tarihleri arasında başvuran hastaların ebeveynlerine ve çocuk acil hekimlerine uygulanmıştır. Çalışmamız anket soruları üzerinden yürütülen bir araştırmadır. Çalışmanın örnekleme; %95 güven aralığı, uygunsuz acil servis kullanım sıklığı %50 alınarak 378 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın verileri anket formu şeklinde sosyo-demografik özellikleri, sağlık hizmetlerini kullanma şekilleri ve hekimlerin hastayı değerlendirme sonuçları içerir şekilde hazırlanmıştır.

BULGULAR: Çalışmamıza kabul edilen çocukların 208'i (%55,0) erkek, 170'i (%45,0) kız çocuğuydu. Yaşları 0,0-17,0 arasında değişmekte olup, ortalama (SS) 6 (4,7), ortancası 5 yıldı. Katılımcılardan çocukları hastalandığında ilk olarak acil servise başvuranların sayısı 177 (%46,8) idi. Hasta çocukların acil servise başvuru sebepleri incelendiğinde en sık başvuru şikayetinin öksürük olduğu, en sık aldıkları tanının Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu olduğu bulundu. Başvuran hastaların %70,6'sının birinci basamakta yönetilebileceği saptandı. Ebeveyn ile hekimin aciliyet puanları karşılaştırıldığında ise, sağlık kuruluşları hakkındaki düşüncelerin her bileşeninde aciliyet puanları hekimlerde daha düşüktü. (p değeri<0,05).

SONUÇ: Ebeveynlerin çocukları için aile hekimliği sağlık hizmetlerini kullanmak yerine çocuk acil servislere başvurmalarının önemli nedenlerinden birisi ebeveynlerin yanlış aciliyet algısıdır. Bu nedenle ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumunu doğru şekilde yönetmesi acil servislerin kullanımında son derece önemli role sahiptir. Acile gelmeden önce ebeveynlerin, birinci basamak sağlık hizmetlerini tercih etmeleri yönünde teşvik edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Acil başvuru, aciliyet algısı, çocuk acil servisi, uygunsuz kullanım

SUMMARY

INTRODUCTION AND AIM: The number of patient admissions in emergency services is increasing day by day. Determining the factors such as the usage characteristics of the emergency service, its reasons, socio-demographic characteristics and qualifications of frequent emergency patients will shed light on the development of appropriate health policies. From this point of view, it was aimed to evaluate the urgency status of patients who applied to the pediatric emergency service.

MATERIALS AND METHODS: This study, which is within the scope of the specialty in medicine thesis, was applied to the parents and pediatric emergency physicians of the patients who applied to Sakarya Eğitim Araştırma Hospital Pediatric Emergency Service between 01.12.2022 and 31.12.2022. Our study is a research conducted on survey questions. The sample of the study; The 95% confidence interval was calculated as 378 participant by taking 50% of the inappropriate emergency room use frequency. The data of the study were prepared in the form of a questionnaire, including socio-demographic characteristics, the way they use health services, and the results of the physicians' evaluation of the patient.

RESULTS: Of the children admitted to our study, 208 (55,0%) were boys and 170 (45,0%) were girls. Their ages ranged from 0.0 to 17,0, with a mean of 6 (4,7) and a median of 5 years. The number of participants who first applied to the emergency department when their children fell ill was 177 (46,8%). When the reasons for the admission of sick children to the emergency department were examined, it was found that the most common complaint was cough, and the most common diagnosis was Upper Respiratory Tract Infection. It was determined that 70.6% of the patients who applied could be managed in primary care. When the urgency scores of the parents and physicians were compared, the urgency scores of the physicians were lower in each component of the thoughts about health institutions. (p value <0.05).

CONCLUSION: One of the important reasons why parents apply to pediatric emergency services instead of using family medicine health services for their children is the wrong perception of urgency of the parents. For this reason, it is extremely important for parents to properly manage their children's health status in the use of emergency services. Before coming to the ED, parents should be encouraged to prefer primary health care services.

Keywords: Emergency admission, inappropriate use, pediatric emergency department, perception of urgency

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Planlanmayan, diğer servislerde bakılması için randevu bekleyemeyecek, akut bir sağlık sorunu olan hastalara ilk müdahale edilmesi gereken yerler acil servislerdir. Hastaların ani gelişen sağlık sorunlarında ilk başvuru noktası olan acil servisler; hastanın karşılandığı, ilk değerlendirmenin yapıldığı, hastanın stabilizasyonu, tanı koyma, gerekli tetkiklerin istenmesi, yönlendirilmesi, diğer branşlardan görüş alınması gibi iş ve işlemlerin ivedilikle yürütüldüğü, birçok kliniğin kesişim noktasıdır. Kesintisiz olarak hizmet sunulmasının amacı en acil olana öncelik vererek en kısa süre içerisinde hastalara hizmet vermektir (Ersel ve ark., 2006; Söyük ve Kurtuluş, 2017). Acil servis başvuruları, iyi kontrol edilmeyen kronik hastalıkların alevlenmelerini, olağan tedaviye erişimde yaşanan potansiyel bariyerleri, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan problemleri yansıtabilmektedir (Greenwood-Eriksen ve Kocher, 2019). Acil müdahale gerektirmeyen, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yönetilebilecek nedenler ile acil servis başvuruları, günümüzde dikkat çekici bir sorun haline dönüşmüştür (Palmer ve ark., 2014). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2018 yılında 130 milyon, 2019 yılında 151 milyon acil servis başvurusu gerçekleştiği, 18 yaşını doldurmuş bireylerin %22'sinin geçen 12 ay içerisinde acil servise başvurduğu rapor edilmiştir. (<https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db434.htm>, Erişim tarihi: 02 Ocak 2023). Rodos adasında, acil servis başvurularının yaklaşık %60'ının potansiyel olarak önlenabilir nedenler olduğu, bu başvuruların önlenmesi ile yaklaşık 90 milyon dolar harcamanın önüne geçilebileceği düşünülmüştür. (<https://health.ri.gov/data/potentiallypreventableemergencyroomvisits>, Erişim tarihi: 02 Ocak 2023)

Çocuk acil servislerindeki hasta kabul sayıları gün geçtikçe yükselmektedir. Bu yükseliş, sağlık hizmeti sunumunda karışıklığa neden olmakta ve çocuk acil servis hizmetlerinin etkin kullanılmaması, çocuk acil servisinde bekleme süresinin fazlalığından dolayı yaşanan olumsuzluklar gibi değişik problemleri de beraberinde getirmektedir (Wargon ve ark., 2009). Türkiye'de de dünyaya benzer şekilde acil servis kullanımı giderek artmaktadır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'nün

raporunda, Türkiye’de 2013 yılında yaklaşık 82 milyon olan acil servise başvuru sayısının, 2017 yılında 101 milyona çıktığı bildirilmiştir. (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Analiz, İstatistik, Stratejik ve Raporlama Yönetim Dairesi 2017 Yılı Poliklinik, Yoğun Bakım - Ameliyat, Yatış, Doğum ve Acil Servis Sayıları Kitabı, 2018). Aynı yıl toplam sağlık hizmeti başvuru sayısının (yaklaşık 356 milyon) %28,4’ünü acil servis başvurularının oluşturduğu rapor edilmiştir. Türkiye’de yapılan 2 farklı araştırmada uygun olmayan acil servis başvurusu sıklığının benzer şekilde yaklaşık %31 olduğu gösterilmiştir (Ersel ve ark., 2006; Oktay ve ark., 2003). Uygunsuz acil servis kullanım sıklığı yapılan çalışmalarda %29,6 ile %31,3 olarak bildirilmiştir (Periara ve ark., 2001; Sempere-Selva ve ark., 2001).

Tüm acil servis başvurularının içerisinde çocuk acil servis başvurularının oranı yaklaşık %30’dur. Çocukluk çağında meydana gelen ölümlerin %80’i acil tıbbi sorunlarla oluşmaktadır. (http://cayd.org.tr/gorseller/files/raporlar/turkiye_ve_dunya_cocuk_acil, Erişim tarihi: 7 Ocak 2023). Çocukların klinik durumlarının stabil olmayışı, prognozun önceden kestirilemeyişi gibi sebeplerden dolayı ölüm ve sağkalım oranları erişkinlere göre farklılık göstermektedir. Hızlı müdahale ile hem ölüm ve hem sağkalım oranları azalmaktadır. Bu nedenden dolayı çocuk acil servislerinde görevli uzmanların sağlıklı koşullarda, hastalara yeterli sürenin ayrılarak muayene, tetkik ve tedavilerini yapması son derece önemlidir. Shah ve ark. ABD’de yaptıkları araştırmada araştırma periyodunda çocuk acil servise başvurusu sayısının 110.9 milyon, yıllık yaklaşık 27,7 milyon olduğu (bu süre içerisinde acil servis başvurularının %27,3’ü kadar); bu rakamın aynı periyotta erişkinler için 295,1 milyon olduğu bildirilmiştir (Shah ve ark., 2008).

Bir ülkenin sağlık sisteminin aynası diğer bir deyişle vitrini sayılabilecek acil servislerin amacına uygun kullanımı sağlık hizmetlerinin etkin kullanımında son derece önemlidir. Ayrıca 21. Yüzyılda daha kaliteli ve sürdürülebilir sağlık sistemi inşası için gereksiz sağlık harcamalarının da önüne geçilmesi esastır. Gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önlenmesi ekonomi üzerindeki olumlu sonuçlarının yanı sıra hem sağlık çalışanlarının gereksiz iş yükünden kurtaracak hem de gerçekten acil hizmet alması gereken vakalara daha hızlı sağlık hizmeti sunulabilmesine olanak sağlayacaktır. Bu durumun çalışanlara iş doyumu sağlayacağı gibi hastalarında

memnuniyetini arttıracakđı düşünölmektedir. Acil servisin kullanım özellikleri, nedenleri, sık acile başvuranların sosyo-demografik özellikleri, nitelikleri gibi faktörlerin belirlenmesi uygun sağıık politikalarının geliştirilmesine ışık tutacaktır. Buradan hareketle çalışmamızda Sakarya’da 3. Basamak olan bir çocuk acil servisine kabul edilen hastaların aciliyet durumlarının değeriendirilmesi ve birinci basamak hizmeti veren sağıık kuruluşlarında yönetilebilirliğıinin incelenmesi amaçlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Sağlık Hizmetleri

Acil terim olarak; hastaya zaman kaybettirmeden, tıbbi girişimde bulunmak anlamındadır. Gelişen herhangi bir olayda bu kaza ya da başka bir nedenle olsun, bu olaya ani olarak müdahale edip hastanın yaşam belirtilerini tehdit eden durumdan kurtulması hedeflenmektedir (Adaş ve ark., 1998).

Acil hasta; bir akut hastalık ya da yaralanma nedeniyle yaşam belirtileri bozulmuş ve hızla müdahale ile geri döndürülmediğinde yaşam fonksiyonlarını kaybetme riski ile karşı karşıya kalan hasta demektir. Acil olmayan hasta terimi ise hemen müdahale gerekmeden hayati fonksiyonlarına sürdürebilecek hasta için kullanılır (James, 1999).

Acil tıp; hastaların, yaş, cinsiyet, ırk, hastaneye başvuru şekli, hastanın ekonomik durumuna bakılmaksızın acil gelişen durumlarının tanısının konulması, tedavisinin düzenlenmesi ya da başka bir sağlık kuruluşuna sevkinin kararının verilmesi ve yönlendirilmesini de içeren geniş yelpazede hizmet veren bir klinik tıp birimidir. Bu hizmet aslında kaza ya da yaralanmanın olduğu yer ve saatte başlayıp hastanın nakli, acil serviste tedavisi ya da başka bir bölüme sevkine kadar ki süreçleri kapsamaktadır (Schneider ve ark., 1998).

Acil servisler; acil müdahale ile hastaların ağrısını, sakatlığını ya da ölümünü önlemeyi hedefleyen hastanelerin belki de en önemli birimleridir (James, 1999). Kişide eskiden beri olan ama şiddeti artan ya da sıfırdan yeni başlayan ve kişide acil olabileceği hissi uyandıran ağır problemlerden, birinci basamak sağlık hizmeti ile giderilebilecek düzeyde hafif problemlere kadar değişken durumlara müdahalenin gerçekleştiği yerlerdir (Nawar ve ark., 2007). Kesintisiz bir hizmetin olduğu, işinde uzman kadrosuyla hastalara müdahalede bulunan, şikayetlere yönelik hızla yanıt verebilecek bir alt yapıya sahip, altta yatan sorunu belirleyecek ve tedavi edebilecek imkanı bulunan, kısa süreli yatış gerektiren olguları hastane içinde yönlendirebilen sistemin bütünü acil servistir (Taşkın, 2002).

Acil servislerin hastanenin diğer bölümlerinden farkı gelen hastayı seçme şansının olmaması ve başvuru sayısındaki fazlalığa bağlı yoğunluktur. Öyle ki acil servisler tüm yatakları dolu olmasına rağmen hastaneye gelen yeni hastayı geri çeviremez ve ona da hızlıca bakıp tedavisini düzenlemekle yükümlüdür (Rhee ve Bird, 1996).

2.2. Çocuk Acil Sağlık Hizmetleri

Ani gelişen, çocuklarla ilgili sağlık sorunlarında, ailelerinin ilk başvurduğu sağlık kuruluşu çocuk acil servisleridir. Çocukların hızlı bir değerlendirmesinin yapıldığı, daha sonra tanı koyma, tetkik, tedavi süreçlerinin işlediği gerektiğinde konsültasyon ve sevkinin gerçekleştiği yerlerdir. Acil başvuruların %20'sinin ilk müdahalede gerekli hassasiyet gösterilmediğinde geri dönüşsüz ağır sekillere veya ölüme neden olabilen “çok acil” hastalardan oluştuğu bilinmektedir. Yaklaşık olarak bir yılda 6 milyon çocuk, kaliteli acil hizmeti alma konusunda risk altındadır. Bu çocuklara müdahale çocuk hastalıkları konusunda uzmanlık eğitimi almış hekimler tarafından verildiğinde belki de ülkemizde bir türlü düşürülemeyen çocuk ölüm oranının düşmesi hedefi gerçekleştirileceği belirtilmiştir. Erişkinden yaklaşım olarak önemli farklılıkları olan çocukların tedavisinin uzmanlık eğitimi almış hekimler tarafından yapılmasının bir doğal hak olduğu ve eğer çocukların bu hakları elinden alınırsa toplum ve onları yönetenler tarafından gerçekleştirilmesi gereken sorumluluklarını yapmamış olacaklarını düşündürmektedir (Yılmaz, 2017).

