

**T.C.
ADİYAMAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSLERİN AMACINA UYGUN KULLANILMAMASINA İLİŞKİN
ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN DENEYİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜNEŞ MUTLU

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. YASEMİN ALTINBAŞ**

ADİYAMAN, 2025

ÖZET

ACİL SERVİSLERİN AMACINA UYGUN KULLANILMAMASINA İLİŞKİN ACİL SERVİS HEMŞİRELERİNİN DENEYİMLERİ

Güneş MUTLU

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Şubat/2025, Sayfa: 127

Danışman: Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

Bu çalışma acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin acil servis hemşirelerinin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma nitel olarak yürütülmüş, araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılıp fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir. Çalışmanın örneklemini bir Devlet Hastanesi'nin acil servisinde çalışan 25 hemşire oluşturmuştur. Veriler hemşire tanıtım formu ve yarı yapılandırılmış görüşme soru formu ile toplanmıştır. Görüşmeler katılımcıların bilgisi ve onayı dâhilinde ses kaydına alınmıştır. Veriler betimsel/tematik analiz yöntemi ile MAXQDA 2024 programıyla gerçekleştirilmiştir. Bulgular 12 tema altında toplanmıştır. Çalışma sonucunda ortaya çıkan ana bulgulara göre; acil servisler 16.00-00.00 zaman dilimleri arasında amacına uygun kullanılmamaktadır. Acil servislere başvurular çoğunlukla üst solunum yolu enfeksiyonlarının belirti ve bulguları, enjeksiyon uygulamaları ve pansumanlar nedeniyle olmaktadır. Bu durumu etkileyen faktörler ise daha çok hızlı yanıt alma isteği ve bilinçsizliktir. Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması hem hemşireleri hem hastaları hem de kurumu etkilemektedir. Tedavilerde aksama ve gecikmeler, etkin ve kaliteli hizmet alamama, sosyal, fiziksel ve psikolojik sorunlar, maddi külfet, güvenlik problemleri bu etkilerdendir. Tüm bu sorunlar değerlendirildiğinde acil servislerin uygunsuz kullanımıyla ilgili sorunlar saptanmalı ve sorunların çözümleri gerçek verilerle yapılacak analitik çalışmalarla arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis; Hemşire; Hasta; Acil servise başvuru; Uygunsuz kullanım

ABSTRACT

EXPERIENCES OF EMERGENCY DEPARTMENT NURSES REGARDING THE IMPROPER USE OF EMERGENCY DEPARTMENTS

Güneş MUTLU

Department of Nursing Essentials

Adıyaman University, Graduate Education Institute, February/2025, Page: 127

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Yasemin ALTINBAŞ

This study was conducted to determine the experiences of emergency department nurses regarding the inappropriate use of emergency departments. The research was conducted qualitatively, purposeful sampling method was used in the research and phenomenological approach was adopted. The sample of the study consisted of 25 nurses working in the emergency department at a State Hospital. Data were collected with a nurse introduction form and a semi-structured interview questionnaire. The interviews were audio recorded with the knowledge and consent of the participants. The data were analyzed using MAXQDA 2024 program with descriptive / thematic analysis method. The findings were grouped under 12 themes. According to the main findings of the study; emergency departments are not used for their intended purpose mostly between 16.00-00.00. Most of the visits to emergency departments are due to the signs and symptoms of upper respiratory tract infections, injections and dressings. The factors affecting this situation are mostly the desire for a quick response and lack of awareness. Failure to use emergency services for their intended purpose affects both nurses, patients and the institution. These effects include disruptions and delays in treatment, inability to receive effective and quality service, social, physical and psychological problems, financial burden and security problems. When all these problems are evaluated, problems related to inappropriate use of emergency services should be identified and their solution should be increased with analytical studies to be conducted with real data.

Keywords: Emergency service; Nurse, Patient; Emergency department admission; Improper use.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, her zaman güler yüzle karşılayan, motive edici konuşmalarıyla beni her konuda cesaretlendiren, akademik gelişimime büyük katkı sağlayan değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Yasemin ALTINBAŞ'a,

Yüksek Lisans eğitimim sürecinde bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan çok kıymetli hocalarım Prof. Dr. Süleyman BAYRAM'a, Doç. Dr. Ceyda BAŞOĞUL' a

Beni her konuda destekleyen, her zaman yanımda olan, türlü fedakârlıklarla bugünlere gelmemi sağlayan kıymetli babam Müslüm MUTLU ve annem Zahide MUTLU' ya ve tez sürecinde beni motive etmek için yanımda ders çalışan, her zaman yanı başımda olan kardeşlerim Berivan MUTLU, Alev MUTLU ve Zeynal Abidin MUTLU' ya

Yüksek lisans yapmak için beni cesaretlendiren, tez sürecinde desteklerini her zaman yanımda hissettiğim çok değerli arkadaşım Ayşe Gül KARABABA'ya,

Çalışmamı yürütmüş olduğum hastaneye ve çalışmama katılım sağlayan gönüllü katılımcıların hepsine teşekkür ederim.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın Adıyaman Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile arandığını ve hiçbir şekilde “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

(İmza)

Güneş Mutlu

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
BAŞLIK SAYFASI.....	i
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Tıp	3
2.2. Acil Servis Tanımı	4
2.3. Acil Servis İşlevleri	4
2.4. Acil Servislerinin Sınıflandırılması.....	5
2.4.1. I. seviye acil servis.....	5
2.4.2. II. seviye acil servis	5
2.4.3. III. seviye acil servis	6
2.5. Acil Servis Hizmetlerinin Özellikleri	6
2.6. Triyaj Sistemi ve Acil Servislerde Triyaj	7
2.7. Gerçek Acil.....	8
2.8. Acil Servis Hemşiresi.....	10
2.9. Acil Servislerin Kullanım Amacı ve Etkileyen Faktörler	12

2.10. Acil Servise Başvuru Nedenleri ve Önemi.....	13
2.11. Acil Servise Başvuru Sıklığı.....	13
2.12. Acil Servise Başvuran Hastaların Bireysel Özellikleri.....	14
2.13. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı.....	15
2.14. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri	17
2.15. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Sonuçları	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3.1. Araştırmaya alınma kriterleri.....	19
3.3.2. Araştırmadan çıkarılma kriterleri.....	20
3.4. Veri Toplama Araçları.....	23
3.4.1. Hemşire tanıtım formu.....	23
3.4.2. Görüşme formu.....	23
3.5. Veri Toplama Süreci ve Yöntemi	24
3.6. Verilerin Analizi	25
3.7. Araştırma Sınırlılıkları	25
3.8. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği.....	25
3.8.1. Geçerlik	25
3.8.2. Güvenirlik	26
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR	28
4.1. Hemşire Tanıtım Formu'na (EK-1) Yönelik Bulgular	33
4.1.1. Tema 1. Acil servisin amacına uygun kullanılma durumu.....	33
4.1.2. Tema 2. Acil servisin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri	39
4.1.3. Tema 3. Acil servisin amacına uygun kullanılmama oranı	44

4.2. Görüşme Formuna (EK- 2) Yönelik Bulgular	47
4.2.1. Tema 4. Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomları.....	47
4.2.2. Tema 5. Etkileyen faktörler	57
4.2.3. Tema 6. Hasta üzerine etkileri	62
4.2.4. Tema 7. Konu ile ilgili düşünceler.....	68
4.2.5. Tema 8. Amacına uygun durum/olay/semptomlar	73
4.2.6. Tema 9. Baş etme yol ve yöntemleri.....	78
4.2.7. Tema 10. Hemşire üzerine etkileri	83
4.2.8. Tema 11. Kurum üzerine etkileri.....	100
4.2.9. Tema 12. Çözüm önerileri	105
5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER	113
5.1. Sonuç.....	113
5.2. Tartışma	113
5.3. Öneriler.....	121
KAYNAKÇA	123
EKLER	
ÖZ GEÇMİŞ	

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.1. Katılımcı profili.....	20
Tablo 3.2. Görüşme formu (EK- 2)	23



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 4.1.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin acil servis hemşirelerinin deneyimleri ile ilgili tema, alt tema ve kodlar	29
Şekil 4.2.	Acil servisin amacına uygun kullanılması durumuna ait tema ve kodları.....	34
Şekil 4.3.	Katılımcı profiline göre acil servislerin amacına uygun kullanılması durumu temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	37
Şekil 4.4.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması temasına ait kod trendleri.....	38
Şekil 4.5.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimlerine ait tema ve kodları.....	39
Şekil 4.6.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	42
Şekil 4.7.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına ait kod trendleri.	43
Şekil 4.8.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmama oranına ait tema ve kodları	44
Şekil 4.9.	Acil servisin amacına uygun kullanılmaması oranı temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	45
Şekil 4.10.	Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranı temasına ait kod trendleri.	46
Şekil 4.11.	Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlara ait tema ve kodlar.....	48
Şekil 4.12.	Katılımcı profiline göre uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlar tema ve alt kodlarındaki katılımcı ifade yoğunluğu.....	54
Şekil 4.13.	Uygunsuz başvuru durum/ olay/ semptomları temasına ait kod trendleri.	56
Şekil 4.14.	Etkileyen faktörler temasına ait kodlar	57
Şekil 4.15.	Etkileyen faktörler temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	60
Şekil 4.16.	Etkileyen faktörler temasına ait kod trendleri.....	61
Şekil 4.17.	Hasta üzerine etkileri kategorisine ait tema ve kodlar	62
Şekil 4.18.	Hasta üzerine etkileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	66
Şekil 4.19.	Hasta üzerine etkileri temasına ait kod trendleri.	67
Şekil 4.20.	Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli	68
Şekil 4.21.	Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kodlar ve katılımcı ifade yoğunluğu.	71

Şekil 4.22. Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kod trendleri.	72
Şekil 4.23. Amacına uygun durum/ olay/ semptomlar temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli.	73
Şekil 4.24. Amacına uygun durum/olay/semptom kategorisine ait katılımcı ifade yoğunluğu.	76
Şekil 4.25. Amacına uygun durum/ olay/ semptomlar temasına ait kod trendleri.	77
Şekil 4.26. Baş etme yol ve yöntemleri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli.	78
Şekil 4.27. Baş etme yol ve yöntemleri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.	81
Şekil 4.28. Baş etme yol ve yöntemleri kategorisine ait kod trendleri.	82
Şekil 4.29. Hemşire üzerine etkileri temasına ait hiyerarşik kod-alt kod modeli.	84
Şekil 4.30. Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli.	85
Şekil 4.31. Hemşire üzerine etkileri teması ve psikolojik etkileri koduna ait alt kod trendleri.	88
Şekil 4.32. Hemşire üzerine etkileri teması, psikolojik etkileri kodu ve alt koduna ait katılımcı ifadesi yoğunluğu	89
Şekil 4.33. Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli	90
Şekil 4.34. Hemşire üzerine etkileri teması, fiziksel etkileri koduna ait alt kod trendleri.....	93
Şekil 4.35. Hemşire üzerine etkileri teması, fiziksel etkileri kodu ve alt kodlarına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	94
Şekil 4.36. Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli.	95
Şekil 4.37. Hemşire üzerine etkileri teması, sosyal etkileri koduna ait katılımcı ifade yoğunluğu	98
Şekil 4.38. Hemşire üzerine etkileri teması, sosyal etkileri koduna ait alt kod trendleri.....	99
Şekil 4.39. Kurum üzerine etkileri temasına ait kod-alt kod bölümler-modeli.....	100
Şekil 4.40. Kurum üzerine etkileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	103
Şekil 4.41. Kurum üzerine etkileri temasına ait kod trendleri.	104
Şekil 4.42. Çözüm önerileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli.....	105
Şekil 4.43. Çözüm önerileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu.....	110
Şekil 4.44. Kod bulutu	111
Şekil 4.45. Temaların ve kodların tüm belgelerde toplam kullanımı.....	112

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AS	: Acil Servis
ATH	: Acil Tıp Hizmeti
ASİ	: Acil Şiddet İndeksi
MTS	: Manchester Triyaj Sistemi
ATS	: Avustralya Triyaj Sistemi
KTS	: Kanada Triyaj Sistemi
ACEP	: Amerikan Acil Tıp Hekimleri Yönetim Kurulu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
AGE	: Akut Gastroenterit
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu
İV	: İntravenöz

1. GİRİŞ

Acil servisler (AS) acil yardım sisteminin üçüncü ve en organize basamağında yer almakta olup acil servislerin acil durum gerektiren akut ataklarda, kaza ve yaralanma gibi ciddi sorunlarda komplikasyonların, mortalite ve morbiditenin önlenmesinde kullanılması gerekmektedir (Araslı vd., 2014: 19 ; Aydın vd., 2010: 163; Sztrymf vd., 2011: 1785). Ayrıca hizmet kapsamı genişleyen acil servislerin hem hastane öncesi hem de hastane sonrası olmak üzere tıbbi yardım ve yönlendirme, sağlık hizmet ekiplerine eğitim verme, halk sağlığına yardım, afet durumlarında eylem planıyla sahada bulunma, tanı koyma, tedavi etme, taburculuk ve sevk gibi birçok işlevi vardır (http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_service. Erişim Tarihi: 15.10.2024; http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_department. Erişim Tarihi: 15.10.2024). Ancak acil serviste tedavinin hızlı olması, bireylerin poliklinikte sıra beklemek istememesi, acil kavramının yeterince bilinmemesi, hastanın kendi sağlık durumundan endişe etmesi gibi nedenlerle acil servisler amacı dışında da kullanılabilir (Çopur vd., 2022: 554; İncesu vd., 2016: 6). Bu durum acil servislerde verilen sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkileyip kalabalıklaşma, iş yükünün artması, memnuniyetin azalması, hasta-çalışan etkileşiminin zayıflaması, tedavide aksaklık ve maliyette artma gibi sorunlara sebep olup acil olana öncelik verme önemi taşıyan acil servislerin işlevlerini yerine getirmesine engel olmaktadır (Çopur vd., 2022: 554; İncesu vd., 2016: 5).

Acil servislere erişimin kolaylaşmasıyla acil servislere başvuru sıklığı da artmıştır (Eryılmaz, 2007: 1). Literatürdeki çalışmaların da gösterdiği gibi acil servislere başvuran hasta sayısı polikliniklere başvuran hasta sayısından fazla olup bireylerin bazı saatlerde daha sık geldiği görülmektedir (Payza, 2020: 253). Bu saatlerin literatürde daha çok mesai saatleri dışında olduğu, nedeninin ise acil servislerin mesai dışında da hizmet vermesi olduğu belirtilmiştir (İncesu vd., 2016: 10).

Acil servislerin kullanımı hasta bireyin sosyodemografik özellikleri gibi faktörlerden etkilenmekte ve acil servise başvuran hastaların bu bireysel özelliklerine bakıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim düzeyi ile ilgili birbirinden farklı veriler bulunmaktadır. Acil servise başvuran hastaların yaş gruplarına ve başvuru nedenlerine bakıldığında geriatrik hasta grubu daha çok solunum sistemi hastalıkları ve kardiyak problemlerle başvurmuş ve başvuruların büyük kısmını oluşturan yaş grubunun 18-44 yaş grubu arasında olduğu belirlenmiştir. Acil servise başvuru yapan bireylerin cinsiyetlerine bakıldığında başvuru ve

cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çevik ve Tekir, 2014: 103; Şimşek, 2018: 95). Çalışmaların bazılarında bekar bireylerin, bazılarında ise evli bireylerin acile daha çok başvuru yaptığı görülmüştür. Gelir düzeyiyle ilgili olarak da bazı çalışmalar düşük gelir düzeyine sahip kişilerin, bazı çalışmalar ise yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin daha çok başvuru yaptığını ortaya koymaktadır (Aslan, 2023: 6; Bilgili ve Öncü, 2021: 79).

Acil servislere yapılan başvurular çeşitli faktörlerden etkilense de acil bakım gerektirmeyen sağlık sorunları nedeniyle yapılan başvurular uygunsuz kullanıma sebep olmakta ve beraberinde getirdiği sorunların çözüme kavuşturulması gerekmektedir (Edirne vd., 2008: 107). Acil servislerin uygunsuz kullanımıyla birlikte yaşanan hasta artışına yönelik olumsuz sonuçları önlemek adına artan hizmet talebi uzman kişilerce yönetilmeli, artış devam ediyorsa kaynaklar arttırılmalı, sorunun nasıl çözüleceğine dair araştırma çalışmaları yapılmalıdır (Breen ve McCann, 2013: 182; Durand vd., 2011: 344). Bu araştırma acil servis hemşirelerinin acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Çalışmamız acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının nedenleri ve acil servis hizmetlerinin yürütülmesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesine hizmet edecek, böylece acil sağlık hizmetlerine yönelik oluşturulan politikaların şekillenmesine katkı sağlayabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp

Hasta ayırımı gözetmeksizin acil bir durum ve yaralanma anında gerekli tedavi ve tedaviye yönelik yönlendirmeler ve bununla birlikte acil durumların önlenmesi için faaliyet gösteren klinik tıp uygulaması olan acil tıp, akut bir hastalık ve yaralanmanın başlamasından hastaların tedavisi, gerekliyse ileri tetkik ve tedavi için nakli ve taburculuğuna kadar devam eden bir süreçten oluşur. Acil tıp hizmeti (ATH) kapsamında yer alan bu uygulamalar ise bu alanda iyi eğitim almış, yeterli sayıda personelle mümkün olacaktır (American College of Emergency PHY, 1986).

ATH' nin kalitesini arttırmak, daha iyi hizmet verebilmek ve tüm dünyada ortak bir tutum içinde olabilmek için acil tıpın öncülüğünü yapan ABD gibi ülkelerle çeşitli kılavuzlar hazırlanmıştır.

Amerikan Acil Tıp Hekimleri Birliği (ACEP)' e göre ATH:

1. Toplumun her ferdi için ulaşılabilirliği sağlanmalıdır.
2. Hastane öncesi, AS ve diğer yataklı tedavi bölümlerindeki hizmetler arasında tam ve kesintisiz bir iş birliği olmalıdır.
3. Hasta değerlendirilmesi ve tedavisi en uygun ve en kısa yoldan yapılmalıdır.
4. Hasta tedavisi için gerekli tüm ekipman ve malzemeler AS içinde bulunmalıdır.
5. Acil bakım hizmetlerinin asıl öğelerinden olan hekim, hemşire ve yardımcı tıbbi personelin birbiriyle ve diğer bölüm personelleri arasında uyumlu bir iş bölümü olmalıdır.
6. AS doktorları 7/ 24 kesintisiz hizmet sunmalıdır.
7. Zaman çok önemli bir kavram olduğundan zamanı dikkatli kullanmak acil bir durumu önleyebilir ve hayat kurtarabilir.
8. Her tıbbi acil; önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama olmak üzere 4 ana unsuru barındırır.
9. Bir yaralanma ya da herhangi bir tıbbi sorundan sonraki ilk dakikalar en önemli zaman dilimidir ve buradaki en önemli husus; ne yapacağını bilmek, sakin kalmak ve gerekli olanı yapmaktır.
10. Özellikle hastane öncesi dönemde ciddi acil hastalık veya travmalı hastaların yönetiminde acil tıbbi yardım hattını (112) aramak en önemli işlemlerden biridir.

Hastane öncesi dönemde başlayan acil bakım hizmetleri acil serviste devam eder ve hastanın taburcu olana kadar ya da başka bir hekimin sorumluluğuna verinceye kadar süreklilik arz eder (ACEP, 2007: 7). Acil tıp profesyonelleri acil servislerdeki klinik ve idari hizmetlerinin yanında sağlık sunum sisteminin diğer sektörlerinde de rol üstlenmektedirler.

2.2. Acil Servis Tanımı

Acil servisler hayat kurtaran en önemli sağlık hizmeti sunum ortamıdır. Acil yardım sisteminin üçüncü ve en organize basamağında yer alan acil servisler hastanenin kesintisiz bir şekilde hizmet sunan, tıbbi bakımın uygulandığı bölümüdürler (Araslı vd., 2014: 19; Aydın, 2007: 163).

2.3. Acil Servis İşlevleri

Acil servisler dünyada ilk olarak travmaya yönelik kurulmuş olup zaman içinde hizmet kapsamı genişlemiş ve sağlık hizmetlerinin odak noktası haline gelmiştir. Acil servisler hastane öncesi sağlık hizmetlerinin hastaları acil servise getirmeleriyle gerek tıbbi yardım ve yönlendirme yaparak gerek hastane öncesi sağlık hizmet ekiplerine eğitim vererek bu hizmetleri destekler. Bu işlevle birlikte diğer bir işlevi halk sağlığı kurumlarıyla ortak bir şekilde çalışmasıdır. Bu ortak çalışma içerisinde taramaların yapılması, yaralanma ve hastalık durumunda tıbbi önlemlerin alınması, sağlığın geliştirilmesi ve korunması yer almaktadır. Ayrıca salgın, doğal afetler, nükleer kaza gibi felaket durumlarında öncelikle acil servislere büyük sorumluluklar düşer. Bu sebeple böyle durumlara yönelik acil eylem planı oluşturulması ve çalışanların eğitim alması acil servisler tarafından yapılması gerekenlerdendir. Acil servislerin bir diğer işlevi de acil servise başvuran hastalara sağlık hizmeti sunmaktır. Hastaları değerlendirip, tanı koyup, hastanın aciliyet düzeyini de belirleyerek tanıya uygun tedaviyle tıbbi girişimlerde bulunulur. Sonrasında gerekiyorsa hastaneye yatışı, bir başka kuruma sevki ya da taburculuğu yapılır. Elbette acil servis hizmeti gerektiren bu durumların hepsi birbirinden farklı olup acil servisin farklı birimlerinde gerçekleştirilebilir (http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_service, Erişim Tarihi: 15.01.2023; http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_department, Erişim Tarihi: 15.01.2023).

2.4. Acil Servislerinin Sınıflandırılması

Uluslararası hizmet veren sağlık kuruluşlarının acil servislerine benzer şekilde ülkemizde de acil servisler birtakım özellikler göz önünde bulundurularak hem kategorilendirilip hem de seviyelendirilmiştir. 31952 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ madde 5 hastanelerde erişkin acil servis, çocuk acil servis, kadın- doğum acil servis ve karma acil servis tiplerinin bazen ayrı ayrı bazen bir arada kurulabileceğini belirtmiştir. 31952 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ madde 6’ya göre ise acil servisler 3 seviyeye ayrılmakta ve şöyle denilmektedir: Acil servisler, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü, fiziki şartları, gereken tıbbi cihaz, donanım ve asgari ilaç standardı, personel sayısı, yatak sayısı gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. seviye olarak seviyelendirilir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 31952, 13 Eylül 2022).

2.4.1. I. seviye acil servis

Nöbetçi bir uzman hekim denetiminde 1 ve üzeri pratisyen hekimin, 1- 2 hemşire/Acil Tıp Teknisyeni (ATT)/sağlık memuru ile 24 saat kesintisiz hizmet verilen, triyajın tercihli olduğu, travma odalarının bulunmadığı, ileri düzey bakım gerektiren hastaların stabilize edildikten sonra 2. ve 3. düzey acil servislerin olduğu hastanelere sevk edildiği, kısa süreli müşahedelerin yapıldığı acil servislerdir. Yatak sayısı 100’den az, total doktor sayısı 30’dan az olan hastanelerde kurulur (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 31952, 13 Eylül 2022).

2.4.2. II. seviye acil servis

2. seviye acil servislerde acil hastalar dahili veya cerrahi uzman hekim sorumluluğunda 3- 4 tane pratisyen hekim tarafından karşılanıp 4 ve üzeri hemşire/ATT/sağlık memuru ile 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti sunulur. Yatak sayısı 101- 300 arası ya da günde 1001- 3000 arası poliklinik hastası kabul edilir. 1. seviye acil servisten farklı olarak triyaj, görüntüleme, izolasyon odası zorunludur (Yataklı Sağlık

Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 31952, 13 Eylül 2022).

