



**T.C.  
KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ACİL TIP ANA BİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE TEKRARLAYAN BAŞVURULARI OLAN  
HASTALARIN İSTATİKSEL ANALİZİ**

**Araş. Gör. Dr. Şükriye GÜL ERSOY**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğretim Üyesi Canan ŞAHİN**

**KIRŞEHİR – TEMMUZ/2025**



**T.C.**  
**KIRŞEHİR AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ACİL TIP ANA BİLİM DALI**

**ACİL SERVİSE TEKRARLAYAN BAŞVURULARI OLAN  
HASTALARIN İSTATİKSEL ANALİZİ**

**Araş. Gör. Dr. Şükriye GÜL ERSOY**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğretim Üyesi Canan ŞAHİN**

**KIRŞEHİR – TEMMUZ/2025**

“Acil Servise Tekrarlayan Başvuruları Olan Hastaların İstatiksel Analizi” adlı bu çalışma, 30.07.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

### **Tez Jürisi**

Dr. Öğr. Üyesi Canan ŞAHİN (Danışman)  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Hacı Mehmet ÇALIŞKAN  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Yahya ŞAHİN  
Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi  
Tıp Fakültesi

## ETİK BEYAN

### TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm.

Araş. Gör. Dr. Şükriye GÜL ERSOY

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışması, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık eğitimim kapsamında hazırlanmıştır. Çalışmanın amacı, Acil Servise sık başvuran hastaları bilimsel bir bakış açısıyla inceleyerek alana katkı sunmaktır.

Araştırma sürecinde karşılaşılan güçlükler, bilimsel merak ve öğrenme isteği sayesinde aşılmış; elde edilen bulgular, ilgili literatür ışığında değerlendirilmiştir. Bu süreçte bana yol gösteren ve bilgi ile deneyimleriyle çalışmamın her aşamasına katkıda bulunan değerli danışmanım Dr. Canan Şahin'e; dört yıl boyunca tüm emeklerini esirgemeyen Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği hocalarıma ve acil tıp uzmanı abi-ablalarıma; birlikte sayısız nöbet tuttuğum asistan arkadaşlarıma en içten teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, her zaman sabır ve anlayışla yanımda bulunan aileme, tez sürecimle birlikte başlayan ilişkimizi evlilikle taçlandırırdığımız kıymetli eşim Tugay Burak Ersoy'a teşekkür ederim.

Bu tez çalışmasının, bu alanda yapılacak olan araştırmalara katkı sağlayacağına inanıyor; çalışmamın bundan sonraki bilimsel girişimlere ışık tutmasını temenni ediyorum.

# İÇİNDEKİLER

|                                                                        |      |
|------------------------------------------------------------------------|------|
| ÖNSÖZ .....                                                            | iv   |
| İÇİNDEKİLER .....                                                      | v    |
| TABLO LİSTESİ.....                                                     | vii  |
| SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ .....                                        | viii |
| ÖZET .....                                                             | ix   |
| SUMMARY .....                                                          | x    |
| 1. GİRİŞ.....                                                          | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                                                | 2    |
| 2.1. Acil Servislerin İşleyişi ve Hasta Yönetimi.....                  | 2    |
| 2.2. Acil Servislerde Triyaj Sistemi.....                              | 3    |
| 2.3. Acil Servislere Sık Başvuru Nedenleri .....                       | 4    |
| 2.4. Tekrar Başvurular ve Önemi.....                                   | 5    |
| 2.4.1. Rekürren Başvuruların Nedenleri .....                           | 7    |
| 2.4.2. Rekürren Başvuruların Hastalar Üzerindeki Olumsuz Etkileri..... | 8    |
| 2.4.3. Rekürren Başvuruların Tıbbi ve Ekonomik Sonuçları .....         | 9    |
| 2.5. Türkiye’deki Durum .....                                          | 9    |
| 2.6. Dünyadaki Durum.....                                              | 9    |
| 2.7. Entegre Hasta Yönetimi Sistemleri.....                            | 10   |
| 2.8. Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Rolü.....  | 10   |
| 2.9. Hasta Eğitimi ve Sağlık Okuryazarlığı Artırma Programları .....   | 11   |
| 2.10. Dijital Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamalarının Kullanımı .....       | 11   |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....                                               | 13   |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....                                            | 13   |
| 3.2. Yöntem.....                                                       | 13   |
| 3.2.1. Hastalar ve Verilerin Toplanması .....                          | 13   |
| 3.2.2. Dahil Etme Kriterleri.....                                      | 14   |
| 3.2.3. Dışlama Kriterleri.....                                         | 14   |
| 3.2.4. İstatiksel Yöntemler .....                                      | 15   |
| 4. BULGULAR .....                                                      | 16   |

|                                   |           |
|-----------------------------------|-----------|
| <b>5. TARTIŞMA.....</b>           | <b>24</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b> | <b>33</b> |
| <b>7. KISITLILIKLAR .....</b>     | <b>35</b> |
| <b>KAYNAKLAR.....</b>             | <b>36</b> |
| <b>EKLER .....</b>                | <b>40</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>             | <b>44</b> |



## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 1:</b> Acil servislerdeki hasta akışı .....                                                                  | 3  |
| <b>Tablo 2:</b> DSÖ triaj renk kodları ve anlamları .....                                                             | 3  |
| <b>Tablo 3:</b> Rekürren acil servis başvurularının yaş gruplarına göre dağılımı.....                                 | 16 |
| <b>Tablo 4:</b> Tüm ve rekürren hasta gruplarında yaş dağılımının karşılaştırılması .....                             | 17 |
| <b>Tablo 5:</b> Rekürren ve rekürren olmayan başvuruların cinsiyet dağılımının karşılaştırması.....                   | 17 |
| <b>Tablo 6:</b> Hastaların 2. başvurularının günlere göre dağılımı .....                                              | 17 |
| <b>Tablo 7:</b> Hastaların ikamet ettiği yerler. ....                                                                 | 18 |
| <b>Tablo 8:</b> İlk başvuru şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı.....                                              | 18 |
| <b>Tablo 9:</b> Rekürren hastaların ilk ve ikinci başvurularına ilişkin klinik yönetim özellikleri.....               | 19 |
| <b>Tablo 10:</b> İkinci başvurusunda yatışı gerçekleşen hastalarda şikâyet, ek tetkik ve başvuru nedeni analizi. .... | 22 |
| <b>Tablo 11:</b> Hekim tecrübesine göre ikinci başvuru sonuçları. ....                                                | 22 |
| <b>Tablo 12:</b> Tekrarlayan başvurusu olan hastaların ek hastalıklarının dağılımları .....                           | 23 |



## SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

|        |                                           |
|--------|-------------------------------------------|
| ABD    | : Amerika Birleşik Devleti                |
| AS     | : Acil servis                             |
| DSÖ    | : Dünya Sağlık Örgütü                     |
| EHR    | : Elektronik Sağlık Kayıtları             |
| EHYS   | : Entegre Hastane Yönetim Sistemi         |
| GIS    | : Gastrointestinal sistem                 |
| ICD    | : International Classification of Disease |
| KAH    | : Koroner arter hastalığı                 |
| MHEALT | : Mobil Sağlık                            |
| ÜSYE   | : Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu            |

## ÖZET

Bu çalışmada, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine yedi gün içerisinde yapılan tekrar başvurular incelenmiştir. Araştırmanın amacı, bu başvuruların sosyo-demografik özelliklerini, tıbbi ve toplumsal nedenlerini ortaya koymak ve önlenebilir başvuruları belirlemektir. Retrospektif kesitsel tipte yapılan çalışmada, 2023 yılı boyunca acil servise başvuran hastaların verileri Entegre Hastane Yönetim Sistemi üzerinden elde edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş, cinsiyet, ikamet yeri, başvuru şikayetleri, triyaj kodları, başvuru sonuçları ve başvurular arasındaki klinik yönetim özellikleri analiz edilmiştir. Bulgulara göre, tekrar başvuru yapan hastaların çoğunluğunun genç yaş grubunda ve merkezde ikamet eden bireyler olduğu, en sık başvuru nedeninin gastrointestinal sistem şikayetleri olduğu saptanmıştır. İkinci başvuruların büyük kısmında şikayetlerin aynı olduğu ve ek tetkik ihtiyacının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca, hekim deneyimi ve hastaların demografik özellikleri ile başvuru sonuçları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Sonuç olarak, acil servislere tekrarlayan başvurular hem sağlık sistemi hem de hasta yönetimi açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu durumun önlenmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hasta eğitiminin artırılması ve riskli hasta gruplarına yönelik özel stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, tekrar başvuru, rekürren hasta, sağlık hizmetleri, hasta yönetimi

## SUMMARY

In this study, repeat visits to the Emergency Department of Kırşehir Training and Research Hospital within a seven-day period were examined. The aim of the research was to identify the socio-demographic characteristics, medical and social reasons underlying these visits, and to determine preventable admissions. This retrospective cross-sectional study was conducted using data obtained from the Integrated Hospital Management System regarding patients who presented to the emergency department throughout 2023. Variables analyzed included age, sex, place of residence, presenting complaints, triage codes, outcomes of the visits, and clinical management characteristics between admissions.

The findings indicated that the majority of repeat visitors were young individuals residing in the central district, with gastrointestinal system complaints being the most frequent reason for presentation. It was observed that in most second visits, patients reported the same complaints and that the need for additional diagnostic tests increased. Moreover, significant associations were found between physician experience, patients' demographic characteristics, and the outcomes of admissions.

In conclusion, recurrent presentations to emergency departments constitute a major challenge for both the healthcare system and patient management. To mitigate this issue, strengthening primary healthcare services, enhancing patient education, and developing targeted strategies for high-risk patient groups are necessary.

**Keywords:** Emergency department, repeat visit, recurrent patient, healthcare services, patient management.

## 1. GİRİŞ

Acil servisler, sağlık sisteminin önemli bir parçasını oluşturarak, toplumun tüm kesimlerinden bireylere 24 saat boyunca kesintisiz hizmet sunmaktadır. Bu hizmetler, ani sağlık sorunlarına hızlı müdahale sağlamakla birlikte, hastane yatış süreçlerinin başlangıç noktası olduğu için de kritik bir rol oynamaktadır (1). Acil servisler, hastane ile toplum arasında kritik bir geçiş noktasıdır. Yaşlı nüfusun hızla artacağı gelecek günlerde hasta güvenliği ve sağlık bakımının kalitesi konusunda önemli zorluklar bizi beklemektedir (2)

Acil servislere başvurular, modern sağlık hizmetlerinin olmazsa olmaz bir parçasıdır. Bu başvuruların büyük bir kısmı akut sağlık sorunlarını içerirken, önemli bir oranı da tekrarlayan (rekürren) başvurulardan oluşmaktadır. Rekürren başvurular hem sağlık sistemine yük oluşturmakta hem de hasta bakımının kalitesini sorgulayan bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Rekürren başvuruyla gelen hastaların çoğunun gereksiz başvuru olduğu düşünülecek olursa bu hastalar acil servislerin iş yükünü arttırmakta ve hastane içi kaynakların etkin kullanımı açısından da sağlık sistemine yük oluşturmaktadırlar. Bu durumlar, sağlık hizmetlerinin kalite göstergeleri arasında sayılabilecek yeniden başvuru oranlarının önemini arttırmaktadır. Özellikle yaşlılar, kronik hastalar ve psikiyatrik bozuklukları olan bireylerde, tekrar başvuru oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (3).

Bu çalışmanın amacı Kırşehir Eğitim ve Araştırma hastanesi acil servisine yedi gün içerisinde yapılan tekrar başvuruların sosyo-demografik özelliklerini incelemek, bu başvuruların bireysel, toplumsal, tıbbi nedenleri ve sonuçlarını ortaya koymak ve önlenebilecek olanları tanımlamaktır. Çalışmamızda tekrar başvuruları azaltmaya yönelik stratejiler geliştirilmesine katkıda bulunmayı hedeflemekteyiz. Türkiye’de acil servislere tekrarlayan başvuruların nedenlerinin araştırılması hem sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi hem de başvuruları azaltmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu bağlamda çalışmamızda, literatürdeki veriler ışığında konuya genel bir bakış ve Türkiye'deki acil servislerde hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik öneriler sunulacaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

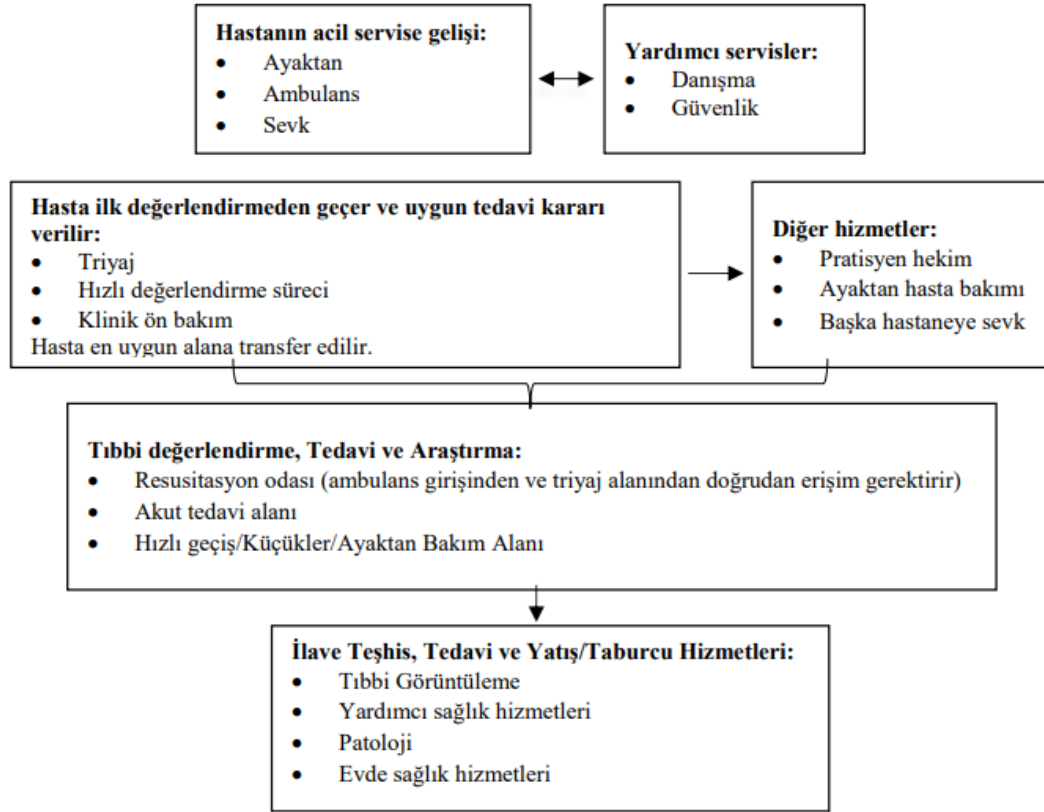
### **2.1. Acil Servislerin İşleyişi ve Hasta Yönetimi**