2.2.1. Çocuk acil servisler

Acil hasta, hızlıca muayenesi yapıp müdahalesi yapılması gereken hastadır. Genel olarak bakıldığında çocuk aciller tüm acile başvuran hastaların ortalama %30'unu oluşturduğu belirtilmiştir. Gerçekten acil olan hastaların en belirgin özelliği, yaşamsal bulgularının tehlikede oluşudur. Çocuk hastanın durumunun nereye varacağı genellikle önceden kestirilemeyebilir. Bazılarını da hastaneye yatırılarak izlemek gerekebilir. Çocuk hastalarda, adli sorunlara da dikkat çekmek gerekir. Şüpheli ölümler, çocuk istismarı, zehirlenmeler bunlara örnek gösterilebilir. Yatırılarak izlemek gerekebilecek durumlara ise düşürülemeyen ateş, ağır enfeksiyonlar, solunum açlığı, şiddetli ağrı, sıvı kayıpları, nöbetler, allerjik tepkimeler örnek verilebilir. Ayrıca

travmalar, trafik kazaları, yanık, metabolik hastalıklar, doğumsal anomalilerde akılda tutulmalıdır (Öztürk ve Karaböcüoğlu, 2004).

Çocuk Acil servislerine başvuran hasta çocukların acil olup olmadığının ilk kararını veren aslında evde onlarla ilgilenen ebeveynleridir (Öztürk ve Güneş, 2004). Bu aciliyet kararında verilen yanlış karar sonucu acile başvuran ebeveynlerin acil servisleri gereksiz ve uygunsuz kullanması gerçekten acil çocuk hastaların tanısını, tedavisini geciktirmekte belki de kayıplar olmaktadır (Breen ve McCann, 2012). Uygunsuz başvuru artışları sonucu olarak acil servisteki iletişim etkilenmekte, çalışan personelin hata yapma riski artmakta ve başvuran hastaların memnuniyeti ise azalmaktadır (Hoot ve Aronsky, 2008). Acil servislerin uygunsuz kullanımı; büyük kısmı birinci basamakta müdahale ile çözülebilecek sağlık problemleri olan hastaların kendilerinde gördükleri aciliyet üzerine gerçekten acil olan bir kaza ya da yaralanma olmadan hastaneye başvurmaları sonucu oluşur (Brim, 2008). Yapılan araştırmalarda hastaların yada ebeveynlerinin acil hizmet gerekmeyen durumlarda gereksiz başvuru nedenleri incelendiğinde büyük kısmının birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda toplum farkındalığının olmaması veya erişilebilirlik sorunları olduğu görülmüştür (Carret ve ark., 2009). Acil servislerin ulaşım açısından özellikle merkezi yerlerde konumlanması, gidiş gelişlerde kullanılan toplu ulaşım araçlarının sık olması hastaların yada yakınlarının ilk başvuru noktası olarak acil servisleri kullanmasının en önemli nedenlerinden sayılabilir (Ersel ve ark., 2006). Bir diğer önemli neden ise hastaların sağlık güvencesi olmasa bile hastanın durumu düzelinceye kadar gerekli tanı ve tedavileri acilde rahatça almalarıdır (Raven ve ark., 2013).

Çocuk acil servislerine başvurular son yıllarda hızla artmaktadır. Afillalo ve ark. yaptığı çalışmada çocuk acil servislerine başvuru artışının nedeninin ebeveynlerin çocuğun hastalığını gerektiğinden fazla abarttığı bulunmuştur (Afillalo ve ark., 1995). Bir başka çalışmada Prince ve Worth ebeveynlerinin 1/3' ünün çocuklarındaki hastalığı aşırı abarttığını bildirmiştir (Prince ve Worth, 1992). Çocuk acil servisleri 7 gün 24 saat esasına göre çalışan aciliyet durumunda hızlıca yanıt verip tanı tedavi hizmeti sunmayı amaçlayan birimlerdir. Fakat gerçekten acil olmayan çocuk hasta başvuruları yüzünden oluşan kalabalık gerçek acil hastaların tanı tedavi süresini uzatmakta mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Bunun sonucunda da memnuniyet

azalmaktadır (Ersel ve ark., 2006). Çocuk acil servislerine başvuru sayısının fazla olmasının bir diğer önemli nedeni de hastalara yeterli ve kaliteli hizmetin birinci basamakta verilememesidir. Bu artışın önüne geçmek için birinci basamağın geliştirilmesi imkanlarının artırılması ve çalışan personele yönelik gerekli eğitimlerin verilmesi gereklidir (Sempere ve ark., 2001). Çocuk nüfusunun yoğun olması buna bağlı hastalanma oranlarının birbirlerine daha çabuk bulaştırma açısından artması, acil servislerde verilen laboratuvar ve radyoloji hizmeti ebeveynlerin çocukları için acili tercih etme nedenlerinden diğerleri olarak sayılabilir (Twanmoh ve Cunningham, 2006).

2.2.2. Çocuk acil servislerinde hasta memnuniyeti ve hekim hasta ilişkisi

Memnuniyet kavramı aslında her hasta ve yakınları için farklı anlamlar içermektedir. Literatürde ise geçmiş tecrübeler, beklentiler, yaşam tarzı ve değerleri içeren birçok faktör ile ilişkilendirilmektedir (Gürlek, 2005; Karadağ,2007). Ülkemizdeki sağlık bakım hizmetlerinde kalite göstergelerinden birisi olarak kabul edilen hasta memnuniyeti ise hastaların ya da ebeveynlerinin beklenti ve isteklerine yanıt verebilme durumu olarak tanımlanmaktadır (Karadağ, 2007).

Ebeveynlerin hizmet alımı açısından beklentileri oldukça fazladır. Verilen hizmetin niteliği, hizmet verenin davranışı, iletişimi, acilde geçirilen süre ve maliyet gibi konular ebeveynlerin memnuniyetini etkiler (Bopp,1989). Hasta memnuniyeti hizmetin değerlendirilmesinde önemli ipuçları verir. Bu hizmetten memnun ayrılan hasta yine gereksinim duyduğunda aynı kuruma yönelecektir (İlker ve ark., 2004). Genel anlamda hasta memnuniyeti aslında alınan hizmetin sonucu olarak hastanın yada çocuk olarak düşünürsek ebeveynin beklentilerinin karşılanması ya da hizmeti algılama düzeyine göre değerlendirilebilir (Boudreaux ve ark., 2003).

Choyce ve Maitra'nın yaptığı araştırmada hastaların sağlık çalışanları ile rahat iletişim kuramadıkları, soru sormaktan çekindikleri ve anlayabilecekleri cevapları alamadıklarını belirlemişlerdir (Choyce ve Maitra, 1996). Hastaların yaşadığı bu sorunları çözenin yolunun hastaları ve çocuk hasta için yakınlarını bilgilendirecek bir hizmetin gerekliliğidir. Bu hizmet hasta ve yakınlarındaki memnuniyeti arttıracaktır (Bulut, 2006).

Ülkemizdeki birçok hastanenin acil servislerine başvuran hasta ve yakınlarının aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin düşük olduğu Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada ortaya konmuştur. Hastaların yada yakınlarının memnuniyetini etkileyen sebepler arasında bekleme süresi uzunluğu, yeterli bilgi alamama ve personelin tutum ve davranışları önemli yer tutmaktadır (Yıldırım ve ark., 2005). Hastaların çoğunun yeterli bilgi alamamaktan ya da eksik bilgilendirme sonucu tedaviye uyum bozukluğu, hastaneye tekrarlayan başvurular ve iyileşme sürecinin uzaması gibi süreçlerle karşı karşıya kaldığı araştırmalarda gösterilmiştir (Bulut, 2006).

Hekimlerin ya da diğer sağlık personelinin iyi iletişim kurması, içtenlik göstermesi önemlidir. İyi iletişim öğretilmelidir. Hasta ve yakınları hekimlerin kendilerini dinlemelerini uzun uzun konuşmalarını isterler fakat acil serviste ne yazık ki zaman kısıtlılığı ve yoğunluktan dolayı buna imkan bulunamamaktadır. Yine de en sıkışık zamanlarda bile hekimin hastasına ayıracağı zamanı ayarlaması ve dinleme, konuşma ve vücut diline dikkat etmesi iletişimin sağlıklı olmasını sağlar. (Walsh ve ark., 1997)

Çocuk acil servislerindeki hasta ve ailelerinin şikayetlerini inceleyen Chande ve ark. bekleme süresinin uzunluğu, yetersiz tanı ve tedavi, iletişim problemleri gibi çeşitli sorunların olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmadan şu sonucu çıkarmak yanlış olmayacaktır; eğer hasta ve ailesine neden bekledikleri açıklanırsa hastayı eve gönderirken tanı ve tedaviye ilişkin yeterli bilgi verilirse hastaların huzursuzluklarının giderileceği aşıkardır (Chande ve ark., 1991). Bir başka çalışma da acil serviste çalışan personelin iletişim becerilerini arttırmasının, hastaya ya da yakınlarına daha fazla açıklama yapılmasının hastanın memnun ayrılmasını etkilediği bulunmuştur (Taylor ve Bengler, 2004).

2.2.3. Çocuk acil servisine başvuran hasta grubunun özellikleri

Tüm acil başvuruları içinde çocuk acil başvuruları yaklaşık olarak 1/3 oranındadır (Öztürk ve Karaböcüoğlu, 2004). Çocuk acil vakalarının istatistiksel olarak %60-65'inin, çocuk travmalarının ise %90-95'inin acil başvurularının mesainin son saatlerine doğru başlayıp gece yarısına kadar ki sürede devam ettiği görülmektedir. Kış aylarında travma dışında bu başvuruların daha çok solunum yolu hastalıkları, yaz aylarında ise ishal tanılı oldukları görülmektedir. Ayrıca gebelik süreci takipleri yetersiz olan

gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum travmaları, asfiksi, respiratuar distres sendromu gibi komplikasyonlarla da acil başvurularının sık olduğu saptanmıştır (Öztürk ve Güneş, 2004).

Çocuk hastaların en önemli özelliklerinden biri de hayati fonksiyonları tehlikede olan bir çocuğun, erişkinlere göre daha hızlı kötü durumlara dönüşebileceğidir. Çocukluk yaş grubundaki toplam ölümlere bakıldığında %80 oranında ani gelişen acil durumlara bağlı ölümler görülmektedir. Yani çocuklarda yavaş yavaş gelişen ölümler erişkindeki gibi sık görülmez bu da erken müdahalenin ne kadar önemli olduğunun bir ispatıdır (Öztürk ve Güneş, 2004).

Anatomik olarak da fizyolojik olarak da erişkinden çok farklı olan çocuk hastalara yaklaşımda bu farklılıkların bilinmesi hekim için önemlidir. Öykü ve fizik muayene her zaman olduğu gibi çocuk hastada da muayenenin en önemli parçasını oluşturmaktadır. Ayrıca her çocuğun farklı gelişim evresi ve yaşta olması da fizik muayeneyi şekillendirmektedir (Öken, 2017). Çocukların erişkinlere göre metabolik ihtiyaçları daha fazla, havayolları daha küçük buna bağlı oksijen tüketimi ve karbondioksit üretimi farklıdır (Erarslan, 2018).

Yapılan çalışmalarda çocuk hastada acil bir durum geliştiğinde %70'inden fazlasında bulgular görüldükten sonra 2 saat içerisinde acil bakım ihtiyacının doğduğu saptanmıştır (Başer, 2009; Çağlar, 2014). Acil servise başvuruların incelendiği bir diğer çalışmada ise acil servise çocuklarını getiren ebeveynlerin %60'ının gerçekten acil, %10'u acil olduğu düşünülerek getirilen, %30'luk kalan kısmının ise acil olmayan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (Erarslan, 2018).

Ülkemizde sayılı üniversite hastaneleri dışında çoğu hastanede çocuk acil servisleri ne yazık ki bulunmamaktadır. Çocuk hastalara birçok ilimizdeki hastanelerde erişkinlerle birlikte erişkin acillerde hizmet sunulmaktadır. Ayrıca ülkemizde ki çocuk acillerinin de büyük çoğunluğunda hizmette kullanmak için gerekli cihazlar ve hizmet verme alanları yeterli değildir. Yapılan bir araştırmada İngiltere ve ABD 'de tüm şartları sağlayan acillerin oranı %6 bulunmuştur. Şartların %85'ini sağlayan acillerin oranı ise %50 dolaylarındadır. (Öztürk ve Güneş, 2004; Yılmaz, 2017).

2.2.4. Çocuk acil servisine sık başvuru nedenleri

Acil servise başvuran çocuk hastalarının incelendiği çalışmada en sık karşılaşılan sağlık sorunları solunum sistemi ve yaralanmalar olarak bulunmuştur. Büyük çocuklarda yaralanmalar daha sık görülürken, küçük çocuklarda ise solunum yolu enfeksiyonları görülmektedir. Bu en sık görülen iki sorundan sonra ise nedeni bilinmeyen ateşler, kulak enfeksiyonları ve viral enfeksiyonlar gelmektedir (Goh, 2003). ABD’de yapılan bir diğer çalışmada en sık ÜSYE ve diğer enfeksiyonlar görülmekte iken bunu astım, travma, yanık takip etmektedir (Deborah, 1996). Acile başvuru şikayetlerinin incelendiği bir başka çalışmada ateş, solunum sıkıntısı ve yaralanmalar ön plana çıkmaktadır (Massin, 2006). Diğer çalışmalarda da ÜSYE, ateş ve travmalar en sık koyulan tanımlar olarak bildirilmiştir (Elshove-Bolk, 2006; Krauss ve ark., 1991; Nelson ve ark., 1992). Ülkemizde Trabzon’da yapılan bir araştırmada en sık başvuru tanımları ÜSYE ve travma olarak saptanmıştır (Ayvaz, 2007). Keskin ve ark. yaptığı bir çalışmada ise İstanbul’da acil girişim ihtiyacı olan çocukların %60’ı akut alt solunum yolu enfeksiyonu, %26’sı ishal olarak bildirilirken acil yaşam desteği ihtiyacı doğan çocukların %30’u konvulziyonlar, %27’si zehirlenmeler nedeni bulunmuştur (Keskin ve ark., 1995).