2.4.3. III. seviye acil servis

Dahiliye, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahi, kardiyoloji, nöroloji, anestezi ve reanimasyon gibi branşlar bulunduğu, 4 ve üzeri hekim, 8 ve üzeri hemşire/ATT/sağlık memurunun 24 saat kesintisiz hizmet verdiği en ileri düzey acil servislerdir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 31952, 13 Eylül 2022).

2.5. Acil Servis Hizmetlerinin Özellikleri

Akut ataklarda, kaza ve yaralanma gibi ciddi sorunlarda komplikasyonları, mortalite ve morbiditeyi önlemek amacıyla acil servislerde çalışan sağlık personelleri tarafından verilen acil sağlık hizmetlerine acil servis hizmetleri denir (Sztrymf vd., 2011: 1781). 27378 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanan Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ ile acil servislerin özellikleri de mevzuatta düzenlenmiştir. Acil servisin bulunduğu kurum çevresinde acil servise yönlendiren tabelalar bulunur. Bu tabelalara ilave olarak yabancı dilde göstergeler de konulabilir. Acil servislerin içinde bulunduğu yapıların acil servis yazısı 20 metre kadar uzaklıktan okunabilmeli ve yapı ışıklandırılmalıdır. Acil servis girişi, ayaktan veya ambulansla gelen hastalara uygun ve hastanenin ana girişine yakın konumda olmalıdır. Acil servis yeterli büyüklükte bir otopark alanına sahip olmalıdır. Bu alanda ışıklandırma, güvenlik kameraları ve güvenlik personeli olmalıdır. Acil servisler daha çok yola yakın ve giriş katta olacak şekilde kurulmalıdır. Girişleri sedye ve tekerlekli sandalyenin kullanımına uygun olmalıdır. Bu bakımdan kullanılacak rampaların eğimi %8 olmalıdır. Acil servise ayaktan hasta girişi ve ambulansla hasta girişi ayrı olmalıdır. Otopark ile acil servis arasındaki mesafe hastaları olumsuz etkileyecek her türlü koşuldan uzak olacak şekilde düzenlenmelidir. Ayrıca hastalar için acil servis girişinde bir alan belirlenerek bu alana tekerlekli sandalye ve sedyeler konulmalı, bu sayı ise hasta yoğunluğuna ve ihtiyacına göre belirlenmelidir. Acil servis ihtiyaç gerektiren diğer birimlerle bağlantılı olacak şekilde kurulmalıdır. Acil servis için ihtiyaç duyulan sayı ve nitelikteki her personele uygun alanlar verilmelidir. Şartlar uygunsa acil servise yakın bir

konumda kafeterya olmalıdır. Hasta ve yakınları için bekleme alanları, çalışan personeller için dinlenme ve giyinme odaları oluşturulmalıdır. Acil servislerde çalışanlar için kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulup alanda yeterli ve uygun havalandırma sağlanıp genel temizlik ise enfeksiyon kontrol komitesi tarafından yapılmalıdır. Nöbetçi eczanelerin yazılı olduğu bir tabela servis içinde hastaların da görebileceği bir alana asılmalıdır. Acil servislerde çalışan, hasta ve hasta yakınlarının güvenliği yeterli sayıda güvenlik personeli ve mahremiyeti gözeterek konumlandırılmış kameralarla sağlanmalıdır. Kameralar ses kaydını da almalı ve kayıtlar 6 ay süreyle saklanmalıdır. Acil servisin ilgili alanlarına ise “sesli ve görüntülü kayıt yapılmaktadır.” şeklinde uyarı yazıları asılmalıdır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 27378, 13 Eylül 2022).

Bahsedilen bu fiziksel özelliklere ek tıbbi hizmet alanlarına ilişkin özellikler de bulunmaktadır. Hastalar için yeterli sayıda muayene ve tedavi odası bulunmalıdır. Bu odalar bireysel olabileceği gibi paravanla bölünmüş de olabilir. Muayene odasına ek olarak yeterli sayıda travma ve resüsitasyon odası bulunmalıdır. Duruma göre acil servis ameliyathaneleri de bulunabilir. Acil servisler için acil laboratuvarı oluşturulabilir. Eğer oluşturulamayacaksa var olan laboratuvar için acil servis tetkikleri öncelikli olmalıdır. Görüntüleme birimleri acil servise yakın konumlandırılmalıdır. Acil servislere yakın alçı odaları oluşturulmalıdır. Acil servisler ayaktan başvuruya gelen hastalara yakın oksijen tüpü ve aspiratör cihazı bulunan bir enjeksiyon-pansuman odası bulunmalıdır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 27378, 13 Eylül 2022).

2.6. Triyaj Sistemi ve Acil Servislerde Triyaj

Trijaj ve ayırma hastalar için kullanılacak tıbbi kaynakların dağılımında birbirinin yerine kullanılan kavramlar olsa da ikisi arasında bazı ayrımlar vardır. Triyaj Fransızca bir kelime olan “Trier” fiilinden türemiş olup ayıklamak/ayırt etmek manasına gelir. Başlangıçta tarımsal ürünler için kullanılmış bu kavram şimdilerde tamamen sağlık anlamında kullanılmaktadır (Ganley ve Gloster, 2011: 49).

Acil servislerde triyaj uygulaması 1960’larda başlayıp potansiyel olarak en acil ve ciddi vakaların bakımının ve tedavisinin önceliğini belirlemede kullanılır. Triyaja göre kaynaklar her hasta için kullanılacaktır ancak durumu daha az ciddi hastalar çok ciddi

hastalara göre daha uzun süre bekleyebilmelidir. Acil servislerin işlevsel farklılıkları nedeniyle dünyada çeşitli triyaj skalaları bulunmaktadır. Triage'nin amacı başvuruları düzenlemek ve aşırı yoğunluk durumunda zararları en az seviyeye indirgeyerek acil bakım ihtiyacı olan hastaları belirlemektir (Raven vd., 2013: 1145). Triage sisteminde hastalar sağlık durumlarının ciddiyetine, önemine göre sınıflandırılmaktadır. Çok acil sağlık sorunları, hayatı tehdit eden ve en kısa sürede tedavisi gereken durumlar iken acil olmayan durumlar ise tedavisi geciktiğinde problem teşkil etmeyecek durumlardır (Tanabe vd., 2004: 61).

Amerika Bileşik Devletleri'nde acil servislerde üç seviyeli triyaj sistemi (acil olmayan, acil, çok acil) kullanılırken İngiltere, Kanada, İspanya ve Avusturalya gibi ülkelerde 5 seviyeli triyaj sistemi kullanılıp 5 seviyeli sistemin daha güvenilir olduğu belirtilmektedir. Seviye 1 en çok aciliyet gerektiren, seviye 5 ise en az aciliyet gerektiren durum için kullanılmaktadır. Yoğunlukla kullanılan triyaj sistemleri Acil Şiddet İndeksi (AŞİ), Manchester Triage Sistemi (MTS), Avustralya Triage Sistemi (ATS), Kanada Triage Sistemi (KTS)'dir. Bu triyaj sistemlerinin ortalamanın üstünde geçerliliği, güvenilirliği vardır (Fernandes vd., 2005: 42; Van Gerven vd., 2001: 4).

Türkiye'de ise 3 seviyeli ve kendi içinde 5 seviyesi olan triyaj sistemi uygulanmaktadır. Ancak ulusal çapta kabul edilmiş bir triyaj sistemi değildir. Sağlık Bakanlığı'nın 2013'te Resmî Gazete'de çıkarmış olduğu Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği'ne göre acil servislerde triyaj uygulaması renk kodlamasına göre yapılmaktadır. Başvuruda bulunan kişilerin aciliyet durumuna göre kırmızı, sarı, yeşil renkler kullanılmaktadır. Kırmızı renk sağlık durumu en ciddi, acil tedavi alması gereken hasta grubunu; sarı renk kırmızı renk kodu alan hastalara oranla belli bir süre daha bekleyebilecek hasta grubunu; yeşil renk ise acil olmayan, ayaktan tedavi edilebilecek hasta grubunu temsil eder (Sağlık Bakanlığı. Acil Servis İşleyiş Prosedürü, 2013).

2.7. Gerçek Acil

ACEP 1982' de gerçek acil kavramını şöyle tanımlamıştır; kişinin akut bir rahatsızlık sonrası kendisine acil bir şekilde tıbbi bakım ihtiyacı olduğuna kanaat getirip acil servise başvurması olayıdır. Tanımdan da hareketle hastanın aciliyet durumunu hasta kendisi

belirlemektedir (American College of Emergency Physicians Board of Directors., 1994; Arnold, 1999: 100).

Herhangi bir acil servise başvuran bütün hastalar bir hekim tarafından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme öncelikli hastanın belirlenmesi amacıyla yapılan triyaj ile başlar. Trijaj ile gerçek bir acil problemi olduğu saptanan hastaların taburcu olana kadar, yatışı yapılana kadar ya da başka bir hekime devredilinceye kadar tedaviye başlanması gerekliliği vardır. Başvuruda bulunan hastanın gerçek bir acil problemi yoksa hekim hastaya uygun tedaviyi uygulamalı ya da başka bir hekime yönlendirmelidir. Acil servis hekimleri hastaların acil servislere başvuru endikasyonları hakkında da bilgilendirilmelidir (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, (2022), T.C. Resmî Gazete, 31952, 13 Eylül 2022).

ACEP' e göre gerçek tıbbi acil kavramı aşağıdaki durumlarda oluşmaktadır (American College of Emergency Physicians Board of Directors., 1994):

- 1) Hastanın 1 gün içinde bir hastane ya da bakım evine yatışını gerektiren bir durum,
- 2) Çoklu travmalar
- 3) Akut gelişen ya da ciddi rahatsızlık veren ağrılar
- 4) Akut enfeksiyonlar
- 5) Halk sağlığını tehdit edici sorunlar
- 6) Doğum veya doğumla ilgili problemler
- 7) Kanama ya da kanama riski
- 8) Şok veya olası şok riski
- 9) İhmal ve istismar durumları
- 10) Düzeltilebilecek doğumsal anomaliler ve defektler
- 11) Bireyin hayati işlevlerinin kötüleşmesi veya kötüleşmesi tehdidi
- 12) Bireyin veya başkalarının hayatını tehdit eden ruhsal hastalıklar
- 13) Hızlı ve dikkatli tıbbi yaklaşım gerektiren her türlü ani ve/veya ciddi belirtiler.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nun 32 acil durum parametresi aşağıda belirtilmiştir (Horwitz vd., 2010: 137).

- 1) Boğulma
- 2) Miyokard enfarktüsü, aritmi, hipertansiyon
- 3) Trafik kazaları

- 4) Dekompresyon
- 5) Terör, sabotaj, ateşli silah yaralanmaları,
- 6) Astım krizi, akut solunum problemleri
- 7) Bıçaklanma, darp edilme
- 8) İntihar girişimi
- 9) Bilinç kaybına neden olan her durum
- 10) Tecavüz
- 11) Ani gelişen paralizi
- 12) Yüksekten düşme
- 13) Ciddi genel durum bozukluğu
- 14) Elektrik çarpması
- 15) Diyabetik veya üremik koma
- 16) Donma
- 17) Diyaliz hastalarında genel durumda bozulma
- 18) Sıcak çarpması
- 19) Akut karın ağrısı
- 20) Şiddetli yanıklar
- 21) Akut masif kanama
- 22) Ciddi göz yaralanmaları
- 23) Menenjit, ensefalit, beyin apsesi
- 24) Ciddi alerji, anafilaksi
- 25) Migren veya kusma, bilinç kaybının eşlik ettiği baş ağrısı
- 26) Omurga veya ekstremitte kırıkları
- 27) Akut psikotik durumlar
- 28) Yenidoğan komaları
- 29) Yüksek ateş
- 30) Zehirlenmeler
- 31) Renal kolik
- 32) Erken doğum eylemi

2.8. Acil Servis Hemşiresi

19 Nisan 2011'de Resmî Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik Madde 2'de çalışılan birim, servis, ünite ve

alanlara göre hemşirelerin görev yetki ve sorumlulukları anlatılmıştır. Acil servis hemşiresi; genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra hemşirelik bakımı yapar. Hemşirelik bakımı kapsamında ilk olarak hastanın acil servise kabulünü sağlar. Kabulü sağlanan hastaları monitörize eder; monitörizasyondaki bulgularını (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) değerlendirip sonuçlarını kaydeder ve normalden sapan bulguları doktora bildirir. Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar; verileri değerlendirir, sonuçları kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir. Eş zamanlı acil servise başvuran hastalar içinde öncelikli olanı belirler. Yatışına karar verilen ve/veya ameliyata alınacak hastaların kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir. Periferik IV kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda/üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar, göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir. Yapmış olduğu tüm bakım ve uygulamaları hemşire gözlemine kaydeder. İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder. Hastaların enteral veya parenteral beslenme gereksinimlerini belirler. Buna yönelik hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar. Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve hasta mobilizasyonunu sağlar. Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Hastanın aldığı-çıkarıldığı sıvı takibini yapar ve kaydeder. Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular ve değerlendirir. Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile etkili iletişim kurup onların problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir. Acil servis enfeksiyonlarının gelişmesinin ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar. Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlayarak morga transferini sağlar ve hastanın yakınlarına destek olur (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Erişim Tarihi: 05.10.2024).

Bakımın yanı sıra tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım sağlar. Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif girişimlere katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir. Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur. Acil durumlarda hekimle iş birliği yapar. Arrest durumunda mavi kod verir. Kurumun benimsemiş olduğu

protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamaları olan oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi uygulamalara katılır. Eğer alanda hekim yoksa ileri yaşam desteği eğitimi almış ve sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını yapar; kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder. Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir. Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda hasta transferine eşlik eder (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Erişim Tarihi: 05.10.2024).

2.9. Acil Servislerin Kullanım Amacı ve Etkileyen Faktörler

Acil servisler hayat kurtaran en önemli sağlık hizmeti sunum ortamıdır. Acil yardım sisteminin üçüncü ve en organize basamağında yer alan acil servisler kesintisiz bir şekilde hizmet sunmaktadır. Sunulan hizmetin içinde yer alan acil kavramı ani gelişen, bireyin hayatını tehdit eden, yaşam kalitesini bozan ve çözüm getirilemeyen durumları ifade eder (Araslı vd., 2014: 19; Aydın, 2007: 163). Ancak acil servisler bu durumlar dışında sağlık hizmetine hızlı ulaşmak amacıyla da kullanılabilir. Sağlık hizmetlerine hızlı ulaşmak amacı dışında mevcut olan bazı kullanım amaçları da şunlardır (Çopur vd., 2022: 556; İncesu vd., 2016: 10):

- Acil serviste tedavinin hızlı olması,
- Bireylerin poliklinikte sıra beklemek istememesi,
- İlaç reçete edilmesinin istenmesi,
- Acil kavramının bilinmemesi,
- Hastanın sağlık durumundan endişe etmesi.

Acil servislerin 24 saat kesintisiz hizmet vermesiyle birlikte hastanın yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, gelir düzeyi, hasta birey veya yakınlarının eğitim düzeyi ve hastaneye ulaşım durumu gibi unsurlar da acil servislerin kullanımını etkileyen unsurlardır (Araslı vd., 2014: 19; Şimşek, 2018: 95)

2.10. Acil Servise Başvuru Nedenleri ve Önemi

Hasta ve yaralıları 7/24 hizmet veren acil servisler acil durum gerektiren nefes darlığı, göğüs ağrısı, yaralanma ve kazadan kaynaklı kanamalar, travmalar, hayvan ısırıkları ve sokmaları, alerjik reaksiyonlar, psikiyatrik aciller ve jinekolojik aciller gibi durumlarda kullanılmaktadır. Ancak acil kavramını gerektiren bu haller dışında da acil servise başvuru nedenleri mevcuttur (İncesu vd., 2016: 6). Yapılan başvuru nedenlerine yönelik bir çalışmada acil servise en fazla başvuru nedeni hastaların sağlık durumlarıyla ilgili endişe duyması olarak belirlenmiş, hastalar poliklinikte zaman kaybetmeden muayene olmak isteyip acil servise başvurmuştur. Çalışmaya göre başvuru nedeninin en azını oluşturan ise acil servise ulaşım kolaylığı ve acil serviste çalışan sağlık personellerinin hastayla daha fazla ilgilenmesi olmuştur (Çopur vd., 2022: 556). Diğer bir çalışmada hasta bireylerin %67,7'sinin sağlık endişeleri nedeniyle, poliklinikte sıra beklemek istememe, acilde muayene süresinin kısa olması, sağlık çalışanının acil serviste daha çok ilgilenmesi ve randevu almada problem yaşamama gibi nedenlerle acile başvurdukları belirtilmiştir (Bozdağ, 2019: 45). Acil servise başvuran hastaların aciliyetleri ve başvuru nedenleri ile ilgili bir çalışmada hastaların acil servisi tercih etmesinin en sık nedeninin acil serviste verilen hizmetin daha güvenilir bulunması tespit edilmiştir (Ersel vd., 2006: 30). Bir başka çalışmada da acil servise başvuruda en sık neden olarak mesai dışında da acil servise gidebilmek olarak belirlenmiştir (Payza, 2020: 253). Bu şekildeki acil servise başvuru nedenleri uygunsuz kullanıma sebep olmakta ve sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkileyerek acil servislerin kullanımının önemini ortaya koymaktadır. Bu uygunsuz kullanım beraberinde birtakım sorunları da getirmektedir. Bu sorunlardan biri kalabalıklaşmadır. Kalabalıklaşma, acil servis çalışanlarının üzerine düşen iş yükünü arttırıp çalışan ve hasta memnuniyetini azaltır ve hasta-çalışan etkileşimine zarar verir. Ayrıca bu uygunsuz başvuru nedenleri iş yükünü arttırıp verilen bakımın kalitesini de düşürüp tedavinin aksamasına ya da gecikmesine sebep olarak maliyeti arttırıp ekonomiye yansır. Bütün bu sonuçlar acil servislerin kullanımının önemine dikkat çeker (Aslan, 2023: 9).

2.11. Acil Servise Başvuru Sıklığı

Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte hem hizmete erişim artmış olup hem de hizmet talebinde artış yaşanmıştır. Bu artışlar acil serviste başvuru sayılarının artışını da etkilemiştir (Eryılmaz, 2007: 1). Acil servislerin amacı en kısa sürede ve en acil olana

öncelik vermektir. Hizmete erişim kolaylığı acil olmayan hastaların da sıklıkla acil servise başvurmasına neden olmuştur ve acil servislerin birçoğunda acil servise başvuran hasta sayısı polikliniklere başvuran hasta sayısından fazladır (Payza, 2020: 253). Acil servise başvuru sıklığı ile ilgili bir çalışmada bir yıl içinde acil servise toplam 163.951 hasta başvurmuş, hastalardan 1.210'u 24 saat içinde tekrar başvurup başvuru oranı 0,73 olarak belirlenmiştir (Erenler vd., 2014: 61). Bu durumun dışında hastaların acil servisleri farklı sürelerde işgal ederek belli saatler arasında acil servislere daha sık başvurdukları da görülmüştür. 2016'da yapılan bir çalışmada %55,9'u mesai içinde, %44,1'i mesai dışı sürelerde acil servise başvurmuştur (İncesu vd., 2016: 1). Bir başka çalışmada en sık başvuru 12.00-16.00 arası olarak belirlenmiştir (Aydın vd., 2010: 164). 2014'te yapılan bir çalışmada hastaların %56,3'ü saat 14.00 ile 23.59 arasında, %9,6'sı saat 02.00 ile 07.59 arasında, en düşük %2,7 ile 06.00-07.59 arasında, en yüksek başvurunun ise %13,2 ile saat 20.00-21.59 arasında olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada 2017-2022 yılları arasında evde bakım hizmeti alan hastaların acil servise başvuru sıklığı izlenmiş ve 2017-2018 arasında acil servise başvuru sayısı 6.064 (%26.4), başvuru ortalaması 9.71; 2018-2019 arasında acil servise başvuru sayısı 5.916 (%25.7), başvuru ortalaması 7.17; 2019-2020 arasında acil servise başvuru sayısı 6.012 (%26.2), başvuru ortalaması 7.09; 2020-2021 arasında acil servis başvuru sayısı 2.697 (%11.7), başvuru ortalaması 3.38; 2021-2022 arasında acil servis başvuru sayısı 2.295 (%10.0), başvuru ortalaması 2.70 olarak bulunmuştur (Okan vd., 2023: 175). Çelik ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da acil servise başvuruda bulunan 65 yaş ve üzeri hasta bireylerin %8,1'inin son bir yıl içinde hiç, %28,5'inin 1-2 kez, %25,2'sinin 3-4 kez, %38,2'sinin 5 ve üzeri kez acil servise tekrar başvurduğu görülmüştür (Çelik vd., 2022: 75).

2.12. Acil Servise Başvuran Hastaların Bireysel Özellikleri

Acil servise başvuruda bulunan hastaların bireysel özellikleri ile ilgili farklı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar ise yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim durumu gibi bireysel özellikler bakımından farklı olarak ele alınmıştır. Literatürde 2022' de yapılan bir çalışmada Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinin yeşil alanına başvuran ve araştırmaya katılan 273 katılımcının %47,6'sı erkek, %52,4'ü kadın olup (minimum ve maksimum yaş 18 ve 87) yaş ortalaması ise 38.35 ± 15.17 'dir (Çopur vd., 2022: 554). Acil servislerin kullanımı ile ilgili İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuru yapan 919 hasta değerlendirilmiş; katılımcıların %48,4'ünü

kadın, %51,6'sını erkekler oluşturmuştur. Erkek yaş ortalaması 45,4 olup kadın yaş ortalaması ise 38,1 olarak tespit edilmiştir (Payza, 2020: 252). Retrospektif yapılan çalışmada bir B2 grubu hastanenin acil servisine 206.393 başvuru gerçekleşmiş; başvuruların %51.592'si erkeklere ait olup başvuru ortalama yaşı ise 32,22'dir (Aslan, 2023: 4). Acil servise başvuran hastaların bireysel özellikler bakımından ele alındığı bir çalışmada bireylerin çoğunluğunun genç yetişkinlerden (20-39 yaş) olduğu ve cinsiyete göre başvurularda anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Çevik ve Tekir, 2014: 103). Bu çalışmalardan farklı olarak yapılan bir çalışmada herhangi bir hastaneye değil de 2013'te tüm hastanelerde yapılan acil servis başvurularının demografik yapısına bakıldığında acil servise başvuru ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamış olup acil servise en çok başvurunun 25-44 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada bireysel özelliklerle ilgili olarak en çok bekar kimselerin acil servise başvurduğu görülmüştür. Gelir düzeyine bakıldığında da düşük gelirli olmayan kişilerce daha çok başvuru yapıldığı görülmüştür (Şimşek, 2018: 96). Acil servise başvuru ile medeni durum arasındaki ilişki ile ilgili çalışmalarda acil servise başvuran evli bireylerin bekar bireylerden daha fazla olduğu belirtilmiştir (Ersel vd., 2006: 27; Bozdağ, 2019: 42). Bir başka çalışmada da gelir düzeyinin arttıkça başvurunun azaldığı görülmüştür. Hastaların eğitim düzeyine bakıldığında ise lise ve üstü eğitim seviyesinde olan bireylerin acil servise daha çok başvurduğu ve acil servisleri uygunsuz kullandığını belirtmiştir (Çopur vd., 2022: 555). Bozdağ çalışmasında hastaların %63,3'ünün lise ve üstü bir eğitim düzeyinde olduğunu belirtmiştir (Bozdağ, 2019: 42). Bir diğer çalışmada da acil servise başvuran bireylerin %14,5'inin herhangi bir eğitim almadığı görülmüş olup %7,5'i ilkokul, %7,9'u ortaokul, %65,8'i lise ve %4'ü ise üniversite düzeyinde eğitim almıştır (Payza, 2020: 253).

2.13. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı

Acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde mühim bir role sahip olan acil servisler akut gelişen bir sağlık sorunu ve yaralanma durumunda değerlendirme, tanı koyma, hastayı stabilize etme, tedavi uygulama ve gerektiğinde sevk etme işlemlerinin gerçekleştiği özellikli alanlardır (Ersel vd., 2006: 26; Şimşek ve Gürsoy, 2015: 312).