Acil servisler; tıbbi acil durumlar, travmalar, hayati tehlike arz eden durumlar, beklenmedik sağlık sorunları gibi durumlarda hastaneye başvuran hastalara hızlı ve etkili müdahalenin sağlandığı, acil tıbbi bakımın ilk adımının gerçekleştirildiği, hastaların sağlık durumlarına göre değerlendirilerek gerekli tedavi ya da müdahaleye yönlendirildiği sağlık hizmeti veren birimlerdir (4)

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Yönetmeliği, 26 Mayıs 1980 tarihli Resmî Gazete 'de yayınlanmış olup ülkemizde acil servislerin yönetim ve görev tanımının yapıldığı, kadro ve ünitelerinin belirlendiği ilk yönetmeliktir. Bu yönetmeliğin yürürlüğe girmesiyle hastanelerde Acil Servis birimleri açılmış, Acil Servis Yönetim Kurulu oluşturulmuş, konuyla ilgili üniversitelerin ilgili fakültelerinde kürsüler kurulmuş ve ülkemizde acil sağlık hizmetinin gelişimin altyapısı hazırlanmaya başlanmıştır (5)

Sağlık Bakanlığı, acil servislerin tasarımında ve işlevselliğinde uyulması gereken belirli kriterleri içeren ve Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım İdaresi Başkanlığınca hazırlanan "Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu" yayınlamıştır. Bu kılavuza göre; asgari düzeyde acil servis hizmeti, temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, temel kardiyak yaşam desteği, ayakta hasta bakımı ve yoğun bakım gerektirmeyen hastaların müşahade ortamında izlenmesi gibi hizmetleri içermektedir (6).

**Tablo 1:** Acil servislerdeki hasta akışı (*Australasian College for Emergency Medicine (ACEM), 2007*).



## 2.2. Acil Servislerde Triyaj Sistemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Triyaj Sınıflaması, acil durumlarda hasta veya yaralıların durumuna göre önceliklendirilmesini sağlayan bir sistemdir. Bu sınıflama, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen standartlara dayanır ve özellikle afet, kitlesel yaralanma ya da acil servislerde yoğunluk yaşanan durumlarda kullanılır.

**Tablo 2:** DSÖ triyaj renk kodları ve anlamları

| Renk Kodu | Öncelik                      | Açıklama                                                                                                                                                               |
|-----------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kırmızı   | 1. Öncelik (Acil)            | Hemen müdahale edilmesi gereken, hayatı tehdit eden durumlar. Hayatta kalma şansı erken müdahale ile artabilir (örneğin ağır solunum sıkıntısı, şok, ciddi kanamalar). |
| Sarı      | 2. Öncelik (Acil Ama Stabil) | Hayati tehlikesi olmayan ancak zamanında müdahale edilmesi gereken yaralanmalar (örneğin orta derece travmalar, kırıklar). Müdahale birkaç saat gecikebilir.           |
| Yeşil     | 3. Öncelik (Hafif)           | Yürüyeabilen ve hayati tehlikesi olmayan hafif yaralılar. Müdahale en son yapılabilir (örneğin küçük kesikler, hafif burkulmalar).                                     |
| Siyah     | Müdahale Dışı / Ölü          | Yaşamla bağdaşmayan yaralanmalar veya yaşam belirtisi olmayanlar. Kaynaklar bu hastalara yönlendirilmez.                                                               |

Triyaj, zaman açısından ivedi bakım ihtiyaçları olan hastaları tanımlamak ve önceliklendirmek amacıyla yapılır. Özellikle hasta bakım kapasitesinin mevcut kaynakları aştığı her durumda triyaj olmazsa olmazdır. Acil bakımın temel işlevlerinden biri olarak kabul edilen triyaj, sağlık hizmeti kaynaklarının adil ve verimli şekilde kullanılması açısından önemli bir araçtır. Triyajın küresel önemi, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Acil Sağlık Sistemleri Çerçevesi ve Dünya Sağlık Asamblesi tarafından alınan çeşitli kararlarda tanınmıştır. Sağlık hizmeti sunulan tesislerde, tipik bir triyaj yaklaşımı, acil bakım ihtiyacı ile başvuran tüm hastalara bir sağlık çalışanı tarafından aciliyet düzeyi atanmasını içerir. Bu sınıflandırma daha sonra hasta değerlendirmesinin sırasını belirlemek için kullanılır (7).

### **2.3. Acil Servislere Sık Başvuru Nedenleri**

Acil Servise başvuru nedenleri her zaman hastalığın şiddeti veya aciliyeti ile açıklanamaz. Hastalar ve aileleri daha fazla ve kolaylıkla sağlık hizmeti alabilmek için acil servisleri tercih etmektedir. Bu duruma katkıda bulunan faktörler arasında birinci basamak sağlık hizmetlerine zamanında erişimin zor olması ve acil servislerde alanında uzman hekimlere ulaşmanın daha mümkün olması, hastane dışında uzman doktorlara erişimin zorluğu yer almaktadır (8)

Bir önceki paragrafta bahsedilen durumu maddeler halinde sunacak olursak

AS yoğunluğunun başlıca nedenleri:

- Acil olmayan başvurular
- Sürekli gelen (frequent-flyer) hastalar
- Grip mevsimi
- Yetersiz personel
- Yatan hastaların acil serviste bekletilmesi (boarding)
- Hastane yatak yetersizlikleri

Yoğunluğun olası sonuçları:

- Hasta ölümleri
- Taşıma gecikmeleri

- Tedavi gecikmeleri
- Ambulans yönlendirmeleri
- Hastaların tedavi beklemeden ayrılması
- Finansal etkiler

Yoğunluğa sunulabilecek çözüm önerileri:

- Ek personel
- Gözlem üniteleri
- Hastane yatak erişimi
- Acil olmayan hastaların başka yerlere yönlendirilmesi
- Ambulans yönlendirme politikaları
- Hasta sevklerinin kontrolü (destination control)
- Yoğunluk ölçüm yöntemleri
- Kuyruk teorisi gibi işletme yönetimi araçları

1986 yılında yürürlüğe giren Acil Tıbbi Müdahale ve Doğum Yasası (Emergency Medical Treatment and Labor Act), Amerika Birleşik Devletleri'ndeki tüm acil servis başvurularında, hastaların ödeme gücünden bağımsız olarak tıbbi değerlendirmeye tabi tutulmasını zorunlu kılmıştır. Bu durum bazı uzmanların acil servisin bu yönünü sağlık sistemi için bir “güvenlik ağı” olarak kullanmasına yol açmıştır. Ne yazık ki, artan AS yoğunluğu bu güvenlik ağını, Tıp Enstitüsü'nün (Institute of Medicine) yakın tarihli bir raporuna göre “kopma noktasına” kadar zorlamıştır (9)

#### **2.4. Tekrar Başvurular ve Önemi**

Erken dönemde yeniden başvurulara rekürren başvuru denir. 1989 Keith ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yeniden başvurular; planlı başvuru, planlanmamış (öngörülmeyen) başvuru, önlenebilir başvuru olarak kategorilendirilmiştir. Planlı başvurular arasında yara kontrolü, tampon değişimi ve dikiş alma gibi işlemler yer almakta olup, bu ziyaretler tanım gereği kaçınılmaz olarak kabul edilmiştir (10). Biz de çalışmamızda bu planlı başvuruları



dışlama kriterleri olarak belirttik. Rekürren başvurulardan bahsederken planlanmamış erken başvurular kastedilmektedir. Hastalarda şikâyetlerin geçmemesi veya hastalığın ilerlemesi nedeniyle gerçekleşen plansız yeniden başvurular, acil servis hekimleri için önemli sorundur (11). Rekürren başvuruların nedenlerini bulabildiğimizde bu başvuruların önlenedebileceği düşünülmektedir (12). Planlanmamış erken başvurular; o acil servisin kalitesi ve güvenilirliği açısından da bir göstergedir (13).

Acil servis başvurularının %15-25' ini tekrarlayan başvurular oluşturur(14). Tekrar başvurular, kısa dönem içinde ortaya çıkan sağlık sorunlarının veya tedavi eksikliklerinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Nitekim bu başvuruların büyük oranda aynı şikâyet nedenli olması da bu durumu desteklemektedir. Bu durum, sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmek için önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir.

Formosa Tıp Derneği, AS rekürren başvuru oranı için temel seviyenin %2 olarak belirlenmesini önermektedir. Bu oran denetim filtresi olarak kullanılabilir. Yapılan bir çalışmada 72 saat içinde rekürren acil servis başvuruları için %1'in altında bir hedef oranın ulaşılabilir olduğu ve acil serviste hasta bakım kalitesini artırmak için benimsenmesi gerektiği belirtilmiştir (15). Başka bir çalışmada ise rekürren başvuru oranının %5'in üzerinde olması, hastane hizmet kalitesinin düşük olduğuna işaret edebileceği gibi, bu oranın %1'in altında olması ise sağlık hizmeti sunumunda risk almaktan kaçınıldığını göstereceği savunulmaktadır(16). Rekürren başvuru oranı belirli bir sınırı aştığında, bu durum acil servisin işleyişinde bir bozukluk olduğuna işaret edebilir. Acil servis rekürren başvuru oranlarındaki artışın nedenlerini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Rekürren başvuruların düzenli olarak analiz edilmesi, acil servisteki olası sorunların erken dönemde belirlenmesi açısından etkili bir yöntemdir. Bu analizler sonucunda saptanan sorunlara yönelik müdahalelerin ardından yapılacak izlem ve denetimler, uygulanan iyileştirme çalışmalarının etkinliğine dair güvenilir veriler sunabilir. Bu nedenle, acil servis yöneticilerinin kalite izleme programlarına rekürren başvuruların periyodik takibini dâhil etmeleri akademik ve yönetsel açıdan anlamlı bir uygulama olacaktır (17). Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi İdari birimi tarafından her ay düzenli olarak rekürren başvuran hastalara ait istatistiksel veriler dökümanite edilmektedir. Çalışmamızın sonuçları, bu idari verilerle karşılaştırıldığında; ICD (International Statistical Classification of Diseases) kodlamasındaki ve sistemsal veri girişlerindeki eksikliklerden kaynaklanabilecek bazı farklılıkların mevcut olduğu görülmüştür. Çalışmamızda tanı kodu haricinde her hastanın

epikrizine reçete sistemine ve sonraki kayıtlarına da bakılarak daha doğru sonuçlar elde edilmeye çalışılmıştır.

1987 de yapılan ACEP çalışmasında bu tekrar başvuran hastalar 'red flag patients' olarak adlandırılmıştır. Çünkü hasta davalarında çoğunlukla hastaların birden çok kez acil servise başvurduğu gözlenmiştir (10).

#### **2.4.1. Rekürren Başvuruların Nedenleri**

Acil servise yapılan tekrar başvurular, genellikle sağlık hizmetlerinin çeşitli unsurlarıyla ilişkili multifaktöriyel bir sorundur.

İleri yaş, erkek cinsiyet, polifarmasi ve bozulmuş mental durum acil servise yeniden başvurular için bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur(18).

Sonda değişimi, yumuşak doku pansumanı, enjeksiyon tedavisi uygulanması ile idrar veya kanda madde analizi amacıyla acil servise başvuran hastalar, acil servislerin iş yükünü artırmakta ve sıklıkla başvuru yapan, dolayısıyla rekürren hasta profili içerisinde değerlendirilebilecek bir grubu oluşturmaktadır.

Belirli bir uzmanlık alanını doğrudan ilgilendirmeyen, bu tür "ara" durumlarla ilgili sağlık hizmeti arayışında ilk başvuru birimleri genellikle acil servisler olmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, aile hekimlikleri ve günübirlik bakım merkezleri gibi alternatif hizmet birimleri bulunmasına rağmen; hastaların bu konulardaki bilgi eksiklikleri, yatalak hastaların poliklinik başvurularında yaşanan fiziksel zorluklar, acil servislere ulaşımın daha kolay olması ve sorunlarının bu birimlerde daha hızlı çözülebileceğine dair algı ile birlikte ilgili branşlarda görev yapan hekim sayısının yetersizliği gibi etkenler, acil servislere başvuruların artmasına neden olmaktadır.

2016 yılında gazi üniversitesi acil servisinde yapılan çalışmada rekürren başvuruların nedenleri 4 ana başlığa ayrılmıştır: (12).

Hasta kaynaklı nedenler; hastaların hastaneyi izinsiz terk etmeleri, kendilerine önerilen poliklinik başvurularını gerçekleştirmemeleri ve verilen tedavilere uyum sağlamamaları şeklinde bildirilmiştir. Hekim kaynaklı nedenler ise; hastalara doğru tanı konulamaması ve uygun tedavi verilmemesi, erken taburcu edilmeleri, hastalıkları ve ilaç kullanımı hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaması ile başvuru sırasında ilgili uzman görüşünün alınmaması olarak belirlenmiştir. Hastalık kaynaklı nedenler arasında ise hastalığın beklenen seyri

doğrultusunda yapılan başvurular yer almaktadır. Dördüncü ve son grup olan sistem kaynaklı nedenler ise yatak doluluğu ve poliklinik randevusu alınamaması gibi sorunları içermektedir

Hasta ve hekim güvenliğinin sağlanabilmesi açısından, hangi hastaların erken dönemde başvuru yapma olasılığının yüksek olduğunu belirlemek önemlidir. Özellikle daha ağır klinik tablolarla başvurma riski taşıyan hastaların önceden tespit edilmesi, uygun müdahale ve yönlendirme süreçlerinin zamanında başlatılmasına katkı sağlayacaktır.