2.2.4.1. Krup

Çocuklarda özellikle 6 ay-5 yaş arası görülmekle birlikte ortalama yaşamın ilk 2 yılında daha sık rastlanmaktadır. Kliniğinde köpek havlar öksürük tipiktir ve tanı koymada önemli belirteçlerdendir. Yıllık insidansı %1,8’dir (Soysal ve Karaböcüoğlu, 2004). En sık neden olan patojenler virüslerdir. Virüslerden de en sık ajan parainfluenza tip I’dir (Taştan,2003).

Çocuklarda en sık sonbahar-kış dönemlerinde görülür. Ülkemizde sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. 2002 yılında İstanbul Tıp Fakültesi’ne başvuran çocukların yaklaşık %1,1’ini kruplu çocuklar oluşturmuştur. Yıllık muayene olan çocuklar incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri’nde muayene edilen 100 çocuktan 3’ünün krup olduğu, bunun yaklaşık %2’inin yatışının yapıldığı ve bunlar arasından da % 0,5-1,5’inin entübasyon gerektirecek kadar ciddi boyutlara ulaştığı bildirilmektedir (Taştan,2003).

Krup tedavisi genellikle destek tedavisi şeklindedir. Yeterli sıvı alımı, soğuk buhar uygulaması yeterli olmaktadır. Eğer çocuk rahatlamazsa tedaviye steroid ve epinefrin eklenebilir. Steroid tedavisi üç yolla da iv,im yada oral verilebilir (Ünal, 2005).

2.2.4.2. Yabancı cisim aspirasyonu

Yabancı cisim aspirasyonu; özellikle gelişmemiş ve/veya gelişmekte olan ülkelerde halen başlıca ölüm nedenlerinden olmaya devam etmektedir. Daha çok 0-3 yaş grubunda sık olmakla beraber çocukluk çağında her yaşta görülebilir. Özellikle 0-3 yaş ölümlerinin yaklaşık %7'si yabancı cisim aspirasyonuna bağlıdır. Nefes almada güçlük, öksürük, morarma, sık enfeksiyon tekrarı, kanlı balgam gibi çok farklı bulgularla kendini gösteren yabancı cisim aspirasyonu tedavi edilmezse ateletazi, abse, pnömotoraks hatta mortaliteye neden olmaktadır. Özellikle küçük yaştaki çocuklarda ani başlayan öksürük ataklarında akılda tutulmalıdır (Çobanoğlu ve Can, 2007).

Tanı koyulmasında direk grafiler yardımcıdır. Öykü ve klinik bulguları yabancı cisim aspirasyonu düşündüren çocuklarda film negatif dahi olsa endoskopi yapılması uygundur (Soysal ve Karaböcüoğlu, 2004).

Tam tıkanma olmayan ve kendi kendine solunumu olan hastalarda sakin kalmaları ve oksijen desteği verilmelidir. Tam tıkanıklıklar çocuk hastanın acillerindendir ve havayolunun açılması ve oksijen akımının sağlanması önem arz eder. Heimlich manevrası büyük çocuklarda ve erişkinlerde denenebilir. Entubasyon sırasında havayolunda yabancı cisim görülürse forseps ile müdahale edilip uzaklaştırılabilir (Soysal ve Karaböcüoğlu, 2004).

2.2.4.3. Bronşiolit

Bronşiolit kış aylarında altta yatan bir viral enfeksiyona bağlı gelişen özellikle süt çocuklarını etkileyen bulaşıcılık riski yüksek bir alt solunum yolu enfeksiyonudur. Kelime anlamı olarak bronşiollerin inflamasyonudur. Hayatın ilk yaşının hastalığı olarak bilinir. Prevelansı %2,2 olup hastane yatışlarının %1'ini oluşturur. En sık neden

olan virüs respiratuar sinsityal virüstür(RSV). Erkek çocuklarında daha sık görüldüğü saptanmıştır (Soysal ve Karaböcüoğlu, 2004).

Bronşiolit kliniği burun akıntısı ve tıkanıklığı, hafif ateş ile başlar. Hastalık 3-5 gün sonra klinik bulgularında ağırlaşma ile seyreder. Hırıltılı-hızlı solunum, öksürük atakları görülmeye başlar hatta apne bile görülebilir. Çok ilerleyen vakalarda solunum yetmezliğine bağlı entübasyonlarda olabilir. Tanı klinik bulgulara dayanılarak konulur. Nazofarinksten alınan sürüntüde RSV görülmesi altın standart olmakla beraber kullanışlı değildir (Akşit, 2002).

Bronşiolit tedavisinde amaç hipoksiyi düzeltmektir. Nebulize salbutamol kullanılabilir bu oksijen saturasyonunu artırarak düzelme sağlar. Epinefrin ikinci aşamada yanıt vermeyen hastada düşünülebilir. Kronik bir hastalığı olan, 6 haftadan küçük çocuklarda ribavirin de bir antiviral olarak kullanılabilir (Soysal ve Karaböcüoğlu, 2004).

2.2.4.4. Akut astım

Astım hastalığı bir kronik inflamasyona bağlı gelişir. Astım atağı da denilen akut astım ise çeşitli uyaranlara bağlı geri dönüşümlü havayolu obstrüksiyonudur. Hastane başvurularının %10-30'luk kısmını oluşturur. Önleyici birçok ilaç ve çabalara rağmen pediatrik acillerin önde gelen başvuru nedenleri arasında yerini korumaktadır. (Akşit, 2002)

Hafif hırıltılı solunum, öksürük gibi basit semptomlardan dispne, solunum yetmezliği, solunum durması gibi ciddi semptomlara kadar değişen yelpazede klinik gösterebilir. Hastaneye yatış kararı klinik bulguların ağırlığına göre verilmelidir. Tedavide kortikosteroidler, inhale salbutamol kullanılır. Başlangıç tedavisine cevap vermeyen olgular hastaneye yatırılarak izlenmelidir (Akşit, 2002)

2.2.4.5. Pnömoni

Akciğerin akut enfeksiyonu olan pnömoni tüm ölüm nedenleri arasında 6. Sıradadır. ABD'deki verilere göre sıklığı tüm yaş gruplarında %1,2 dolaylarındadır. Tanı-tedavi ve işgücü kaybı açısından bakıldığında ülkelere önemli bir mali yük oluşturur. Ölüm

hızı ayaktan tedavilerde düşük iken (%1) yatışlarda özellikle yoğun bakım yatışlarında bu oran %2-30'ları bulmaktadır (Juven, 2000).

Küçük yaştaki çocuklarda pnömonin akut bronşiolitten ayrımı zordur bu nedenle ikisine birden alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) terimin kullanmayı klinisyenler tercih etmektedir. Tüm yaş grupları incelendiğinde pnömoniden en sık sorumlu etken *Streptococcus Pneumoniae*'dir. Viruslar arasında bronşiolitte olduğu gibi yine RSV başı çekmektedir. Okul öncesi çocuklarında en sık pnömoniye yol açan etken RSV'dir (Henricson, 1998).

Çocuklarda ateş,öksürük, taşipne, ral, ronküs, solunum seslerinde azalma bize pnömoniyi düşündürmelidir. ASYE'yi ÜSYE'den ayırmanın en önemli belirteçleri taşipne, dinleme bulguları ve çekilmelerdir. Küçük çocuklarda beslenememe, kusma, huzursuzluk bazen karın ağrısı ile bile kendini gösterebilir. Dinleme bulgusu alınamıyorsa akciğer grafisi tanıda kullanılabilir (Kocabaş, 2002).

2.2.4.6. Menenjit

Menenjit terimi tıpta beyin zarının inflamasyonuna denir. İnflamasyon sonucu kan-beyin bariyeri geçirgenliği bozulmasına bağlı bakterilerin bundan faydalanarak hızla çoğalmasına bağlı menenjit enfeksiyonu oluşur. Antibiyotiğin icadından önce neredeyse tüm vakaları kaybederken etkin antibiyotik kullanımıyla bile bu oran %10 civarına düşürülebilmıştır (Ceyhan, 2004).

Akut bakteriyel menenjit olgularından genellikle *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis* ve *Haemophilus influenzae* bakterileri sorumlu olmasına karşın, bazı yaşlarda ve belli durumlarda etkenlerin görülme sıklığının değiştiği görülmektedir. Bulantı, baş ağrısı, ateş, kusma semptomları ile gelen çocuklarda menenjit her zaman kafamızın bir kenarında yer tutmalıdır. Ense sertliği muayenesi mutlaka yapılmalı ve en ufak şüphede diğer tanılardan önce menenjit dışlanmalıdır. Menenjit tanısında lumbal ponksiyon (LP) yapılmalı ve gerekli laboratuvar incelemesinin sonucunu beklemeden profilaktik antibiyotik başlanmalıdır (Parlak, 2008).

2.2.4.7. Karın ağrısı

Karın ağrısı ebeveynlerin çocuklarını acile getirmesine neden olan en sık semptomlardan biridir. Karın ağrıları akut ya da kronik şekilde kendini gösterebilir. Medikal ya da cerrahi tedavi ile iyileşebilen bir çok hastalığın semptomu olarak da karşımıza çıkabilir. Çocuklarda karın ağrısı nedenlerinin çoğu dahili sorunlar olup, kaynağı da çoğunlukla karın içi organlar değildir. Küçük çocuklar şikayetlerini ifade etmekte zorlandıkları ya da edemedikleri için önemli bir akut nedene bağlı karın ağrısının saptanması ve tedavisi gecikebilir (Tekgündüz ve ark., 2005).

Özellikle çocukların karın muayenelerinde eğer çocuk karına dokunulmasına tepki gösteriyorsa, dokunulmadan kalkmak istiyorsa bu muayenenin ağrıyı kötüleştirdiğini gösterir. Karın ağrısı ile başvuran çocuklarda eğer öykü çocukta yeterli düzeyde alınamıyorsa aileye ne zaman başladığı, çocuğun ağrısının nerede olduğunu aileye gösterip göstermediği, eşlik eden bulantı-kusma ateş gibi durumlarının olup olmadığı ayrıntılı sorgulanmalıdır (Salman ve Karaböcüoğlu, 2009).

İyi alınmış bir anamnez tekniğine uygun bir fizik muayene ile tamamlandığında tanıya büyük ölçüde yaklaşılr. Hastanın durumu, hekimin tecrübesi ve hastanenin imkanları çerçevesinde gerekli laboratuvar ve radyolojik tetkiklerle tanı desteklenebilir (Tekgündüz ve ark., 2005).

2.4.8. İdrar yolu enfeksiyonları

Tedavi edilmediğinde kalıcı renal hasarlara neden olması bakımından idrar yolu enfeksiyonları (İYE) özellikle çocukluk çağında önemli bir hastane başvuru sebebidir. Yaşamın ilk üç ayında erkek bebeklerde sıklığı fazla olan İYE'nun , yaş büyüdükçe özellikle puberteye gelindiğinde kızlarda sıklığının artması anatomik ve çevresel faktörler nedeniyle açıklanmaktadır (Cebe, 2008).

İYE en sık gördüğümüz patojen *Escherichia coli*'dir (E.coli). E.coli enfeksiyonlarının kliniği asemptomatik bakteriüriden piyelonefrite kadar uzanan geniş yelpazede kendini göstermektedir. Klinik bulguları yaşa göre değişen İYE özellikle küçük yaş grubunda huzursuzluk, ateş, emmeme, kilo alamama, uzamış sarılık hatta ishale bile

kendini gösterirken daha büyük yaş grubuna geçildiğinde ise idrara sıkışma hissi, sık sık idrara gitme, karın ağrısı, idrar kaçırma ile ön plana çıkmaktadır. İYE tanısında laboratuvar olarak idrar tetkiki ve altın standart olarak idrar kültürü kullanılır. Kültür sonuçların geç çıktığı düşünüldüğünde semptomları olan özellikle küçük yaş çocuklarına profilaktik antibiyotik başlanıp kültür sonucuna göre tedaviye yeniden karar verilmesi uygundur (Cebe, 2008).

2.2.4.9. Febril konvulziyonlar;

Febril konvulziyonlar (FK) çocukluk çağında aileleri en çok telaşlandıran ve hemen acile getiren önemli bulgulardandır. Sıklığı çocuklarda %2-5 dolaylarındadır ve 1/3'ü tekrarlamaya eğilimindedir. İki tip şeklinde görülür; basit tipinde nöbetler jeneralize tarzda, 15 dakikadan kısa süren ve aynı gün içinde tekrarlamaya olasılığı olmayan nöbetler olarak sınıflanırken, kompleks tip nöbetler ise 15 dakikadan uzun olan, fokal olan ve aynı gün içinde tekrarlamaya eğilimi olan nöbetlerdir. Hastaların yaş aralığı genellikle 6 ay- 3 yaş arasındadır. 4 yaşından sonra ilk nöbet geçirme oranı %15'dir. En sık neden ÜSYE'dir. Nedeni bilinmemekle birlikte erkeklerde sıklığı kadınlara göre fazladır (Serdaroğlu, 2003).

FK ile başvuran çocuklarda iyi bir öykü alınmalı ve ateş odağı saptanmalıdır. Öykü ve fizik muayene laboratuvar tetkikleri ile desteklenmelidir. Nöbet geçiren çocuklarda aileye ne yapması gerektiği ayrıntılı şekilde anlatılmalı ve iyice anladıklarından emin olunmalıdır. Ağıza kaşık sokmak, soğan koklatmak gibi çevresel bilinen yanlışların yapılmaması gerektiği ve özellikle ateşin düşürülmesine yönelik önlemlerin alınması gerektiği önerisinde bulunulmalıdır (Yılmaz, 1999).