Acil servisler acil sağlık hizmeti gerekmeyen, akut gelişen kaza veya yaralanma olmaksızın gelişen sağlık sorunları için de kullanılmakta ve bu durum acil servislerin

uygunsuz kullanımı olarak ifade edilmektedir (Brim, 2008: 74; McHale vd., 2013: 258; Schull vd., 2007: 260).



2.14. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri

Yapılan çalışmalarda hastaların acil bakım gerektirmeyen DSÖ'nün 32 acil durum parametresi dışında sağlık sorunları nedeniyle acil servise başvuruları, acil servislerin uygunsuz kullanımına yol açmaktadır (Edirne vd., 2008: 107). Ülkemizde bu konuyla ilgili çok fazla çalışma olmamasıyla birlikte yapılan bir çalışmada reçete yazdırmak, kan basıncı ölçtürmek, kan şekeri, gebelik istemi, iş başvurularında istenen röntgen vs. gibi tetkikleri yaptırmak, rapor almak, aşı uygulamaları, üriner, nazogastrik katater yenileme, adli sebeplerle kan ve alkol istemi, enjeksiyon, yara pansumanı, sütür alınması, yer olmadığı için acil servisten yatış yapılmasını talep etme gibi nedenlerle yapılan acil servis başvurularını uygunsuz başvurular olarak sınıflandırılmış ve bu sebeplerle yapılan başvuru oranı %22,1 olarak belirlenmiştir. Çalışmada bu hizmetlerin birinci basamak sağlık kurumlarında verilebileceği ifade edilmiştir (Eroğlu vd., 2012: 969). Acil servislere ulaşım kolaylığı başvuru nedenlerinin ve dolayısıyla da uygunsuz kullanımın en başında gelmektedir (Northington vd., 2005: 132). Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcı hastalara acil servisi tercih etme nedenleri sorulmuş ve hastaların %39'unun yanıtı acil servislerin yakınlığı olmuştur (Ersel vd., 2006: 26). Ülkemiz dışında yapılan bir başka çalışmada da acil servislerin yakın olması neden olarak gösterilmiştir (Tsai vd., 2010: 535; Van Der Linden vd., 2009: 670). Birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan güçlükler ve kişinin sağlık hizmetleri konusunda farkındalığının yetersiz olması da bireylerin acil servisi seçmelerine neden olmaktadır (Lega ve Mengoni, 2008: 330).

Ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin veriliş şekli ve sağlık politikalarımız acil servislerin uygunsuz kullanımını etkileyen bir diğer unsurdur. Bireyler sağlık sigortalarının olmamasından kaynaklı diğer kuruluşlardan yararlanamayacağını düşündükleri için acil servisleri kullanmaktadır (Tanabe vd., 2004: 62). Sağlık kuruluşlarının hizmet kapsamındaki işlevleriyle ilgili bireylerin bilgi düzeyi uygunsuz kullanımı etkileyen bir diğer sebeptir (Breen ve McCann, 2013: 184). Bu nedenlerin yanında bireylerin başvuru yaptığı sağlık kurumlarından memnuniyet düzeyleri de sağlık kurumunun seçilmesini, dolayısıyla uygunsuz kullanımı etkiler (Hoot ve Aronsky, 2008: 130). Bireylerin sağlık durumlarının acil olduğunu düşünmesi ve ileri tetkik ve tedavi için sağlık kuruluşuna başvurması gerektiğinin bilinmesi acil servislerin uygunsuz kullanımını etkilemektedir (Callen vd., 2008: 710).

Sağlıkla ilgili yapılan çeşitli kampanyalar ve programlar bireylerin acil kavramı konusundaki algısını etkilemekte ve bununla beraber acil servislerin uygunsuz kullanımı

üzerinde etkili olmaktadır (Breen ve McCann, 2013: 184). Ayrıca acil servis kullanımını gerektirmeyen sağlık sorunları ile ilgili bakım alma konusunda hasta yakınlarının veya sağlık çalışanlarının acil servise başvurma yönündeki önerileri uygunsuz kullanım nedenleri arasındadır. Barınma problemi olan düşkün kimselerin yiyecek ve güvenlik gibi ihtiyaçlarını karşılama istekleri de acil servislerin uygunsuz kullanımına yol açmaktadır (Rodriguez vd., 2009: 600).

2.15. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Sonuçları

Akut gelişen bir sağlık sorunu ve yaralanma durumunda değerlendirme, tanı koyma, hastayı stabilize etme, tedavi uygulama ve gerektiğinde sevk etme işlemlerinin gerçekleştiği acil servislerin uygunsuz kullanımı durumunda tüm bu süreçlerde aksamalar yaşanıp hastaların tedavilerinin gecikmesine sebep olunmaktadır (Durand vd., 2011: 340).

Uygunsuz kullanımın oluşturduğu hasta yoğunluğu bir kalabalıklaşmaya neden olmaktadır. Bu kalabalıklaşma ise sağlık hizmetinin kalitesini düşürüp hasta ve çalışan memnuniyetsizliğine neden olmakta, hasta ve çalışan arası iletişim problemleriyle birlikte tıbbi hata olasılığını arttırmaktadır (Ersel vd., 2006: 26). Bu durum sağlık hizmetlerinde giderleri de arttırmaktadır. Acil servis dışında çözülebilecek sağlık sorunlarının maliyette %69-86 oranında tasarruf sağlayabileceği belirtilmiştir (Hoot ve Aronsky, 2008: 130).

Acil servislerin uygunsuz kullanımıyla birlikte yaşanan hasta artışına yönelik olumsuz sonuçları önlemek adına artan hizmet talebi uzman kişilerce yönetilmeli, artış devam ediyorsa kaynaklar arttırılmalı sorunun nasıl çözüleceğine dair araştırma çalışmaları yapılmalıdır (Breen ve McCann, 2013: 184; Durand vd., 2011: 340).

Kaynakların arttırılması yönünde sağlık personeli alım sayısında artış, hastaların bakılabileceği daha fazla sayıda gözlem odası, yatak sayısının ve tıbbi malzeme sayısının arttırılması çözüm önerileri arasındadır. Acil olmayan vakaların belirlenmesi, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde hastanın hekim tarafından yerinde değerlendirilmesi, hekim yetkilerinin arttırılması, topluma konuyla ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesi acil servislerin uygunsuz kullanımının yönetilmesi açısından yapılabilecekler arasındadır. Araştırma çalışmalarına yönelik ise acil servislerin uygunsuz kullanımıyla ilgili net bilgiler olmalı, bu sorunun nasıl çözüleceği ile ilgili fikirler üretilmelidir (Breen ve McCann, 2013: 184).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma nitel olarak yürütülmüş, araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılıp fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir. Nitel araştırma desenlerinden “Durum Çalışması” türünün “Açıklayıcı/Tanımlayıcı” tipi kullanılarak yapılmıştır. Araştırma acil servis hemşirelerinin acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin deneyimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep Araban İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisi’nde yapıldı. Araştırmanın verileri 25.01.2024-15.03.2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastanenin acil servisi karma bir servis olup hastalar yetişkin ve çocuklardan oluşmaktadır. Acil serviste bir pansuman odası ve bir müşahede odası bulunmaktadır. Pansuman odasında 2 adet, müşahede odasında 2 adet ve alanda 7 adet sedye olmak üzere totalde 11 adet sedye yer almaktadır. Acil serviste çalışma saat aralığı çoğunlukla 08.00- 08.00 şeklinde olup hemşireler bazen de 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 aralıklarında çalışmaktadır. Acil serviste toplamda 28 hemşire çalışmakta olup her çalışma saat aralığında ise 5-6 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma nitel olarak yürütülmüş ve araştırmadan elde edilen verilerin evrene genellenmesi amacı söz konusu değildir. Bundan dolayı araştırma için bir evren belirtilmemiştir. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış, bir olayla ilgili deneyime sahip bireylerden veri toplanarak deneyimin özünün betimlemelerle anlatıldığı fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir (Bayyurt ve Seggie, 2017: 235).

Araştırma Gaziantep ili Araban ilçesinde bulunan Araban İlçe Devlet Hastanesinin acil servisinde çalışmakta olan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 25 hemşireyle yapılmıştır. İlgili birimde 28 hemşire bulunmaktadır. Veri doyum noktasına ulaşıncaya kadar veriler toplanmıştır. Acil serviste bulunan 25 hemşire ile görüşme yapıp veriler toplanmıştır.

3.3.1. Araştırmaya alınma kriterleri

- Acil servis biriminde hemşire olarak çalışıyor olmak.

- Çalışmaya katılma konusunda gönüllü olmak.

3.3.2. Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılmış olmak.



Tablo 3.1. Katılımcı profili

Belge Adı	Yaş	Cinsiyet	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Meslekte Süresi	Çalışma Süresi	Acil Serviste Çalışma Süresi	Acil Servis Çalışma Saatleri		
								08.00 08.00	08.00 16.00	16.00 08.00
G1	34	Erkek	Bekar	Lisans	12 yıl	5-6 yıl	+			
G2	40	Kadın	Bekar	Lisans	17 yıl	1,5 yıl	+		+	
G3	25	Erkek	Bekar	Lisans	1 yıl	1 yıl	+		+	
G4	28	Erkek	Evli	Lisans	5 yıl	5 yıl	+			
G5	29	Kadın	Bekar	Ön lisans	12 yıl	2 yıl	+		+	+
G6	30	Erkek	Bekar	Lisans	6 yıl	1 yıl	+		+	+
G7	27	Kadın	Bekar	Lisans	4 yıl	3 yıl	+			
G8	26	Erkek	Bekar	Lisans	1,5 yıl	1,5 yıl	+		+	+
G9	25	Kadın	Evli	Ortaöğretim	6 yıl	4 yıl			+	
G10	25	Erkek	Bekar	Lisans	2 yıl 2 ay	1 yıl 11 ay	+		+	+
G11	23	Kadın	Bekar	Lisans	1 yıl	1 yıl	+			

Tablo 3.1. (devam) Katılımcı profili

G12	24	Erkek	Bekar	Lisans	10 ay	10 ay	+	
G13	32	Kadın	Evli	Lisans	5 yıl	5 yıl	+	
G14	27	Kadın	Bekar	Lisans	4 yıl	4 yıl	+	
G15	29	Kadın	Bekar	Lisans	6 yıl	8 ay	+	
G16	25	Erkek	Bekar	Lisans	10 ay	10 ay	+	+
G17	24	Kadın	Bekar	Lisans	1 yıl	1 yıl	+	
G18	29	Kadın	Evli	Lisans	3 yıl	2 yıl	+	
G19	28	Kadın	Evli	Lisans	4,5 yıl	2,5 yıl	+	
G20	28	Kadın	Evli	Lisans	4 yıl	4 yıl	+	
G21	34	Erkek	Evli	Lisans	4 yıl	4 yıl	+	+
G22	26	Kadın	Evli	Lisans	1 yıl	1 yıl	+	
G23	26	Erkek	Bekar	Lisans	2 yıl	2 yıl	+	
G24	30	Kadın	Evli	Lisans	9 yıl	4 ay	+	
G25	26	Kadın	Bekar	Lisans	4,5 yıl	2 yıl	+	

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri hemşire tanıtım formu (EK- 1) ve uzman görüşüyle hazırlanan derinlemesine görüşme için yarı yapılandırılmış görüşme soru formu (EK- 2) ile toplanmıştır. Görüşmeler gönüllü katılımcılarla yüz yüze ve birebir yapılmıştır. Görüşmeler katılımcıların rızası alınarak ses kaydına alınmıştır. Ses kaydı için Redmi Note 11S® telefon kullanılmıştır. Ayrıca görüşme esnasında katılımcıların söylemiş oldukları önemli noktaları not etmek ve daha sonra katılımcının bu noktaları açmasını istemek için kâğıt ve kalem de kullanılmıştır.

3.4.1. Hemşire tanıtım formu

Formda 10 soru yer almaktadır. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi, acil serviste çalışma saat aralığı, acil servisin amacına uygun kullanıldığına düşünülüp düşünülmemesi, acil serviste amacına uygun olmayan başvuruların en fazla olduğu zaman dilimi ve acil serviste amacına uygun olmayan başvuruların yüzde kaç olduğu sorulmuştur (EK- 1).

3.4.2. Görüşme formu

Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu ile katılımcıların uygunsuz başvurular hakkındaki görüşleri, bu durumda nasıl bir yol izledikleri, uygunsuz başvuru olarak kabul ettikleri örnekler, uygunsuz başvurunun katılımcı, hasta ve kurum üzerindeki sonuçları ve konu ile ilgili çözüm önerileri tespit edilmeye çalışılmıştır. Uzman görüşleri (farklı kurumlarda görev yapan 5 iç hastalıkları hemşireliği alanında akademisyen, 5 acil servis hemşiresi) ile son hali verilen form düzenlenip formdaki soruların anlaşılabilirliği için 2 hemşire ile pilot çalışma yapılmış, bulgulara pilot çalışmada elde edilen veriler dahil edilmemiştir ve forma son hali verilmiştir (EK- 2).

Tablo 3.2. Görüşme formu (EK- 2)

1. Acil servislerin amacına uygun olmayan başvuruları hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Size göre acil servislerin amacına uygun kullanılmaması olarak kabul edilebilecek durum/olay/semptomlar nelerdir?
3. Acil servisin amacına uygun kullanılmadığı durumlar ile karşılaştığınızda neler yapıyor/nasıl bir yol izliyorsunuz, açıklayınız?
4. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının sonuçları nelerdir, açıklayınız?
5. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının sizin üzerinizdeki etkileri nelerdir, açıklayınız?
6. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının hasta üzerindeki etkileri nelerdir, açıklayınız?
7. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının kurum üzerinizdeki etkileri nelerdir, açıklayınız?
8. Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasını azaltmak için çözüm önerileriniz nelerdir?

3.5. Veri Toplama Süreci ve Yöntemi

Araştırmanın yapılması için gereken izinler alındıktan sonra veriler 25 Ocak-15 Mart 2024 tarihleri arasında 25 hemşire ile derinlemesine görüşme yapılarak toplanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında katılımcı hemşirelerin nöbetlerinde müsaitliği göz önünde bulundurulmuştur. Görüşmeler boş olan hemşire odasında katılımcı ve araştırmacı karşılıklı oturacak şekilde yapılmıştır. Görüşmelerin yapıldığı hemşire odası acil servisten uzak bir alanda sessiz bir ortamdır. Odada her hemşire için küçük birer dolap, bir ayakkabılık, 2 koltuk ve koltuklar arasında bir masa bulunmaktadır. Veriler haftanın farklı gün ve saatlerinde toplanmıştır. Aynı gün içinde 2’den fazla görüşme yapılmamıştır. Araştırmacı kendisini tanıtip çalışmanın konusundan ve amacından bahsedip çalışmadan elde edilen verilerin bilimsel yayınlar dışında herhangi bir yerde yayımlanmayacağı konusunda katılımcıları bilgilendirmiştir. Görüşmeye başlamadan önce görüşmelerin ses kaydına alınacağı bilgisini vermiştir. Önce sözel onam alınıp ardından “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”na gönüllü katılımcıların imzası alınmıştır (EK- 3). Ardından katılımcılara “Hemşire Tanıtım Formu”ndaki 10 soru sorulmuştur. Daha sonra ise amacına uygun kullanılmaması tanımından bahsedilip görüşme formundaki diğer 8 soru sorulmuştur. Ancak görüşmelerin sohbet havasında gerçekleşmesi için katılımcılara farklı alt sorular da sorulmuş olup sorular anlaşılmadığında farklı bir cümle ile soru tekrar sorulmuştur. Araştırmacı görüşmelerde sorulara verilen cevaplar kendini tekrar edip veriler doyum noktasına ulaşınca görüşmeleri sonlandırmıştır. Görüşmeler ortalama 30-40 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmadan elde edilen veriler nitel veri analizi olan içerik analizi tekniği kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmacı “Tez Makale ve Araştırma (Bitirme) Projesi Yazımı (Akademik) Eğitimi”ne, “Nitel Araştırma Eğitimi”ne, “MAXQDA ile Veri Analizi (Başlangıç- Orta Seviye) Eğitimi”ne katılmıştır (EK- 4)

İlk olarak Redmi Note 11S® cihazı kullanılarak elde edilen ses kayıtları word kullanılarak metne dökülmüştür. Veriler ses kaydına alınırken katılımcıların ismi ile kaydedilmiş olup belge metinlerinde görüşmeci olarak G harfi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan katılımcılar G-1, G-2, G-3, ...G-25 şeklinde belirtilmiştir (EK- 5)

Daha sonra MAXQDA Nitel Veri Analizi Programı (2024) ile metinde yer alan kelime grupları ve cümleler kodlanmıştır. Benzer kodlar bir araya getirilip kategoriler oluşturularak gruplandırılmıştır. Bu gruplandırma işlemi farklı sorulara ait farklı verilerin birbirinden ayrılmasına olanak vermiş ve böylece temalar oluşturulmuştur. MAXQDA Nitel Veri Analizi Programı ile elde edilen sonuçlar birbirinden farklı görseller halinde sunulmuştur. Son olarak ise ortaya çıkan bulgular yorumlanmıştır.

3.7. Araştırma Sınırlılıkları

Araştırma Gaziantep Araban İlçe Devlet Hastanesi acil servis hemşireleri ile sınırlı tutulmuştur. Bu araştırma sonuçlarına dayanarak Türkiye’de bulunan diğer hastanelerin acil servis hemşireleri için aynı bulguların elde edilmesinin mümkün olmayıp farklı bulguların da ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

3.8. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Geçerlik ve güvenirlik kavramları hem nicel hem de nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırmanın değerini de belirleyen geçerlik ve güvenirlik araştırmacının yeteneğine bağlıdır (Arslan, 2022: 8).

3.8.1. Geçerlik

Geçerlik kavramı herhangi bir konuyla ilgili kullanılan ölçme aracının araştırma yapılan konuyu ölçebilme yeteneğidir. Nitel araştırmalarda inandırıcılık kriterini sağlama açısından nitel araştırma konusunda bilgi ve deneyime sahip, katılımcılar ile az teması olan verilerin analizi ve sonuçları hakkında yorumlama yapabilecek bir araştırmacının bulunması

uzman incelemesi olarak adlandırılmaktadır (Marshall, 1996: 524). Araştırmamızda inandırıcılığı sağlayan uzman incelemesiyle tez öğrencisi, nitel araştırma alanında uzman istatistikçi ve danışman öğretim üyesi tarafından görüşmelerde oluşturulan belgeler incelenip temalar, kodlar ve alt kodlar oluşturulmuştur. Sonrasında bu kategorilendirme üzerinde düzenlemeler yapılarak tema, kod ve alt kodlar güncellenmiştir.

Nitel araştırmalarda nicel araştırmalarda olduğu gibi elde edilen bulguların evrene genellenmesi söz konusu olmadığından benzer çalışmalara aktarılabilirliği göz önünde bulundurulmuştur. Bu aktarılabilirliği güçlü tutmak için ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan yöntem, katılımcılar veri toplama yöntemleri gibi konular detaylı olarak yöntem kısmında anlatılmıştır. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmış, bir olayla ilgili deneyime sahip acil serviste çalışan hemşirelerin 25'i ile görüşme yapılmıştır.

3.8.2. Güvenirlik

Nicel araştırmalarda güvenirlilik olarak öne çıkan bu kavram nitel araştırmalarda tutarlılık kavramıyla sağlanmaktadır. Araştırmacının tutarlılığı sağlaması için araştırmaya dışarıdan bir gözle bakması, araştırmanın her evresinde tutarlılığın olup olmadığını kontrol etmesi gerekir. Araştırmanın tüm evrelerinde tutarlılık geri bildirimlerle sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırma süreci boyunca zaman zaman çalışmaya ara verilip dışardan bir gözle bakılmaya çalışılmış, bulguların tutarlılık gösterip göstermediği kontrol edilmiştir. Kontrollerde herhangi bir tutarsızlık görülmemiştir. Araştırmada yapılan görüşmelere ait ses kayıtları ve dokümanları arşivlenmiştir. Ayrıca analizde yapılan kodlamalar, tema şablonları da teyit edilebilirlik bakımından arşivlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan değerlendirilmesi amacıyla 09.10.2023 tarihinde Adıyaman Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu'na başvurulmuş ve 01.11.2023 tarih ve 460 sayılı karar ile araştırmanın uygulanması için etik kurul onayı (EK- 6) alınmıştır. Ardından araştırmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alınmıştır (EK- 7).

Katılımcı hemşirelere görüşme öncesi çalışmanın amacından bahsedilip görüşmenin yaklaşık ne kadar süreceği ve görüşmede kaç soru sorulacağı belirtilmiştir. Sonrasında katılımcılara ait verilerin gizli tutulacağı, elde edilen bilgilerin sadece bilimsel yayınlarda

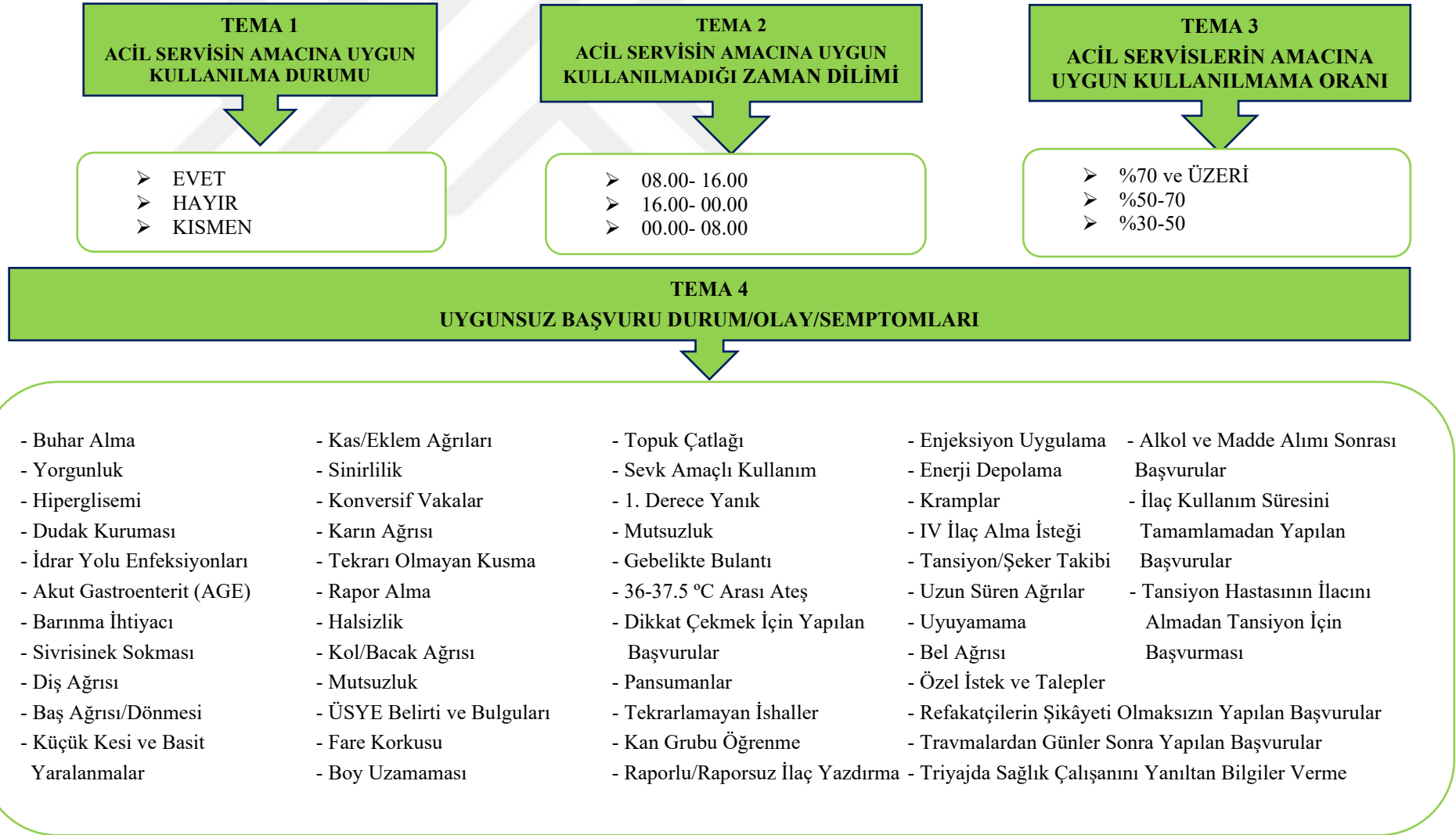
kullanılacağı söylenip çalışmaya gönüllü katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Görüşmelerin ses kaydına alınacağı konusunda bilgilendirme yapıp yazılı onamları alınıp ardından veriler toplanmaya başlanmıştır. Görüşmeler hemşire odasında, oda boş ve kapı kapalı şekilde yapılmıştır.