Gazi Üniversitesinin çalışmasından özetle erken başvuruların sebeplerini 4 kategoriye ayırabiliriz; hastalık kaynaklı, doktor kaynaklı, hasta kaynaklı ve sistem kaynaklı. Hastalık kaynaklı başvurularda hasta doğru tedaviyi almıştır ancak hastalık progrese olmuştur. Doktor kaynaklı başvurularda hasta doktorun yanlış tanı veya tedavisi nedeniyle geri başvurmuştur. Hasta kaynaklı başvurularda tıbbi bakımda herhangi eksiklik yoktur ve geri dönüşler esas olarak hasta kaynaklıdır. Ancak bu geri dönüşün nedeninin hastalığın doğal seyri, yetersiz tedavi, aşırı endişeli bir hasta ya da tıbbi hata olup olmadığını ayırt etmek zor olabilir (16).

#### **2.4.2. Rekürren Başvuruların Hastalar Üzerindeki Olumsuz Etkileri**

Rekürren başvurular yalnızca hekimler üzerinde olumsuz etkiler yaratmakla kalmaz, aynı zamanda acil sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalar üzerinde de ciddi olumsuzluklara yol açar. Bu durumun başlıca nedeni, tekrar başvuruların acil servislerdeki hasta yoğunluğunu artırmasıdır. Sık başvuran hastalar, hekimlerde önyargı gelişmesine yol açabilir ve bu durum, yaşlı ve çoklu hastalığı (komorbiditesi) bulunan bireyler gibi özenli muayene gerektiren hastalarla yeterli ilgilenilmesini zorlaştırarak, bu hastalara ayrılması gereken süreyi kısıtlayabilir. Ayrıca, acil servisin yoğun çalışma ortamı, hekimleri hızlı tanı koymaya, tedavi süreçlerini hızlandırmaya ve hastaları erken taburcu etmeye yöneltebilmektedir.

Yaşlı hastaların, medikal ve psikososyal durumlarının sıklıkla kompleks olması hekimleri zorlayıcı bir durumdur. Bu yaşlı hastaların şikayetlerinin anlaşılmasını zorlaştırır ve acil serviste kalış sürelerini uzatır. Bu durum acil servis hekimi üzerinde gerek hastane yoğunluğu gerek mental olarak bir baskı oluşturur

Yaşlı bireylerde eşlik eden hastalıkların fazla olması, fiziksel ve bilişsel bozukluklara sahip olmaları, sıklıkla çoklu ilaç kullanımlarının olması bu hastaların acil servis (AS)

başvurularından sonra işlevsel kapasitelerinde azalma, mortalitede artış ya da acil servislere tekrar başvuru olasılığında artışa neden olur. Değerlendirme ya da müdahale gerektiren deliryum ya da düşme gibi tıbbi durumların gözden kaçırılması, uygun yönlendirme yapılmaksızın hastanın taburcu edilmesiyle sonuçlanabilir. Bu durum, tekrar başvuruların ve diğer olumsuz klinik sonuçların artmasına neden olabilir. Hastanın kullandığı ilaçların gözden geçirilmemesi ise, polifarmasiye ve uygunsuz reçetelemeye bağlı advers etkilerin artmasına yol açabilir. Ayrıca, hastanın birinci basamak hekiminden, evde bakım hizmetlerinden, önceki hastane yatışlarından ya da acil servis ziyaretlerinden elde edilen bilgilere erişimdeki kısıtlılık, uygun olmayan tedavi ve taburculuk kararlarının alınmasına zemin hazırlayabilir (19).

#### **2.4.3. Rekürren Başvuruların Tıbbi ve Ekonomik Sonuçları**

Rekürren başvurular sağlık sistemine ciddi bir mali yük oluşturmaktadır. Gereksiz laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri ve tekrar eden muayene giderleri, sağlık kaynaklarının uygunsuz kullanımına yol açar. Özellikle kamu hastanelerinde bu durum, bekleme sürelerini artırarak diğer hastaların hizmete erişimini zorlaştırır.

Ayrıca; iş gücü kaybı ve üretkenlik düşüşü, sağlık sigortaları ve devlet bütçesi üzerinde artan yük, sağlık çalışanlarının iş yükünün artması sonucu tükenmişlik sendromu riski gibi dolaylı etkiler de ortaya çıkmaktadır.

#### **2.5. Türkiye’deki Durum**

Türkiye’de acil servis kullanımı gerek nüfus artışı gerekse toplumun acil sağlık hizmetlerine kolay erişimi nedeniyle giderek artmaktadır. Ancak, acil servise tekrar başvuru yapan hastaların oranları, bu başvuruların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili sınırlı veri bulunmaktadır. Özellikle tekrar başvuruların sosyal, ekonomik ve klinik etkileri açısından derinlemesine değerlendirilmesi gerekmektedir(20). Acil servis pratiğinde önemli bir sorun oluşturan rekürren başvurular, acil tıp ile doğrudan ilgili bir konu olmasına rağmen, acil tıp hekimleri tarafından bu konuda yeterince çalışma yapılmamıştır.

#### **2.6. Dünyadaki Durum**

Acil Servis yoğunluğu hem hasta güvenliği sorunu hem de dünya çapında bir halk sağlığı problemi olarak tanımlanmıştır. İrlanda, Kanada ve Avustralya dahil olmak üzere birçok

ülke, Acil Servis başvurularında önemli ve sürdürülemez artışlar bildirirken, giderek artan sayıda çalışma, bu artışların yalnızca nüfus artışıyla açıklanamayacağını ortaya koymuştur. 2003 yılında Asplin ve arkadaşları, Acil Servis bakımına zamanında erişimin önünde büyük bir engel haline gelen yoğunluğu fark ederek, araştırmacılara ve politika yapıcılara sorunu hafifletmeye odaklanmaları çağrısında bulunmuştur. Pek çok kişi bu çağrıya yanıt vermiş ve şu anda Acil Servis yoğunluğu gündemine ilişkin kayda değer miktarda yayınlanmış araştırma mevcuttur. Ancak, yoğunluğun nedenlerini araştıran çalışmaların görece azlığı nedeniyle, bu sorunun itici güçlerine ilişkin birçok efsane hâlâ varlığını sürdürmektedir. Bu durum, başarılı ve sürdürülebilir çözümlerin uygulanmasını zorlaştırmaktadır. Mevcut kanıtların sistematik ve eleştirel bir şekilde gözden geçirilmesi, araştırmacıların, klinisyenlerin ve yöneticilerin en iyi eylem planına karar vermelerine yardımcı olabilir (21).

## **2.7. Entegre Hasta Yönetimi Sistemleri**

Entegre Hasta Yönetimi Sistemleri (EHYS), bireylerin sağlık hizmeti sürecini bütüncül bir biçimde izlemeyi ve sağlık hizmet sunucuları arasında etkili bir koordinasyonu amaçlamaktadır. Bu sistemler, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde hasta bilgilerinin dijital ortamda paylaşılmasını ve sağlık hizmetlerinin birbirini tamamlayacak şekilde düzenlenmesini sağlar. Böylelikle hastaların sağlık durumları düzenli olarak takip edilebilir ve olası komplikasyonlar önceden tespit edilerek, acil servis başvurularına gerek kalmadan müdahale edilebilir. EHYS'nin etkin kullanımı, tekrarlayan başvuruların önlenmesini ve sağlık sisteminin daha verimli çalışmasını mümkün kılmaktadır (22).

## **2.8. Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Rolü**

Aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin ilk temas noktası olarak, sağlık sisteminde temel bir işlev üstlenmektedir. Bu hizmetler aracılığıyla bireylerin sağlık durumu erken evrede değerlendirilmekte, kronik hastalıkların kontrolü sağlanmakta ve hastalar gereksiz yere ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmemektedir. Güçlü bir birinci basamak sistemi, bireylerin sağlık sorunlarını zamanında ve yerinde çözerek acil servislerin gereksiz kullanımını azaltmakta ve bu sayede sağlık sisteminin etkinliğini artırmaktadır (23).

## 2.9. Hasta Eğitimi ve Sağlık Okuryazarlığı Artırma Programları

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama ve bu bilgileri karar verme süreçlerinde etkili bir şekilde kullanabilme yetisini ifade eder. Hasta eğitimi ve sağlık okuryazarlığını artırma programları, bireylerin kendi sağlıklarını daha iyi yönetmelerini ve semptomlarını ayırt edebilme becerilerini geliştirmelerini sağlar. Bu sayede bireyler, hangi durumlarda acil servise başvurmaları gerektiğini daha doğru değerlendirebilir ve gereksiz başvuruların önüne geçilebilir. Ayrıca, bu programlar aracılığıyla toplumun sağlık hizmetlerini doğru kullanma bilinci artar ve sağlık sisteminin üzerindeki yük hafifletilir (24).

## 2.10. Dijital Sağlık ve Tele-Tıp Uygulamalarının Kullanımı

Dijital sağlık ve tele-tıp, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık hizmetlerinde kullanımını ifade eder. Telefonla takip, hastaların taburculuk sonrası durumlarının izlenmesi için denenen yöntemlerden biridir. Araştırmalar, telefonla takibin tekrar başvuru ya da yeniden yatış oranlarını azaltabildiğini ve hasta memnuniyetini artırabildiğini göstermektedir. Örneğin, Tayvan’da yürütülen bir telefonla takip projesinin sonuçları özellikle umut vericidir; çünkü acil servisten taburcu edilen hastaların tekrar başvuru oranı %5.38’den %3,3’e düşerken, hasta memnuniyetinde artış gözlemlenmiştir. Benzer bir çalışma Hong Kong’da yapılmış ve telefonla görüşülen hastaların sağlıklarında iyileşme hissettikleri ve daha düşük tekrar başvuru oranına sahip oldukları bildirilmiştir (15). ABD’de, eczacıların hastaneden taburcu edilen hastaları telefonla aradığı bir çalışmada, hastaların taburculuk talimatlarından daha memnun kaldığı ve AS tekrar başvuru oranlarının düştüğü görülmüştür. Çalışma süresince 756 hastadan 15’ine ilaç kullanımıyla ilgili yaşadıkları sorunların çözümünde yardımcı olunmuştur (15).

Genel olarak, insanlar ilgi görmekten hoşlanır ve birilerinin onlarla ilgilendiğini bilmek ister. Taburculuk sonrası hastaların durumu ile ilgili yapılan telefonla takip, hemşirelik rolü kapsamında değerlendirilebilir. Hastaneden taburcu edilen AS hastaları, hâlâ fiziksel rahatsızlık yaşayabilir ve bu durum, ek muayene ya da tedavi gerektirebilir. Telefonla takip sayesinde, hemşirelik desteği ve gerektiğinde tıbbi danışma yoluyla hastane, hastalarına hastane dışı ortamda daha iyi hizmet sunabilir. Zamanında sağlanan bakım, stresin hafifletilmesine, güvenliğin sağlanmasına ve destek hissinin oluşturulmasına yardımcı olur. Telefonla takip, taburcu edilen hastaların çevrelerine uyum sağlamalarına, geri dönüş randevularını hatırlamalarına ve topluma başarılı bir şekilde yeniden katılmalarına destek

olabilir. Bu tür müdahaleler bilimsel kanıtlarla desteklenmektedir ve tekrar başvuru sayısını azaltmak için etkili bir yöntem olarak önerilmektedir (15).

- Dijital sağlık, mobil sağlık (mHealth), elektronik sağlık kayıtları (EHR), yapay zekâ destekli teşhis sistemleri ve giyilebilir sağlık teknolojilerini kapsamaktadır. Bu teknolojiler, özellikle kronik hastalık yönetimi, uzaktan izleme, sağlık verilerinin analizi ve kişiselleştirilmiş tedavi planlarının geliştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (25).

- Tele-tıp, hasta ve sağlık çalışanlarının farklı fiziksel ortamlarda olduğu durumlarda görüntülü görüşme, mesajlaşma ve uzaktan tıbbi cihazlarla etkileşimi içeren hizmetler bütünüdür. COVID-19 pandemisi sürecinde, yüz yüze hizmetlerin kısıtlanmasıyla birlikte tele-tıp uygulamalarında büyük bir artış yaşanmıştır. Bu sistemler özellikle kırsal ve erişimi kısıtlı bölgelerde sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmıştır (26).

Sonuç olarak, dijital sağlık ve tele-tıp uygulamaları sağlık sistemlerinin dönüşümünde önemli bir rol oynamaktadır. Uygun stratejiler ve politikalarla desteklenirse, bu teknolojiler sağlık hizmetlerini daha erişilebilir, etkili ve sürdürülebilir hale getirebilir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'nde yürütölmüş retrospektif gözlemsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Yöntem**

Çalışmaya Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniğine 01.09.2024-31.11.2024 tarihleri arasında başvuran ve 7 gün içerisinde en az kez başvurusu bulunan 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilmiştir. Araştırma kriterlerine uymayan hastalar çalışmaya dâhil edilmemiştir. Çalışmamız tarihinde, Karar No: 2024-21/180 ile Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. Çalışma protokolü en son 2013 yılında güncellenen “Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler” kurallarına uygun olarak yürütöldü.

Acil Servise 01.01.2024- 31.11.2024 tarihleri arasında başvuran tüm hastalar taranacağından örneklem büyüklüğü hesaplaması yapılamamış ve evrenin tamamı çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya kapsamında hastaların yaşı, cinsiyeti , ilk geliş şikayeti ve sonraki 7 gün içerisinde tekrar başvurularındaki şikayetleri , sonlanım şekilleri ( yatış, taburcu , reçete ), varsa poliklinik başvuruları hastane sistemine kayıtlı dosya ve bilgisayar sisteminden geriye dönük olarak elde edildi ve daha önceden hazırlanmış olan çalışma formuna kaydedildi.

##### **3.2.1. Hastalar ve Verilerin Toplanması**

Çalışmamızda kullanılan veriler Ek 1'de verilen olgu rapor formuna kaydedilmiştir. Bu formda hastaların sosyodemografik özellikleri, ek hastalıkları, başvuru sonlanım şekilleri, muhtemel yeniden başvuru sebepleri kayıt altına alınmıştır.