2.2.4.10. Travmalar

Motorlu araç kazaları, yüksekten düşme, ateşli silah yaralanmaları, bıçaklanma çocukluk çağı travmalarına örnek olarak verilebilir. Ev kazaları da özellikle küçük yaşta çocuklarda ölümlerde ön sıralarda yer almaktadır. Bu travmalar daha çok kazayla olurken, bilinçli olanlarına da ne yazık ki rastlanılmaktadır. Son yıllarda sayıları artan çocuk istismarları da çocukluk çağı travmalarının içinde değerlendirilebilir. Bu travmaların önlenmesinde ebeveynlere çok iş düşmekte

hükümet de gerekli önlemleri almakta sıkı davranmalıdır (<http://www.draligus.com/5633-pediatric-travma-epidemiolojisi-1.html> , Erişim tarihi 22 Ocak 2023).

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmeti; tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanında tarama, izlem gibi koruyucu işlemlerinde birlikte uygulandığı kolay ulaşılabilen, düşük maliyetli bir hizmet sunumudur. Ülkemizde sağlıkta dönüşümün önemli bir parçası kabul edilen aile hekimliği sistemi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur. Ülkemizde 2010 yılında alınan kararla kapatılan sağlık ocakları yerine açılan aile sağlığı merkezlerinde bir ya da daha fazla aile hekimi pratisyen ya da uzman olarak hizmet vermektedir. Her bir aile hekimin yanında bir hemşire ya da ebe kadrosundan bir aile sağlığı elemanı olarak adlandırılan personel de bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezlerinde bireye yönelik tanı, tedavi, koruyucu hizmet verilirken yine aynı ilçe sınırlarında bir tane bulunan toplum sağlığı merkezlerinde topluma yönelik sağlıkla ilgili çalışmalar yürütülmektedir. İlçe merkezlerinde bulunan ve aile sağlığı merkezlerinin koordinasyonundan, izlenmesinden, denetlenmesinden ve değerlendirmesinden sorumlu sağlık birimi toplum sağlığı merkezleridir. Bu merkezlerde topluma yönelik eğitim kampanyaları, aşılama, kanser taramaları gibi çeşitli hizmetler verilmektedir ayrıca toplum sağlığı merkezi aşılama koordinasyonundan, sağlık müdürlüğüyle resmi yazışmalardan da sorumludur (Ağdemir, 2012).

Aile hekimliği sistemine geçilmesi ile aile hekimlerine bazı standartlar getirilmiş ve buna göre ödeme düzenlenmiştir. Buna bağlı olarak da halkın hizmet aldığı mekanlarda iyileştirmeler yapılmış daha modern bir görünüme kavuşmuştur. Hatta 3000 nüfusun altında bir nüfus olan ancak sağlık kuruluşlarına uzak ve ulaşım zorluğu olan yerleşim yerlerinde de tek birimli aile sağlığı merkezleri oluşturulmuş, bu birimlerdeki nüfusun az olması nedeniyle personel istihdamındaki zorluğu kaldırmak üzere zorunlu düşük nüfusu olan aile hekimliği birimlerinde görev yapacak personele ücret düzenlemesi yapılmıştır. Aile sağlığı merkezi bulunmayan kimi yerleşim yerinde sağlık evlerinde diğer sağlık personeli ile sağlık hizmeti verilmesi sağlanmış ve sağlık

hizmetine ulaşmakta zorluk çeken kişiler için gezici sağlık hizmeti tanımı yapılarak, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanınca söz konusu yerleşim yerlerine periyodik aralıklar ile ulaşılarak hizmet verilmesi sağlanmıştır. Gezici sağlık hizmeti uygulaması mobil eczane uygulaması ile desteklenmiş, eczane bulunmayan yerleşim yerlerinde yaşayan kişilerin tedavisi için düzenlenen reçetelerin, eczacı odaları ve il sağlık müdürlükleri tarafından kurulacak sistem dâhilinde reçete sahibine ulaştırılması sağlanmıştır. Evden çıkamayan yatağa bağımlı, yaşlı ya da özürlü kişilere yönelik tanı, tedavi, tetkik, profilaksi ve rehabilitasyonlarının kendi aile ortamında yapılabilmesi adına evde sağlık hizmetleri devreye sokulmuştur. Bu birimlerin hem kişinin aile hekimi hem de bir üst basamakla koordinasyonu sağlanmıştır. Yine kişilerin aile hekimine ulaşımının zor olabileceği bakımevleri, cezaevleri, yurtlar gibi birimlere belli periyotlarla aile hekimleri tarafından hizmet verilmesi sağlanmıştır. İş yerlerinden sağlık hizmeti almayı tercih eden vatandaşlarımız için de, birinci basamak sağlık hizmeti verebilen ; askeri birlikler, üniversiteler vb. kurumlarda kurum hekimlerine aile hekimliği yetkisi verilmiş, aile hekimliği hizmetlerinden faydalanmaları sağlanmıştır (Korkmaz ve ark., 2012).

Entegre ilçe hastaneleri ve entegre sağlık merkezleri oluşturularak 2. Basamak sağlık hizmetine ulaşamayan yerlerde acil hizmetler, koruyucu hizmetler, yatırılarak yapılan tedavi hizmetleri, adli hizmetler, çevre sağlığı gibi topluma yönelik hizmetlerin verilmesi sağlanmıştır. Bu hizmetlerin kesintisiz 7 gün 24 saat şeklinde sunulması için gerekli fiziki şartlar oluşturulmuştur. Aile hekimliği ile birinci basamakta sunulan koruyucu sağlık hizmetinin kapsamı da genişletilmiştir. Yenidoğan, bebek, çocuk, gebe, lohusa takipleri ve çeşitli yaş gruplarına göre tarama ve izlemler genişletilmiş, sağlığı geliştirici hizmetlerin sunulması sağlanmıştır. Ayrıca hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, risk altındaki bireylerin risklerinin azaltılması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile kronik hastalıkların kalıcı hasar oluşturmalarının önlenmesi için, henüz bir hastalık belirtisi göstermeyen sağlıklı kişilerin, tarama testleri ve fizik muayene ile danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla sağlıklarının korunmasına yönelik düzenli sağlık kontrolü olan periyodik sağlık muayenesi aile hekimliği hizmetleri kapsamına alınmıştır. Bu kapsamda 2015 yılında ilgili uzmanlık alanlarından akademisyenlerin katılımı ile uluslararası örnekler incelenmiş, ulusal sağlık istatistiklerimize istinaden sık görülen, en çok ölüme neden

olan, komplikasyon ve sekellere yol açan hastalıklar dikkate alınarak “Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri” rehberi yayımlanmıştır (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri>. Erişim tarihi: 12 Ocak 2023).

2.3.1. Aile hekimliği

2.3.1.1. Tanımlar

Halk sağlığı ve genel müdürlüğün tanımına göre aile hekimi; kendisine kayıtlı nüfusa tanı, tedavi, koruyucu ve rehabilite edici hizmet sunan gerektiğinde kişinin yaşam alanında bu hizmeti veren aile hekim uzmanı ya da bakanlığın verdiği eğitimleri tamamlamış pratisyen hekimlerdir. Aile hekimi bu hizmeti tam gün esasına ve herhangi bir ayırım gözetmeden vermekle yükümlüdür (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanimi>, Erişim Tarihi: 12 Ocak 2023).

Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) tarafından yapılan tanıma göre ise aile hekimi; tıbbi bakım ihtiyacı olan kişilere bakım sağlayan ve gerektiğinde diğer sağlık personeli ile iletişime geçip koordinasyonu sağlayan mesleki görevini kişilerin sağlık ihtiyacı ve hizmet alan toplumun kaynaklarına göre yapmaya çalışan hekimdir şeklinde açıklamıştır (WONCA, 2002).

Aile hekimleri kişiye sadece hastalıkta değil sağlıkta da kesintisiz hizmet sunan kişilerin en yakın ilk başvuru noktasıdır. Aile hekimliği sadece kendi disipliniyle ilgilendiren değil tüm diğer sağlık disiplinlerinin de kesişim noktası olma özelliğini taşır. Tüm diğer birimlerle koordinasyon görevi görür. Hasta problemlerinin çözümüne yönelik kişisel bakım sağlar (Dikici ve ark., 2007).

2.3.1.2. Görevi, yetki ve sorumluluklar

Aile hekimlerinin ilk ve en önemli görevi kendisine kayıtlı bulunan kişilere yönelik koruyucu hizmet sunmaktır, ayrıca bu kişiler hastalandıklarında tanısını koyup tedavisini düzenlemek gerektiğinde bir üst basamağa sevkini sağlamakla yükümlüdürler. Bir diğer önemli görevlerinden sayılabilecek hizmet ise kişiye yönelik

rehabillite edici hizmet sunmaktır. Aile hekimleri bu görevlerini yaparken kendisine yardımcı olan aile sağlığı elemanı olarak adlandırılan bir hemşire ya da ebe de devlet tarafından istihdam edilmektedir.. Bu aile sağlığı elemanı vasıtasıyla ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini yürütür. Çeşitli yaşı grupları ve kişilerin özelliklerine göre yönelik yenidoğan, bebek, çocuk, 15-49 yaşı, gebe, lohusa, adölesan, yaşı sağlığı tarama ve izlemlerini yürütür bunların kayıtlarını tutar. Aile sağlığı merkezine gelemeyecek olan yaşı, engelli, yatalak hastaları evinde ziyaret eder durumlarını takip eder. Düzenli olarak uzak yerleşim yerlerinde bulunan vatandaşlara gezici hizmet sağlar. Periyodik sağlık muayeneleri, ehliyet, evlilik, işe giriş raporlarını düzenler (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/.ailehekimligi/aile-hekiminin--tanımı>, Erişim tarihi: 16 Ocak 2023 ; Aydın, 2004).

Birinci basamak şartlarında tanı veya tedavisi düzenlenemeyecek hastaları bir üst basamağa sevk eder, sevk edilen hastaların geri dönüşlerinde yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, gerektiğinde evde bakım hizmetleri ile iletişime geçerek koordinasyonunu sağlar, Entegre sağlık hizmetinin bulunduğu merkezlerde çalışan aile hekimlerinin gerektiğinde hastayı yatırarak izleme şansı vardır, (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanı>, Erişim tarihi: 16 Ocak 2023).

Birden çok aile hekimi bulunan aile sağlığı merkezlerinde Aile sağlığı merkezini yönetecek bir hekim seçim yapılır bu hekim yıllık periyotlarla değiştirilir. Bu başhekim de diyebileceğimiz hekim aile sağlığı merkezinin işleyişinden, ihtiyaçlarından, hizmet içi eğitimlerden sorumludur (Ünal ve ark., 2009).

2.3.1.3. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması

Ülkemizde Aile Hekimliği 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama şeklinde başlamıştır. Daha sonra 2010 yılına gelindiğinde hekimlerin gerekli eğitimlerinin tamamlanmasıyla tüm illerimizde aile hekimliği uygulaması başlamasına karar verilmiştir Aile hekimliği uzmanlık eğitimi olan hekimler ve bakanlığın gerekli gördüğu eğitimleri tamamlayan hekimler vasıtasıyla bu hizmet halkımıza verilmektedir (<http://ailehekimligi.gov.tr/ailehekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>, Erişim tarihi 18 Ocak 2023).

Aile hekimliği uzmanı olmak için TUS sınavını kazanıp 3 yıllık asistanlık eğitimini tamamlamak gerekmektedir. Daha sonra bakanlık kararıyla aktif aile hekimliğine başlayan pratisyen hekimlerin de Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık eğitimi adı altında yine TUS sınavına girerek kazanıp 6 yıllık asistanlık eğimiyle uzman olması sağlanmıştır. Bu eğitim 18 aylık rotasyonlar şeklinde dahili tıp, çocuk hastalıkları, kadın doğum, psikiyatri, acil, dermatoloji, kardiyoloji, göğüs ve seçmeli (fizik tedavi veya genel cerrahi) stajlarını bitirerek tamamlanmaktadır (www.tuk.saglik.gov.tr/muf2/aile_hekimligi.doc, Erişim tarihi: 18 ocak 2023). Bu eğitim programı toplumun sürekli değişen sağlık ihtiyaçlarına cevap verebilmeli ve sürekli gözden geçirilerek üstünde değişiklik yapılmaya elverişli bir yapıda olmalıdır (Görpeliöğlü ve ark., 1995).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Gerçekleştiği Yer ve Zaman

3.1.1. Araştırmanın gerçekleştiği yer

Çalışmamız SEAH Çocuk Acil Servisine gündüz mesai saatlerinde başvuran hasta ebeveynlerine ve çocuk acil doktorlarına uygulanmış olup katılımcılar sarı ve yeşil alana başvuran hastalardan seçilmiştir.

3.1.2. Araştırmanın gerçekleştiği zaman

Araştırma için etik kurul başvuru sonucu 11.11.22 tarihinde sonuçlanmış olup çalışma için anket uygulanması 01.12.22-31.12.22 tarihlerinde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Tıpta uzmanlık tezi kapsamında planlanan bu çalışma, 01.12.2022 ile 31.12.2022 tarihlerinde Sakarya ilinde bulunan 3. basamak Çocuk Acil Servisine gelen ve hastaneye kabul edilen hastaların ebeveynlerine ve çocuk acil hekimleri üzerinde yürütülen kesitsel tipte araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın yürütüldüğü Sakarya ilinde bir tane Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi (SEAH) bulunmaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunulan SEAH 1300 yataklı bir hastanedir.

Araştırmanın evreni araştırmanın yapılacağı SEAH Çocuk Acil Servisine bir ayda başvuran hastalar (yaklaşık, n=25,000) kabul edildi. Araştırmanın örneklemine dahil edilecek kişi sayısı (n), 378 olarak bulundu. Bu sayı örnekleme alınacak en az kişi sayısını belirtmektedir.