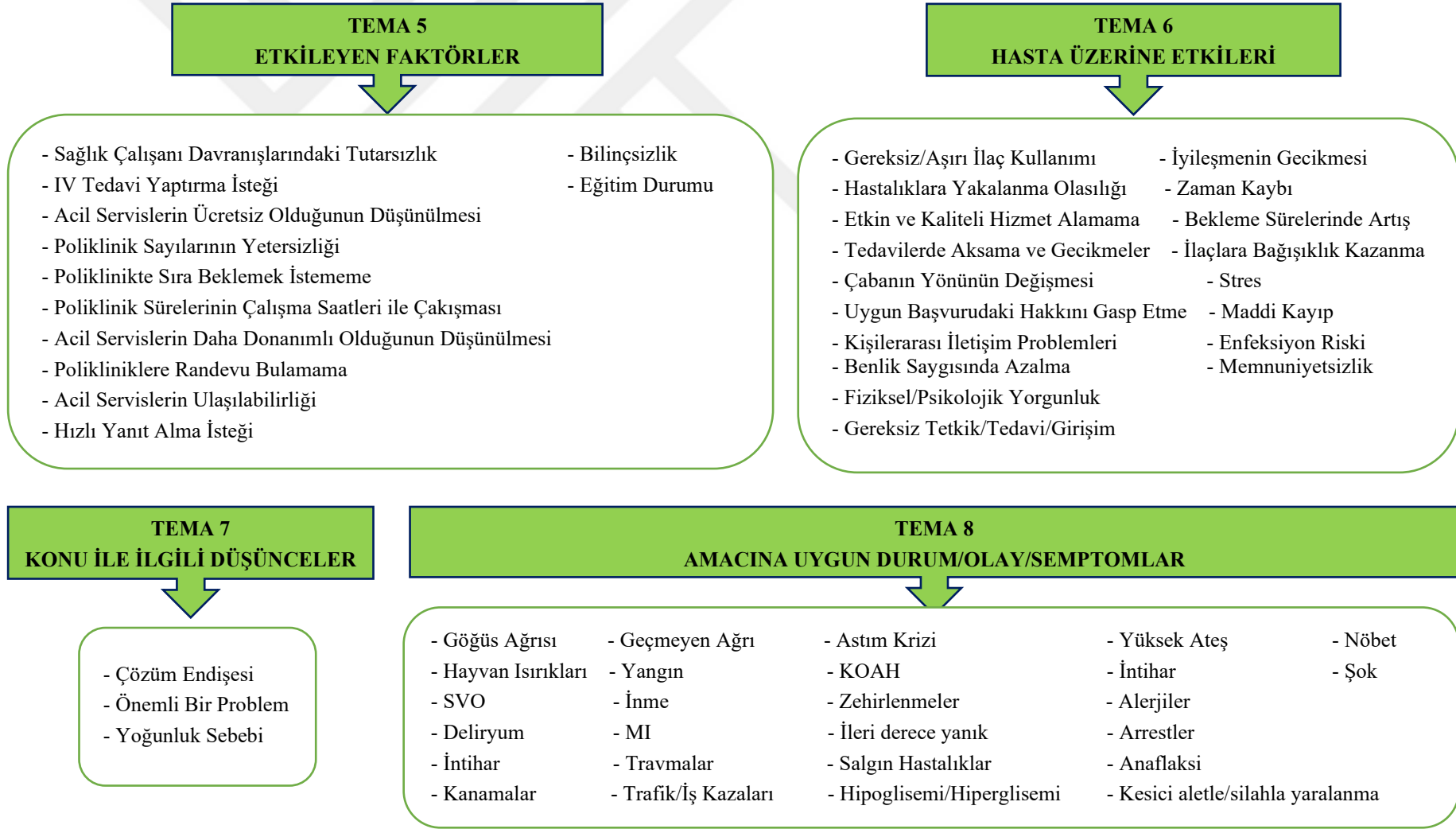
4. BULGULAR

Bulgular bölümünde görüşmelerden elde edilen verilerin analiz sonuçlarına yer verilmiştir. Araban İlçe Devlet Hastanesinde acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin acil servis hemşirelerinin deneyimleri ile ilgili 25 acil servis hemşiresi ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan acil servis hemşireleri G-1, G-2, G-3, ... şeklinde kodlanmıştır. Bulgular bölümünde verilerin analizinde temalara ait kodlara, katılımcı ifadelerine, ifade yoğunluklarına ve kod trendlerine yer verilmiştir.

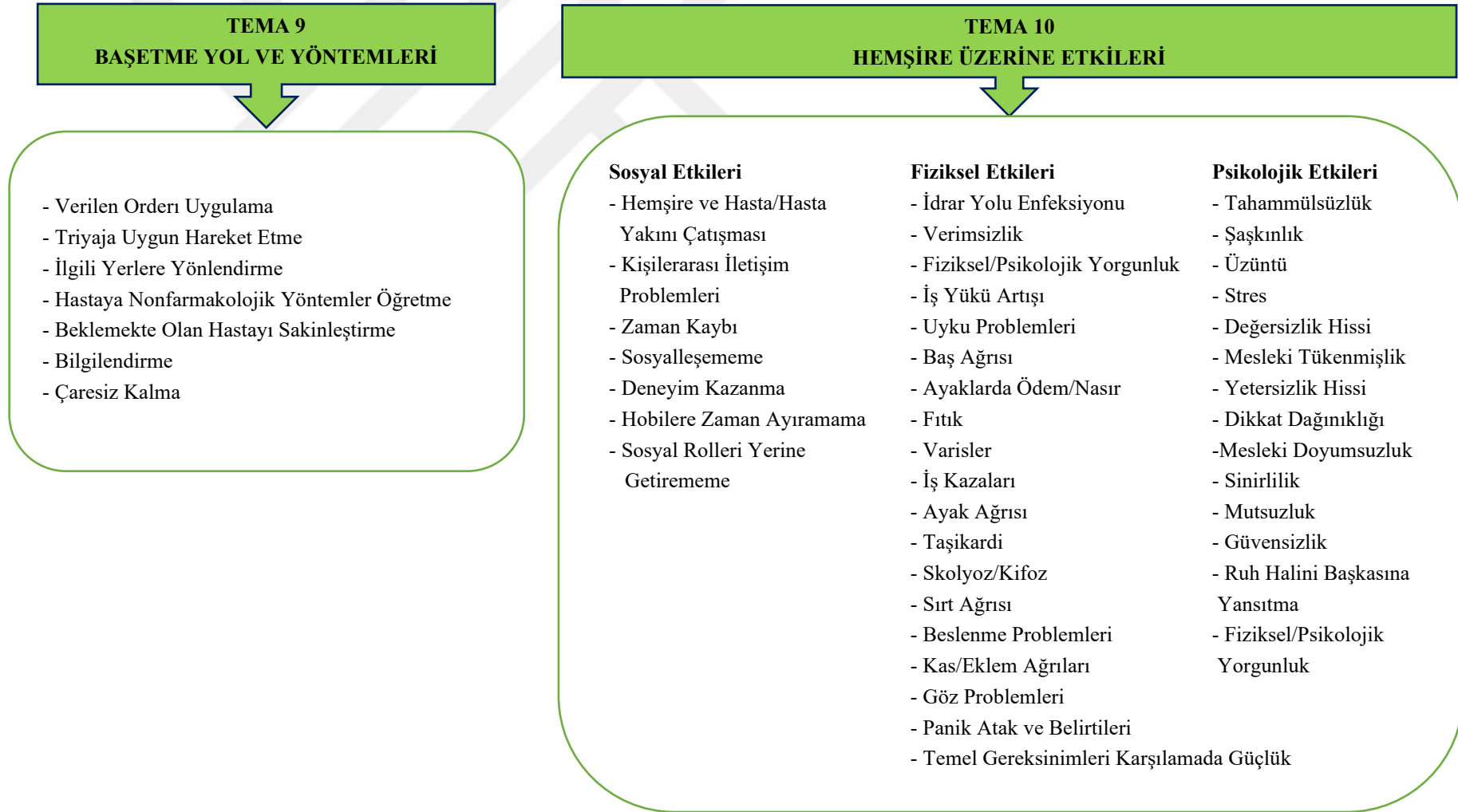
Şekil 4.1’de acil servis hemşirelerinin acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin deneyimleri ile ilgili analizler temalar, alt temalar ve kodlar şeklinde kavramsal bir çerçeve oluşturularak verilmiştir. Araştırmada elde edilen nitel bulgular 12 tema altında ve bu temalar altında yer alan kodlar ile gruplandırılmıştır.



Şekil 4.1. Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin acil servis hemşirelerinin deneyimleri ile ilgili tema, alt tema ve kodlar



Şekil 4.1. (devam) Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin acil servis hemşirelerinin deneyimleri ile ilgili tema, alt tema ve kodlar



Şekil 4.1. (devam) Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin acil servis hemşirelerinin deneyimleri ile ilgili tema, alt tema ve kodlar

TEMA 11
KURUM ÜZERİNE ETKİLERİ

- Sistemsel Hatalar
- Sağlık Sistemindeki Aksamalar
- Kurum İçi Memnuniyetsizlik
- Zaman Kaybı
- Çalışan İş Yükü Artışı
- Çalışan Motivasyonunun Azalması
- Kötü İzlenim
- Kurum İçi Şikayetlerin Artması
- Hizmette Kalitenin Düşmesi
- Personel Yetersizliği
- Güvenlik Problemleri
- Kişilerarası İletişim Problemleri
- Yönetici İş Yükü Artışı
- Huzursuz Çalışma Ortamı
- Maddi Külfet
- Tıbbi Sarf ve Malzeme Teminat Sorunu

TEMA 12
ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- Poliklinik Çalışma Sürelerinin Artması
- Sağlık Çalışanı ile Çözüm Arama
- Sağlık Çalışanı Tutum ve Davranışlarında Birlik
- Acil Servislerde Acil Tıp Uzmanlarının Olması
- Başvuru Basamaklarına Uygun Hareket Etme
- Randevuda Güçlük Yaşayan Hastalar İçin Yeni Uygulamalar
- Emzirmenin Öneminin Anlatılması
- Evde Sağlık Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması
- Sağlık Kabinlerinin Yarı Özel Olup Yaygınlaştırılması
- Triyaj Çalışanının Yetkilendirilmesi
- Kişisel Temizlik ve Özbakım
- Farkındalık Oluşturma/Arttırma
- Sendikal Faaliyetler
- Uygunsuz Başvuruların Acile Kabul Edilmemesi
- ASM ile İş Birliği
- Triyaj Sisteminin Düzenlenmesi
- Güvenlik Önlemlerinin Arttırılması
- Poliklinik Sayılarının Arttırılması
- Yeni Yasa ve Düzenlemeler
- ASM' lerin Aktifleştirilmesi
- Maddi Yaptırım
- Eğitim
- Görsel-İşitsel Araç ve Gereçlerin Kullanılması

Şekil 4.1. (devamı)

4.1. Hemşire Tanıtım Formu'na (EK-1) Yönelik Bulgular

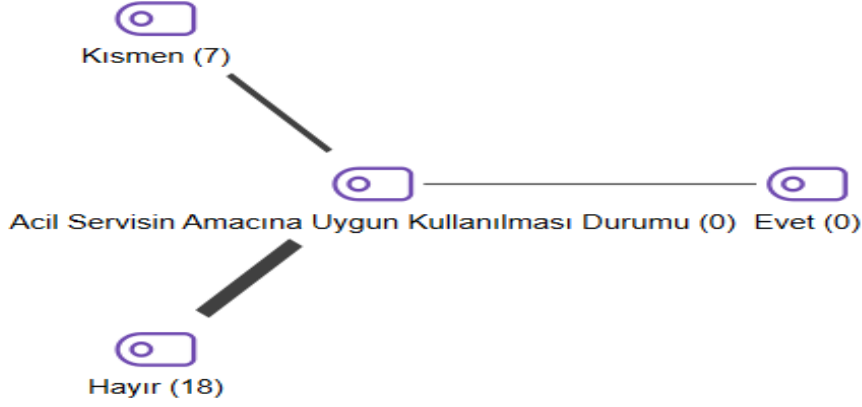
Katılımcılarla yapılan görüşmelerde elde edilen tüm verilerden ilk olarak başlangıç kodları oluşturulmuştur. Ardından kodlanmış veriler gruplandırılmıştır. Temalar oluşturulduktan sonra gözden geçirilip her bir temanın neyi kapsadığı belirlenerek temalar tanımlanıp isimlendirilmiştir. Bu kısımda oluşturulan temalara ait kodlara, alt kodlara, ifade yoğunluğu ve kod trendleri ile ilgili verileri gösteren şekillere yer verilmiş olup ayrıca tema ile ilgili katılımcı ifadelerine yer verilmiştir.

Katılımcıların 15'i kadın, 16'sı bekar ve 23'ü lisans mezunudur. Katılımcılar 23-40 yaşları arasında olup katılımcıların yaş ortalamasının 28 olduğu ve meslekte yaklaşık 5 yıldır; acil serviste ise ortalama 3 yıldır çalıştıkları belirlenmiştir.

Katılımcılar genellikle 08.00-08.00 saatleri arasında 24 saatlik shiftler şeklinde çalışmaktadırlar. Katılımcılara acil servisin amacına uygun kullanılma durumu sorulduğunda katılımcıların 20'si hayır cevabı ile acil servislerin amacına uygun kullanılmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Çalıştıkları süre zarfında amacına uygun olmayan başvuruların en fazla olduğu zaman dilimi ile ilgili olarak ise çok çeşitli ifadeler yer almış olup katılımcı ifadelerine göre acil servislerin en sık amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimi 16.00-00.00'dır.

4.1.1. Tema 1. Acil servisin amacına uygun kullanılma durumu

Acil servisin amacına uygun kullanılma durumu teması bireylere “Acil servislerin amacına uygun kullanıldığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen yanıtlar sonrası oluşturulmuştur. Bu tema ve alt kodları Şekil 4.2'de yer alan kod, alt kod ve bölümler modelinde gösterilmektedir. Katılımcıların vermiş oldukları ifadelere göre acil servisin amacına uygun kullanılmaması durumu evet, hayır ve kısmen olmak üzere 3 farklı kod şeklinde tanımlanmıştır.



Şekil 4.2. *Acil servisin amacına uygun kullanılması durumuna ait tema ve kodları*

Kod 1.A. Evet

Katılımcılar acil servisin amacına uygun kullanılması durumuna ilişkin evet kodunda hiç görüş belirtmemiştir. Katılımcıların hiçbiri acil servisin tamamıyla amacına uygun kullanıldığını ifade etmemiştir.

Kod 1.B Hayır

Katılımcılar acil servisin amacına uygun kullanılması durumuna ilişkin en çok hayır kodunda fikir belirtmiştir. G-4, G-5, G-6, G-12, G-13, G-21, G-24 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Kesinlikle hayır. Bunu zaten amacına uygun kullanan kişi sayısı mesela 350, 400. Bize gerçekten ihtiyacı olan hastalar bunlar. Onun dışında gelenlerin tamamı baş ağrısı, ÜSYE, yok aşk acısı, yok sevgilimden ayrıldım, naz niyaz, grip... Böyle şeylerle uğraşıyoruz biz. Hani gerçekten amacına uygun baktığımız hasta sayısı onu geçmiyor. O da hipertansiyon, böyle 18- 19’ları bulanlar, MI oluyor, trafik kazası oluyor, onlar bunlar yani.” (G-4)

“Düşünmüyorum. Şöyle söyleyeyim. Burası küçük bir ilçe hastanesi. Evet, tarım halkın geçim kaynağı, genelde tarımla ilgili mevsimsel olarak çok fazla yoğunluk yaşıyoruz. Kış dönemlerinde ayrı, tarım işçilerinin geldiği dönemlerde ayrı yoğunluklarımız oluyor ve çoğu hasta benim nazarımda %80- 85’ i amacına uygun şekilde gelmeyen hastalar.” (G-5)

“...Yani gelen hasta profili anlamında soruyorsunuz herhalde. Çoğu zaman amacına uygun kullanıldığını düşünmüyorum. Ama çalıştığımız birim acil olduğu için ve sağlık hakkı hiçbir insan için engellenemeyeceği için bütün hastalara bakmak durumundayız ama genel olarak bana sorarsanız acil, ülkemizde doğru kullanılmıyor.” (G-6)

“Yoo, kesinlikle hayır. Ben çok fazla gereksiz kullanıldığını düşünüyorum.” (G-12)

“Yani kesinlikle düşünmüyorum. Maalesef ki belli basamaklar takip edilmediği müddet acillerdeki yoğunluk alır başını gider.” (G-13)

“Yani ben %80-90 oranında amacına uygun kullanılmadığını düşünüyorum, gereksiz başvurular çok oluyor. Bunların aslında çoğu aile hekimliklerinde halledilebilir hastalıklar; ilaç yazdırmaydı, bu şekilde olmasına rağmen başvurular biraz gereksiz oluyor. Benim görüşüm.” (G-21)

“Aslına bakarsanız, hayır. Çünkü şu an bizim hastanemizde ve çoğu hastanede acil servisler, aynı zamanda poliklinik görevi de görüyor. Halbuki acil servis triyaj uygulaması olan, öncelikli hastaların acil durumlarda müdahale edilebileceği bir alan olarak görev vermekte ama şu an maalesef böyle çalıştığını düşünmüyorum.” (G-24)

Kod 1.C. Kısmen

Katılımcıların bir kısmı acil servisin amacına uygun kullanılıp kullanılmamasına ilişkin arada kalıp acil servislerin kısmen amacına uygun kullanıldığını ifade etmiştir. Bu konu ile ilgili G-1, G-3, G-15, G-16, G-18, G-19, G-22 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Ya tam anlamıyla tabii ki değil yani tam olarak amacına uygun kullanılmıyor. Yani bizim tarafımızdan tam anlamıyla amacına uygun kullanılmaya çalışılıyor. Ama tek faktör biz değiliz. Doktorlar, biz, tabii bir de hastalar olunca her zaman değil ama mümkün olduğunca amacına uygun kullanılmaya çalışılıyor.” (G-1)

“Şimdi amacına uygun kullanılan durumlar da var, kullanılmayan durumlar da var. Yani zaten acil servis dediğimiz hastalarımızı örnek vermek gerekirse; trafik kazası gelebiliyor, sonra nöbet geçiren hastalarımız gelebiliyor, solunum yolu sıkıntısıyla gelen hastalarımız oluyor ya da kalp hastalığıyla ilgili rahatsızlığı olanlar gelebiliyor. Bunlar hani gerçekten acil olanlar. Acil servise başvurabilecek kişiler tabii ki ama bunun dışında amacına uygun olmayan şekilde başvuranlar da var. Ya tam evet de diyemem tam hayır da diyemem. Aslında buna hani bir kısmen seçeneğini koysanız güzel olur. Kısmen diyebilirim mesela.” (G-3)

“Kısmen yani %50’ lik en fazla amacına uygun kullanılıyor.” (G-1)

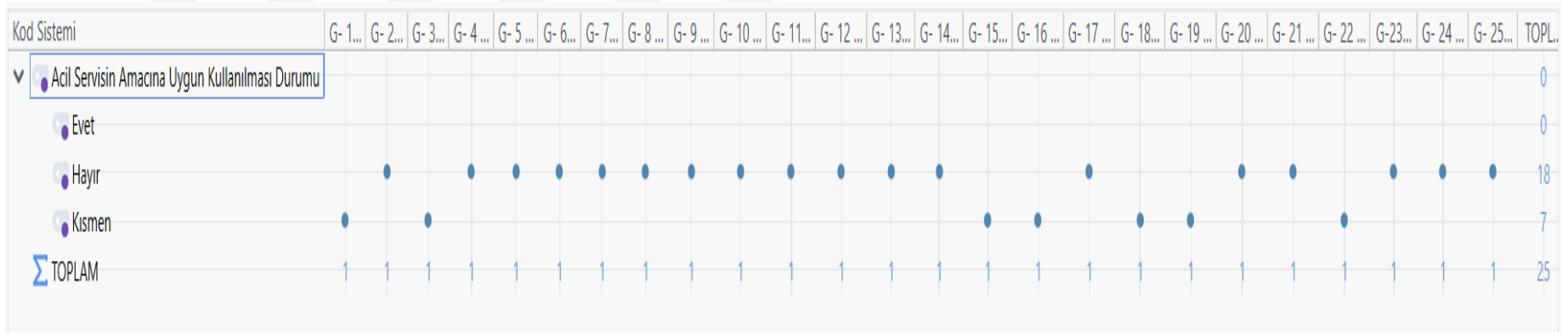
“Bu konuda tam olarak hemfikir değilim. Mesela bazen. Tabii ki noksan yönleri olabiliyor. Bazen yanlış yönleri olabiliyor ama tam olarak yerinde kullanıldığını düşünmüyorum.” (G-16)

“Kısmen, tamamen değil.” (G-18)

“Tam olarak amacına uygun kullanıldığını düşünmüyorum. Hasta profillerine bakacak olursak hepsine acil hastası gözüyle bakamayız. Birçok farklı alandaki doktorlarımızın incelemesi gerektiği hastaların da acil servise başvurduğunu düşünüyorum.” (G-19)

“Kısmen yani tam olarak değil.” (G-22)

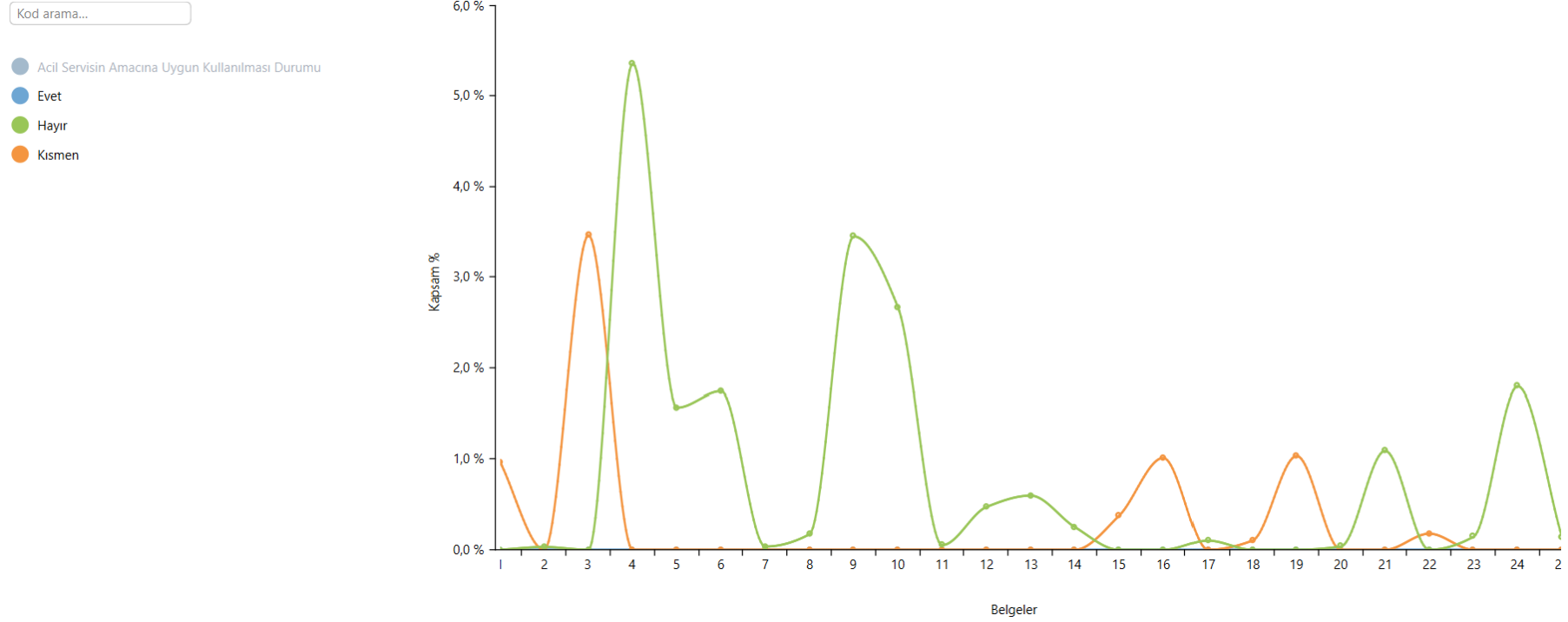
Katılımcı profiline göre acil servislerin amacına uygun kullanılması durumu temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.3’te verilmiştir.