### 3.2.2. Dahil Etme Kriterleri

İlk acil başvurusundan sonraki 7 gün içeirsinde tekrar başvurusu olan hastalar ve 18 yaş üstü hastalar

### 3.2.3. Dışlama Kriterleri

18 yaş altı hastalar

Adli Vakalar

Gebeler

Engelliler

İlk başvuruda kimliği tespit edilemeyen hastalar

Salgın dönemi ve doğal afet dönemindeki başvurular

Sonuç beklemeden tedavi ret ile ayrılan hastalar

Yara Pansumanı başvuruları

Kuduz profilaksisi amaçlı başvurular

Sonda değişimi amaçlı başvurular

Kendi mevcut enjeksiyon tedavisi uygulanması ile başvuran hastalar

İdrar veya kanda madde analizi amacıyla acil servise başvuran hastalar

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu ile başvuran hastalar

Belirlenen kriterleri karşılayan ve çalışmamızda verileri taranan toplam 27667 hastanın 4160 tanesinin (%15'inin) üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) nedeniyle başvurduğu tespit edilmiştir. Ancak ÜSYE mevsimsel dalgalanmalar gösteren, genellikle epidemiyolojik artışların gözlemlendiği ve kısa sürede çok sayıda tekrarlayan başvuruya neden olabilen bir hastalık grubudur. Çalışmamızın yürütüldüğü Eylül-Kasım 2024 tarihleri arasında özellikle solunum yolları hastalıklarında beklenen artış nedeniyle bu durum epidemiyolojik bir salgın dönemi olarak değerlendirilmiştir. Bu bağlamda ÜSYE kaynaklı başvurular, tekrarlayan başvuruların klinik çeşitliliğini ve neden-sonuç ilişkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmanın genel amacını sınırlayabilecek nitelikte homojen ve salgın karakterli bir alt grubu

temsil etmektedir. Ayrıca bu hasta grubundaki tekrar başvurular, bulaşıcı hastalıklar bağlamında halk sağlığına yönelik ayrı bir inceleme konusu olarak ele alınmalıdır. Bu nedenle ÜSYE tanısıyla başvuran hastalar çalışma dışı bırakılmıştır

#### **3.2.4. İstatiksel Yöntemler**

Çalışmanın istatistiksel analizleri *R* (sürüm 4.4.1, R Foundation for Statistical Computing) ve *JASP* (sürüm 0.19.0, University of Amsterdam, Netherlands) programları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Varyansların homojenliği testi Levene homojenlik testi ile test edilmiştir. Değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama  $\pm$  standart sapma, medyan (minimum–maksimum) ve frekans (n, %) olarak sunulmuştur. İki grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, çapraz tablo yapısı ve beklenen hücre frekansları dikkate alınarak Ki-kare (Chi-Square) testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

#### 4. BULGULAR

01.09.2024-30.11.2024 Tarihleri arasından AEÜ acil servisine yapılan toplam 23507 Başvuru incelenmiştir. Bu başvurular içerisinde Rekürren başvuru sayısı 795 (%3,4) olarak tespit edilmiştir.

Rekürren hastaların yaş ortalaması  $43.73 \pm 17,90$  yıl olarak saptanmıştır. Yaş dağılımı incelendiğinde, en genç hastanın 18, en yaşlı hastanın ise 97 yaşında olduğu ve yaş değerlerinin medyanının 41 yıl olduğu belirlenmiştir.

Rekürren başvuruların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 3), en yüksek başvuru oranının 25-44 yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir ( $n=322$ , %40.5). Bunu 45-59 yaş grubu %22.0 ( $n=175$ ), 18-24 yaş grubu %16.5 ( $n=131$ ), 60-75 yaş grubu %14.6 ( $n=116$ ) ve 75 yaş üzeri grubu %6.4 ( $n=51$ ) oranlarıyla takip etmiştir. Yaş aralıkları ile rekürrens arasındaki ilişki Ki-Kare testi ile değerlendirildiğinde, 25-44 yaş aralığındaki popülasyonun rekürren başvuru oranının daha fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Tablo 3:** Rekürren acil servis başvurularının yaş gruplarına göre dağılımı.

| Yaş grupları   | n (%)     |
|----------------|-----------|
| 18-24 yıl      | 131(16.5) |
| 25-44 yıl      | 322(40.5) |
| 45-59 yıl      | 175(22.0) |
| 60-75 yıl      | 116(14.6) |
| 75+            | 51(6.4)   |
| p <sup>#</sup> | <0,001    |

Tüm ve Rekürren Hasta Gruplarında Yaş ortalamaları ve grup Karşılaştırılmaları Tablo 4’de verilmiştir. Tüm hastalar arasında yaş ortalaması  $45.79 \pm 18.76$  yıl olarak belirlenmiş olup, yaş değerlerinin medyanı 44 yıl (min: 18 – maks: 101 yıl) olarak saptanmıştır. Rekürren başvuru yapan hastalarda ise yaş ortalaması  $43.73 \pm 17.90$  yıl, medyan yaş değeri ise 41 yıl (min: 18 – maks: 97 yıl) olarak bulunmuştur. Rekürren başvuru yapan hastaların yaş ortalamasının, tüm hastalara göre daha genç olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ).

**Tablo 4:** Tüm ve rekürren hasta gruplarında yaş dağılımının karşılaştırılması.

|          | Tüm                         | Rekürren                   | p     |
|----------|-----------------------------|----------------------------|-------|
| Yaş, yıl | 45.79±18.76<br>44.0(18-101) | 43.73±17.90<br>41.0(18-97) | 0.003 |

<sup>s</sup>: Mann-Whitney U

Cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde (Tablo 5), rekürren hasta grubunun %49.2'si erkek (n=391), %50.8'i kadın (n=404) idi. Rekürren olmayan hasta grubunda ise erkek oranı %45.5 (n=10336), kadın oranı %54.5 (n=12376) olarak tespit edilmiştir. Çalışma bulgularına göre erkek hastaların tekrarlayan başvuru yapma oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,041).

**Tablo 5:** Rekürren ve rekürren olmayan başvuruların cinsiyet dağılımının karşılaştırması

| Cinsiyet, n(%) | Rekürren<br>n=795 | Rekürren olmayan<br>n=22712 | p#    |
|----------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| Erkek          | 391(49.2)         | 10336(45.5)                 | 0,041 |
| Kadın          | 404(50.8)         | 12376(54.5)                 |       |

#: Ki-Kare

Hastaların 2. gelişlerinin günlere göre dağılımları Tablo 6'da verilmiştir. En erken 1. Gün en geç 7. Günde gelen bu hastaların 2. Geliş günlerine ait medyan değeri 2 dir. Hastaların tekrarlayan başvurularının en sık (%38.4) ilk başvurudan sonraki 2. günde gerçekleştiği saptanmıştır. Hastaların 2. gelişlerinin günlere göre dağılımları arasındaki farklılık istatistiki olarak anlamlıdır (p<0,001).

**Tablo 6:** Hastaların 2. başvurularının günlere göre dağılımı

| Rekürren Başvuru Günü | n(%)      |
|-----------------------|-----------|
| 1. Gün                | 153(19.2) |
| 2. Gün                | 305(38.4) |
| 3. Gün                | 107(13.5) |
| 4. Gün                | 75(9.4)   |
| 5. Gün                | 51(6.4)   |
| 6. Gün                | 56(7.0)   |
| 7. Gün                | 48(6.0)   |
| p <sup>#</sup>        | <0,001    |

#: Ki-Kare

Hastaların ikamet ettikleri yerlerin dağılımı incelendiğinde (Tablo 7), %91.9'unun (n=731) il merkezi sınırları içerisinde ikamet ettiği, %8.1'inin (n=64) ise ilçe veya il dışından başvurduğu saptanmıştır. İkamet yerine göre yapılan Ki-Kare testi sonucunda, merkezde ikamet eden hastaların daha sık başvurduğu saptanmıştır (p<0,001).

**Tablo 7: Hastaların ikamet ettiği yerler.**

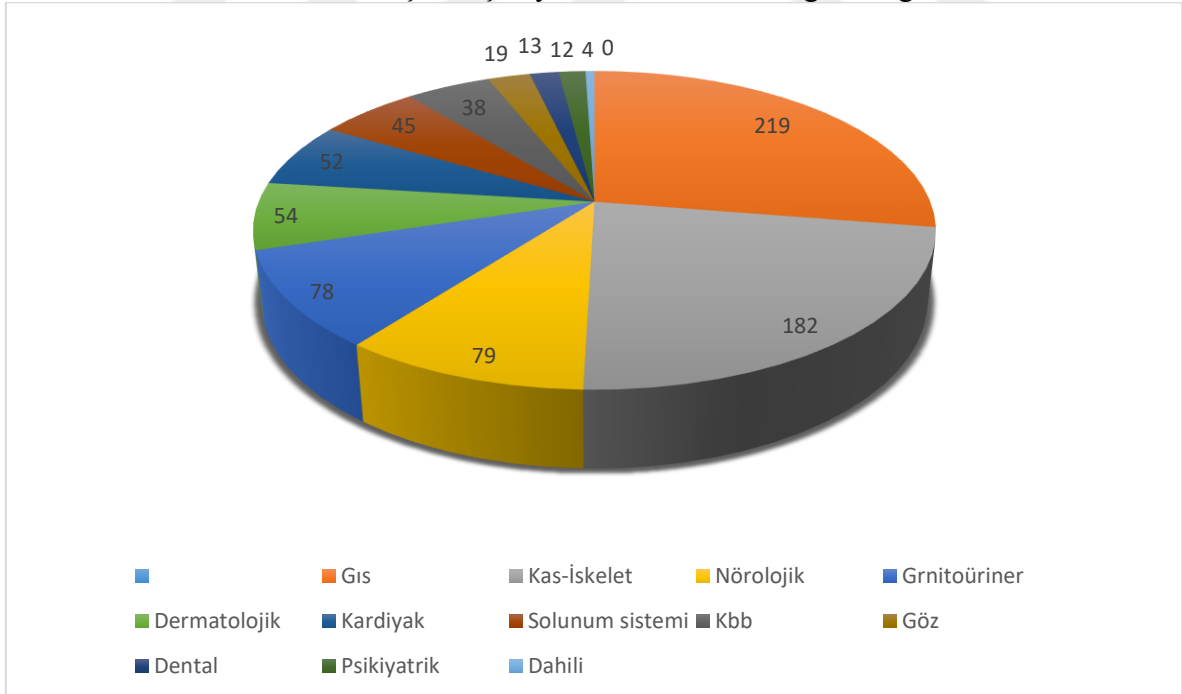
| İkamet         | n(%)      |
|----------------|-----------|
| Merkez         | 731(91.9) |
| İlçe-İl dışı   | 64(8.1)   |
| p <sup>#</sup> | <0,001    |

#: Ki-Kare

Hastaların ilk başvuru şikayetleri sistemlere göre sınıflandırıldığında (Tablo 8), en sık başvuru nedeninin gastrointestinal sistem (GİS) kaynaklı olduğu belirlenmiştir (%27,5, n=219). GİS şikayetlerini sırasıyla kas-iskelet sistemi (%22,9, n=182) ve nörolojik sistem şikayetleri (%9,9, n=79) izlemiştir.

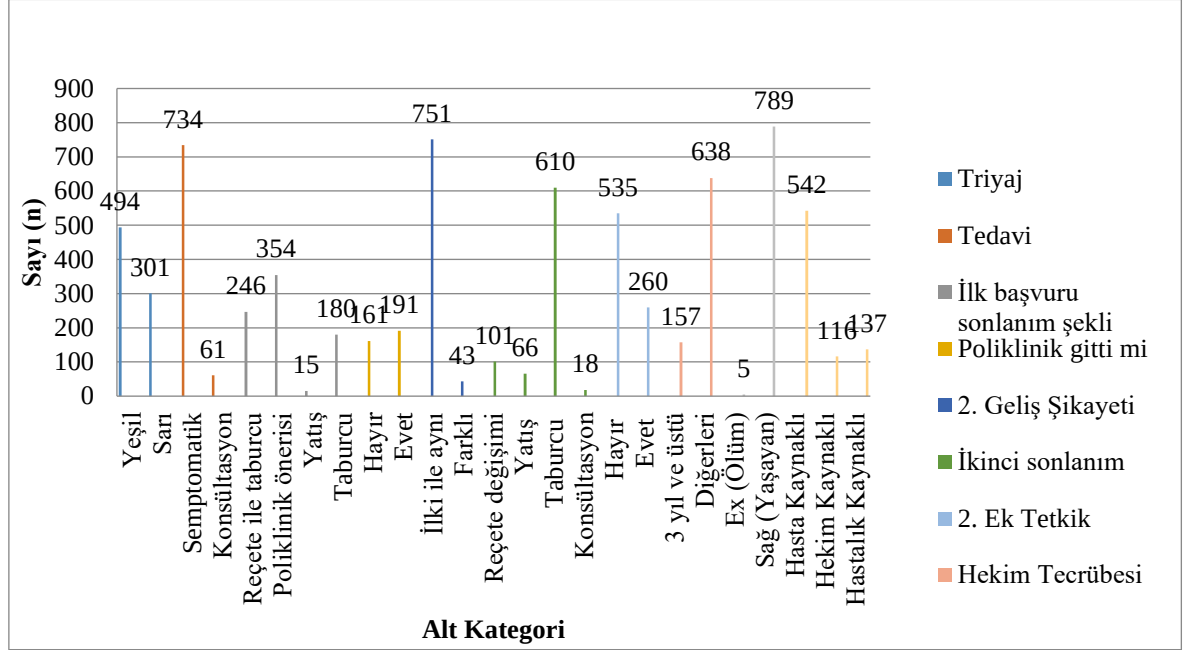
Diğer sistemlerde ise sıralama şu şekildedir: Genitoüriner sistem şikayetleri %9,8 (n=78), dermatolojik şikayetler %6,8 (n=54), kardiyak şikayetler %6.5 (n=52), solunum sistemi şikayetleri %5.7 (n=45), kulak burun boğaz (KBB) %4.8 (n=38), göz %2.4 (n=19), dental %1.6 (n=13), psikiyatrik %1.5 (n=12) ve dahili nedenler %0.5 (n=4).