Kullanılan formül aşağıda belirtilmiştir.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

N: Evrendeki kişi sayısı

n: Örnekleme alınacak kişi sayısı

p: İncelenecek olayın görölüş sıklığı

q: İncelenecek olayın görölme yiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (0,05)

α : Saptanan yanılma düzeyi (0,05)

$$n = \frac{25000 \times (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)}{(0,05)^2 \times (25000 - 1) + (1,96)^2 \times (0,5) \times (0,5)} = 378$$

Çalışma gün ve saatlerinde herhangi bir nedenle çocuk acil servise sarı ve yeşil alana başvuran kişilere çalışmanın konusu ve amacı anlatıldı. Çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket formu verildi. Anket formu gözlem altında ebeveynler tarafından dolduruldu. Bu işlem yaklaşık 10-15 dakika sürdü. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, anket formunu dolduracak yeterlilikte olmayan, anket formun en az %90'ını doldurmayan kişiler (yaklaşık 30 kişi) çalışma kapsamının dışında tutuldu.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı değişkenler

1. Ebeveynlerine göre acil durum puanları
2. Ebeveynlerinin Acil servisi tercih etme sebepleri
3. Muayene eden hekimin aciliyet puan değerlendirmesi

3.4.2. Bağımsız değişkenler

- Ebeveyn
- Çocuğun Yaşı
- Çocuğun cinsiyeti
- Çocuğun bilinen tanısı konmuş kronik hastalığı
- Çocuğun yaşadığı yer
- Ebeveynin gelir durumu

- Ebeveynin eğitim durumu
- Ebeveynin çalışma durumu
- Son bir yıl içindeki acile başvuru sayısı
- Son bir yıl içindeki aile hekimliğine başvuru sayısı
- Son bir yıl içindeki hastane polikliniklerine başvuru sayısı
- Hangi sağlık merkezini ilk başvuru noktası olarak tercih ettikleri
- Başvuru şikayetinin ne olduğu
- Aile hekimine son şikayetleri için başvurup başvurmadiğı
- Rahatsızlığın aile hekimliğinde çözümlenebilme durumunun muayene eden hekime göre değerlendirilmesi
- Hastaya yapılan uygulamalar
- Hastanın son tanısı
- İşlemlerinin tamamlanma durumu

3.5 Veri Toplama Araçları ve Yöntemleri

3.5.1. Veri toplama araçları

Veriler uzun bir çalışma sonucunda hazırlanan anket formunun hasta ebeveynlerine ve acil hekimlerine uygulanmasıyla yapıldı. 3 bölümden oluşan bu formda; birinci bölüm ebeveynlerin ve çocukların sosyodemografik özelliklerini, ikinci bölüm kişilerin sağlık hizmetlerini kullanma şekillerini sorgulayan maddelerden oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ise hekimlerin hastayı değerlendirme sonuçlarını ve görüşlerini sorgulamaktadır.

3.6. Etik Kurul Onayı

Çalışmanın izni Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan 11.11.2022 tarih ve 295 sayı ile alınmıştır (EK 1). Çalışmaya dâhil edilen çocukların ebeveynleri ve acil servis doktorları çalışma ile ilgili konu hakkında bilgilendirilmiş olup, sözlü olarak onamları alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Bütçesi

Araştırmanın bütçesi kırtasiye ve ulaşım giderlerinden oluşmakta olup tamamı araştırmacı tarafından üstlenilmiştir.

3.8. Verilerin özömlenmesi

Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS (versiyon 20,0) paket programında analiz edildi. Çalışma grubunun tanımlayıcı bilgileri sayı, yüzde, standart sapma, ortalama ile sunuldu. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değeriendirildi. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Sürekli değışkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 206'sı annesiyle, 178'i babasıyla gelen ve yaş ortalaması $6,0 \pm 4,7$ Standart Sapma (SS) olan toplam 378 çocuk hastanın ebeveynleri katıldı. (Tablo 4.1)
Acil servise başvuran çocukların 51'inin kronik hastalığı mevcuttu. (Tablo 4.2)

Tablo 4.1. Çalışma Grubunun Bazı Özellikleri

Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri		Sayı	Yüzde
Ebeveyn cinsiyeti	Anne	206	54,5
	Baba	172	45,5
Çocuğun cinsiyeti	Kız	170	45,0
	Erkek	208	55,0
Çocuğun yaş grubu (yıl)	<1	30	7,9
	1-5	186	49,2
	≥ 6	162	42,9
Yaşanılan yer	İl merkezi	126	33,3
	İlçe merkezi	190	50,3
	İlçe merkeze uzak mahalle	62	16,4
Algılanan gelir düzeyi	Kötü	45	11,9
	Orta	215	56,9
	İyi	118	31,2
Ebeveynlerin öğrenim düzeyi	İlköğretim	88	23,3
	Lise	203	53,7
	Üniversite	87	23,0
Ebeveynin (aktif olarak) çalışma durumu	Kamuda çalışıyor	40	10,6
	Özel sektörde çalışıyor	174	46,0
	Çalışmıyor	164	43,4
Kronik hastalık durumu	Var	51	13,5
	Yok	327	86,5
Toplam		378	100,0

Tablo 4.2. Çocukların Kronik Hastalıklarının Dağılımı

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Astım	22	43,1
Otizm	10	19,6
Down sendromu	5	9,8
Serebral Palsi	3	5,8
Allerjik rinit	3	5,8
Ventriküler septal defekt	2	3,9
Epilepsi	1	2,0
Konjenital adrenal hiperplazi	1	2,0
Hipertrigliseridemi	1	2,0
Hidrosefali	1	2,0
Hipospadias	1	2,0
Konuşma bozukluğu	1	2,0
Toplam	51	100,0

Ebeveyne göre mevcut durumlarının aciliyet puan ortalaması $7,3 \pm 2,0$ SS iken acil hekimine göre başvuru yapan hastaların aciliyet durumlarının puan ortalaması $3,6 \pm 1,6$ SS idi. Çalışma grubundakilerin aciliyet durumlarının değerlendirilmesi ve son 1 yılda ki sağlık kuruluşlarına başvuru sayılarının dağılımı Tablo 4.3’te verilmiştir.

Tablo 4.3. Çocukların son bir yıldaki sağlık kuruluşlarına başvuru sayıları

	Ortalama ($\pm$ SS)	Ortanca (Min.-Max.) (25.-75. Çeyreklik)
Son 1 yılda çocuk acil servisine başvurma sayısı	4,6 ($\pm 3,4$)	4,0 (1,0-21,0) (2,0-6,0)
Son 1 yılda aile hekimine başvurma sayısı	3,4 ($\pm 2,8$)	3,0 (0,0-14,0) (1,0-5,0)
Son 1 yılda hastane çocuk polikliniğine başvurma sayısı	2,4 ($\pm 2,4$)	2,0 (0,0-14,0) (1,0-4,0)
Ebeveynin bugünkü şikâyetin aciliyet puanının değerlendirmesi	7,3 ($\pm 2,0$)	7,0 (1,0-10,0) (6,0-9,0)
Hekimim bugünkü şikâyetin aciliyet puanının değerlendirmesi	3,6 ($\pm 1,6$)	3,0 (1,0-9,0) (3,0-4,0)

Katılımcılardan çocukları hastalandığında ilk olarak acil servise başvuranların sayısı 177 (%46,8)'si iken, mevcut şikâyeti nedeniyle ilk olarak aile hekimine başvuranların sayısı ise 70 (%18,5) idi. Acil servis hekimleri başvuruların 272 (%72,0)'sinin aile sağlığı merkezlerinde yönetilebileceğini düşünmekteydi. (Tablo 4.4) Başvurularda görülen en sık 10 yakınma Tablo 4.5'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Çalışma grubundakilerin sağlık kuruluşları hakkında düşünceleri

		Sayı	Yüzde
Çocuk hastalandığında ilk başvuru noktası	Acil servis	177	46,8
	Aile hekimi	127	33,6
	Çocuk Polikliniği	74	19,6
Çocuğun bugünkü şikâyeti için daha önce aile hekimine başvurma durumu	Evet	70	18,5
	Hayır	308	81,5
Ebeveyne göre bugünkü başvuru şikâyetinin aile sağlığı merkezinde yönetilebilme durumu	Evet	94	24,9
	Hayır	284	75,1
Hekime göre bugünkü başvuru şikâyetinin aile sağlığı merkezinde yönetilebilme durumu	Evet	272	72,0
	Hayır	106	28,0
Toplam		378	100,0

Tablo 4.5. Katılımcıların başvurularında görülen en sık 10 yakınma

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Öksürük	181	47,8
Ateş	125	33,0
Karın ağrısı	85	22,4
İshal	48	12,7
Bulantı- Kusma	38	10,0
Alerji-döküntü	17	4,5
Kulak ağrısı	12	3,2
Baş dönmesi	4	1,1
Burun akıntısı	4	1,1
Ayak ağrısı	3	0,8

Hastaların acil serviste tanıları incelendiğinde ise en sık üç tanının ÜSYE, AGE ve akut bronşiolit olduğu saptandı. Çalışma grubundakilerin acil serviste aldıkları tanılar Tablo 4.6’da verilmiştir.

Tablo 4.6. Çalışma grubundakilerin acil serviste aldıkları tanıların dağılımı

Hastalıklar	Sayı	Yüzde		Sayı	Yüzde
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu	152	40,2	El Ayak Ağız Hastalığı	2	0,5
Akut Gastroenterit	76	20,1	Yabancı Cisim Aspirasyonu	2	0,5
Akut Bronşiolit	22	5,8	İnguinal Herni	2	0,5
Sistit	16	4,2	Febril Konvülsiyon	2	0,5
Akut Otitis Media	14	3,7	Skabiyez	2	0,5
Ürtiker	12	3,2	Göbekte Kanama	1	0,3
Krup	10	2,5	Hemoroid	1	0,3
Dispepsi	9	2,3	İnfantil Kolik	1	0,3
İntoksikasyon	7	1,8	Glob Vezikale	1	0,3
İdrar Yolu Enfeksiyonu	6	1,6	Kulakta Yabancı Cisim	1	0,3
Pnömoni	6	1,6	Migren	1	0,3
Miyalji	5	1,2	6. Hastalık	1	0,3
Anksiyete Bozukluğu	4	1,1	Over Kisti	1	0,3
Konjonktivit	4	1,1	Pankreatit	1	0,3
Yumuşak Doku Enfeksiyonu	4	1,1	Septik Artrit	1	0,3
Vertigo	3	0,8	Akut Sinüzit	1	0,3
Kabızlık	3	0,8	Yanık	1	0,3
Mikoz	3	0,8	Toplam	378	100

Çocukların 342 (%90,5)’sinin acil servisten taburcu edildiği ve 36 (%9,5)’sına servis yatışı verildiği görüldü.

Çalışma grubundakilere acil servisi kullanma nedenleri sorulduğunda verdikleri en sık üç yanıtın sırasıyla “Sağlık durumundan endişe edip, poliklinik muayenesi için beklemek istemediği için”, “Acilde muayene olmak daha az zaman aldığı için” ve “Normal polikliniklerde muayene ve randevu imkânı bulmadığı için” olduğu saptandı. Katılımcıların başvurularında acil servisi tercih nedenleri Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların acil servisi tercih etme nedenleri

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Sağlık durumundan endişe edip, poliklinik için beklemek istenmemesi	302	44,3
Acilde muayene olmanın daha az zaman alması	188	27,6
Normal polikliniklerde muayene ve randevu imkânı bulmaması	95	13,9
Acil servisteki sağlık personelinin daha ilgili olması	65	9,5
Poliklinik muayenesi sonrası doktor tarafından acile yönlendirilme	19	2,8
Yatış gerekliliğinde işlemlerinin daha kolay ve hızlı olması	13	1,9
Toplam	682	100

Sayı ve yüzdeler kişi sayısı üzerinden değil, cevap sayısı üzerinden verilmiştir.

Hastalara uygulanan işlemler incelendiğinde, en sık işlemin muayene sonrasında reçete ile taburcu olduğu saptandı. Hastalara uygulanan işlemler Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Hastaların sağlık hizmetlerindeki seyir ve sonlanımları

Hastalıklar	Sayı	Yüzde
Öneriler ile taburcu	27	7,1
Öneri ve ayaktan hasta reçetesi ile taburcu	240	63,5
Müşahede ve öneriler ile taburcu	18	4,8
Müşahede ve ayaktan hasta reçetesi ile taburcu	57	15,1
Müşahede ve yatış	36	9,5
Toplam	378	100

Çalışma grubunda ebeveynlerin çocuğunun aciliyet durumuna verdiği puanlar ile gelir düzeyi, cinsiyet, yaş gibi sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi bulunamadı (her biri için $p>0.05$). Yine aynı şekilde hekimin hastanın aciliyet durumuna verdiği puanlar ile yaş, cinsiyet, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikler ile ilişkisi bulunamadı (her biri için $p>0.05$). Ebeveyn ile hekimin aciliyet puanları karşılaştırıldığında tüm sosyodemografik özelliklerde hekimin verdiği puan ebeveyne göre daha düşüktü (her biri için $p<0.05$). Çalışmada hekimlerin aciliyet puanları ebeveynlere göre daha düşüktü. Aciliyet durumlarının bazı sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Aciliyet puanlarının bazı sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Aciliyet Puanı (Ort±SS)		p
		Ebeveyn	Hekim	
Ebeveyn	Anne	7,4 (±2,0)	3,7 (±1,8)	0,000
	Baba	7,1 (±2,0)	3,4 (±1,4)	0,000
	<i>p</i>	0,172	0,183	
Çocuk cinsiyeti	Kız	7,2 (±1,9)	3,4 (±1,5)	0,000
	Erkek	7,3 (±2,0)	3,7 (±1,7)	0,000
	<i>p</i>	0,297	0,221	
Çocuğun yaş grubu (yıl)	<1	8,1 (±1,9)	3,4 (±1,6)	0,000
	1-5	7,1 (±2,0)	3,6 (±1,6)	0,000
	≥6	7,3 (±2,0)	3,6 (±1,7)	0,000
	<i>p</i>	0,023	0,756	
Yaşanılan yer	İl merkezi	7,2 (±2,0)	3,7 (±1,5)	0,000
	İlçe merkezi	7,3 (±2,1)	3,5 (±1,7)	0,000
	Merkeze uzak mah.	7,3 (±1,8)	3,7 (±1,7)	0,000
	<i>p</i>	0,818	0,314	
Algılanan gelir düzeyi	Kötü	7,3 (±1,9)	3,7 (±1,7)	0,000
	Orta	7,3 (±2,0)	3,6 (±1,7)	0,000
	İyi	7,2 (±2,0)	3,6 (±1,5)	0,000
	<i>p</i>	0,971	0,961	
Ebeveyn eğitim düzeyi	Ortaöğretim ve altı	7,1 (±2,0)	3,7 (±1,9)	0,000
	Lise	7,4 (±1,9)	3,7 (±1,6)	0,000
	Üniversite ve üzeri	7,1 (±2,1)	3,3 (±1,3)	0,000
	<i>p</i>	0,331	0,343	
Kronik hastalık varlığı	Var	8,0 (±1,8)	4,2 (±2,0)	0,000
	Yok	7,1 (±2,0)	3,5 (±1,6)	0,000
	<i>p</i>	0,003	0,007	
Toplam Aciliyet Puanı (Ort±SS)		7,3 (±2,0)	3,6 (±1,6)	0,000

Test kullanıldı.