Şekil 4.3. Katılımcı profiline göre acil servislerin amacına uygun kullanılması durumu temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.3'e bakıldığında acil servislerin amacına uygun kullanılmaması temasına ait en yoğun katılımcı ifadesi hayır olurken ardından en yoğun ifade olarak kısmen kodu kullanılmıştır. 25 katılımcıdan 18'i hayır kodunu, 7'si kısmen kodunu oluşturmuştur ancak evet kodu kullanılmamıştır.

Şekil 4.4'te acil servislerin amacına uygun kullanılmaması temasına ait kodlar gösterilmiştir.



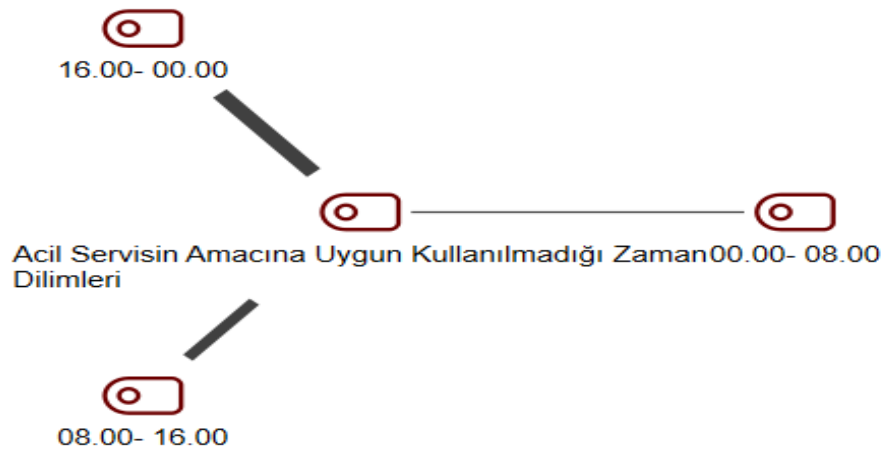
Şekil 4.4. Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması temasına ait kod trendleri

Şekle göre yatay eksenle katılımcılar var olup düşey eksenle ise kodların kapsam derecesi gösterilmektedir. Kod renklerine bakıldığında ise hayır kodu yeşil, kısmen kodu turuncu, evet kodu ise mavi renkle gösterilmiştir. Şekilden de anlaşılabacağı üzere en trend kod hayır kodudur.

4.1.2. Tema 2. Acil servisin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri

Katılımcı hemşirelere çalıştıkları zaman diliminde acil serviste amacına uygun olmayan başvuruların en fazla olduğu zaman dilimi sorulmuş olup verilen yanıtlardan 08.00-16.00, 16.00-00.00, 00.00-08.00 kodları oluşturulmuştur. Bu kodlar ise acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri teması altında toplanmıştır.

Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimlerine ait tema ve kodları şekil 4.5'te verilmiştir.



Şekil 4.5. Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimlerine ait tema ve kodları

Şekil 4.5 incelendiğinde 25 hemşireye ait veriler incelenip acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri ile ilgili görüşleri toplanmış ve zaman dilimleri ile ilgili çok çeşitli ifadeler yer aldığından kodlar katılımcıların da çalışma zaman dilimleri 08.00-16.00, 16.00-00.00, 08.00-08.00 olarak belirlenmiştir. Tema ve kodlar arasındaki çizgi genişliği kod sıklığını yansıtmakta olup acil servisin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri çoktan aza doğru sırasıyla 16.00-00.00, 08.00-16.00, 00.00-08.00 şeklindedir.

Bu konuda bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Bu 24 saatlik zaman süresi içinde özellikle saat 18’den sonra olan başvuruların amacına uygun olduğunu düşünmüyorum. 18-24 saat dilimleri arasında.” (G- 2)

“Saatleri değişiyor ama genellikle akşam saatlerinde mesela yemek saatleri 6-8-9 arası falan gelebiliyor. Bazen gün içerisinde poliklinikten çıkıp gelen hastalarımız da olabiliyor. Değişiyor ama saatler, ağırlıklı olarak gece saatlerinde diyebilirim. Gece saatleri.” (G- 3)

“Yani sabah 9 buçuk, burası için konuşuyoruz. Köy dolmuşları falan geliyor. 9 buçuk ile 11 arası bir oluyor. Akşam 5 ile yine böyle 10 buçuk arası.” (G- 4)

“Kış döneminde pik yapıyor, soğuk algnlıkları ve ÜSYE’ lere bağlı olarak. Dediğim gibi çalıştığım ilçe hastanesinin hani ilçedeki geçim kaynakları tarım olduğu için tarım işçilerinin geldiği bir dönem var. Mayıs ayı gibi, o dönemlerde ciddi bir yoğunluğumuz oluyor. Saat olarak kış döneminde ve genel anlamda akşam yemeğinden sonra insanlar artık tamam gün içerisindeki işimizi hallettik. Hadi bir acile gidelim; başım ağrıyor, burnum akıyor, soğuk aldım vs. Akşam namazından sonra ezanından sonra insanlar gelmeye başlıyor. Bu saatten gece 11’e kadar falan ciddi bir yoğunluğumuz oluyor. Tarım işlerinin olduğu zamanlarda da işçilerin mesaisini bitirdiği saat, 5 gibi 4 gibi geliyorlar. İnanılmaz ciddi bir yoğunluk, bir araba dolusu insan aynı anda hastanenin aciline başvurup bizden sağlık hizmeti almak istiyorlar.” (G- 5)

“zellikle havanın güzel olduğu zamanlar diyebilirim. Yani bu şekilde yaklaşabiliyorlar. Özellikle insanların uykusunun olmadığı ve işsiz olduğu saatler diyebilirim. O da saat 11 ile 16 arası diyebilirim. Mesela gece üçte gelen hastanın durumu daha ciddi olabiliyor. Çünkü uykusundan feragat edip geliyorsa o hastada ekstra bir şey aramamız gerekiyor.” (G- 10)

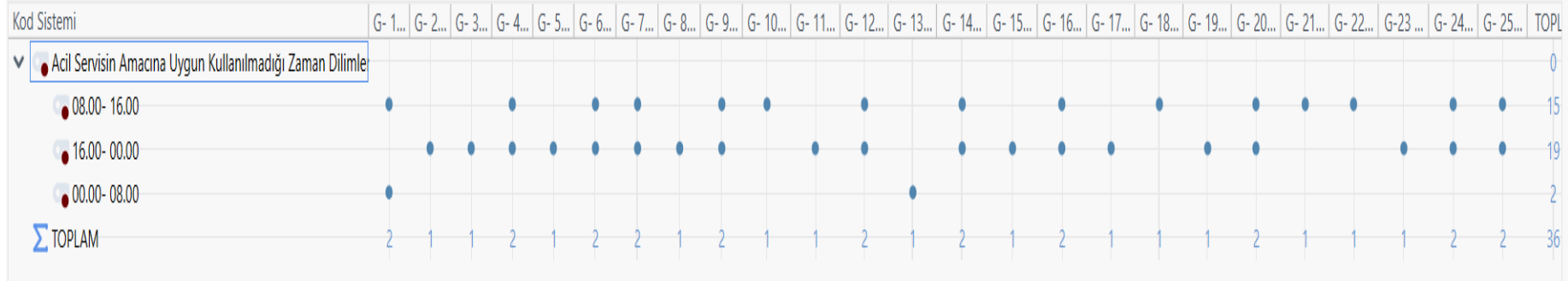
“Ben gündüzleri genellikle poliklinik açılışı olduğu zaman görüyorum bunları. Mesela polikliniğe gözükmek yerine direkt acilden giriş yaparak işlemlerini daha kolay gerçekleştirmeye çalışanları görüyorum. Bunların aslında dahiliyeye gidip, yani polikliniklere gidip uzun tedaviler almaları gerekirken sadece bir ağrı kesiciyle acilden giriş yaparak işlemlerini bitirmek istediklerini görüyorum. Ben genelde sabah sekiz akşam yedi aralığı diye düşünürüm...” (G- 1)

“Şöyle yapıyor hastalar yemekten önce geliyor, yemek zamanı gelmiyorlar belli bir aralıkta. Yemekten sonra bir geliyorlar. Poliklinik saatine yakın bir yoğunlaşma oluyor, çocukları okula bıraktıktan sonra anneler geliyor, babalar geliyor, bu şekilde. Sekiz dokuz aralığı olabiliyor bazen. Sabah da akşam da olabiliyor. Bazen kadın doğum polikliniğinden de gelenler çok fazla oluyor. Son zamanlarda burada ebeler doğumhaneye çıkmasaydı onlar da acile gelecekti. Yani bu şekilde.” (G- 18)

“...Bu genelde hafta sonları ve akşam saatleri oluyor. Çünkü o saatlerde poliklinikler kapalı olduğu için birçok insan birçok hasta direkt acile gideyim, var olan semptomlar karşısında hemen acile başvuruyor ve orada bir tedavi görmek istiyorlar ve birçoğunun zaten bu tedavileri tam olarak karşılanmıyor. Bunlar daha çok uzun süreli tedavi, uzun süreli takip, bir uzman görüşü gerektirirken acil servise başvuruyorlar.” (G- 19)

“Genellikle gece ya da gün içinde poliklinikte doktoru olmayan bölümlerin hastaları randevu alamayacaklarını bildikleri için en azından acile gideyim. Bir ağrı kesici yapayım ya da orda benim için uygun bir ilaç mutlaka yazarlar düşüncesiyle acile başvuruyor.” (G- 24)

Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.6’da verilmiştir.



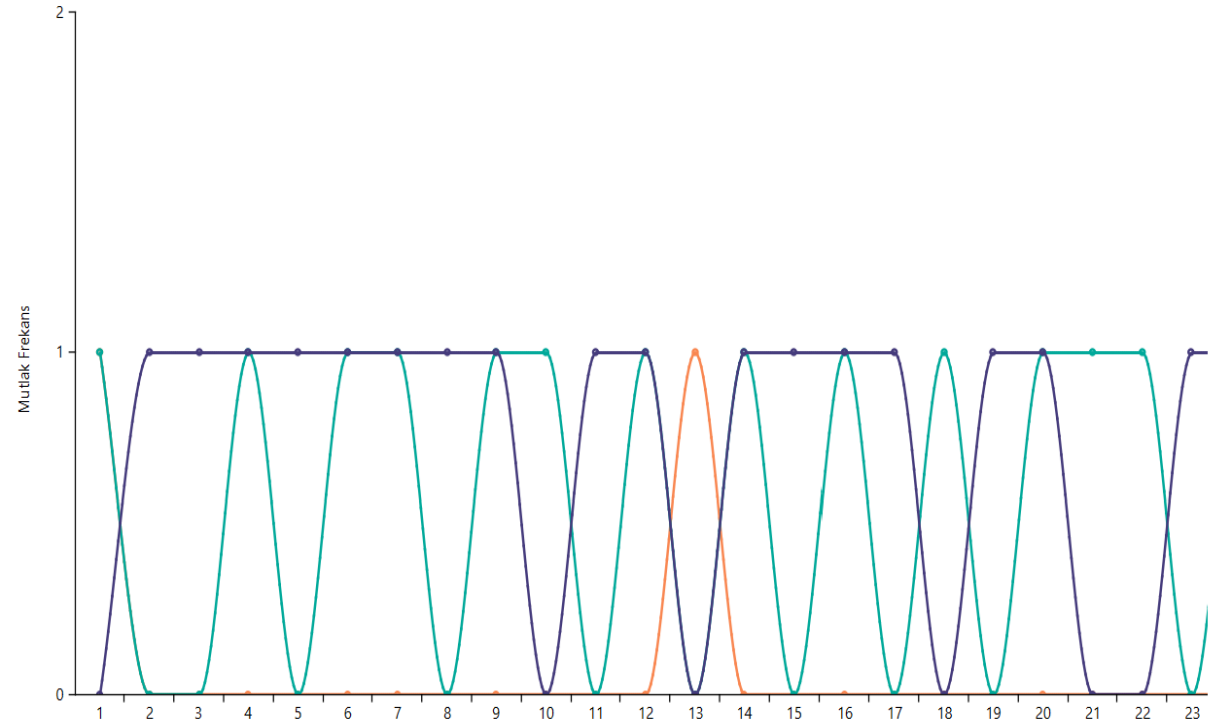
Şekil 4.6. Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.6’da katılımcı ifadelerine bakıldığında acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri için en yoğun kod olarak 16.00- 00.00 kullanılmıştır. Daha sonra ise 08.00-16.00 kodu kullanılmıştır. 00.00-08.00 kodu ise katılımcıların en az yoğunlukta kullandığı ifadedir. Ayrıca G-1, G-4, G-6, G-7 gibi katılımcıların bazıları iki kodu da ifade olarak kullanmıştır.

Şekil 4.7’de acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına ait kodlar renkleriyle gösterilmiş olup yatay eksenle yer alan katılımcılar için hangi kodun trend olduğu verilmiştir.

Kod arama...

- Acil Servisin Amacına Uygun Kullanılmadığı Zaman Dilimleri
- 08.00- 16.00
- 16.00- 00.00
- 00.00- 08.00

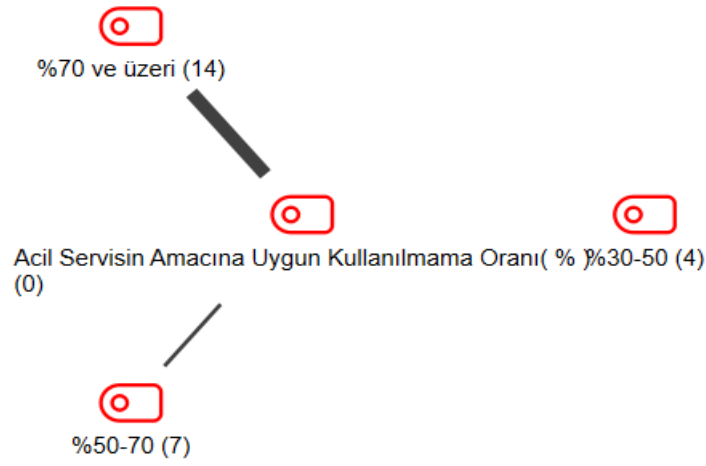


Şekil 4.7. Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına ait kod trendleri

4.1.3. Tema 3. Acil servisin amacına uygun kullanılmama oranı

Katılımcılara çalıştıkları zaman diliminde başvuruların yüzde kaçının amacına uygun olmayan başvurular olduğu sorulmuş olup elde edilen yanıtlar doğrultusunda oluşturulan kodlar bu temayı oluşturmuştur.

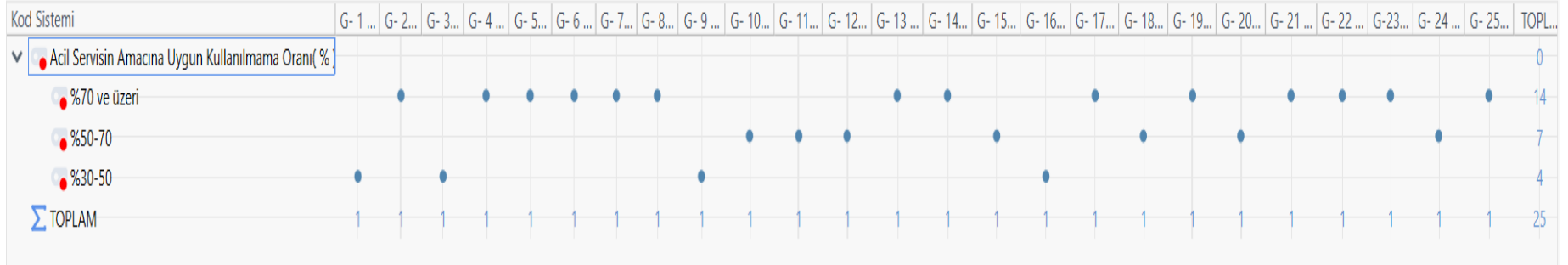
Acil servislerin amacına uygun kullanılmama oranına ait tema ve kodları şekil 4.8’de verilmiştir.



Şekil 4.8. *Acil servislerin amacına uygun kullanılmama oranına ait tema ve kodları*

Şekil 4.8 incelendiğinde acil serviste çalışan 25 hemşirenin acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranına ait temanın 3 alt kodu bulunmaktadır. Bu kodlar %70 ve üzeri, %50-70, %30-50’dir. Tema ve kod arasındaki çizgi genişliği gibi kod frekansı da acil servisin amacına uygun kullanılmaması oranına ait verilen cevapların çoğunluğunun %70 ve üzeri kodunun olduğunu göstermektedir. Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranına %70 ve üzeri cevap veren 14 katılımcı, %50-70 diyen 7 katılımcı, %30-50 diyen 4 katılımcı bulunmaktadır.

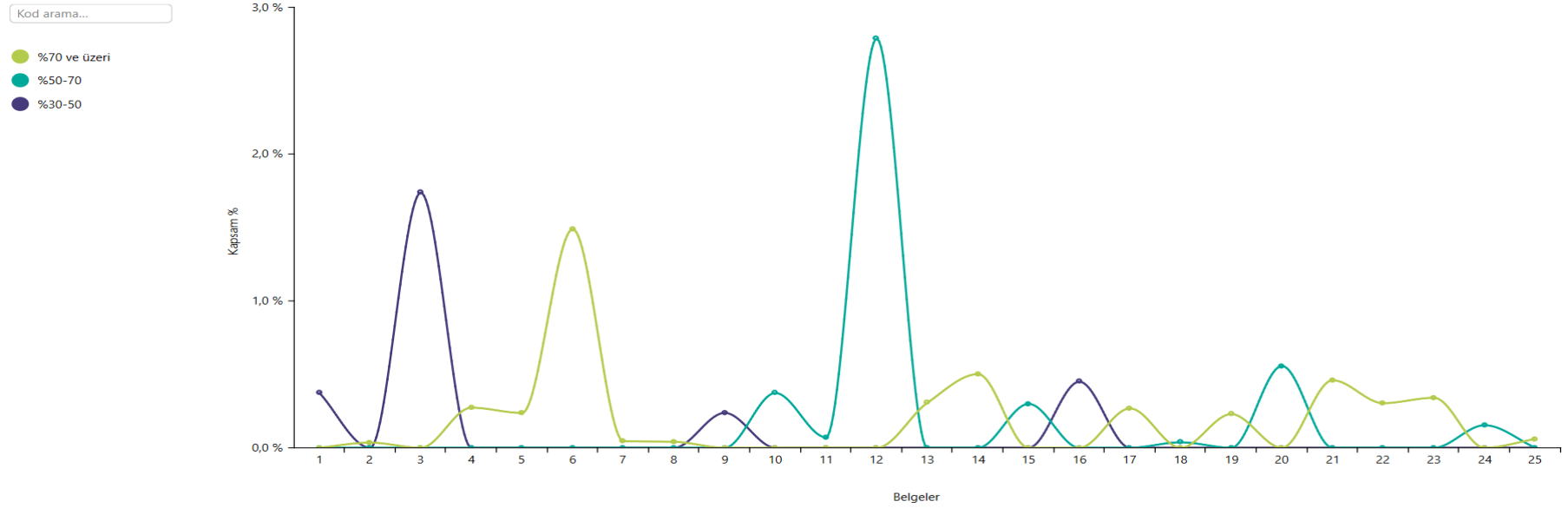
Acil servisin amacına uygun kullanılmaması oranı temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.9’da verilmiştir.



Şekil 4.9. Acil servisin amacına uygun kullanılmaması oranı temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.9’da katılımcıların bu temaya ait ifadelerinde en yoğun kullandığı kod %70 ve üzeri kodu olup ardından %50-70, son olarak da %30-50 kodu olmuştur.

Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranı temasına ait kod trendleri şekil 4.10’da verilmiştir.



Şekil 4.10. Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranı temasına ait kod trendleri

Şekil 4.10'da temaya ait kodlar grafiğin yan tarafında renkleriyle birlikte verilmiştir. Yatay eksen katılımcıları gösterirken dikey eksen ise kodların kapsam yüzdeliğini göstermektedir. Yatay ve dikey eksenin kesiştiği nokta hangi katılımcı için hangi kodun trend olduğunu gösterirken katılımcıların geneline baktığımızda %70 ve üzeri kodunun trend olduğu yani sık kullanıldığı görülmektedir.

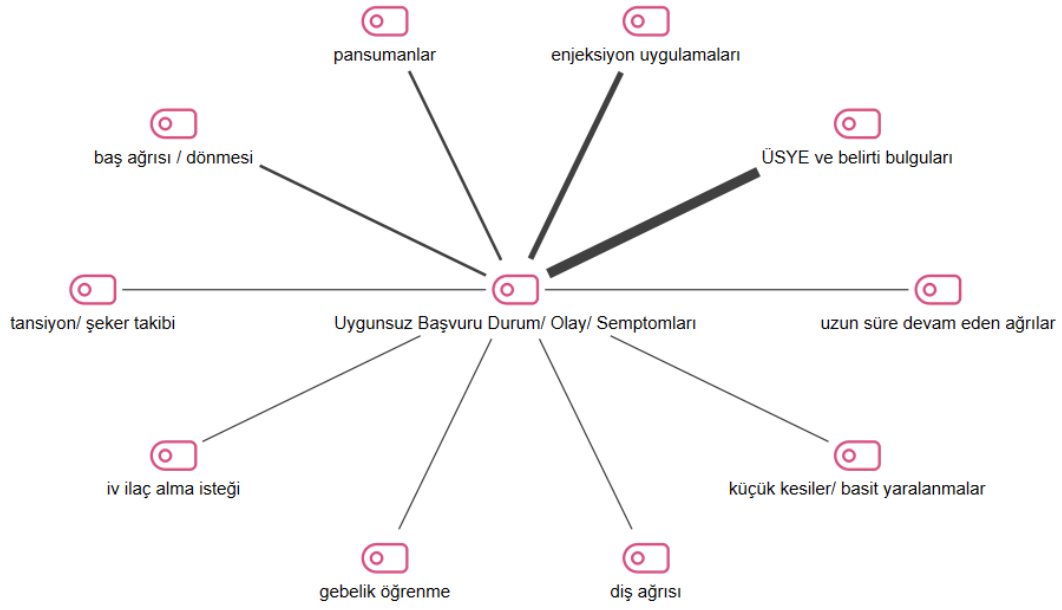
4.2. Görüşme Formuna (EK- 2) Yönelik Bulgular

Katılımcılar G-1, G-2, G-3, ..., G-25 şeklinde kodlanmıştır. Görüşme formundaki sorulara yönelik verilen cevaplar doğrultusunda kodlar uygunsuz başvuru durumu/olayı/semptomları, etkileyen faktörler, konu ile ilgili düşünceler, baş etme yol ve yöntemleri, hasta üzerine etkileri, hemşire üzerine etkileri, kurum üzerine etkileri ve çözüm önerileri şeklinde temalara ayrılmıştır. Ayrıca görüşme esnasında görüşme formunda yer almayan bir soru da sorulmuş olup bu soruya verilen yanıtlar doğrultusundaki kodlar amacına uygun başvuru durumu/olayı/semptomları teması altında bir araya getirilmiştir.