İlk başvuru şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı açısından yapılan istatistiksel analiz sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,001).

**Tablo 8: İlk başvuru şikayetlerinin sistemlere göre dağılımı**

Rekürren başvuru yapan hastaların İlk ve İkinci Başvurularına İlişkin Klinik Yönetim Özellikleri Tablo 9’ da verilmiştir.

**Tablo 9:** Rekürren hastaların ilk ve ikinci başvurularına ilişkin klinik yönetim özellikleri



Hastaların triyaj kategorileri değerlendirildiğinde, tüm hastaların sarı veya yeşil triyaj kodunda olduğu, ilk başvuruda kırmızı kodlu triyaj başvurusu olmadığı görülmüştür. Bu başvuruların büyük çoğunluğunun yeşil triyaj kapsamında olduğu belirlenmiştir (n=494, %62.1). Sarı triyaj kapsamında değerlendirilen hasta sayısı ise n=301 olup, bu oran %37.9 olarak saptanmıştır. Düşük öncelikli triyaj kodu olan hastaların rekürren başvuru yapma oranının daha fazla olduğu görülmüş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

İlk başvuruda uygulanan tedavi yöntemleri incelendiğinde, hastaların %92.3'üne (n=734) semptomatik tedavi uygulandığı, %7.7'sine (n=61) ise konsültasyon yapıldığı belirlenmiştir. Bulgular, başvuru anındaki hastaların çoğunluğunun semptomatik tedaviyle yönetilebildiğini ve konsültasyon gerektiren olguların sayıca anlamlı ölçüde düşük olduğunu göstermektedir (p <0,001).

Hastaların ilk başvuru sonlanım şekli değerlendirildiğinde, hastaların %44.5'ine (n=354) poliklinik önerildiği, %30.9'unun (n=246) reçete ile taburcu edildiği, %22.6'sının (n=180) doğrudan taburcu edildiği ve %1.9'una (n=15) ise yatış yapıldığı tespit edilmiştir. Bu dağılım istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Poliklinik önerilen hastalar arasında öneriye uyum oranı incelendiğinde, %54.3'ünün (n=191) polikliniğe başvurduğu, %45.7'sinin (n=161) ise başvurmadığı tespit edildi. Hastaların büyük bir kısmı önerilen poliklinik başvurusuna gitmiştir; ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,110).

Hastaların ikinci gelişlerinde %94.6'sının (n=751) şikayetinin ilk başvuru ile aynı olduğu, %5.4'ünün (n=43) farklı bir şikayetle başvurduğu belirlenmiştir (p<0,001).

İkinci başvuru sonlanım şekli incelendiğinde, hastaların %76.7'si (n=610) taburcu edilmiş, %12.7'sine (n=101) reçete değişikliği yapılmış, %8.3'ü (n=66) yatırılmış ve %2.3'üne (n=18) konsültasyon yapılmıştır. Hastaların anlamlı bir bölümü ikinci başvurularında da taburcu edilmiştir. Bu dağılım istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Hastaların ikinci gelişlerinde ek tetkik istenme durumu analiz edildiğinde, %67.3'ünde (n=535) ek tetkik istenmediği, %32.7'sinde (n=260) ise ek tetkik yapıldığı belirlenmiştir. İlk başvuruda istenmeyip ikinci başvuruda istenen ek tetkik oranı belirlenmiş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Bu sonuç, ek tetkik istenmesi gereken hastaların doğru şekilde seçildiğini göstermektedir.

İlk başvuruda hastaya bakan hekimin deneyimi açısından, hastaların %19.7'sine (n=157) 3 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimler tarafından muayene edildiği, geri kalan %80.3'ünün (n=638) daha az deneyime sahip hekimler tarafından muayene edildiği saptanmıştır. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001).

Daha az deneyimli hekimler tarafından değerlendirilen hastalarda, ikinci başvuru nedeninin hekim kaynaklı olma oranı %87 iken; 3 yıl ve üzeri deneyime sahip hekimlerde bu oran %29'dur. Ancak, hekimin deneyimi ile muhtemel ikinci başvuru nedeni arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0.301).

Hastaların mortalite durumu değerlendirildiğinde, %0.6'sının (n=5) ex olduğu, %99.4'ünün (n=789) ise sağ olarak kaydedildiği tespit edilmiştir (p<0,001). Ex olan hastaların yaşlarının ortalama medyanı 74 olup en küçük hasta 59, en büyük hasta 83 yaşındadır. Ex olan toplam beş hastadan birinin ek hastalığı bulunmamaktadır; kalan dört hastada ise ek hastalık mevcuttur. Ek hastalığı olan hastalardan üçünde koroner arter hastalığı, birinde ise psikiyatrik hastalık saptanmıştır.

İkinci başvurunun olası nedenleri sorgulandığında, %68.2'sinin (n=542) hasta kaynaklı, %17.2'sinin (n=137) hastalık kaynaklı, %14.6'sının (n=116) ise hekim kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Hasta kaynaklı rekürren başvuru sayısı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).

İkinci başvurusunda yatışı yapılan hastaların başvuru nedenleri değerlendirildiğinde (Tablo 10), hastaların %93.9'unun (n=62) şikayetinin ilk başvuru ile aynı olduğu, yalnızca %6.1'inin (n=4) farklı bir şikayetle başvurduğu belirlenmiştir. Hastaların aynı şikayet ile tekrar başvuru yaptıklarında hastaneye yatışının yapılması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Muhtemel ikinci başvuru nedenleri analiz edildiğinde, yatışı yapılan hastaların %81.8'inin (n=54) başvurusunun hekim kaynaklı, %16.7'sinin (n=11) hastalık kaynaklı, yalnızca %1.5'inin (n=1) ise hasta kaynaklı olduğu değerlendirilmiştir. Yatış endikasyonu olan hastaların, ilk başvurularında hekim kaynaklı nedenlerle taburcu edildiği saptanmıştır. Bu durumun dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

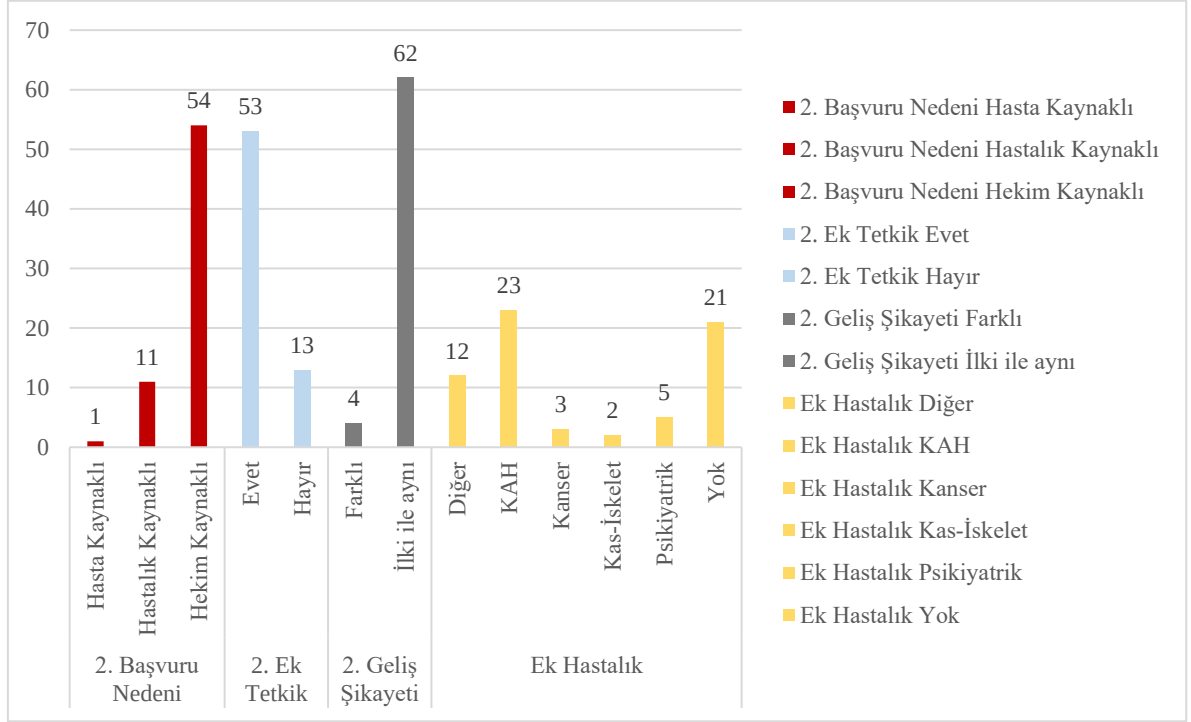
İkinci başvurusunda yatışı yapılan hastaların %80.3'e (n=53) ek tetkik yapıldığı, %19.7'sine (n=13) ise ek tetkik uygulanmadığı saptanmıştır. Ek tetkik isteme kararının, hastaların durumuna uygun olarak verildiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Ek hastalık durumu değerlendirildiğinde, hastaların %31.8'inde (n=21) ek hastalık bulunmazken; %34.8'inde (n=23) koroner arter hastalığı (KAH), %7.6'sında (n=5) psikiyatrik hastalıklar, %3.0'ında (n=2) kas-iskelet sistemi hastalıkları, %4.5'inde (n=3) kanser ve %18.2'sinde (n=12) diğer hastalıkların mevcut olduğu belirlenmiştir. Ek hastalıklara sahip olma durumu, hastalar arasında belirli bir düzende veya önemli bir farklılıkla görülmektedir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Bu hasta grubunda mortalite oranı %7.6 (n=5) olarak tespit edilirken, %92.4'ünün (n=61) sağ kaldığı kaydedilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,001$ ).



**Tablo 10:** İkinci başvurusunda yatışı gerçekleşen hastalarda şikâyet, ek tetkik ve başvuru nedeni analizi.



Hastaların ikinci başvurularındaki sonlanım şekli ile hastaya bakan hekimin mesleki deneyimi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 11), 3 yılı aşan hekimlik deneyimine sahip hekimlerin takip ettiği hastaların %10,8'inin (n=17) ikinci başvuruda yatış ile sonuçlandığı; 3 yıldan az deneyime sahip hekimlerin takip ettiği hastaların ise %7,7'sinin (n=49) ikinci başvuruda yatış ile sonuçlandığı belirlenmiştir. Ancak hekimin deneyimi ile ikinci başvurunun sonlanımı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,140).

**Tablo 11:** Hekim tecrübesine göre ikinci başvuru sonlanımları.

| Sonlanım Şekli  | 3 Yıl ve Üzeri (n, %) | 3 Yılın Altı (n, %) |
|-----------------|-----------------------|---------------------|
| Reçete Değişimi | 13 (8.3%)             | 88 (13.8%)          |
| Yatış           | 17 (10.8%)            | 49 (7.7%)           |
| Taburcu         | 125 (79.6%)           | 485 (76.0%)         |
| Konsültasyon    | 2 (1.3%)              | 16 (2.5%)           |

p = 0.140

#: Fisher-Freeman-Halton Exact Test

Rekürren başvuran hastalarda ek hastalık varlığı değerlendirildiğinde (Tablo 12), hastaların %62.8'inde (n=499) ek hastalık bulunmadığı belirlenmiştir. En sık görülen ek hastalık, koroner arter hastalığı (KAH) olup, bu hastalık %16.1 oranında (n=128) saptanmıştır. Psikiyatrik hastalıklar %9.6 (n=76), kas-iskelet sistemi hastalıkları %2.4 (n=19), maligniteler %1.6 (n=13) ve diğer hastalıklar ise %7.5 (n=60) oranında raporlanmıştır.

Hastaların mevcut komorbidite varlığı olması ile rekürren başvuru arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır ( $p<0,001$ ).

**Tablo 12:** Tekrarlayan başvurusu olan hastaların ek hastalıklarının dağılımları

| Ek Hastalık               |           |
|---------------------------|-----------|
| Yok                       | 499(62.8) |
| Koroner Arter Hastalığı   | 128(16.1) |
| Psikiyatrik Hastalıklar   | 76(9.6)   |
| Kas-Kemik Rahatsızlıkları | 19(2.4)   |
| Kanser                    | 13(1.6)   |
| Diğerleri                 | 60(7.5)   |
| $p^{\#}$                  | $<0,001$  |

$\#$ : Ki-Kare

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne yedi gün içinde rekürren başvuru yapan hastaların demografik, klinik ve sistemsel özellikleri değerlendirildi. Bulgularımız, literatürdeki benzer çalışmalarla örtüşen ve bazı yönleriyle ayrışan dikkat çekici sonuçlar ortaya koymuştur. Elde edilen bulgular, yalnızca yerel hasta profilini değil, aynı zamanda genel sağlık sistemi işleyişine dair önemli ipuçları sunmaktadır. Tartışma bölümünde, bu bulgular literatürle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Toplam 23507 Başvuru incelenmiştir. Bu başvurular içerisinde Rekürren başvuru sayısı 795 (%3.4) olarak tespit edilmiştir. Literatürde rekürren başvuru oranı düşük bulunan çalışmalardan Lerman ve ark. çalışmasında bu oran %0,39, Gill ve ark. çalışmasında ise %0,47 olarak bildirilmiştir.(27,28) Lerman ve ark.'nın çalışmasındaki düşük oran, çalışmanın oldukça eski tarihte yapılmış olmasına bağlanabilirken; Gill ve ark.'nın çalışmasında ise araştırmanın Virginia'da gerçekleştirilmiş olması ve bu bölgede sağlık sistemine bağlı olarak tüm başvuruların acil servise kabul edilmemesi, düşük oranın nedeni olarak değerlendirilebilir.