Çocukların mevcut şikayetlerinin aile sağlığı merkezinde yönetilemeyeceğini düşünenlerde, klinik durumu yatış ile sonuçlananlarda hem hekim hem ebeveynin aciliyet puanı daha yüksek olarak bulundu. Ebeveyn ile hekimin aciliyet puanları karşılaştırıldığında ise, sağlık kuruluşları hakkında düşüncelerin her bileşeninde hekimlerde daha düşüktü. (Tablo 4.10)

Tablo 4.10. Çalışma grubundakilerinin sağlık kuruluşları hakkında düşünceleri ile aciliyet puanlarının karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Aciliyet Puanı (Ort±SS)		p
		Ebeveyn	Hekim	
Çocuk hastalandığında ilk başvuru noktası	Acil servis	7,4 (±2,1)	3,6 (±1,8)	0,000
	Aile hekimi	7,0 (±1,9)	3,5 (±1,3)	0,000
	Çocuk polikliniği	7,4 (±2,0)	3,8 (±1,8)	0,000
	<i>p</i>	0,135	0,302	
Mevcut şikâyet ile aile hekimine başvurma durumu	Evet	6,9 (±1,9)	3,4 (±1,3)	0,000
	Hayır	7,3 (±2,0)	3,6 (±1,7)	0,000
	<i>p</i>	0,173	0,804	
Ebeveynlerin mevcut şikayetlerinin aile sağlığı merkezinde yönetilebilirliği hakkında görüşü	Evet	6,4 (±2,0)	3,0 (±1,2)	0,000
	Hayır	7,5 (±1,9)	3,8 (±1,7)	0,000
	<i>p</i>	0,000	0,000	
Hekimlerin mevcut şikayetlerinin aile sağlığı merkezinde yönetilebilirliği hakkında görüşü	Evet	6,8 (±1,9)	2,9 (±1,0)	0,000
	Hayır	8,4 (±1,6)	5,3 (±1,7)	0,000
	<i>p</i>	0,000	0,000	
Hastanın klinik sonlanımı	Taburcu	7,0 (±1,9)	3,2 (±1,2)	0,000
	Yatış	9,4 (±1,2)	7,2 (±1,1)	0,000
	<i>p</i>	0,000	0,000	

Test kullanıldı.

Çalışma grubunda hekimin aciliyet puanı ile ebeveynin aciliyet puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı ($r=0.487$; $p=0.000$). Son 1 yıl içerisinde aile

hekimine, acil servise ve polikliniğe başvuru sayısı ile hekim ve ebeveyn aciliyet puanları arasında ilişki bulunamadı (her biri için $p>0.05$). Sağlık kuruluşlarını kullanım ile aciliyet puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Sağlık kuruluşlarını kullanım ile aciliyet puanlarının karşılaştırılması

Hastalıklar	Hekim Aciliyet Puanı	Ebeveyn Aciliyet Puanı
Son bir yılda acil servise başvuru sayısı	0,036; 0,485	0,077;0,136
Son bir yılda aile hekimine başvuru sayısı	0,061; 0,239	0,047; 0,363
Son bir yılda çocuk polikliniğine başvuru sayısı	0,095; 0,064	0,101; 0,050

Test kullanıldı.

5. TARTIŖMAVE SONUÇ

Tüm dünya ülkeleri dünden bu güne sağlık sistemlerini hep daha idealini yakalamak için revize etmişlerdir. Bu revizyonların bir ayağı da yüksek hasta başvuru sayılarının yönetilebilmesidir. Sağlık hizmeti sunumunda acil servisler hastalarla primer temas noktası olan en yoğun sağlık birimleri arasındadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de acile servislerin gereksiz ve aşırı kullanımı sağlık sistemi içerisinde acil servislerin rolü ve işleyişini sorgulamaya iten bir halk sağlığı problemi halinde gelmiştir. Gerçek acil olmayan, birinci basamak gibi sağlık kuruluşlarında yönetilebilecek sağlık sorunları ile acil servis kullanımı, sağlık sistemi üzerine çeşitli yükler bindirmektedir. Sağlık çalışanlarının yorgunluğu, maliyet ve en önemlisi gerçek acil vakalara ayrılacak vakit ve kaynakların gereksiz israfı bunlara örnek verilebilir (Goh ve ark., 2003). Çocuk acil servisleri acil servisler içerisinde önemli bir pay tutmaktadır. Çocuk hastaların erişkinden farklı mortalite/morbidite hızına sahip olması kaynakların etkin kullanımının önemini daha da aşıkâr kılmaktadır. Buradan hareketle çalışmamızda üçüncü basamak sağlık tesisi çocuk acil servisine yapılan başvuruların özelliklerini, acil servis tercih nedenlerini, hastaların aciliyet durumlarının ebeveyn ve hekim yönünden değerlendirilerek karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda acil servise getirilen çocukların sıklıkla 1-5 yaş aralığında, en az 1 yaşın altında, ortanca yaşı 5 olduğu ve cinsiyetin daha çok erkek olduğu bulundu. Liaz ve ark. Pakistan’da çocuk acil servise başvuran hastaların özelliklerinin incelendiği araştırmada, bizim çalışmamıza benzer en sık başvuru yapılan yaş aralığının 1-5 yaş, çalışmamızdan farklı olarak en az başvurunun 5 yaş üzerinde olduğu ve ortanca yaşı 2; aynı çalışmada hastaların %58’inin erkek olduğu bildirilmiştir (Liaz ve ark., 2018). Goldman ve ark.’nın yaptıkları çalışmada gerek pandemi öncesinde gerekse pandemi döneminde ortanca yaşı 5 olduğu, en sık başvuru yapan grubun 1-5 yaş arasında, en az ise 1 yaş altında olduğu rapor edilmiştir (Goldman ve ark., 2020). Mozambik ve İtalya’da yapılan farklı araştırmalarda da acil servise getirilen çocukların yarısından fazlasının cinsiyetinin erkek olduğu gösterilmiştir (Brugnolaro ve ark., 2020; Pileggi ve ark., 2006).

Goldman ve ark. (2020) kompleks kronik sağlık problemleri olan çocukların ebeveynlerinin herhangi bir nedenle sağlık sorunu ile karşılaştıklarında acil servis kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamız verilerine bakıldığında kronik hastalığı olan çocukların oranı %13,5 olup, kronik hastalığı olan çocukların hem ebeveynlerinin hem de acil servis hekimlerin aciliyet değerlendirme puanları daha yüksekti. En sık saptanan kronik hastalık ise astımdı. Literatürde pediatrik yaş gruplarının acil servis başvurularının incelendiği; Pileggi ve ark. yaptıkları çalışmada çocukların %4,6'sının kronik hastalığı olduğu, Schneiderman ve ark. yaptıkları araştırmada çocukların %27,9'unun kronik hastalığı olduğu, kronik hastalığı olanların hem acil servis kullanım olasılıklarının hem de tekrarlayan acil servis kullanım olasılıklarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Pileggi ve ark., 2006; Schneiderman ve ark., 2012). Neuman ve ark. yaptıkları çalışmada ise kronik sağlık problemi olan çocuklarının sıklığını %25,4 olarak raporlamıştır (Neuman ve ark., 2014). Kronik hastalıklarda ek sağlık problemleri olduğuunda hem mevcut problem alevlenebilir hem de ek hastalığın bulguları daha ağır yaşanabilmekte hatta ölümle sonuçlanabilmektedir. Bu nedenle kronik problemi olan bireylerin alevlenmeler olduğuunda veya ek bir problem yaşadığında poliklinik/birinci basamak sağlık hizmeti almayı beklemeden acil servise başvurabilmektedir. Literatürde pediatrik yaş gruplarının acil servis başvurularının değerlendirildiği çalışmalarda kronik hastalığı olan çocukların dağılımı belirgin farklılıklar göstermekle birlikte çalışmamız verileri bu farklı dağılım aralığının içinde yer almaktadır.

Çocuk acil servise gelen ebeveynlerin öğrenim düzeyleri incelendiğinde %50'sinden fazlasının lise mezunu olduğu ve %56,9'unun gelir düzeylerini orta seviyede değerlendirdiği saptanmıştır. Schneiderman ve ark. yaptıkları araştırmada da ebeveynlerin yaklaşık yarısının lise veya eř değerinde bir okuldan mezun oldukları bildirilmiştir (Schneiderman ve ark., 2012). Kalidindi ve ark. yaptıkları araştırmada da benzer sonuç bildirilmiştir. (Kalidindi ve ark., 2010). Öğrenim düzeyi iyi olan bireylerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek olacağı, dolayısıyla gerçekte aciliyet gerektiren durumların daha fazla farkında olacağı düşünölebilir. Diğer yandan kişilerin kendilerinden ziyade çocuklarının hasta olması bu algının değişmesine sebep olabilir.

Şehir merkezinde yaşamak ile acil servisi kullanmak arasında ilişki ortaya konmuş ancak bu ilişkinin kalabalıkların acil servisi çok kullanmasından mı, kırsal kesimin daha az sağlık hizmeti kullanmasından mı olduğu netleştirilememiştir (Shah ve ark., 2008). Çalışma grubundakilerden sadece %16,4'ü şehir merkezine uzak bir mahallede ikamet etmekte idi. Neuman ve ark. yaptıkları araştırmada pediatrik acil servise başvuran hastaların %4,5'inin kırsal kesimde yaşadığı belirtilmiştir (Neuman ve ark., 2014). Brugnolaro ve ark. düşük gelirli ülkelerde çocuk acil servis başvurularının %92,5'inin, Shah ve ark. ABD'de yaptıkları araştırmada ise %79,4'ünün şehir merkezinde yaşayanlar tarafından yapıldığı belirtilmiştir. (Brugnolaro ve ark., 2020; Shah ve ark., 2008). Ülkelerin nüfus ve coğrafik yapısına göre kır-kent kavramı değişebilmektedir. Kent merkezlerinde sağlık hizmeti alacakları kuruluşların daha fazla olması, daha kolay ulaşmaları kişilerin tercihlerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler sanayileşme ile birlikte kentleşme hızlanmış, kırsal alanda yaşayan nüfus azalmıştır. Nüfusun şehir merkezlerinde toplanmasının sonuçlarından birisi olarak da sağlık hizmeti alacak nüfus artmış ve acil servisler bunlardan payını almıştır.

Goh ve ark. yaptıkları araştırmada çocukların acil servise en sık geliş nedenlerinin yaralanma, ateş ve solunum güçlükleri olduğu; en sık aldıkları tanıların ise minor travma, yumuşak doku hasarlanmaları, astım ve üst solunum yolu ve diğer enfeksiyonlar olduğu bildirilmiştir (Goh ve ark., 2003). Massin ve ark. yaptıkları araştırmada en sık başvuru nedenlerinin ateş, üst yolu enfeksiyonları ve ishal olduğu, en sık tanıların ÜS YE, viral sendrom ve gastroenterit olduğu rapor edilmiştir (Massin ve ark., 2006). İtalya'da yapılan araştırmada acil servise başvurularının yarısından fazlasının travmatik nedenli olduğu, Mozambik'te yapılan araştırmada ise solunum yolu enfeksiyonları, ateş ve gastrointestinal problemler olduğu gösterilmiştir (Brugnolaro ve ark., 2020; Pileggi ve ark., 2006). Bu çalışmada acil servise en sık başvurma şikayetlerinin öksürük, ateş ve karın ağrısı olduğu, en sık konulan 3 tanının ise ÜS YE, AGE ve akut bronşiolit olduğu saptandı. Literatür verileri karşılaştırıldığında başvuru sebepleri açısından belirgin farklılıklar görülmesine karşın; başvuru şikayetleri ve tanımlar değerlendirilirken araştırmanın yapıldığı mevsim şartları göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmamız kış mevsiminde ve Covid-19

pandemisinin süregeldiği dönemde yapıldığı için, beklenildiği gibi üst solunum yolu enfeksiyonlu nedeni şikayetler ile başvuruların daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda katılımcıların son bir yıl içerisinde acil servis, aile hekimliği ve çocuk uzman polikliniği toplam başvuru sayıları değerlendirildiğinde acil servis toplam başvuru sayısının aile hekimliği ve çocuk uzman polikliniği başvuru sayısından fazla olduğu görüldü. Ebeveynlerden dörtte biri acil servise başvuru nedeninin aile sağlığı merkezinde yönetilebileceğine inanırken, sadece %18,5'i acil servisten önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Pakistanda yapılan bir araştırmada acil servise yapılan başvuruların sadece %26,1'inin daha önce sağlık hizmeti almadığı raporlanmıştır (Liaz ve ark., 2018). Çalışmamızda tekrarlayan acil servis başvuru sıklığı (2 ve daha fazla) %86,2 olup, yüksek sıklıkla başvuru oranı ise (4 kez ve daha fazla) %51,1 idi. Neuman ve ark. yaptıkları çalışmada tekrarlayan acil servis kullanım sıklığının %37,6 olduğu, 4 ve daha fazla başvuru sıklığının ise %8,1 olduğu ve tüm sağlık harcamaların %31'ine (yaklaşık 1,4 milyar dolar) denk geldiği rapor edilmiştir (Neuman ve ark., 2014). Alperen ve ark. yaptıkları araştırmada bir yıl içerisinde acil servise başvuranlardan %64'ünün tekrar başvuru yapmadığı, %20'sinin bir kez, %8'inin iki kez, %4'ünün üç ve %4'ünün dört ve daha fazla başvuru yaptığı ortaya konulmuştur (Alperen ve ark., 2014). Acil servisler içinde önem arz eden bir yere sahip olan çocuk acil servislerinde etkin hizmetler sunulabilmesi için çaba sarf edilse de istenilen düzeye ulaşamamaktadır. Özellikle birinci basamakta yönetilebilecek sağlık problemleri nedeniyle acil servislere başvuru yapılması, tekrarlayan başvurular acil servislerde aşırı kalabalığa neden olmakta ve hem sağlık hizmeti kalitesini hem de sağlık çalışanının motivasyonunu düşürmektedir. Hızlı sağlık hizmeti alabilmek, laboratuvar imkanlarından hızlıca faydalanabilmek gibi faktörler birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servise başvurma nedenleri arasında sayılmakta olup, önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin aciliyet algısıdır. Çalışmamızda ebeveynlerin aciliyet algılarının yüksek olması tekrarlayan başvuru sıklığının yüksek olmasını açıklamaktadır. Ek olarak ülkelerin sağlık sistemlerinin farklı olması, sağlık sigortası koşulları kişilerin başvuru tercihlerini etkileyebilmektedir. Ülkemizde acillerde sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sunulmaktadır. Ayrıca herhangi bir sevk zinciri ve ikinci başvuru yapabilmek için herhangi bir zaman sınırı olmadığı için kişiler istediği sağlık

kuruluşuna, istedikleri zaman başvurmalarına herhangi bir engel olmayışı acil servislerde oluşan kalabalığın nedenlerinden biri olabilir.