4.2.1. Tema 4. Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomları

Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomları teması katılımcılara acil servisin amacına uygun kullanılmaması olarak kabul edebilecekleri durum/olay/semptomları sorulduğunda verilen yanıtlar neticesinde oluşturulmuştur. Temaya ait en çok ifade edilen 10 koda yer verilmiştir.

Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlarına ait tema ve kodlar şekil 4.11’de verilmiştir.



Şekil 4.11. Uygunsuz başvuru durumu/olayı/semptomlarına ait tema ve kodlar

Bu şekilde yer alan kodlar uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlarından katılımcıların en çok söylemiş olduğu kodlardır. Katılımcılar tarafından en çok gözlemlenen uygunsuz başvuru durumu/olayı ve semptomları; ÜSYE ve belirti/bulguları, enjeksiyon uygulamaları, pansumanlar, baş ağrısı/dönmesi, tansiyon/şeker takibi, IV ilaç alma isteği, gebelik öğrenme, diş ağrısı, küçük kesiler/basit yaralanmalar ve uzun süre devam eden ağrılar şeklindedir. Katılımcılar tarafından uygunsuz başvuru durumu/olayı ve semptomlarına yönelik en fazla dile getirilen ilk 3 kod ise ÜSYE ve belirti/bulguları, enjeksiyon uygulamaları ve pansumanlardır. ÜSYE belirti ve bulgularına yönelik katılımcıların söylemiş olduğu bazı ifadeler şöyledir:

“Bizim acil serviste özellikle şu dönemde en sık başvurulanan vaka; soğuk algınlığı, gribal enfeksiyon. Bana göre acil servise bu durumda başvurulmaması gerekiyor. Çünkü bir gribal enfeksiyon evdeki yöntemlerle geçebilir. Ya da bir aile hekimliğine gidip ilaç alınabilir ya da daha ileri bir vakaysa eğer bir uzman dahiliye doktoruna görünmesi gerekmektedir. Bu anlamda hastaların en sık dediğim gibi geldiği durum gribal enfeksiyon.” (G-11)

“Şöyle ki, ben acilde 24 nöbetindeyken kendim üst solunum yolu enfeksiyonu geçiriyordum. Bir tane hastamız geldi, hasta düşmüş kırık var, kanama var. Ben bu hastaya öncelik verdim. Sarı alan hastası olarak işaretledim. Hastayı gönderdim.

Sırada bekleyen başka bir hasta evde çocuğu olduğunu söyledi. Kendisi ÜSYE hastası, şikayetleri bu yönde. İşte burun akıntısı, öksürük falan ve benden ona öncelik vermemi istedi. Ben önceliği kendi kafama göre veremiyorum. Prosedürleri uygulamak zorundayım. Hem oradaki hastaların hakkına girmemek için hem de içeride çalışan arkadaşlarımla sorun yaşamamak için. Çünkü ben yeşil alan hastasını sarı alana yönlendirdiğim zaman sarı alandaki personeller bana dönüp sen neden gönderdin, diyebiliyor. Hastaya yeşil alanı işaretledim ve hasta dönüp bana hakaret etmeye başladı. Yanımda bekleyen bir hasta da bizi izliyormuş. Geldi yanımıza dedi ki, hemşire hanım maskenizi indirir misiniz? Maskemi bir indirdiim ağzım burnum kıpkırmızı ve burnumda işte 2 tane tıpa. Bekleyen diğer hastaya döndü dedi ki: Hanımefendi bu hemşire hanım neredeyse senden kat kat daha kötü halde sabahtan beri burada çalışıyor dedi. Nefes almakta zorlanıyor gibi, ki biz halini görüyoruz dedi. Sen dimdik bir şekilde ayakta duruyorsun ve hala öncelik istiyorsun. Yine beni savunan bir hasta oldu aslında. Kadın en son giderken bana beddualar etti ve gitti...” (G- 24)

Bu soru üzerine bir örnek vereyim, daha önce bizim hastanemize yine başvuran bir arkadaşımız 15-16 yaşında genç bir beyefendiydi. Ben şikayetini sordum. Ben dün geldim, dedi. Şikâyetin ne, dedim. Burun akıntısı, dedi. Tamam. Bugün de gelmişsin, dün de geldin ve serum takıldı diyorsun. Diğer kolunuzu açın, dedim. Diğer kolunu açtı yine aynı şekilde iğne izi. Peki buna ne zaman geldin, diye sordum. Bir evvelki gün, dedi. Yani bugünle 3 gün gelmiş oluyor. Ben hastaya şu şekilde bir açıklama yaptım: Bu şekilde yani bir istirahatle de geçebilir. Bunu evde bir C vitamini... C vitamininin ne olduğunu da açıkladım; işte portakaldır, limondur, bir şeyler yiyebilirsin, bu geçer. Hani bir eğitim şeklinde ufak da olsa bu şekilde anlatabilirsiniz.” (G-21)

“Yani acil servislerin uygun kullanılmaması hakkında örnek verecek olursak burun akıntısı olan bir hasta acil servise gelmesi gereken bir hasta değil, bu benim görüşüm. Ya bu mesela evde istirahatle ve aile hekimliği gerekli bir ilaçla geçebilecek bir hastalık. Yani bu gereksiz bir başvuruya girer.” (G-21)

“Bu konu hakkında bence en çok soğuk algınlığı. Soğuk algınlığında, yani tamam çok kötü olduğunu da anlarım ama geliyorlar diğer gün tekrardan yine aynı şekilde başvuruyorlar. İlaçlarını düzenli kullan diye bilgiler de veriyoruz hastalara. Hastalar ise çünkü serumun işe yaramadığını ve tekrardan geldiklerini söylüyor.”
(G-20)

Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlarına ilişkin bir diğer kod da enjeksiyon uygulamalarıdır. Katılımcılar acil servise enjeksiyon uygulamaları nedeniyle başvuran hastalar için şu ifadelerde bulunmuştur:

“Şunu örnek verebilirim, enjeksiyon için genelde acil kullanılıyor. Acil hemşiresi... Çalıştığım hastane için konuşuyorum, acil servis hemşiresi acil durumdaki bir hastaya bakacağına çoğu zaman enjeksiyon... Herhangi bir enjeksiyon yapmak için acilden ayrılıyor ya da odaklanamıyor acil hastalarına.” (G-6)

“Günlük B12 vitamini için dahi geliniyor. Bunu bir sağlık ocağında yaptırabilir, yaptırabilecek iken gelip hastanemizde yaptırmaya çalışıyor... veya doğum kontrol iğneleri, yani o kadar yoğunluğun içinde ısrarla bizle kavga edip tartışıp işte “Benim işim acil!” diye gelen kadınlar var ve baktığımızda enjeksiyon için gelmiş.” (G-9)

“Deprem zamanı geldi... Deprem zamanı biz daha ciddi bir hasta gelir mi diye beklerken depremin daha ilk saatlerinde enjeksiyon için gelenler olmuştu yani o da B12 vitamini idi. Yani bizim bir hemşire arkadaşımız da çok sinirlenmişti bu duruma, neredeyse tartışacak duruma gelmişti.” (G-10)

“Yine ASM’ lerde aşı takipleri, tansiyon takipleri ya da enjeksiyon takipleri yapılabilecek iken bu işlemlerin bile aciliyet gerektiriyormuş gibi acilin herhangi bir saatinde yaptırmak için gelenler... Acil hastalar yani dediğimiz gibi bu o an bir MI vardır, biz ona müdahale ederken bile sanki kendi hastaları yani kendilerinin dodex yaptırması çok acilmiş gibi davranan hastalar var.” (G-14)

Katılımcıların 3. olarak en sık kullandığı alt kod pansumanlar olmuştur. Katılımcılar pansumanlar için başvuruda bulunan bireylerin acil servisi gereksiz yere işgal ettiğini bu durum için aile sağlığı merkezlerinin uygun olduğunu dile getirmiştir.

“...Son olarak da bence pansumanlar. Bizim için çok büyük zaman kaybı. Yani zaman kaybindan kastım gerçek hastaları göremiyoruz, küçücük çiziklere dahi pansumana geliyorlar. Bu da bizim için sıkıntı olmuş oluyor.” (G-20)

“....Ayrıca günlük çok basit pansumanların acilde değil de sağlık ocaklarında yapılması gerektiğini düşünüyorum ama onlar(acil servise başvuran bazı hastalar) daha çok sağlık ocaklarında yapılmadığını düşünüyor. Bazıları da sırf orda daha iyi yapılmıyor, özen gösterilmiyor diye geliyor. (Kafasını olumsuz anlamda salladı.) Yani çok basit musküler enjeksiyonların ve pansumanların acilde yapılmasını doğru bulmuyorum.” (G-17)

“Birincisi hasta geliyor. Gece saat 2. Ayak başparmak pansumanına. Şimdi gündüz gelemez misin?(kızıyor) Ama bu hasta çalışan bir hasta değil. Hani desen ki gündüz işte çalışıyor, gece anca boş oluyor. Ya da enjeksiyonunu acilde yaptırmaya geliyor aile hekimliğinde çok rahat yaptırabilirken. Neden acili yoğunlaştırsın? Bu kuru kalabalığa sebep oluyor.” (G-1)

Bu kodlar dışında buhar alma, hiperglisemi, dudak kuruması, idrar yolu enfeksiyonu, AGE, refakatçilerin şikayeti olmaksızın yapılan başvurular, burkulmalar, kas/eklem ağrıları, sivrisinek sokması, yorgunluk, konversif vakalar, karın ağrısı, tekrarı olmayan kusma, rapor alma, barınma ihtiyacı, halsizlik, sinirlilik, sevk amaçlı kullanım, kol/bacak ağrısı, alkol ve madde alımı sonrası başvurular, topuk çatlağı, raporlu/raporsuz ilaç yazdırma, birinci derece yanık, mutsuzluk, 36-37.5 ateş, dikkat çekmek için yapılan başvurular, boy uzamaması, ilaç kullanım süresini tamamlamadan yapılan başvurular, uzun süre devam eden ağrılar, fare korkusu, gebelik öğrenme, kan grubu öğrenme, tekrarlanmayan ishaller, kramplar, IV ilaç alma isteği, uyuyamama, bel ağrısı, travmalardan günler sonra yapılan başvurular gibi kodlar da uygunsuz başvuru durum, olay ve semptomlar kategorisinde yer almaktadır. Bu kodlara ait bazı katılımcı hemşirelerin vermiş olduğu yanıtlar şöyledir:

“Beta HCG’ ler, işte basit baş ağrıları olsun, ne bileyim diş ağrısı olsun... Çoğunlukla bunlar bu tarz basit olaylara hizmet ettiğimiz için hastalar da o şekil düşünüyor (acil servisler bu amaçla kullanılmalı), acili o şekilde (amacına uygun olmayan şekilde) kullanıyorlar.” (G-7)

“Ve bir hasta da aynı şekilde gece 3- 4 aralığında uyuyamamış, uyuyamama şikayetiyle acile geliyor ve biz hasta uyuyamadığı için ilaç ismi vermemde herhalde sakınca yok. (Duraksadı.) Avil yaptık. Avilden sonra uyumuş. Benim diğer bir nöbetimde geldi ve ben geçen bu nöbet bu saat aralığında geldim. Bana bu ilaç yapılmıştı. Eve gittiğimde çok rahat uyudum. Bugün de aynısı yapılsın, uyuyayım şeklinde böyle basit şeyler için, acil servise geliyorlar maalesef. O saat aralığında neden böyle saçma sapan bir şeyden kaynaklı acile gelinir, bunu da anlamış değilim.”(G-14)

“Derinden etkileyen bir olay değil ama çok garipsediğim, şaşırdığım olaylar var. Hasta fare görmüş, korkmuş. Bu yüzden acil servise başvurmuş. Bunu görünce gerçekten çok garipsemiştim. Mesela bununla ilgili acil serviste ne gibi müdahaleler yapılabilir diye düşünüyorsun. (güldü)” (G-25)

“Var, şöyle deprem zamanı biliyorsunuz asrın felaketi olarak geçen Kahramanmaraş depreminde 5 gün acilde çalıştım. Depremin ilk günü biz yaralıları alıyorduk. Çevre illerden hastalar geliyordu. Bunun yanı sıra acile çocuğunun boyunun neden uzamadığına dair biz müdahaledeyken hasta geldi ve çocuğunun kanını almamızı istedi. Biz orada bi kısmımız resüsitasyonda hastaya müdahale ediyoruz. Bir kısmımız gelen yaralı hastaların pansumanı yapıyorduk ve kadın problem çıkarıyordu. Diyoruz ki “Acil değil.” Diyordu ki “Çocuğumun boyunun uzamaması acil bir durum.” Yani biz şoka girdik (gözleri açıldı). Nasıl bu kadar düşüncesiz olunabileceğini düşündük.” (G-9)

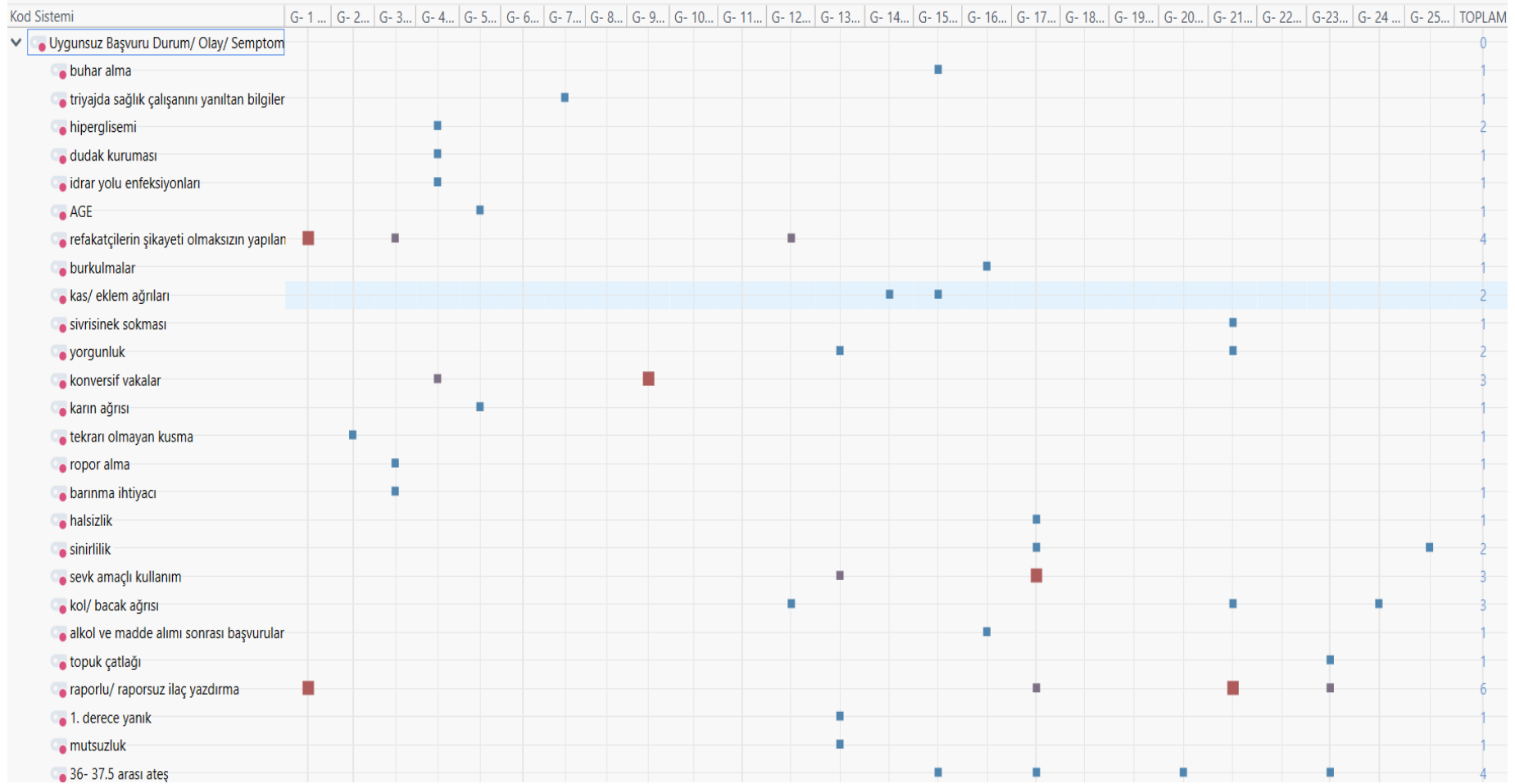
“....Diğer örnek daha önce çok kez başımıza geldi. Ambulansı başka bir gerekçeyle arayıp hastaneye ilaç yazdırmak için gelmek. Hasta hem bizi hem doktorları hem de ambulansı gereksiz yere meşgul etmekte.” (G-21)

“Mesela şey için de geliyorlar. Bu duruma çalıştığım bir yıl içinde birkaç kez rastladım. Şöyle söyleyeyim, tedavi için gece yarısı gelen bir hastamız oluyor, tedavisi yapılıyor, bitiyor ama kendisini bırakacak kimse yok. Arabası yok, üzerinde parası olmuyor. Diyor ki “Benim zaten gidecek yerim yok. Köyde kalıyorum, uzakta, araba yok, param yok cebimde.” gibisinden düşünerek burada kalmayı tercih edebiliyor.” (G-3)

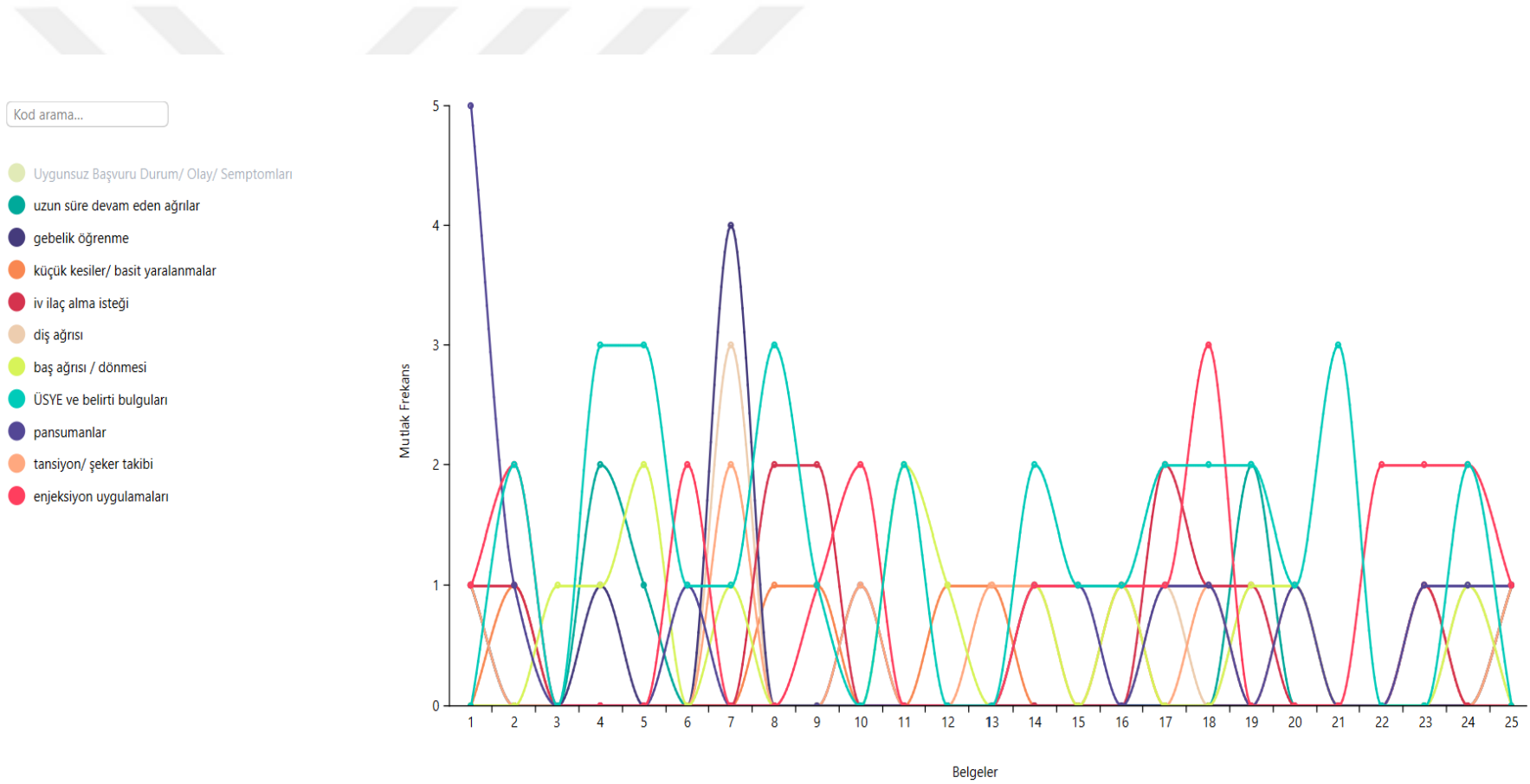
“Geçen sene kışın hava- 7’lerde ve kar 30 cm’den fazla iken gecenin üçünde bir hasta, nasıl yürüdü öyle bir havada onu da bilmiyorum,(Garipsedi.) geldi. Doktor Bey benim dudaklarım kuruyor, dedi. Yani kış, kurumaması anormal bir durum zaten. Bunun için bizden yardım istedi. Ben ne yapabilirim?” (G-4)

“Yorgun hissediyorum o yüzden geldim.” Yorgunluğu işe bağlı bir yorgunluk olabilir ama bunun çözümünü burada, acilde araması çok saçma. Çok yanlış.” (G-13)

Katılımcı profiline göre uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlar tema ve alt kodlarındaki katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.12’de verilmiştir.



Şekil 4.12. Katılımcı profiline göre uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlar tema ve alt kodlarındaki katılımcı ifade yoğunluğu



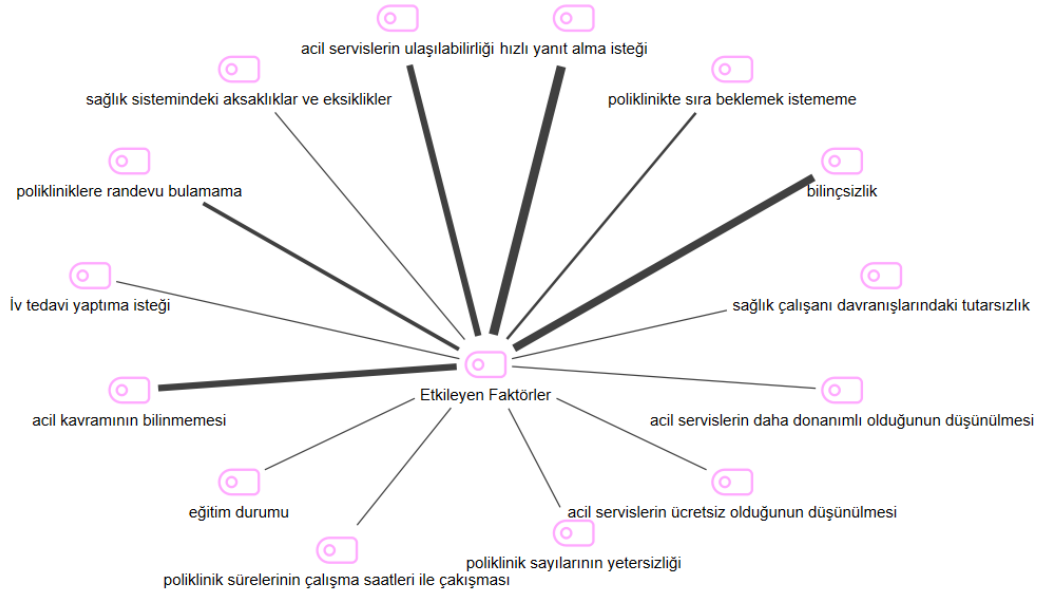
Şekil 4.13. *Uygunsuz başvuru durum/olay/semptomları temasına ait kod trendleri*

Şekil 4.13'te katılımcıların bu tema altında en sık kullandıkları kodlar grafiğın yan tarafında verilmiş olup katılımcılar arasında en trend ilk 3 kod ise şöyledir: ÜSYE belirti ve bulguları, enjeksiyon uygulamaları ve pansumanlardır.