Literatürde bu konuyla ilgili çalışmaların genellikle nüfus yoğunluğu yüksek ve acil servisleri yoğun olan ülkelerde (örneğin Çin, Tayvan, Singapur) yapıldığı görülmektedir. Tayvan'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada rekürren başvuru oranı %5,47 olarak saptanmıştır(29). 2014 yılında yine Tayvan'da yapılan bir derlemede bu oran, diğer ülkelere kıyasla yüksek bulunmuş ve bu durumun nedeni olarak başvuru sayısının fazlalığı gösterilmiştir. Örneğin, Tayvan'da 1992 yılında acil servis başvuru sayısı 3 milyon iken, 2012 yılında bu sayı 12 milyona ulaşmıştır. Bu durum, Tayvan sağlık sisteminin hizmet sunumunu büyük ölçüde üçüncü basamak sağlık kurumları üzerinden gerçekleştirmesi ve yerel pratisyen hekimlere daha az dayalı olmasıyla ilişkilendirilmektedir (15) Bu ülkeler, uzun vadede ortaya çıkabilecek acil servis kapasite yetersizliği ve artan hasta yükü gibi sorunlara yönelik politikalar geliştirmeyi hedeflemiştir. Benzer sorunların ilerleyen yıllarda Türkiye'de de ortaya çıkabileceği öngörüldüğünden, bu alandaki çalışmaların artırılması ve sağlık geliştirme politikalarının oluşturulması gerekmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular, rekürren başvuru yapan hastaların yaş ortalamasının, tüm başvuran hastaların yaş ortalamasına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir. Bu durum, tekrarlayan başvuruların yalnızca ileri yaş grubu ve kronik hastalık öyküsü olan bireylerle sınırlı kalmadığını ortaya koymaktadır. Özellikle 25–44 yaş aralığındaki bireylerin en sık başvuran grup olarak öne çıkması, genç yetişkinlerin de acil sağlık hizmetlerini yoğun biçimde kullandığını göstermektedir. Türkiye’de tamamlanmış iki çalışmanın sonuçları da bu bulguları destekler niteliktedir. Gazi Üniversitesi tarafından 2016 yılında yürütülen bir çalışmada, ilk başvurudan sonraki 72 saat içinde acil servise tekrar başvuran hastaların %85,1’inin 65 yaş altı olduğu bildirilmiştir (12). Benzer şekilde, Akdeniz Üniversitesi tarafından 2006 yılında gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise, ilk başvurudan sonraki 5 gün içinde tekrar başvuran hastaların yaş ortalaması 42,9 olarak saptanmıştır (30). Uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda da benzer eğilimler gözlenmektedir. Örneğin, 2016 yılında Singapur’da yapılan retrospektif bir çalışmada, 72 saat içinde tekrar başvuran 3065 hastanın %37,29’unun (yani yaklaşık üçte birinin) 21–40 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir(16) . Farklı ülkelerde yapılan çeşitli araştırmaların da benzer sonuçlar ortaya koyması, rekürren başvuruların yalnızca ulusal bir sağlık sistemi sorunu olmadığını, aynı zamanda küresel ölçekte ele alınması gereken yapısal bir mesele olduğunu düşündürmektedir.

Bu durum, genç nüfustaki sağlık okuryazarlığı eksikliği, gereksiz veya alışkanlık hâline gelmiş başvuru eğilimleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklarla ilişkili olabilir. Söz konusu yaş grubunun aktif çalışma hayatında bulunması, zaman kısıtı nedeniyle acil servisleri diğer sağlık hizmetlerine kıyasla daha kolay ulaşılabilir bir alternatif olarak tercih etmelerine yol açabilmektedir. Genel kanının aksine, tekrar başvuruların yaşlı bireylerde daha yaygın olması beklenirken; elde edilen bulgular, genç bireylerin sağlık hizmeti kullanım biçimlerinin farklılaştığını ve bu grubun da özgün yaklaşımlar gerektiren stratejilerle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda 2.gelişinde hastaneye yatan hastaların ortalama yaşı 60,5 olup, 65 yaş üstü hastaların oranı %40,91 bulunmuştur. Geriatrik hastalar mortalite ve morbidite açısından riskli hastalar olduğu için rekürren başvuru içerisinde en yüksek riskli alt grubu oluşturur(27) Bu hastalar genellikle daha ağır klinik tabloya sahip olup, mortalite ve morbidite açısından daha dikkatle izlenmesi gereken bireylerdir.

Acil servisten taburcu edilen yaşlı hastalarla ilgili yapılan bazı çalışmalar, bu hastaların taburculuktan sonra bakıma ihtiyaç duyduklarını, ileri dönemlerde hastaneye yatış ve ölüm oranlarının arttığını, ayrıca genç hastalara kıyasla acil servise yeniden başvuru oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir (31) Son 3 ay içerisinde acil servis başvurusu olan yaşlı hastaların %10 oranında mortalitesinin arttığı ve fonksiyonel kapasitesinin belirgin azaldığı bulunmuştur (32).

Araştırmalar, geriatrik hastalarda görülen fiziksel kısıtlılıkların yaklaşık %75'inin acil servislerde göz ardı edildiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, geriatrik hastalardaki işlevsel gerilemenin acil servis koşullarında sıklıkla fark edilemediği, acil servis hekimlerinin bu gerilemelerin yalnızca yarısını tespit edebildiği saptanmıştır(32) . Bu durumun temel nedeni, acil servis işleyişindeki yapısal ve iş gücü kaynaklı yetersizliklerdir. Bu sorunların tespit edilmemesi, değerlendirilmemesi ve uygun yönlendirmelerin yapılmaması, hastaların tekrar acil servise başvurmaya ve/veya olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına yol açabilir (31)

Cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde, çalışmamızda erkek hastaların rekürren başvuru yapma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Yalnızca yaşlı popülasyonu kapsayan çalışmalarda ise farklı sonuçlar bildirilmiştir. McCusker ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada tekrar başvuran hastaların %58,3'ünün, Caplan ve arkadaşlarının çalışmasında %62'sinin ve Gelder ve ark. tarafından 2018 yılında gerçekleştirilen araştırmada %55,5'inin kadın olduğu raporlanmıştır (19) , (33),(18) .Bununla birlikte, yalnızca yaşlı bireyler değil, tüm erişkin nüfusu kapsayan bazı çalışmalarda erkek cinsiyetin daha yüksek oranlarda rekürren başvuru yaptığı görülmektedir. Örneğin, 2010 yılında Tayvan'da yapılan bir çalışmada, erkek bireylerin tekrar başvuru oranı %51,8 olarak belirlenmiş ve bu oran çalışmamızın bulgularıyla benzerlik göstermektedir (29). Söz konusu farklılıklar, kadın bireylerin daha uzun yaşam süresine sahip olması gibi demografik etkenlerle ilişkili olabilir. Ayrıca cinsiyete bağlı sağlık arama davranışlarının ve hizmete erişim dinamiklerinin farklılık göstermesi, bu sonuçları etkileyen diğer önemli faktörler arasında değerlendirilebilir.

İkamet yeri ile rekürren başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Merkezde ikamet eden hastaların, çevre il ve ilçelerde yaşayanlara kıyasla daha fazla tekrar başvuru yaptığı saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ile açıklanabilir. Merkezde yaşayan bireyler hastaneye ulaşım açısından avantajlı olduklarından, daha hızlı ve sık şekilde başvuru yapabilmektedir. Bu durum aynı zamanda, merkeze yakın bölgelerde

acil servise alternatif sağlık hizmetlerinin (aile hekimliği, poliklinikler vb.) etkin kullanımının da sorgulanmasını gerektirmektedir.

Rekürren başvurusu olan hastaların en sık başvuru nedenleri incelendiğinde, çalışmamızda ilk sırada gastrointestinal sistem (GİS) kaynaklı şikayetlerin yer aldığı, bu grup içinde ise en yaygın semptomların karın ağrısı ile bulantı-kusma olduğu belirlenmiştir. GİS şikayetlerini sırasıyla kas-iskelet sistemi ve nörolojik sistem kaynaklı başvurular izlemiştir. Diğer başvuru nedenlerinin sıralaması ise şu şekildedir: genitoüriner sistem şikayetleri, dermatolojik yakınmalar, kardiyak problemler, solunum sistemi semptomları, kulak-burun-boğaz hastalıkları, gözle ilgili sorunlar, diş kaynaklı problemler, psikiyatrik şikayetler ve diğer dahili nedenler.

Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde, Akdeniz Üniversitesi'nde gerçekleştirilen bir araştırmada en sık rekürren başvuru nedeni baş ağrısı olarak saptanmış; bunu ikinci sırada karın ağrısı izlemiştir (30). Gazi Üniversitesi ve Bülent Ecevit Üniversitesi'nin ortaklaşa yürüttüğu bir başka çalışmada ise en sık tekrar başvuru nedeni GİS kaynaklı şikayetler, ardından solunum sistemi ve kas-iskelet sistemi semptomları olarak bildirilmiştir (12). Bu iki örnek, Türkiye'deki durumu yansıtmaktadır.

Farklı ölkelerde gerçekleştirilen çalışmalarla karşılaştırıldığında ise, Singapur'da yapılan bir çalışmada ilk bakışta kardiyak şikayetlerin en sık başvuru nedeni olduğu görölmektedir. Ancak bu çalışmada GİS semptomları; intestinal enfeksiyonlar, karın ağrısı ve gastrit gibi alt başlıklarda ayrı ayrı değerlendirildiği için böyle bir sonuç ortaya çıkmıştır. GİS ile ilişkili şikayetler bütöncöl şekilde ele alındığında, bu çalışmada da en yaygın başvuru nedeninin GİS kaynaklı olduğu anlaşılmaktadır (16). Benzer şekilde, Tayvan'da yürütölen bir başka araştırmada da en sık rekürren başvuru şikayetinin karın ağrısı olduğu bildirilmiştir (29).

Bu bulgular ışığında, karın ağrısının pek çok farklı hastalığa eşlik edebilen, spesifik olmayan bir semptom olması, onu rekürren başvurularda öne çıkaran temel etkenlerden biri olabilir. Ayrıca, GİS kaynaklı şikayetlerin bu denli ön planda olması, gastrointestinal mikrobiyota üzerine yapılacak yeni ve kapsamlı çalışmalara olan ihtiyaı da ortaya koymaktadır.

Hastaların ikinci başvurularında şikayetlerin %94.6 oranında ilk başvuru ile aynı olması, ilk başvurularda tanı ya da tedavi yetersizliğine işaret edebileceği gibi, hastalığın doğal seyri veya sistemsel kayıt hatalarıyla da ilişkili olabilir.

Son yıllarda yapılan birçok araştırma ve uygulamalarla hasta yoğunluğu ve hasta bekleme süreleri azaltılmak hedeflenmiştir. Aynı şikâyetle tekrar başvuruların olması acil servislerin yoğunluğunu artıran nedenlerden bir tanesidir. Sadece ilk üç gün içerisinde aynı şikâyetle tekrar başvuru oranları %1 ile %5.7 arasında saptanmıştır.<sup>1</sup> Yoğunluk arttıkça hastalara ayrılan zaman kısıtlanmakta olduğundan, “yoğunluk - hastaya ayrılan zamanın azalması - aynı şikâyetle tekrar başvurular” arasında bir kısır döngü oluşmaktadır (30)

Rekürren başvurular arasında aynı şikayetle gelen hastaların ikinci başvurularındaki yatış oranı, farklı şikayetle başvuranlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde de aynı şikayetle tekrar başvuran hastalarda hastaneye yatış oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (8) 2016 Gazi Üniversitesinde yapılan çalışmada; tekrarlayan başvuruların çoğunun aynı ve/veya geçmeyen semptomlarla başvurduğu gözlemlenmiş. Tekrar başvurudaki hastaneye yatış oranının ise aynı şikayetle başvuran hastalarda daha fazla olduğu tespit edilmiş. Sonuç olarak aynı şikayetle başvurudaki yatış oranının daha yüksek olma sebebi doktorun ilk gelişindeki yanlış tanısıyla ilişkili olabileceği gibi ICD ( İnternational Clasifcation of Disease) kodunun hastane sistemine yanlış girilmesi de olabilir. Her iki durumda da acil servise başvuran tüm hastaların tıbbi geçmişinin dikkatlice incelenmesinin, hastalara tanıları ve tedavileri hakkında detaylı bilgi verilmesinin ve bu verilerin doğru kaydedilmesinin ne kadar önemli olduğunu görüyoruz.(12)

Literatürde, aynı şikayetle tekrar başvuran hastaların önemli bir bölümünün kontrol altında olunmasını gerektiren klinik durumlarla başvurduğu, hastalara yeterli bilgilendirme yapılmadığında bu başvuruların arttığı bildirilmektedir. Bu bağlamda, acil servisten taburcu edilen ve tekrar başvuru riski yüksek olan hastaların yakın dönem poliklinik takibi, telefonla izlem ya da evde sağlık hizmetleriyle izlenmesi önerilmektedir (8)

Çözüm olarak hastaların ve hastalıkların risk gruplarına ayrılarak, düşük riskli hastaların kontrol amacıyla sağlık ocakları, kurum hekimleri veya aile hekimliği gibi takip edilebilir birimlere yönlendirilmesi, bu tür kontrol başvurularının acil servisleri gereksiz yere meşgul etmesini önleyebilir. Triaaj kategorisi düşük, yani aciliyeti az olan hastalar bu doğrultuda taburcu edilebilir; ayrıca telefon danışmanlığı gibi alternatif takip yöntemlerinin araştırılması da uygun bir yaklaşım olabilir (30). Acil servisten taburcu edilen hastalara, hangi polikliniğe ne zaman başvurmaları gerektiğinin açıklanması, sisteme diğer hekimler

tarafından da görülebilecek şekilde hasta notu eklenmesi ve gerekli durumlarda uygun tarihler için randevu alınmasının sağlanması, olası çözüm yaklaşımlarından biri olabilir (30)