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısı çocukları hastalandığında ilk başvuru noktası olarak acil servisleri tercih ettiğini belirtti. Acil servisi neden tercih ettiklerine verdikleri cevaplar incelendiğinde en sık üç cevabın, “Sağlık durumundan endişe edilmesi, poliklinik muayene için beklemek istemediği için”, “Acilde muayene olmak daha az zaman aldığı için” ve “Normal polikliniklerde muayene ve randevu imkanı bulmadığı için” olduğu saptandı. Howard ve ark. yaptıkları araştırmada kişilerin acil servisi tercih etmelerinin en sık üç nedeninin “Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına erişimde yaşanan problemler”, “Acil serviste değerlendirilmek üzere sevk edilmiş olmaları” ve “Acil servislerde daha kısa sürede sürecin sonlanması” olarak bildirilmiştir (Howard ve ark., 2005). Lucas ve Sanford’un yaptıkları araştırmada acil servise başvuran hastaların %72’sinin mevcut şikayetlerinin orta-çok ciddi düzeyde olduğunu düşündüklerini, %59’unun ise acil tıbbi bakım almaları gerektiğine inandıkları gösterilmiştir (Lucas ve Sanford, 1998). Afialo ve ark. yaptıkları araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanılmama nedenlerinin, erişilebilirlik, aciliyet algısı, acil servise sevk gibi nedenlerin en sık üç neden olduğu raporlanmıştır (Afialo ve ark., 2004). Literatürde birinci basamak yerine acil servisi tercih etme nedenleri genel olarak benzerlik göstermekle beraber ülkelerin sağlık sistemlerine göre bazı farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin Türkiye’de sevk zinciri bulunmadığı için, kişilerin 2. hatta 3. basamak sağlık kuruluşuna başvurmak için sevke gerek yoktur. Bu nedenle acil servisi tercih etme nedenleri arasında “diğer sağlık kuruluşlarından/polikliniklerden yönlendirme” oranı oldukça düşük kalmıştır.

Çalışmamızda hastaların %29,4’ü müşahade altında tutulmuş, sadece %9,5’inin yatışı yapılmış ve %90,5’i gerekli işlemler tamamlanarak taburcu edilmiş olarak bulunmuştur. Exitus olan hasta saptanmadı. Goldman ve ark. Kanada’da yaptıkları bir araştırmada acil servise pandemiden önce yapılan başvuruların %96’sının, pandemiden hemen önceki dönem başvurularının %95’inin ve erken pandemi döneminde hastalarının %95’inin taburcu edildiği bildirilmiştir. Aynı araştırma da pandeminin zirve yaptığı dönemde yatışların %5’ten %8’lere çıktığı, taburculuğun %92 olduğu gösterilmiştir (Goldman ve ark., 2020). Brugnolaro ve ark. Mozambik’te

yaptıkları araştırmada acil servise yapılan başvuruların, %1,6'sının mortalite ile, %20,1'inin yatış ve %78,3'ünün taburculukla sonuçlandığı rapor edilmiştir (Brugnularo ve ark., 2020). Shah ve ark. yaptıkları araştırmada, acil servise başvuran hastaların %95'inin taburcu edildiğini, %4'ün servise yatış, %0,1'in yoğun bakıma yatırıldığı bildirilmiştir (Shah ve ark., 2008). Çalışmalardan elde edilen ortak sonuç oranlar farklılık gösterse de hastaların yarısından fazlası tedavisi düzenlenerek taburcu edilmektedir ki bu oran çalışmamızda %70,6 olarak saptanmıştır. Bu durum acil servis kullanımı konusunda kişilerin sağlık okuryazarlık düzeyi yükselmesinin aşırı kalabalığın önüne geçilebileceğini düşündürmektedir.

Hastanelerin acil servisleri bazı özellikleri ile diğer birimlerden farklılık göstermektedir. Çok farklı şikayetler ile acil servise başvuru yapılabilmesi, hastaların en hızlı, en doğru biçimde ve etraflıca değerlendirilerek sonuçlandırılması gerekmektedir. Bu nedenle acil servislerin etkin ve doğru sebeplerle kullanılması kritik öneme sahiptir. Gereksiz başvuru acil servislerde kalabalığa sebep olmakta hem sağlık personeli yıpranmakta hem de gerçek acil vaka olarak değerlendirilen hastaların sağlık hizmeti alması gecikmektedir. Ek olarak sağlık ekonomisi üzerine yük bindirmektedir. Ancak tüm çabalara rağmen acil sağlık hizmetinin kullanımında istenilen başarılar elde edilememiştir. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanmak yerine acil servislere başvurmalarının önemli nedenlerinden birisi ebeveynlerin yanlış aciliyet algısıdır. Bu nedenle ebeveynlerin çocuklarının sağlık durumunu doğru şekilde yönetmesi acil servislerin kullanımında son derece önemli role sahiptir. Mistry ve ark. ebeveyn ve çocuk acil servis kullanımları arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada yıllık olarak, çocuklar için yılda 0,17 ziyaret, anneler için 0,18 ve babalar için 0,11 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada annenin her bir acil servis ziyaretinin 1,30 ilave çocuk acil ziyareti, babanın her bir acil servis ziyaretinin ise 1,33 ilave çocuk acil ziyareti ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ebeveyn ile acil olmayan çocuk acil servis kullanımları arasındaki ilişkinin daha da belirgin olduğu rapor edilmiştir (Mistry ve ark., 2005). Ebeveynlerin çocuklarının sağlık ihtiyaçlarını belirlemeleri kendi öz değerlendirmelerine benzerdir. Mevcut bulgular ebeveynlerin acil servis kullanım modellerinin belirlenmesi, aciliyet algılarının değerlendirilmesi çocuklukta acil servis kullanım sıklığı üzerinde olumlu etkileri olacağını düşündürmektedir. Ebeveynlere çocuklarına yönelik yapılan müdahale programları sonucunda acil servis

ziyaret sayılarının azaldığını gösteren çalışmalar bu düşüncemizi desteklemektedir (Chande ve ark., 1996; Dubay ve Kenney, 2003).

Çalışmamızda; her ne kadar hekimin aciliyet puanı ile ebeveynin aciliyet puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon mevcut olsa da hekimlerin aciliyet puanları daha düşüktü. Mevcut başvuru şikayetinin aile sağlığı merkezinde yönetilebileceğini düşünen hekim sayısı ebeveyn sayısının yaklaşık üç katı idi. Hastaların hastanenin acil servisine başvuru şikayetleri incelendiğinde en sık 3 başvuru şikayetlerinin sırasıyla öksürük, ateş ve karın ağrısı olduğu, tanıları incelendiğinde ise en sık 3 tanının sırasıyla ÜSYE, AGE ve akut bronşiolit olduğu saptandı. Çalışmamızda hem hekimin hem ebeveynin aciliyet puanlarının sosyodemografik özellikler ile ilişkisi bulunamazken, ebeveyn ile hekimin aciliyet puanları karşılaştırıldığında tüm sosyodemografik özelliklerde hekimin verdiği puan ebeveyne göre daha düşüktü.

Sonuç olarak; çocuk acil başvurularının büyük bir kısmının birinci basamakta yönetilebilir olduğu ve çeşitli faktörlerle ebeveynlerin acil servislere başvurduğu görülmüştür. Bu duruma çözüm üretecek politikaların üç farklı alt başlık altında incelenmesi gerektiği kanaatindeyiz. Birincisi; tüm toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması ve sağlık hizmeti alımında vatandaşların farkındalığının artırılması için azami özen gösterilmesidir. Her ne kadar ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminin eksiklikleri büyük oranda giderilmiş olsa da unutulmamalıdır ki; kurulan sistemin işlevselliğinin artırılabilmesi için sağlık hizmeti alacak bireylerin de farkındalıklarının artırılması sistemin yürütülebilmesi açısından büyük öneme sahiptir. İkincisi; birinci basamak hasta yönetiminin temel unsuru olan aile hekimlerinin hizmet verdikleri nüfusu tüm sağlık sistemi içerisinde verilen hizmetlerin doğru ve yerinde kullanımı noktasında eğitmesi, yeri geldiğinde danışmanlık vazifesi görmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlarla koordinasyonunu sağlayabilmesinin sağlanmasıdır. Üçüncüsü ise; ulusal sağlık politikaları geliştirilirken aile hekimliğinin sağlık sisteminin giriş kapısı rolünü tam anlamıyla benimseyen çalışmalar yapılması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerindeki yoğunluğun azaltılması için zorunlu sevk sistemi veya benzeri uygulamaların hayata geçirilmesidir.

6. KAYNAKLAR

Adaş, G., Sarvan, F., Küpelioğlu, R. (1998). Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu. *Ulusal Travma Dergisi*, 1(4), 1-6.

Ağdemir, H. (2012). Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi ile Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin (Danışman: Prof. Dr. E Arslan).

Akşit, S. (2002) Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları. Ema Tıp Kitabevi, 1. Basım, 1. Cilt, İstanbul, 132- 135.

Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Leger, R., Unger, B., Giguere, C. (2004). Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Academic emergency medicine*, 11(12), 1302-1310.

Afilalo, M., Guttman, A., Colacone, A., Dankoff, J., Tselios, C., Beaudet, M., Lloyd, J. (1995). Emergency Department Use and Misuse. *J Emerg Med*. 13, 259-264.

Alperen, E. R., Clark, A. E., Alessandrini, E. A., Gorelick, M. H., Kittick, M., Stanley, R. M. (2014). Pediatric Emergency Care Applied Research Network. Recurrent and high-frequency use of the emergency department by pediatric patients. *Academic Emergency Medicine*, 21(4), 365-373.

Althouse, L. A. ve Stockman, J. A. (2006). 3rd, Pediatric workforce: a look at pediatric emergency medicine data from the American Board of Pediatrics. *J Pediatr*, 149(5), 600-602.

Andrulis, D. P., Kellermann, A., Hintz, E. A., Hackman, B. B., Weslowski, V. B. (1991). Emergency departments and crowding in United States teaching hospitals. *Ann Emerg Med*, 20, 980-986.

Aydın, S. (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 1(3), 51-70.

Aydın, S. (2007). Aile Hekimliği Sağlık Sisteminde Merkezi Role Talip Olmak. *Aile Hekimliği Dergisi*, 1(3), 10-15.

Ayvaz, A. (2007). Trabzon Sürmene Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine Başvuran Çocuk Hastaların Özellikleri. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(4), 156-162.

Baker, D. W., Stevens, C. D., Brook, R. H. (1991). Patients who leave a public hospital emergency department without being seen by a physician. Causes and consequences. *JAMA*, 266, 1085-1090

Başer, H. (2009). Çocuk Acil Servisine başvuran tüm çocukların hastalık dağılım profillerinin değerlendirilmesi. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul.

Beasley, J. B., Starfield, B., van Weel, C. (2007). Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med, 20(6), 518-526.

Bopp, K. D. (1989). Value added ambulatory encounters, A conceptual framework. J Ambulatory Care Manage, 12, 36-44.

Boudreaux, E. D., Mandry, C. V., Wood, K. (2003). Patient satisfaction data as a quality indicator a tale of two emergency departments. Acad Emerg Med, 10(3), 261-268.

Bozdemir, N. (1997). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği. Aile Hekimliği Ders Notları, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Adana, 1-17.

Breen, B. M. ve McCann, M. (2012). Healthcare providers attitudes and perceptions of 'inappropriate attendance' in the Emergency Department. International Emergency Nursing, 21, 180-185.

Brim, C.A. (2008). Descriptive analysis of the non-urgent use of emergency departments. Journal of Nursing Research, 15, 72-88.

Brousseau, D. C., Mistry, R. D., Alessandrini, E. A. (2006). Methods of categorizing emergency department visit urgency: A survey of pediatric emergency medicine physicians. Pediatr Emerg Care, 22, 635-639.

Brugnolaro, V., Fovino, L. N., Calgaro, S., Putoto, G., Muhelo, A. R., Gregori, D., Da Dalt, L. (2020). Pediatric emergency care in a low-income country Characteristics and outcomes of presentations to a tertiary-care emergency department in Mozambique. PloS one, 15(11), 209-241.