4.2.2. Tema 5. Etkileyen faktörler

Katılımcılara acil servisin amacına uygun kullanılmamasını etkileyen faktörlerin neler olduğu sorulduğunda alınan yanıtlarda alt kodlar; hızlı yanıt alma isteği, bilinçsizlik, acil servislerin ulaşılabilirliği, acil kavramının bilinmemesi, polikliniklere randevu bulamama, poliklinikte sıra beklemek istememe, IV tedavi yaptırma isteği, acil servislerin daha donanımlı olduğunun düşünülmesi, eğitim durumu, sağlık çalışanı davranışlarındaki tutarsızlık, sağlık sistemindeki aksaklıklar ve eksiklikler, acil servislerin ücretsiz olduğunun düşünülmesi, poliklinik sayılarının yetersizliği ve poliklinik sürelerinin çalışma saatleri ile çakışması şeklinde oluşturulmuştur. Bu kodlar ise etkileyen faktörler temasını oluşturmuştur.

Etkileyen faktörler temasına ait kodlar şekil 4.14’te verilmiştir.



Şekil 4.14. Etkileyen faktörler temasına ait kodlar

Şekil 4.14’e göre en sık verilen kod hızlı yanıt alma isteği olup ardından bilinçsizlik ve acil servislerin ulaşılabilirliği olmuştur. En az ise eğitim durumu ve poliklinik sürelerinin çalışma saatleri ile çakışması olmuştur.

Katılımcıların etkileyen faktörler temasına ait ifadeleri ise şu şekildedir:

“ Genelde acile böyle uzun süre sorun, sıkıntı yaşayan hastaların gelip başka yerlerde poliklinik sırası beklememek için hemen acile işimizi halledelim, içim rahat eve gideyim düşüncesinde olan insanlar çok geliyor.” (G-14)

“Acil servise başvuruların daha yeni de bahsettiğim gibi yaklaşık %60’ı yani aile sağlığı merkezlerinde halledilebilecek tedavileri içeriyor. Bizi biraz da hızlandırılmış bir motif olarak gördükleri için acil serviste bir kuru kalabalık yaratıyor bu durum.” (G-10)

“Bunun nedeni de şu olabilir, acil servis 24 saat açık olduğu için her saat diliminde ulaşabiliyorlar. Acile ulaşmak polikliniğe ulaşmaktan daha kolay olduğu için kolaylarına geliyor olabilir.” (G-11)

“...Ve bizim ülkemizdeki birinci, ikinci ve üçüncü basamaklar var. İnsanlara bu doğru bir şekilde tanıtılmadığı için ve bu görev dağılımı doğru bir şekilde bilinmediği için bence hastanelerdeki ve çoğu basamaklardaki yükün çoğunluğunu aciller çekiyor. Gelip aciliyeti olmayan bir hastaya senin aciliyetini yok, neden sana kayıt açılmış deyip tedavi yapmama lüksüne sahip değiliz maalesef. Bu da bizim ülkemizdeki sağlık sistemindeki açıklardan biri bence.” (G-24)

“Bence polikliniğe gitmiyorlar. Tamam zaman kaybı, burada da öyle bir bilinç aşılansmış ki hastalar serumla tüm hastalıkları anında atlatacaklarını düşünüyorlar.” (G-17)

“Hastalar acil servisimize geldiklerinde ASM’lerden daha iyi tedavi görececeklerini, doktorlarının burada daha deneyimli olduklarını düşünüyorlar.” (G-18)

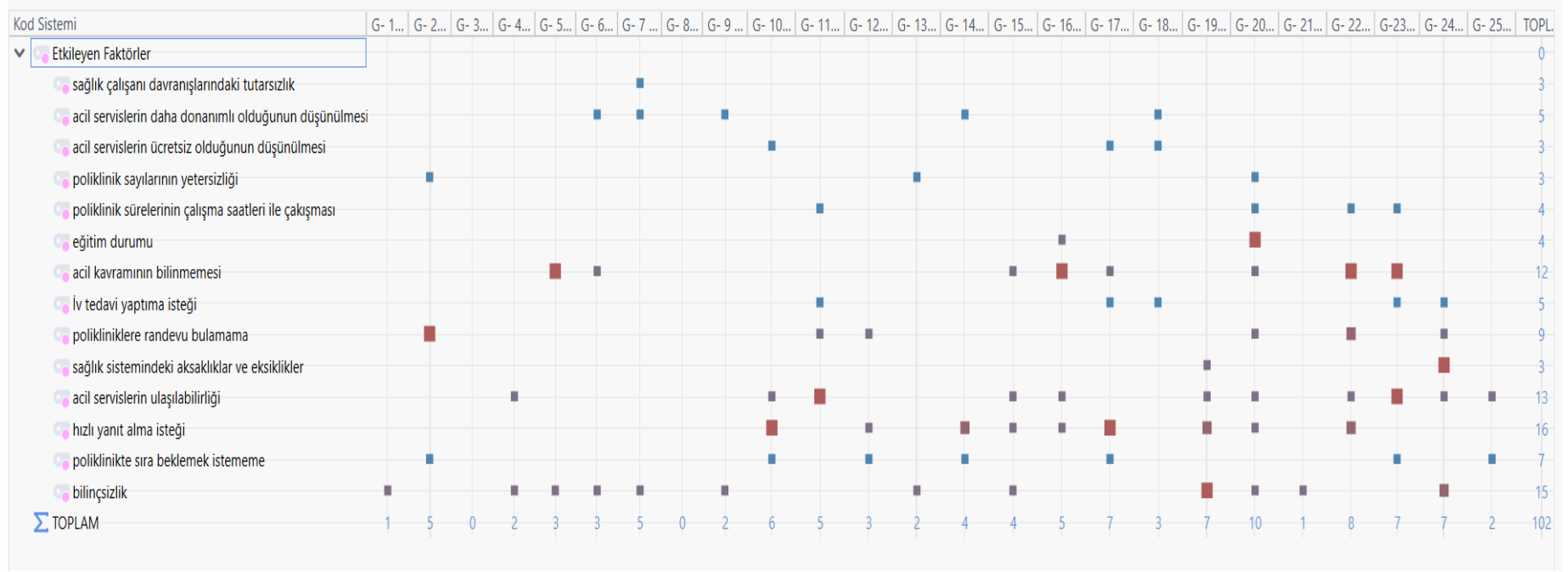
“Adam 3 gündür öksürüyorsa kendinin acil olduğunu sanıyor. Sanmasa dahi bize öyle lanse ettirmeye çalışıyor ki belki bağırp çağırırsa biz ona öncelik veririz diye düşünüyor.” (G-5)

“Mesela her insanın bilgi durumu bir değildir. Orta öğretim mezunu olan vardır, ilköğretim mezunu olan vardır, yükseköğretim mezunu olan vardır. Yüksek lisans, doktora yapan insan vardır. Bu gibi durumda mesela orta öğretim mezunu olan insan acil servisin ön planda olduğunu düşünürken yükseköğretim gören insan hele ki bir sağlık çalışanı ise hastalığın seyrine göre durumuna göre acil servisin ya da bir polikliniğin ya da bir TSM’ nin, bir aile hekimliğinin hangisini tercih edebileceğinin kanaatindedir. Buna kesinlikle katılıyorum diyemem, elbette ki istisnalar vardır yani.” (G-16)

“...Sonrasında bazı hastalarımız mesai saatlerinde gelemiyor, çalışıyor, iş koşulları yüzünden. Akşam saatlerinde başvurmayı tercih ediyor. Bu şekilde de aciller kullanılmakta.” (G-23)

“Hani ne kadar eğitim de versem, bilgilendirme de versem biz tutumumuzu buna göre sergilemediğimiz zaman havada kalıyor her şey. Uygunsuz durumlar için gelindiği zaman bilgilendirmeyi ben yapayım diğer doktor arkadaş yapsın veya diğer personel arkadaşlar.... Yani ne kadar yapılırsa yapılsın bir sonraki devamını getirmediği zaman ister istemez hasta bir sonrakinde yine gelecek.” (G-7)

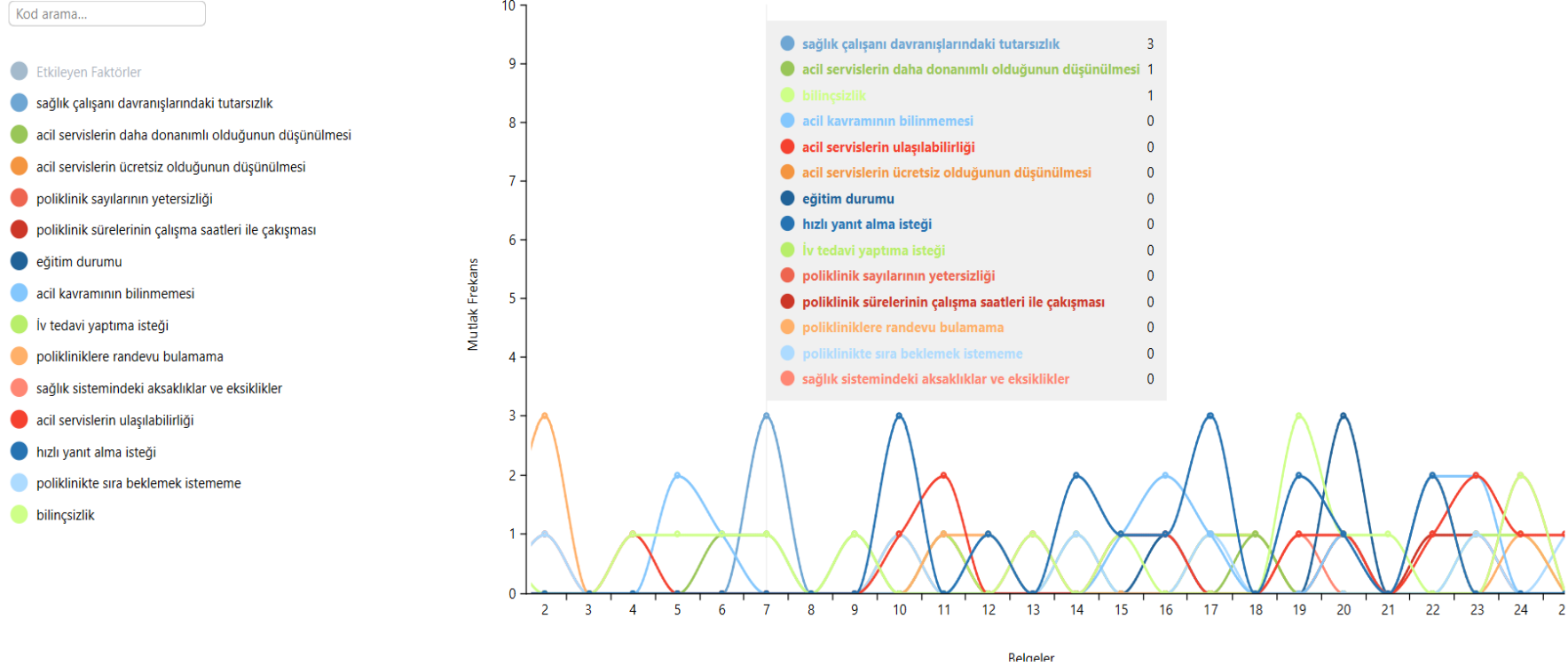
Etkileyen faktörler temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.4’te verilmiştir.



Şekil 4.15. Etkileyen faktörler temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.15’ te acil servislerin amacına uygun kullanılmamasını etkileyen faktörler temasına ait kodlar verilmiştir. Kodlar ve katılımcıların keşişiminin oluşturduğu nokta büyüklüğü o kodun ifadelerde ne sıklıkta kullanıldığını yani ifade yoğunluğunu gösterir. Nokta büyüdükçe katılımcı ifadelerinde kodun kullanılma sıklığı artar.

Etkileyen faktörler temasına ait kod trendleri şekil 4.16’da verilmiştir.



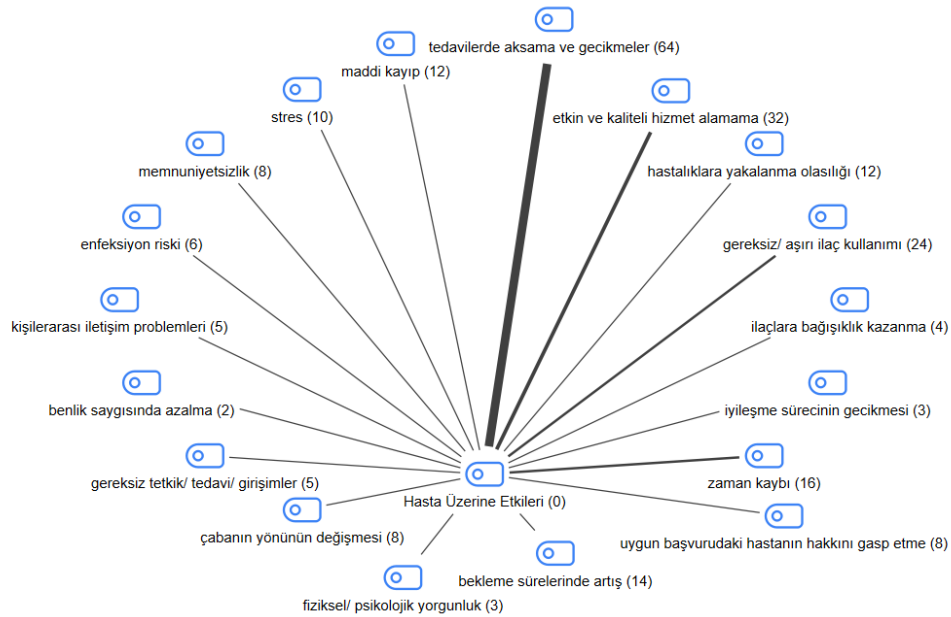
Şekil 4.16. Etkileyen faktörler temasına ait kod trendleri

Şekil 4.16’da acil servisin uygunsuz kullanımını etkileyen faktörler katılımcılara sorulduğunda elde edilen yanıtlarla oluşturulan kodlar gösterilmiştir. Bu kodların hangi katılımcı için trend olduğu mutlak frekans değerine bakılıp anlaşılabilmektedir. Şekilden de anlaşılabileceği üzere 7. Katılımcı için en trend kod sağlık çalışanı davranışlarındaki tutarsızlık olup bunu acil servislerin daha donanımlı olduğunun düşünülmesi ve bilinçsizlik takip etmektedir.

4.2.3. Tema 6. Hasta üzerine etkileri

Bu araştırma kapsamında oluşturulan 6. tema acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hasta üzerine etkileri temasıdır. Bu tema katılımcılara acil servislerin amacına uygun kullanılmadığında hastalara ne gibi etkileri olabileceği sorularak verilen yanıtlar neticesinde oluşturulmuştur. Şekil 4.17’de de görüldüğü gibi hasta üzerine etkileri temasına yönelik katılımcı ifadeleri doğrultusunda 18 kod belirlendi. Bunlar ilaçlara bağışıklık kazanma, iyileşme süresinin gecikmesi, zaman kaybı, uygun başvurudaki hastanın hakkını gasp etme, bekleme sürelerinde artış, fiziksel/psikolojik yorgunluk, çabanın yönünün değişmesi, gereksiz tetkik/tedavi/girişimler, benlik saygısında azalma, kişilerarası iletişim problemleri, enfeksiyon riski, memnuniyetsizlik, stres, maddi kayıp, tedavilerde aksama ve gecikmeler, etkin ve kaliteli hizmet alamama, hastalıklara yakalanma olasılığı ve gereksiz/aşırı ilaç kullanımıdır.

Hasta üzerine etkileri kategorisine ait tema ve kodlar şekil 4.17’de verilmiştir.



Şekil 4.17. Hasta üzerine etkileri kategorisine ait tema ve kodlar

Şekil 4.17’de gösterildiği üzere katılımcıların vermiş olduğu ifadeler doğrultusunda acil servisin amacına uygun kullanılmamasının hasta üzerine etkileri temasına ait oluşturulan en yoğun kod tedavilerde aksama ve gecikmelerdir. Bu kodu takiben etkin ve kaliteli hizmet alamama gelmektedir. En az yoğunluğa sahip kod ise benlik saygısında azalmadır.

Katılımcı ifadelerine baktığımızda şöyledir:

“...Yani diyeceğim bir sonraki zamanlarda kendi hayatlarını etkileyecekler. Kendileri için durum bu. Belli bir süre sonra o ilaçlara bağışıklık geliyor. Daha büyük hastalıklarda daha uzun süren semptomlar, daha uzun süren ağrılar çekeceklerdir yani çok ilaç kullanımına bağlı.” (G-4)

“Öncelikle acil servise çok sık gelen hastaların tedavi süreçlerini değiştirdiklerini düşünüyorum. Etkili tedaviyi daha doğrusu alması gereken tedaviyi alamadıkları için hastalık süreçleri uzamış oluyor. Daha öncesinde alması gereken tedaviyi alamadığı için belki de işlerin daha zor bir sürece gitmesine neden oluyor. Hasta kendisine iyilik yaptığını düşünürken aslında kötü bir sonuçla karşı karşıya kalabilir.”(G-15)

“Acil servisin çalışma düzenini etkiler. Yani nasıl etkiler? Mesela önemli bir hasta varsa onun tedavisinin aksamasına neden olabiliyorlar. Zaman kaybı olarak söyleyebiliriz bunu, öyle düşünüyorum. (G-3)

“Bu sebepten dolayı her türlü vaka, her türlü şey acile geliyor ve gerçekten acil durum dediğimiz hayati tehlikesi olan insanların bir nevi hakkına girilmiş oluyor.” (G-9)

“Dediğim gibi hem kendini hem yakını hem de acili gereksiz yere yormuş oluyor.” (G-20)

“Örneğin kişiye amacına uygun olmayan bir tedavi yapılmış oluyor.Bu da yarın öbür gün başka hastalıkların çıkmasına sebep vereceği için başka şekilde başka bir platformda o hastayla ilgilenmek zorunda kalacağız. Yani hem toplum sağlığı bundan etkileniyor hem kendi sağlığımız. Yani bu şekilde bir etkilenme söz konusu.” (G-21)

“Amacına uygun başvuruda bulunan hasta için stres yaşıyor. Çünkü o beklediği süre içerisinde o hasta kendince kurgulamalar yapıyor. “Acaba kalp krizi mi

geçiriyorum, yoksa beynimdeki bir damar mı patladı? Neden bu şekilde oluyor?” gibi ve benzeri durumlar yaşanabiliyor. O hasta o an düşünmemesi gereken şeyleri de düşünmek zorunda kalıyor. O psikolojiyle aynı zamanda gerginlik seviyesi artıyor. Anksiyetesi artıyor. Bir an önce ilgilenilmemesine bağlı benlik saygısında bozulma bile olabilir. Çünkü hastanın o an kendisiyle ilgilenmesi gereken bir sağlık personeline ihtiyaç duyduğu zaman onun gerçekleştirilmemesi hastanın değersizlik hissine kapılmasına sebep olabilir diye düşünüyorum.” (G-10)

“Zaten hasta amacına uygun olarak gelmediyse geçmesini istediği rahatsızlığı tam olarak tedavi edilemiyor. Bu beklentileri gerçekleştirmediği zaman bunu öfke kızgınlık olarak yansıtabiliyorlar. Bu sefer karşısındaki personelle çatışma halinde oluyorlar ve bu iki tarafa da yansıyor.” (G-22)

“Şimdi acil olmayan bir hasta açısından baktığımız zaman hastane ne kadar iyileştirmeye yönelik bir yer olsa da enfeksiyonun en yüksek olduğu alanlardan bir tanesi. Mesela hasta olmadığı halde geldiği zaman soğuk algınlığı dönemlerinde, salgın olduğu dönemlerde bu hasta enfeksiyon kapıp hasta olmadığı halde hastalanabilir.” (G-12)

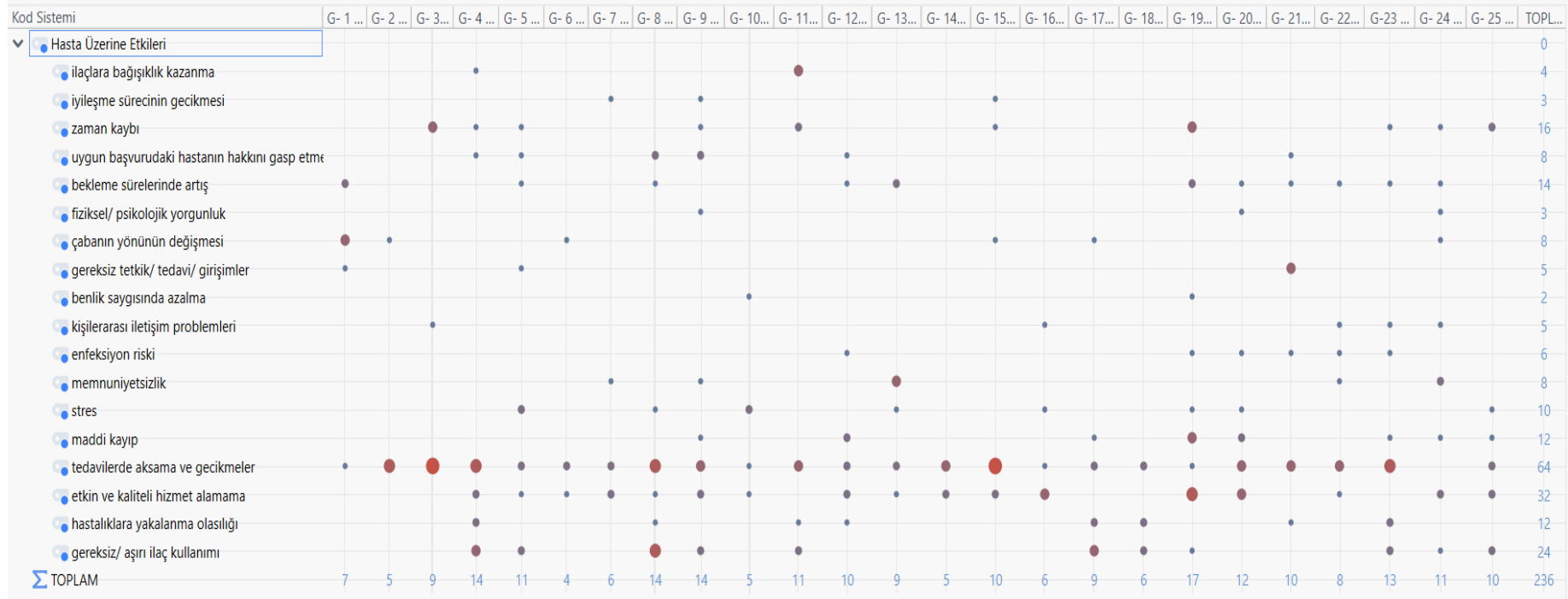
“Hasta üzerindeki etkileri şöyle oluyor. Eğer hasta gerçekten acil servis hastası değilse kendisiyle çok fazla ilgilenilmediğinden şikâyet ediyor, çok fazla beklediğinden şikâyet ediyor.” (G-24)

“Şimdi uygunsuz başvuru olarak 40 km öteden gelen bir hastayı gördüm. Düzenli olarak tansiyon ilacı kullanan bir hasta. O sabah uyandığı zaman kullanmamış, tansiyonu yükselmiş. 17, 18'lere çıkmış. 40 km öteden oğlunu getirmişti. Hatta ambulansı aramışlar. Ambulans gitmemişti. O şekilde gelen bir hastada ben direkt kapril falan başlarız diye düşündüm. Doktor beye yönlendirdim. Doktor bey direkt geldi dedi ki ilacını kullanmamış. Biz hastayı evine göndereceğiz. Sadece gidip ilacını kullanacak. Ben hem ekonomik olarak o hastaya üzüldüm, hem ailesini mağdur etti.” (G-12)

“Ama gerçekten tansiyonu yüksek hasta, satürasyonu düşük KOAH hastaları, MI şüphesi olan hastalar, epilepsi nöbeti geçiren hastalar, birçok böyle sarı alan hastalarımız var. Onlara baktığımızda hizmetin süresi ve kalitesinden çalmış oluyorlar, bizden de zaten fiziksel ve mental anlamda bir yorgunluğumuzu alıyorlar, bizim dinlenmemizi, her şeyimizi.” (G-5)

Hasta zerine etkileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.18'dedir





Şekil 4.18. Hasta üzerine etkileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.18’de hasta üzerine etkileri temasına ait katılımcıların kullanmış oldukları kodlara ait ifade yoğunluğu yer almaktadır. Şekle bakıldığında katılımcı ifadelerinde en yoğun kullanılan kod tedavilerde aksama ve gecikmeler olmuştur. Katılımcı ifadelerinde en az yoğunlukta kullanılan kod ise benlik saygısında azalma kodudur. Ayrıca görüşmelerde bu tema için en yoğun ifade kullanan katılımcı G-19 kodlu katılımcı, en az ifade kullanan ise G-6 kodlu katılımcı olmuştur.