Hastaların taburculuk sürecinde aile hekimleriyle iletişimin sağlanması ve uygun toplum temelli hizmetlere yönlendirilmesi, işlevsel kaybın azaltılması, hastaneye yeniden yatış oranlarının düşürülmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanması açısından etkili bir yöntemdir. Taburculuk sonrasında bakım sürekliliğinin sağlanamaması, acil servise rekürren başvuruların olası nedenlerinden biridir ve bu durum, yalnızca hastaları değil; aile bireylerini ve genel toplumu da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu sorun, hastalar açısından artan fiziksel ve ruhsal stresin yanı sıra maddi yükleri de beraberinde getirir. Ayrıca, aile bireylerinin üstlenmiş olduğu bakım sorumluluğu, uzun vadede bakım verenlerin iş performanslarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Toplumsal açıdan bakıldığında ise, acil servise yapılan tekrarlayan başvurular sağlık sisteminin iş yükünü artırmakta, sağlık harcamalarında artışa yol açmakta ve dolaylı olarak hem aile bütçelerine hem de kamu kaynakları üzerinden tüm vergi mükelleflerine ek mali yük getirmektedir. Hızla yaşlanan nüfus göz önüne alındığında, bu tür uygulamaların sağlık sistemlerinde öncelikli olarak hayata geçirilmesi gerekmektedir (19)

Triyaj kodlamasında, hastaların büyük çoğunluğunun yeşil kategoride yer alması (n=494, %62.1), düşük aciliyetli başvuruların rekürrens açısından önemli bir yük oluşturduğunu göstermektedir. Bu hastaların % 80,97 si ek tetkik yapılmadan acil servisten tekrar taburcu edilmiş, % 14,57 si reçete değişimi ile taburcu edilmiş, % 1.2 si bir uzmana konsülte edilmiş yine %1.2 sine ise yatış yapılmıştır. Bu durum bize hastaların taburculuk esnasında tanı ve tedavi doğru olsa dahi bilgilendirme ve taburculuk sonrası takibe ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, dünya genelinde acil servislerde gözlenen benzer eğilimlerle uyumludur (29) Ancak Türkiye'deki oranların daha yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum, acil servislerin gereksiz kullanımı konusunda ulusal düzeyde politika geliştirilmesini gerekli kılmaktadır. Bu bulgu, acil servislerin önemli bir kısmının acil olmayan başvurularla meşgul edildiğine işaret etmektedir. Yeşil triyaj grubundaki hastaların gereksiz yere acil servise başvurması hem iş yükünü artırmakta hem de gerçek acil durumlar için kaynakların etkin kullanımını engellemektedir. Literatürde bu durum, tüm dünyada artan acil servis yükünün temel nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir. Acil olmayan ve sık başvuran hastaları araştıran çeşitli çalışmalar olmasına rağmen, bu hastaların AS yoğunluğuna etki eden bağımsız risk faktörü olduğuna dair çok az kanıt bulunmaktadır(34)



Rekürren başvuruların en sık ikinci günde gerçekleşmiş olması (medyan = 2 gün), hastalara verilen tedavi ve önerilerin kısa süre içinde yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Özellikle semptomatik tedavi alan ve poliklinik kontrolü önerilen hastaların, bu kadar kısa sürede randevu alıp etkin bir tedavi süreci yaşaması mümkün değildir. Bu da tekrar başvuruların kaçınılmaz hale gelmesine neden olabilir. Özellikle aynı şikâyetle başvuran hastaların ilk 48 saat içinde acil servise yeniden başvurma eğiliminde olduğu saptanmıştır. Bu durum, hastalığın beklenen seyri içinde semptomların geçmemesi, önerilen tedavilerin etkinliğinin henüz görülmemesi veya hastaların tedaviye yönelik beklentilerinin karşılanmaması gibi nedenlerle açıklanabilir. Farklı şikâyetle gelen hastaların ikinci başvuruları ise daha geç bir zamanda, ortalama 2.9 gün sonra gerçekleşmiştir. Bu bulgu, ikinci başvurunun içeriği ve zamanlamasının hastalığın seyrine göre şekillendiğini ortaya koymaktadır.

Hastaların ikinci başvurularının %68.2'sinin hasta kaynaklı, %17.2'sinin hastalık kaynaklı, %14.6'sının ise hekim kaynaklıdır.

İkinci başvurunun olası nedenlerinin %68,2 oranında hasta kaynaklı olarak değerlendirilmesi, sağlık okuryazarlığı, tedaviye uyumsuzluk ve gereksiz başvuru davranışlarını gündeme getirmektedir. Eğitim durumu ve sosyokültürel seviyesi düşük olan hastalar, standart acil servis taburcu belgelerini okuyamayabilir, ekonomik engeller hastaların taburculuk önerilerine uymasını zorlaştırıyor olabilir (ilaç fiyatları, beslenme önerileri vb gibi.) Hastaya bakım verenin olmaması da ciddi bir sorun olabilir—özellikle kronik tıbbi hastalıkları olan ve bu hastalıkları kişisel bir doktorun takibiyle yönetilmesi gereken hastalar için (17)

Ancak hekim kaynaklı nedenlerin %14.6 gibi azımsanmayacak oranda olması ve özellikle ikinci gelişinde hastaneye yatırılan vakaların %81.8'inde hekim kaynaklı nedenlerin ön planda bulunması, 5 tanesinin ex olması, ex olan tüm hastaların hekim kaynaklı faktörler olması, ilk başvurularda tanı, tedavi veya bilgilendirme eksikliklerinin ciddi sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, rekürren başvuruların yalnızca beşte birinden daha azının hekim kaynaklı faktörlerden kaynaklandığı bulunmuştur. Hekim kaynaklı tekrar başvurular toplam vakaların azınlığını oluştursa da, bu hastaların önemli bir kısmında yeniden değerlendirme sırasında ciddi tıbbi sorunların mevcut olduğu görülmüştür. Yine bu konuda yapılan benzer bir çalışmada hekimle ilişkili 28 tekrar başvurunun (%30) hastaneye acil yatış gerektirdiği, üç hastanın ise yoğun bakım ihtiyacı duyduğu bildirilmiştir; ancak bu hastaların hiçbirinde ölüm gerçekleşmemiştir (17)

Hekim deneyiminin, ikinci başvuruya neden olan etkenler üzerindeki rolü incelendiğinde; 3 yıldan az deneyime sahip hekimlerin hastalarında hekim kaynaklı nedenlerin daha fazla olması dikkat çekmiştir. Bizim çalışmamızda rekürren başvurusu olan hastaların sayıca büyük bir kısmına 3 yıldan az tecrübesi olan hekimler baktığı için istatistiki olarak anlamlı bir değerlendirilme yapılamamıştır. Bu durum, deneyim faktörünün tek başına belirleyici olmadığını ancak eğitim ve denetimin önemini ortaya koymaktadır.

Hekim hatalarının azaltılması amacıyla; hastanın taburcu edilmeden önce kıdemli bir hekimle birlikte zorunlu olarak değerlendirilmesi, acil servis kayıtlarında doğru ve eksiksiz belgelendirmenin sağlanması, sık veya ciddi hataların görüldüğü vakalarla ilgili olarak acil servis temelli eğitim konferanslarının düzenlenmesi ve dosya inceleme sorumluluğunun dönüşümlü olarak yürütülmesi gibi önlemler uygulanabilir (17) Sonuç olarak acil servise rekürren başvuran hastalarla ilgilenen sağlık çalışanları, hastaların sorunlarını dikkatli bir şekilde yönetmekle sorumludur. Bu hastalar daha yüksek ölüm oranlarına sahiptir ve tıbbi hatalardan veya hasta memnuniyetsizliğinden kaynaklanan tıbbi ve hukuki sorunlar açısından yüksek risk altındadır. Bu tür sorunlar özellikle rekürren başvurunun bir tıbbi hatadan, daha önceki yetersiz bakımdan ya da yoğun bakım ünitesine yatış gerektiren ciddi bir durumdan kaynaklanması durumunda daha olasıdır. Personelin bu tür vakaların olası hukuki sonuçlarının farkında olması gerekir (15)

Rekürren başvurusu olan hastaların %62,8'inde herhangi bir ek hastalık bulunmamasına rağmen, ikinci başvurusunda hastaneye yatışı gerçekleştirilen hastaların %68,2'sinde en az bir komorbid durumun mevcudiyeti dikkat çekicidir. Bu hastalar arasında en sık karşılaşılan ek hastalık koroner arter hastalığı (KAH) olurken, ikinci sıklıkta görülen komorbiditenin psikiyatrik hastalıklar olması kayda değer bir bulgudur. Bu bulgu KAH , Psikiyatrik hastalıklar veya diğer komorbiditeye neden olan eşlik hastalığı bulunan hastaların ilk başvurularında ve taburculuklarında daha dikkatli olmamız gerektiğini gözler önüne sermektedir. Literatürde yer alan benzer nitelikteki çalışmalarda ise rekürren başvuru yapan hastalarda en yaygın eşlik eden hastalıkların hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve maligniteler olduğu bildirilmiştir (30) , (12). Bu farklılık, çalışmalarda kullanılan kayıt sistemleri ve veri toplama yöntemlerindeki heterojenlikten kaynaklanıyor olabilir.

Rekürren başvuruda bulunan her hasta klinik açıdan ağır seyir göstermese de, eşlik eden hastalığı olan rekürren hastaların hastaneye yatış oranlarının anlamlı ölçüde daha yüksek

olduğu gör÷lmektedir. Bu durum, komorbiditelerin hastalık seyrini olumsuz yönde etkileyerek klinik tabloyu daha karmaşık hale getirdiği ve dolayısıyla tedavi ile izlem gereksinimini artırdığı şeklinde değeriendirilebilir. Klinik uygulamada, rekürren başvuruların değeriendirilmesi sırasında özellikle ek hastalığı bulunan bireylerin daha dikkatli ve kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiği; bu hastalarda yatış ihtimalinin yüksek olduğunun göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne yedi gün içerisinde rekürren başvuru yapan hastaların demografik, klinik ve sistemsel özellikleri analiz edilmiştir. Toplam 23.507 başvuru arasında rekürren başvuru oranı %3,4 olarak saptanmıştır. Rekürren başvuruların hem bireysel sağlık çıktıları hem de sağlık sisteminin etkinliği açısından önemli sonuçlar doğurduğu görülmüştür.

Çalışma bulguları, rekürren başvuruların yalnızca yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerle sınırlı olmadığını, genç yetişkinlerin de yoğun şekilde tekrar başvurduğunu ortaya koymuştur. Özellikle 25–44 yaş grubunun öne çıkması, acil servislerin yalnızca ileri yaş grubu tarafından değil, genç nüfus tarafından da aktif biçimde kullanıldığını göstermektedir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ve bireylerin sağlık arama davranışlarıyla yakından ilişkilidir.

İkinci başvurusunda hastaneye yatırılan hastaların yaş ortalamasının yüksek olması ve bu grubun önemli bir bölümünde komorbiditelerin bulunması, özellikle geriatrik ve kronik hastalıkları olan bireylerin daha dikkatli değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca hastaların büyük bir çoğunluğunun ikinci başvurusunun, ilk başvurudaki şikayetle aynı olması; tanı, tedavi ya da bilgilendirme sürecinde yetersizlik olasılığını gündeme getirmiştir.

Cinsiyet, ikamet yeri ve başvuru nedenleri gibi parametreler rekürren başvuru eğilimini etkileyen önemli faktörler arasında yer almıştır. Erkek bireylerin daha yüksek oranlarda tekrar başvuruda bulunması; merkezde ikamet eden bireylerin hastaneye daha sık ulaşabilmesi gibi nedenler, demografik değişkenlerin sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım biçimleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Acil serviste yapılan triyaj kodlaması sonuçları, hastaların büyük bir kısmının düşük aciliyetli (yeşil triyaj) başvurularla geldiğini ortaya koymuştur. Bu durum, acil servislerin acil olmayan nedenlerle meşgul edildiğini ve sağlık sisteminde ciddi bir kaynak kullanım sorununu beraberinde getirdiğini göstermektedir.

Hekim kaynaklı tekrar başvuruların azımsanmayacak düzeyde olması, taburculuk öncesi değerlendirme süreçlerinin güçlendirilmesi ve deneyimsiz hekimlerin desteklenmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Ayrıca, sistematik kayıt eksiklikleri ve hastalara yeterli bilgilendirme yapılmaması gibi etkenler hem hasta güvenliği hem de sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından sorun yaratmaktadır.

Tüm bu bilgilere dayanarak sunulabilecek çözüm önerileri şunlar olabilir: Genç yaş grubuna yönelik sağlık okuryazarlığı programları geliştirilerek, bireylerin sağlık hizmetlerini daha doğru kullanmaları teşvik edilmelidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği artırılmalı, özellikle merkezde yaşayan bireyler için aile hekimliği sisteminin daha etkin hale getirilmesi sağlanmalıdır.

Geriatrik hastalar için özel değerlendirme protokolleri geliştirilmeli, işlevsel gerileme ve fiziksel kısıtlılık gibi sorunlar taburculuk öncesi dikkatle ele alınmalıdır.

Günümüzde hızla yaşlanan nüfus göz önüne alındığında, acil servisler artık yaşlı bireylerin değerlendirildiği ve yönetildiği bir birim olarak yeniden konumlandırılmalıdır. Bu bağlamda, triyaj sürecinde 65 yaş üstü bireyler için geriatri ölçeklerinin uygulanması klinik süreçlere önemli katkı sağlayabilir. Taburculuk sonrası izlem sistemleri (örneğin telefon takibi, evde bakım hizmetleri, erken dönem poliklinik kontrolleri) yaygınlaştırılarak tekrar başvuru riski azaltılmalıdır.

## 7. KISITLILIKLAR

Literatürdeki çoğu çalışma güney Asya daki nüfusça kalabalık ülkelerde veya ABD gibi sağlık sistemi farklı ülkelerde yapılmış. Türkiyede yapılmış çalışma sayısının az olması çalışmamız esnasında fark ettiğimiz bir durum oldu ve çalışmamızın il bazında yapılan bir çalışma olması çalışmanın tüm Türkiye' ye genellenebilirliğini, diğer illerle kıyaslanmasını engellemiştir.

Rekürren başvurular ile ilgili çok sayıda başvuru geriatrik popülasyonda yapılmış olup genç nüfusun acil servislere çok başvuru yapmasıyla ilgili çalışmaların yetersiz olması faydalanabilir kaynak miktarının düşük olmasına neden olmuştur.