Carret, M. L. V., Fassa, A. G., Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cadernos de Saude Publica, 25, 7-28.

Cebe, A. (2008). Sivas İlinde Çocukluk Çağı İdrar Yolu Enfeksiyonlarında İdrar Kültür Sonuçları: İlk Tedavi Seçimi Nasıl Olmalıdır? Van Tıp Dergisi, 15(1), 7-12.

Ceyhan, M. (2004). Çocukluk Çağında Acil Enfeksiyon Problemleri. 2. Cilt. Pediatri Özel Dergisi, 7-10

Chande, V. T., Bhende, M. S., Davis, H. W. (1991). Pediatric emergency department complaints a three-year analysis of sources and trends. Ann Emerg Med, 20, 1014-1016.

Chande, V. T., Wyss, N., Exum, V. (1996). Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. Archives of pediatrics & adolescent medicine, 150(5), 525-528.

Choyce, M. Q. ve Maitra, A. K. (1996). Satisfaction with the accident and emergency department-a postal survey of general practitioners' views. J Accid Emerg Med, 13(4), 280-282.

Çağlar, A. (2014). Çocuk acil servisine başvuran hematoloji hastalarının sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Ş Bengo).

Çağlayaner, H. (1995). Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği. 1. Baskı, İstanbul, İletişim Yayınları, 17-20

Çobanoğlu, U. ve Can, M. (2007). Çocuklarda Trakeobronşial Yabancı Cisim Aspirasyonları. Van Tıp Dergisi, 14(4), 96-101.

Deborah, A. (1996). Seasonal Variation in Weight-for-Ag in a Pediatric Emergency Room. Volume III. Public Health Reports, 366-371.

Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., Yarış, F. (2007). Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 27(3), 412-418.

Dubay, L. ve Kenney, G. (2003). Expanding public health insurance to parents: effects on children's coverage under Medicaid. Health services research, 38(5), 1283-1302.

Elshove, B. J. (2006). Emergency department patient characteristics: Potential impact on emergency medicine residency programs in the Netherlands. Eur J Emerg Med, 13(6), 325-329.

Erarslan, E. (2018). Çocuk Acile başvuran hastaların klinik ve demografik özelliklerinin incelenmesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi ,Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi A Yazar).

Ersel, M., Karcıoğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M., Tunç, M. A. (2006). Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Turk J Emerg Med, 6, 25- 35.

Goh, A. Y., Chan, T. L., Abdel-Latiff, M. E. (2003). Paediatric utilization of a general emergency department in a developing country, 92(8), 965-969.

Goldman, R. D., Grafstein, E., Barclay, N., Irvine, M. A., Portales-Casamar, E. (2020). Paediatric patients seen in 18 emergency departments during the COVID-19 pandemic. Emergency Medicine Journal, 37(12), 773-777.

Gorpelioğlu, S., Korkut, F., Aytekin, F. (1995). Family practice in Turkey. *Fam Pract* 12, 339-40.

Greenwood-Ericksen, M. B. ve Kocher, K. (2019). Trends in emergency department use by rural and urban populations in the United States, 2(4), 191-193

Gürlek, Ö. (2006). Hasta yakınlarının acil servislerdeki sorunları ve hemşirelerden beklentileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. Y Arıkan).

Henricson, K. J. (1998). Viral pneumonia in children. *Sem Pediatr Infect Dis J*, 9, 217-233.

Hoot, N. R. ve Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions *annals of emergency medicine*, 52, 126-36.

Howard, M. S., Davis, B. A., Cherry, D., Koller, P., Shelton, D. (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: a qualitative study exploring one reason for overcrowding. *Journal of Emergency Nursing*, 31(5), 429-435.

Ijaz, N, Strehlow, M., Ewen, W. N., Pirrotta, E., Tariq, A., Mahmood, N., Mahadevan, S. (2018). Epidemiology of patients presenting to a pediatric emergency department in Karachi, Pakistan. *BMC emergency medicine*, 18(1), 1-9.

İlker, E., Bülent, E., İsmet, K. (2004). Hastaların sosyo-ekonomik durumlarına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1(3), 161-167.

James, S. C. (1999). Introduction To Management: Definitions, Utilization, And Workforce Issues. *Principles And Practice Of Emergency Medicine*. 4th ed. Lippincott, Williams & Wilkins, 1846–1852

Juven, T. (2000). Etiology of community-acquired pneumonia in 254 hospitalized children. *Pediatr Infect Dis J*, 19, 293-298.

Kalidindi, S., Mahajan, P., Thomas, R., Sethuraman, U. (2010). Parental perception of urgency of illness. *Pediatric emergency care*, 26(8), 549-553.

Karadağ, İ. (2007). Acil üniteye yönelik hasta memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. F Aslan).

Keskin, S., Aji, D. Y., Akalp, F. (1995). Cerrahpaşa çocuk acil genel değerlendirme. *Türk Pediatri Arşivi*, 30, 90–94.

Kocabaş, E., Yalçın, E., Akın, L. (2002). Çocukluk Çağında Toplum Kökenli Pnömoni Tanı ve Tedavi Rehberi. *Toraks Derneği*, 202(3), 17-27.

Kohn, L. ve Corrigan, J. M. (2000). To Err is Human: Building a Safer Health System, Washington, DC: National Academy Press, 7-11

Korkmaz, M., Yahyaoğlu, G., Çalışkan, D. (2012). Aile Hekimlerinin Zaman Yönetimi ve İş Performansının Uygulamaları Olarak İncelenmesi. Akademik Bakış Dergisi, 29, 1- 18.

Krauss, B. S., Harakal, T., Fleisher, G. R. (1991). The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 7(2), 67-71.

Li, M., Baker, M. D., Ropp, L. J. (1989). Pediatric emergency medicine: a developing subspecialty. *Pediatrics*, 84, 336-42.

Liaz, N., Strehlow, M., Ewen, W. N., Pirrotta, E., Tariq, A., Mahmood, N., Mahadevan, S. (2018). Epidemiology of patients presenting to a pediatric emergency department in Karachi, Pakistan. *BMC emergency medicine*, 18(1), 1-9.

Liu, T., Sayre, M. R., Carleton, S. C. (1996). Emergency medical care: Types, trends, and factors related to non urgent visits. *Acad Emerg Med*, 6, 1147-1152.

Lucas, R. H. ve Sanford, S. M. (1998). An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Annals of emergency medicine*, 32(5), 563-568.

Massin, M. M., Montesanti, J., Gerard, P., Lepage, P. (2006). Spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Acta clinica Belgica*, 61(4), 161-165.

Massin, M. M. (2006). Spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Acta Clin Belg*, 61(4), 161-65.

Mistr, R. D., Hoffmann, R. G., Yauck, J. S., Brousseau, D. C. (2005). Association between parental and childhood emergency department utilization. *Pediatrics*, 115(2), 147-151.

Mollahaliloğlu, S., Kosdak, M., Sanisoğlu, Y., Boz, D., Demirok, A. B. (2007). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırma Raporu, 4-7

Nawar, E. W., Niska, R. W., Xu, J. (2007). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey emergency department summary. *Adv Data*, 358, 1-32.

Nelson, D. S., Walsh, K., Şeisher, G. R. (1992). Spectrum and frequency of pediatric illness presenting to a general community hospital emergency department. *Pediatrics*, 90(1,1), 5-10.

Neuman, M. I., Alperen, E. R., Hall, M., Kharbanda, A. B., Shah, S. S., Freedman, S. B., Berry, J. G. (2014). Characteristics of recurrent utilization in pediatric emergency departments. *Pediatrics*, 134(4), 1025-1031.

Oktay, C., Cete, Y., Eray, O., Pekdemir, M., Gunerli, A. (2003). Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital. *Croatian medical journal* 44(5), 585-591.

Öken, Ö. (2017). Pediatrik Hastalarda Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 10(1), 10-16

Özcan, F. ve Ünlüoğlu, İ. (1996). Türkiye’de ve Dünya’da Aile Hekimliği. 8(7), 83-85.

Öztürk, A., Karaböcüoğlu, M., Uzel, N., Yılmaz, H. L. (2004). Çocuk Acil Tıp Kitabı Çapa Tıp Kitabevi, İstanbul, 7-29.

Öztürk, M. A. ve Güneş, T. (2004). Acil Hastanın Özellikleri ve Acil Hastaya Yaklaşım. *Pediatric Özel Dergisi*, (2), 6-7

Palmer, E., Leblanc-Duchin, D., Murray, J., Atkinson, P. (2014). Emergency department use: is frequent use associated with a lack of primary care provider *Canadian Family Physician*, 60(4), 223-229.

Parlak, M. (2008). Akut Bakteriyel Menenjitler. I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri- Toplumdan Edinilmiş Enfeksiyonlara Pratik Yaklaşımlar. Sempozyum Dizisi, 151-164.

Payza, U. (2020). Çözümlemeyen bir halk sağlığı sorunu; acil servislerin uygunsuz kullanımı ve hastaların bakış açıları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 251-256.

Pereira, S., Silva, A. O., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., de Freitas, A. F. (2001). Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. *Annals of emergency medicine*, 37(6), 580-586.

Pileggi, C., Raffaele, G., Angelillo, I. F. (2006). Paediatric utilization of an emergency department in Italy. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 565-569.

Pope, D., Fernandes, C., Bouthillette, F., Etherington, J. (2000). Frequent users of the emergency department: A program to improve care and reduce visits, 162, 1017-1020.

Prince, M. ve Worth, C. A. (1992). Study Of Inappropriate Attendances To A Paediatric Accident and Emergency Department. *J Public Health Med*, 14, 177– 182.

Raven, M., Lowe, R. A., Maselli, J., Hsia, R. Y. (2013). Comparison of presenting complaint vs. discharge diagnosis for identifying “non-emergency” emergency department visits, 309, 1145-1153.

Rhee, K. J. ve Bird, J. (1996). Perception and Satisfaction With Emergency Department Care. *J. Emerg Med*, 14(6), 679–683.

Salman, T. ve Karaböcöoğlu, M. (2009). Çocukluk Çağında Cerrahi Olmayan Akut Karın Ağrıları, 5(4), 48–51.

Schneider, S. M., Hamilton, G. C., Moyer, P., Stapczynski, J. S. (1998). Definition Of Emergency Medicine. ACAD Emerg Med, 5(4), 348–351.

Schneiderman, J. U., Hurlburt, M. S., Leslie, L. K, Zhang, J., Horwitz, S. M. (2012). Child, caregiver, and family characteristics associated with emergency department use by children who remain at home after a child protective services investigation. Child abuse neglect, 36(1), 4-11.

Sempere, S. T., Peiro, S., Sendra-Pina, P., Martinez-Espin, C., Lopez-Aguilera, I. (2001). Inappropriate Use Of An Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and reasons an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med, 37, 568–579.

Serdaroğlu, A. (2003). Febril Konvülsiyonlar. Klinik Pediatri, 2(3), 98-100.

Shah, M. N., Cushman, J. T., Davis, C. O., Bazarian, J. J., Auinger, P., Friedman, B. (2008). The epidemiology of emergency medical services use by children: an analysis of the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Prehospital emergency care, 12(3), 269-276.

Soysal, D. ve Karaböcöoğlu, M. (2004). Çocuklarda Solunum Acilleri. 2. Cilt. Pediatri Özel Dergisi, 2(6), 529–541.

Söyük, S. ve Kurtuluş, S.A. (2017). Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(4), 44-56.

Taşkın, S. (2002). İstanbul İlinde Hizmet Veren Hastanelerin Acil Servislerinin Fiziki Yapı, İnsan gücü ve Tıbbi Donanım Açısından Değerlendirilmesi, İ.Ü. Sosyal Bilimler Ens. Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. C Dikmen).

Taştan, Y. (2003). Krup. Türk Pediatri Arşivi, 38, 195-200.

Taylor, C. ve Bengert, J. R. (2004). Patient satisfaction in emergency medicine. Emerg Med, 21, 528-532.

Tekgündüz, S. A., Şengül, A., Biçer, S. (2005). Çocuk Acil Servisine Akut Karın Ağrısı Yakınmasıyla Getirilen Olguların Analizi. 1. Cilt. Bakırköy Tıp Dergisi, 7-14

Tınmaz, G. (2008). Acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi ve bir uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 18-33, (Danışman: Doç. Dr. N Parıltı).

Twanmoh, J. R. ve Cunningham, G. P. (2006). When overcrowding paralyzes an emergency department. *Manag Care*, 15, 54–59.

Ünal, Ö.F. (2005). Solunum sıkıntısı olan çocuğun değerlendirilmesi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36, 28-32.

Ünal, E. C., Uzuner, A., Çifçili, S., Akman, M., Kaya, A. Ç. (2009). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğinin Sağlık Hizmeti Sunduğu Aileler. *Marmara Medical Journal*, 22(2), 90-96

Walls, R., Hockberger, R., Gausche-Hill, M. (2017). General Approach to the Pediatric Patient. In: *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, 1985-1993.

Walsh, D. P., Seff, L. R., Mayer, T. A. (1997). Customer relations in the emergency department. In: *Salluzzo RF, Mayer TA, Strauss RW, Kidd P Emergency Department Management*, Mosby, 8, 73-85.

Wargon, M., Guidet, B., Hoang, T. D., Hejblum, G. (2009). A systematic review of models for forecasting the number of emergency department visits. *Emergency Medicine Journal*, 26(6), 395-399.

Yıldırım, C., Kocoglu, H., Goksu, S., Gunay, N., Savas, H. (2005). Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. *Acta Medica*, 48(1), 59–62

Yılmaz, E. (1999). Febril Konvülsiyon ve Rekürrens Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri*, 8, 214-218

Yılmaz, H. L. (2017). Türkiye’de Çocuk Acil Yapılanması: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, 42, 12-15

Yılmaz, H. L., Karaböcüoğlu, M., Duman, M. (2017). Dünyada ve Türkiye’de Çocuk Acil Bilim Dalı’nın Gelişimi. *Çocuk Acil Tıp Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 43, 14-19.