## KAYNAKLAR

1. Rising KL, Padrez KA, O'Brien M, Hollander JE, Carr BG, Shea JA. Return Visits to the Emergency Department: The Patient Perspective. Ann Emerg Med [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2025 Jul 30];65(4):377-386.e3. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196064414006222>
2. McCusker J, Healey E, Bellavance F, Connolly B. Predictors of repeat emergency department visits by elders. Academic Emergency Medicine. 1997;4(6):581–8.
3. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Review: Emergency department use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. Vol. 68, Medical Care Research and Review. 2011. p. 131–55.
4. KHOSROSHAHI AN. A Prospective Approach On Emergency Service Design In Hospitals. MEGARON / Yıldız Technical University, Faculty of Architecture E-Journal. 2019;
5. T.C. Resmî Gazete. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Yönetmeliği. 1980 May.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı. Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu. ankara; 2010.
7. Mitchell R, O'reilly G, Banks C, Nou G, Mckup JJ, Kingston C, et al. Triage systems in low-resource emergency care settings.
8. Lowthian J, Straney LD, Brand CA, Barker AL, De Villiers Smit P, Newnham H, et al. Unplanned early return to the emergency department by older patients: The Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. Age Ageing. 2016 Mar 1;45(2):255–61.
9. Institute of Medicine. Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. 2006.
10. Related T, Related N. REVISITS Keith et al "IOURS Head and neck Chest Abdominal Musculoskeletal Soft tissue (includes lacerations) Environmental Ophthalmologic Respiratory Cardiovascular Gastrointestinal Genitourinary Hematologic-oncologic

Musculoskeletal Neurologic Psychiatric Metabolic Dermatologic-allergic Obstetric-gynecologic ENT Ophthalmologic Toxicologic Infectious Postoperative complications.

11. Lerman B, Kobernick MS. RETURN VISITS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT. Vol. 5, The Journal of Emergency Medicine. 1987.

12. Hocagil AC, Bildik F, Kılıçaslan İ, Hocagil H, Karabulut H, Keleş A, et al. Evaluating unscheduled readmission to emergency department in the early period. *Balkan Med J*. 2016 Jan 1;33(1):72–9.

13. Hughes G. A&E quality indicators. Vol. 29, *Emergency Medicine Journal*. 2012. p. 90.

14. Capp R, Kelley L, Ellis P, Carmona J, Lofton A, Cobbs-Lomax D, et al. Reasons for Frequent Emergency Department Use by Medicaid Enrollees: A Qualitative Study. *Academic Emergency Medicine*. 2016 Apr 1;23(4):476–81.

15. Han CY, Chen LC, Barnard A, Lin CC, Hsiao YC, Liu HE, et al. Early Revisit to the Emergency Department: An Integrative Review. *J Emerg Nurs*. 2015 Jul 1;41(4):285–95.

16. Chan AHS, Ho SF, Fook-Chong SMC, Lian SWQ, Liu N, Ong MEH. Characteristics of patients who made a return visit within 72 hours to the emergency department of a Singapore tertiary hospital. *Singapore Med J*. 2016 Jun 1;57(6):301–6.

17. “Bounces”: An Analysis of Short-Term Return Visits to a Public Hospital Emergency Department.

18. de Gelder J, Lucke JA, de Groot B, Fogteloo AJ, Anten S, Heringhaus C, et al. Predictors and Outcomes of Revisits in Older Adults Discharged from the Emergency Department. *J Am Geriatr Soc*. 2018 Apr 1;66(4):735–41.

19. McCusker J, Roberge D, Vadeboncoeur A, Verdon J. Safety of discharge of seniors from the emergency department to the community. *Healthc Q [Internet]*. 2009 [cited 2025 Aug 25];12 Spec No Patient:24–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19667774/>

20. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara; 2024.

21. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes K V., Solberg LI, Lurie N, Camargo CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med [Internet]*. 2003 Aug 1 [cited 2025 Jul 30];42(2):173–80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019606440300444X>



22. Kodner DL, Spreeuwenberg C. This article is published in a peer reviewed section of the [Internet]. Vol. 2, International Journal of Integrated Care. 2002. Available from: <http://www.ijic.org/>
23. BARBARA STARFIELD LS and JM. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 2005;83(3):457–502.
24. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2025 Jul 30];67(12):2072–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953608004577?via%3Dihub>
25. Dorsey ER, Topol EJ. Telemedicine 2020 and the next decade. *The Lancet* [Internet]. 2020 Mar 14 [cited 2025 Aug 25];395(10227):859. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171399/>
26. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, et al. Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Telemed Telecare*. 2020 Jun 1;26(5):309–13.
27. Martin-Gill C, Reiser RC. Risk factors for 72-hour admission to the ED. *American Journal of Emergency Medicine*. 2004 Oct;22(6):448–53.
28. Lerman B, Kobernick MS. RETURN VISITS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT. Vol. 5, *The Journal of Emergency Medicine*. 1987.
29. Wu CL, Wang FT, Chiang YC, Chiu YF, Lin TG, Fu LF, et al. Unplanned Emergency Department Revisits within 72 Hours to a Secondary Teaching Referral Hospital in Taiwan. *Journal of Emergency Medicine*. 2010 May;38(4):512–7.
30. Oktay C, Tür Çalışkan F. Evaluation of Revisits to an Emergency Department [Internet]. 2006. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/311592993>
31. Mccuskel J, Healey E, Bellavance F, Connolly B, Mccusker J. Prior presentation: 111 part at the Quebec Geriatric Society Annual Scientific Meeting. Vol. 6, *Can J Geriatr*. 1997.
32. Deschodt M, Devriendt E, Sabbe M, Knockaert D, Deboutte P, Boonen S, et al. Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: A prospective cohort study. *BMC Geriatr*. 2015 Apr 26;15(1).

33. Caplan GA, Brown A, Croker WD, Doolan J. Risk of admission within 4 weeks of discharge of elderly patients from the emergency department-the DEED study [Internet]. Vol. 27, Age and Ageing. 1998. Available from: <http://ageing.oxfordjournals.org/>
34. Hoot NR, Aronsky D. Systematic Review of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, and Solutions. Vol. 52, Annals of Emergency Medicine. Mosby Inc.; 2008.



## EKLER

### Ek-1. Olgu Rapor Formu

**Araştırmanın Adı:** Acil Servise Tekrarlayan Başvurusu Olan Hastaların İstatiksel Analizi

**Dosya No:**

**Yaşı:**

**Cinsiyeti:**

**İkameti:** merkez (1) / ilçe-il dışı (2)

**İlk başvuru tarihi ve saati:**

**Sorumlu hekimin kıdem sıralaması:** 3 yıl ve üstü (1) / diğerleri (2)

**İlk başvuru triyaj rengi:** YEŞİL: 1 SARI: 2

**İlk başvuru Şikayeti:**

|                 |    |
|-----------------|----|
| DAHİLİ          | 1  |
| DENTAL          | 2  |
| DERMATOLOJİK    | 3  |
| GRNİTOÜRİNER    | 4  |
| GIS             | 5  |
| GÖZ             | 6  |
| KARDİYAK        | 7  |
| KBB             | 8  |
| MUSKULOSKETELAL | 9  |
| NÖROLOJİK       | 10 |
| PSİKİYATRİK     | 11 |
| SOLUNUM SİSTEMİ | 12 |

#### İLK BAŞVURUDA TEDAVİ

|              |   |
|--------------|---|
| SEMPATOMATİK | 1 |
| KONSÜLTASYON | 2 |

**İlk başvuru sonlanım şekli:**

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| REÇETE İLE TABURCU | 1                          |
| POLİKLİNİK ÖNERİSİ | 2 GİTMİŞ Mİ 1 , GİTMEMİŞ 0 |
| YATIŞ              | 3                          |
| TABURCU            | 4                          |

**Ek Hastalıkları:**

|     |                                                                                          |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|
| VAR | KAH (1) PSİKİYATRİK HASTALIKLAR (2) KAS-KEMİK HASTALIKLARI (3) KANSER (4 ) DİĞERLERİ (5) |
| YOK | 0                                                                                        |

**İkinci başvuru şikâyeti ilki ile**

|        |   |
|--------|---|
| AYNI   | 1 |
| FARKLI | 2 |

**2. başvurudaki Sonlanım Türü:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| REÇETE DEĞİŞİMİ | 1 |
| YATIŞ           | 2 |
| TABURCU         | 3 |
| KONSÜLTASYON    | 4 |

**Tanısı:**

|              |                          |
|--------------|--------------------------|
| İLK GELİŞ    | DİREK TANI ÖNEMLİ        |
| İKİNCİ GELİŞ | İLKİ İLE AYNİ 1 FARKLI 0 |

**Mortalite: Son 30 gün içerisindeki sağ kalım**

|     |   |
|-----|---|
| SAĞ | 1 |
| EX  | 0 |

**2. Başvuruda ek tetkik istendi mi**

|       |   |
|-------|---|
| EVET  | 1 |
| HAYIR | 0 |

**2. Başvuru Nedeni ( Hasta Beyanı)**

|                   |   |
|-------------------|---|
| HASTA KAYNAKLI    | 1 |
| HEKİM KAYNAKLI    | 2 |
| HASTALIK KAYNAKLI | 3 |

**Sorumlu Araştırmacı : Dr. Öğr. Üyesi Canan ŞAHİN**

**SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                          |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>KARAR BİLGİLERİ</b> | <b>Karar No: 2024-21/180</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Tarih: 24/12/2024</b> |
|                        | Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tamsayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Ancak Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın onay yazısı alındıktan sonra çalışmaya başlanabilir. |                          |

| SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU |                                                              |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI</b>                  | Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesi |
| <b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:</b>             | Doç. Dr. Recai DAĞLI                                         |

24/12/2024 tarihinde aşağıdaki kişiler toplantıya katılmışlardır.

| Unvanı/Adı/Soyadı               | Uzmanlık Alanı                | Kurumu                                                       | Cinsiyet                                 |                                          | Araştırma ile ilişki          |                               | Katılım *                     |                                          | İmza      |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-----------|
| Doç. Dr. Recai DAĞLI            | Anesteziyoloji ve Reanimasyon | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input checked="" type="checkbox"/> |           |
| Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN | Tıp Tarihi ve Etik            | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input checked="" type="checkbox"/> |           |
| Doç. Dr. Mümtaz DADALI          | Üroloji                       | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |
| Dr. Öğr. Üyesi Gülhan ÜNLÜ      | Tıbbi Farmakoloji             | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input type="checkbox"/>            | K<br><input checked="" type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |
| Dr. Öğr. Üyesi Murat DOĞAN      | Aile Hekimliği                | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |
| Doç. Dr. Anıl ÖZÜDOĞRU          | Fizyoterapi ve Rehabilitasyon | KAEO Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO                       | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |
| Uzm. Dr. Levent ÖZCAN           | Halk Sağlığı Uzmanı           | Kırşehir Toplum Sağlığı Merkezi/Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            | Katılmadı |
| Dr. Öğr. Üyesi Seda KOÇAK       | Fizyoloji                     | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input type="checkbox"/>            | K<br><input checked="" type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            | Katılmadı |
| Doç. Dr. Fatma ERGÜN            | Beslenme ve Diyetetik         | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi   | E<br><input type="checkbox"/>            | K<br><input checked="" type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |
| Dr. Öğr. Üyesi Aydan KÖYSÖREN   | Nöroloji                      | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fak.                     | E<br><input type="checkbox"/>            | K<br><input checked="" type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |
| V.H.K.I. Yasin KILIÇ            | Memur                         | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi TÖMER Merkezi                | E<br><input checked="" type="checkbox"/> | K<br><input type="checkbox"/>            | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/> | E<br><input type="checkbox"/> | H<br><input type="checkbox"/>            |           |

\*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI  
İmza: \_\_\_\_\_

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

**SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

|                                  |                                                                              |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI            | "Acil Servise Tekrarlayan Başvuruları Olan Hastaların İstatistiksel Analizi" |
| VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU |                                                                              |

|                             |                  |                                                                                                  |
|-----------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b> | ETİK KURULUN ADI | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu |
|                             | AÇIK ADRESİ:     | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Bağbaşı Yerleşkesi Merkez/KIRŞEHİR                 |
|                             | TELEFON          | 0386 280 3924                                                                                    |
|                             | FAKS             | 0386 280 5007                                                                                    |
|                             | E-POSTA          | tipetikkurul@ahievran.edu.tr                                                                     |

|                                 |                                                                                        |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>        | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI                                      | Dr. Öğr. Üyesi Canan ŞAHİN                     |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI                                      | Acil Tıp                                       |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ                                    | Kırşehir                                       |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI                                                  |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | DESTEKLEYİCİ                                                                           |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için) |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ                                                       |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER                                                          | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>                             |
|                                 |                                                                                        |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
|                                 |                                                                                        |                                                |                                       |                                            |                                                                   |
| <b>DEĞERLENDİRİLEN BELGELER</b> | Belge Adı                                                                              | Tarihi                                         | Versiyon Numarası                     | Dili                                       |                                                                   |
|                                 | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ                                                                    | 09.12.2024                                     | 1                                     | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                 | BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU                                                    |                                                |                                       | Türkçe <input type="checkbox"/>            | İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                 | OLGU RAPOR FORMU                                                                       | 09.12.2024                                     | 1                                     | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |
|                                 | ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ                                                                      |                                                |                                       | Türkçe <input type="checkbox"/>            | İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> |

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Recai DAĞLI  
İmza:

*Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.*

## ÖZGEÇMİŞ

| Kişisel Bilgiler |                   |
|------------------|-------------------|
| Adı Soyadı       | Şükriye GÜL ERSOY |
| Doğum Yeri       | KIRŞEHİR          |
| Doğum Tarihi     |                   |
| Uyruğu           | T.C.              |
| Telefon          |                   |
| E-Posta Adresi   |                   |

| Eğitim Bilgileri |                     |
|------------------|---------------------|
| Lisans           |                     |
| Üniversite       | Ankara Üniversitesi |
| Fakülte          | Tıp Fakültesi       |
| Bölümü           | Tıp                 |
| Mezuniyet Yılı   | 2019                |

| Yüksek Lisans    |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| Üniversite       | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi |
| Enstitü Adı      |                                 |
| Anabilim Dalı    | Acil Tıp                        |
| Programı         |                                 |
| Mezuniyet Tarihi |                                 |

| Makale ve Bildiriler |  |
|----------------------|--|
|                      |  |