Hasta üzerine etkileri temasına ait kod trendleri şekil 4.8’da verilmiştir.



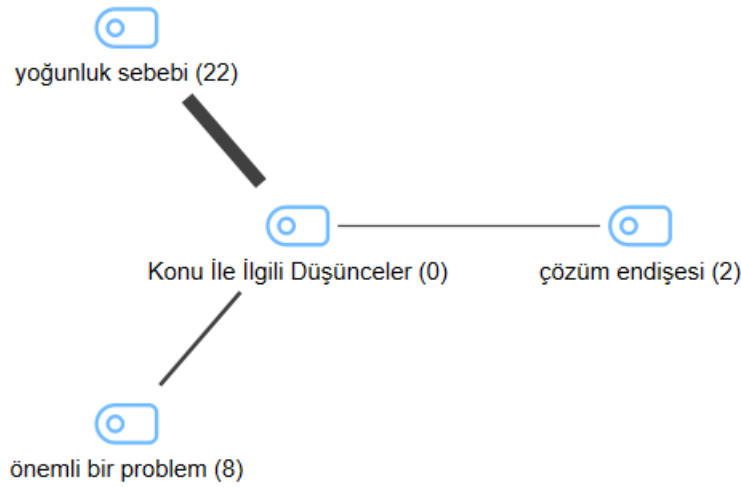
Şekil 4.19. Hasta üzerine etkileri temasına ait kod trendleri

Şekil 4.19’da acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hasta üzerindeki etkileri katılımcılara sorulduğunda oluşturulan kodlar ve renkleri grafiğin yanında gösterilmiştir. Yatay ekseninde yer alan katılımcılar ve dikey ekseninde yer alan kod frekans değeri kesişimine bakıldığında katılımcıların hangi kodları hangi sıklıkta kullandığı gösterilmektedir. 3. katılımcıya bakıldığında en trend kodun tedavilerde aksama ve gecikmeler olduğu görülmektedir. Bunu takiben ise zaman kaybı ve kişilerarası iletişim problemleri kodu gelmektedir.

4.2.4. Tema 7. Konu ile ilgili düşünceler

Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması konusu ile ilgili katılımcılara ne düşündükleri sorulup konu ile ilgili düşünceler teması oluşturulmuştur. Temaya ait 3 alt kod oluşturulmuştur. Bunlar çözüm endişesi, önemli bir problem ve yoğunluk sebebidir.

Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli şekil 4.9’de verilmiştir.



Şekil 4.20. *Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli*

Şekil 4.20’ de katılımcıların söylemleri doğrultusunda konu ile ilgili düşüncelerinin çoğunu yoğunluk sebebi kodu oluşturmuştur. Katılımcıların yoğunluk sebebinin ardından acil servisin amacına uygun kullanılmaması konusu ile ilgili diğer bir düşüncesi ise acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının önemli bir problem olmasıdır.

Katılımcıların çok az bir kısmı ise konu ile ilgili çözüm endişesini ifade etmiştir. Katılımcı hemşirelerin konu ile ilgili düşünceler temasına ait ifadeleri aşağıda yer almaktadır:

“Birincisi hasta geliyor. Gece saat 2. ayak başparmak pansumanına. Şimdi gündüz gelemez misin? (kızıyor) Ama bu hasta çalışan bir hasta değil. Hani desen ki gündüz işte çalışıyor, gece anca boş oluyor. Ya da enjeksiyonunu acilde yaptırmaya geliyor

aile hekimliğinde çok rahat yaptırabilirken. Neden acili yoğunlaştırsın? Bu kuru kalabalığa sebep oluyor.” (G-1)

“Mesela hasta yakınlarıyla ilgili şunu söylemek istiyorum; bir hastanın yanında 2, 3 hasta yakını geliyor. Refakatçi olarak geliyorlar. Şunu söylüyor, hazır gelmişken ben de tansiyonuma veyahut da bende bir şekerime baktırabileyim diyorlar. Bu gereksiz bir yoğunluk...” (G-2)

“Acil servislere amacına uygun olmadan rahatlıkla gelip bizden sağlık hizmeti alabileceklerini düşünüyorlar. Bunun sonucunda bazen 112 hasta getiriyor, sedyelerde yer olmadığı için nereye koyacağımızı şaşırtıyoruz hastaları.” (G-5)

“...Aynı zamanda hastane binaları birçok konuda yetersiz kalabiliyor bu süreçte. Özellikle de acil servislerde bina yetersizliği, hastaların yeterince oturma alanı, dinlenme alanının olmamasına da neden olabiliyor. Çünkü hasta sayısı çok fazla oluyor.” (G-19)

“...Sonrasında dediğim gibi tansiyon takibi, şeker takibi olan hastalar var. Bunlar da hafta içi ASM'lere tansiyon, şekerini ölçtürmeye kendileri gidebilir ama akşam saatlerinde acilin yoğun olduğu saatlerde gelip acile genel bir yoğunluğa sebep oluyor.” (G-23)

“Acil servis için, yani bütün hastanelerdeki acil servisler için en başta gelen problem olarak bunu görüyorum. Çözülmesini çözülmesi gereken birinci problem olarak ben bunu görüyorum.” (G-1)

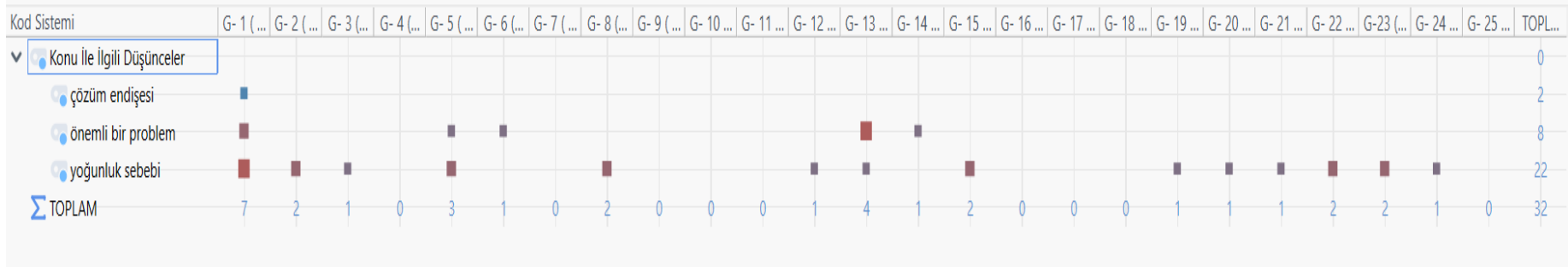
“Artık sağlık sisteminin değişip sağlık çalışanlarını rahatlatacak şeyler olması gerekiyor. Uzun süre ayakta kalmak bir insan için gerçekten çok zor. Hiçbirimizin hayatı sadece iş yerinden ibaret değil. Hepimizin dışarıda ailesi var, çocuğu var. Bir hayatı var dışarıda. Bu hayat o kadar olumsuz yönde etkileniyor ki... İnşallah çok kısa zamanda çözüm odaklı bir şeyler yapılır diye ümit ediyorum.” (G-5)

“Bu hem acile gelen acil hastaların sağlığı için önemli hem bizim iş verimliliğimiz için önemli. O yüzden bu konu bence ülkemizdeki sağlık problemlerinin en büyüklerinden biri. Bu sorunu çözmek için bir şeyler yapmak gerekir. Özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından. Ama, şu an bana sorarsanız, bu konuyla ilgili herhangi bir çalışma var mı diye öyle bir çalışma yok ya da ben denk gelmedim. Bir an önce acilen bu konuyla ilgili Sağlık Bakanlığı’nın özellikle girişimlerinin olması gerekir.”
(G-6)

“Buna bir an önce bir şeyler yapılmalı, çözümler getirilmeli, doğru adımlar doğru şekilde takip edilmeli, kanısındayım.” (G-13)

“Yani en öncelikli çözümleri gereken sorunlardan bir tanesi. Ülkemizde bunu çözmek çok zor. Maalesef farkındalığı arttırabilmek dışında bu konuyla ilgili yapabileceğimiz hiçbir şey yok. Çünkü hastaya giriş yapamazsın, diyemezsin. Giriş yapar. Bunu zaten engellemek suçtur. Muayene olamazsın, diyemezsin. Belki bir şeyi vardır.” (G-1)

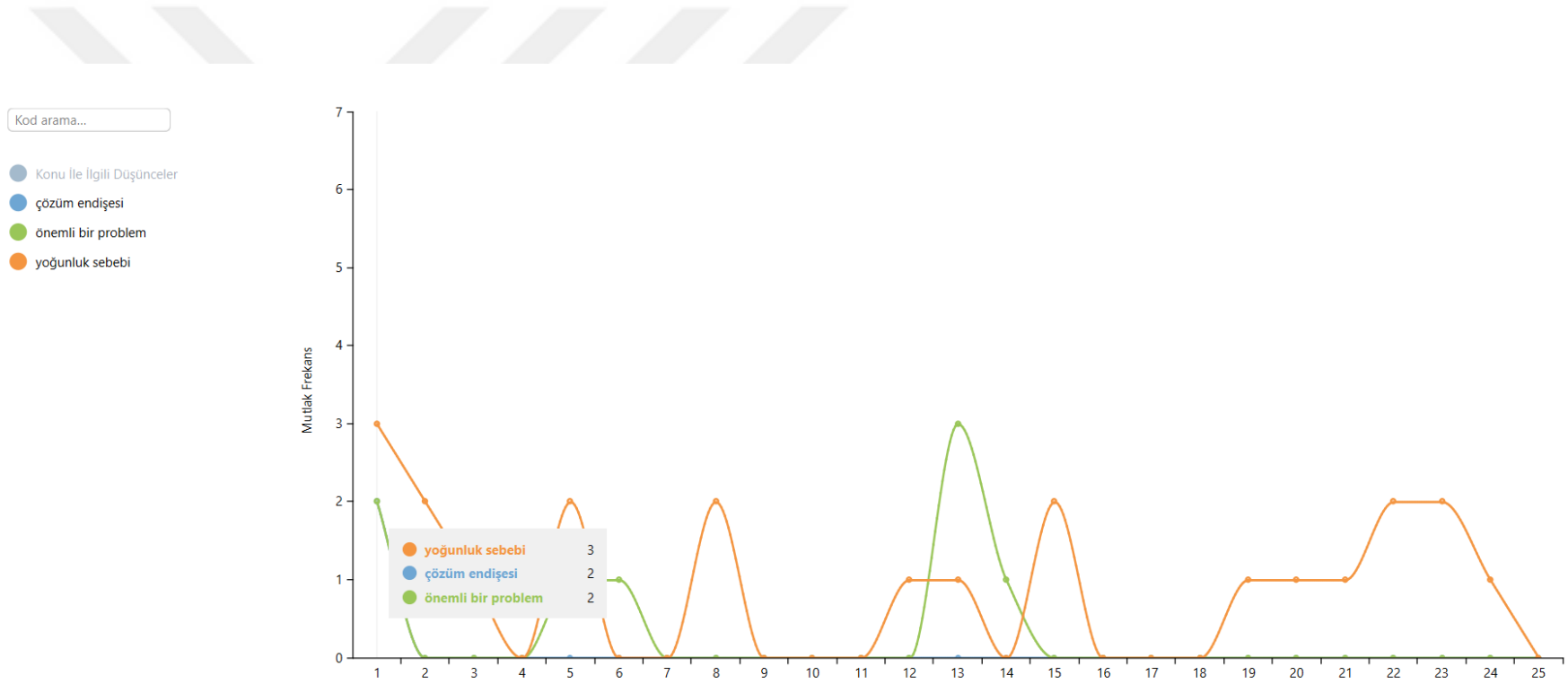
Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kodlar ve katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.21’de verilmiştir.



Şekil 4.21. Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kodlar ve katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.21’de konu ile ilgili düşünceler temasına ait çözüm endişesi, önemli bir problem, yoğunluk sebebi olmak üzere 3 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara yönelik katılımcı ifade yoğunluğuna baktığımızda en yoğun ifade veren katılımcı G-1 kodlu katılımcıdır. Bu temaya ait ifade kullanmayan G-4, G-9, G-19 gibi kodlu katılımcılar da olmuştur. Yoğunluk sebebi kodu en yoğun ifade olarak verilen kod, çözüm endişesi kodu en az ifade olarak verilen koddur.

Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kod trendleri şekil 4.22’de verilmiştir.



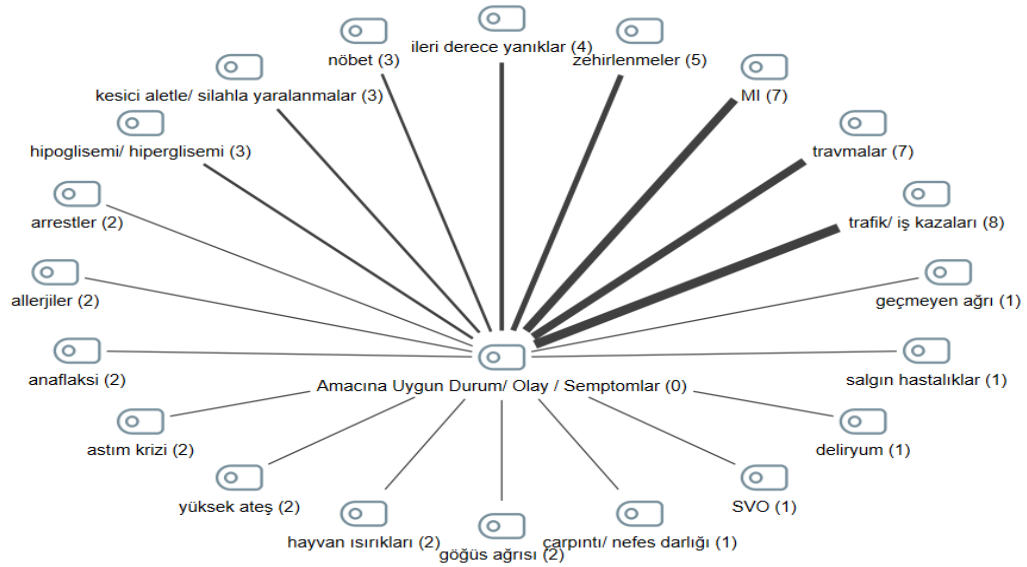
Şekil 4.22. Konu ile ilgili düşünceler temasına ait kod trendleri

Şekil 4.22’de Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin katılımcılara ne düşündükleri sorulmuş ve görüşmede oluşturulan kodlar şeklin yanında renkleriyle verilmiştir. Şekle bakıldığında en trend kodun yoğunluk sebebi kodu olduğu, en az trend kodun ise çözüm endişesi kodu olduğu görülmektedir. Çözüm endişesi kodu sadece G-1 kodlu katılımcı tarafından kullanılmış olup frekansı ise 2’dir. Bu katılımcı için de en trend kodun yoğun sebebi olduğu görülmektedir.

4.2.5. Tema 8. Amacına uygun durum/olay/semptomlar

Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması olarak kabul edilebilecek durum, olay ve semptomlar nelerdir sorusunun yanında katılımcılara acil servislerin amacına uygun kullanım olarak kabul edilebilecek durum, olay ve semptomların da neler olabileceği sorulmuştur ve katılımcıların yanıtlarıyla bu tema ve temaya ait 26 alt kod oluşturulmuştur. Amacına uygun durum/ olay/ semptomlar temasına ait kodlar göğüs ağrısı, geçmeyen ağrı, hipoglisemi/hiperglisemi, salgın hastalıklar, kesici aletle/silahla yaralanma, hayvan ısırıkları, deliryum, SVO, çarpıntı/nefes darlığı, intihar, kanamalar, nöbet, yüksek ateş, yangın, inme, MI, travmalar, trafik/iş kazaları, ileri derece yanıklar, astım krizi, KAH, zehirlenmeler, şok, anafilaksi, allerjiler ve arrestlerdir.

Amacına uygun durum/ olay/ semptomlar temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli şekil 4.23'te verilmiştir.



Şekil 4.23. Amacına uygun durum/ olay/ semptomlar temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli

Şekil 4.23'te amacına uygun olan durum/ olay/ semptomlar temasına ait kodların yirmisi verilmiştir. Tema ve kod arasındaki çizgi genişliği kodun frekansının yüksek olduğunu gösterirken aynı zamanda kodun yanında yer alan sayı da frekansı kodun kullanılma sıklığını göstermektedir. Buna bakıldığında trafik/ iş kazaları frekansı en yüksek, geçmeyen ağrı, salgın hastalıklar, deliryum gibi kodlar ise frekansı en düşük kodlardır.

Katılımcılardan bazılarının amacına uygun durum/olay/semptomlar kategorisine ait vermiş olduğu ifadeler şöyledir:

“Acil dediğim gibi; nöbet. Bu bizim için de acildir. Bir MI hastası, göğüs ağrısı, yüksekten düşme, yanık...” (G-8)

“Delici- kesici yaralanmalar, kafa travmaları, MI, ondan sonra hipoglisemi, hiperglisemi, düşmeyen yüksek ateş. İnatçı bir şekilde, evde uygulama yapmasına rağmen düşmüyorsa.” (G-18)

“Bazen de bazı insanlarımız arasında salgın olarak görülen hastalıklar olabiliyor. Mesela yaz aylarında ishal, ishale bağlı olan aşırı su kaybı hastalarımızın vücut ısılarının yükselmesine sebebiyet verebiliyor. Özellikle bağışıklığı zayıf olan çocuklarımızda bu gibi durumların da aciliyeti olduğunun kanaatindeyim.” (G-16)

“Bu anlamda gerçekten bir aciliyeti olan birine başta söylediğim gibi bir ağır yaralanma olur, kaza olur, trafik kazası olur ya da evsel bir kaza olur, bunun dışında yanık olur. Bu gibi durumlarda hastaların ayrıca servise başvurmaları daha doğru olur.” (G-11)

“Yine taşikardi, nabzın yüzün üzerinde, yani 120 falansa, çarpıntı hissediyorsa. Özellikle bununla birlikte nefes darlığı varsa gelebilir tabii ki. Nefes darlığıyla birlikte idrara çıkamama olursa bu tarz şeyler akciğer ödemi gösterebiliyor, gelebilir.” (G-18)

“Göğüs ağrısı çeken, MI teşhisi konulabilecek hastalar, daha sonra deliryum geçiren hastalar, epilepsi nöbeti geçiren hastalar, havale geçiren, nöbet geçiren hastalar...” (G-17)

“...Ondan sonra astım krizleri, KOAH, zehirlenmeler mesela soba zehirlenmesi ,ilaç zehirlenmesi, besin zehirlenmesi olabilir.” (G-25)

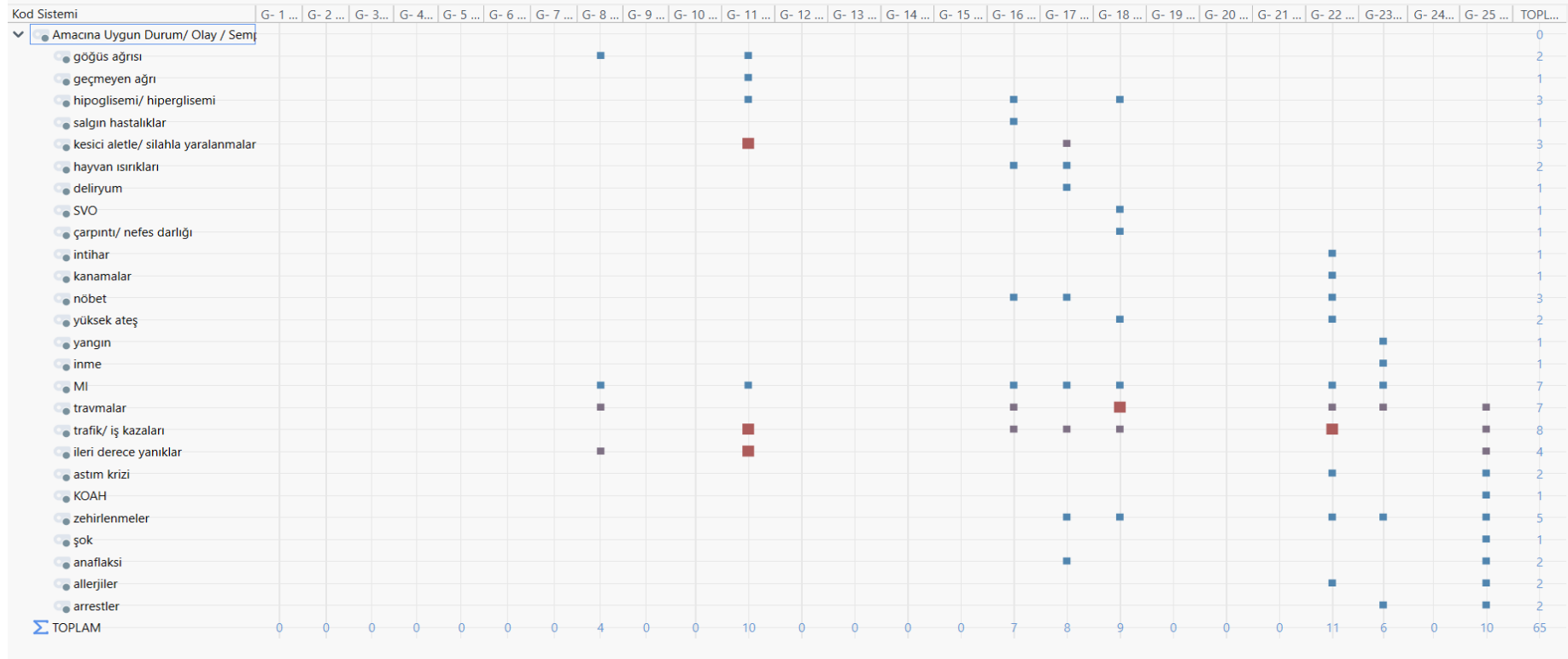
“...Sonrasında acil bir durum olarak kardiyak arrest, solunum arrest dediğimiz durumlar oluşabilir hastalarda. Bunlar genel olarak acil serviste görmemiz gereken vakalar yani.” (G-23)

“...Buna bağlı olarak bazen yapılan trafik kazaları, ani düşmeler, kesiler, sütür atılmasına gerek duyuyor. Bu gibi durumların aciliyeti olduğunun kanaatindeyim.” (G-16)

“Yüksek ateş, kalp krizi, göğüs ağrısı, trafik kazası, nöbet geçiren hastalarımız, travmatik olayların hepsi.” (G-22)

Amacına uygun durum/olay/semptom kategorisine ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.24’ te verilmiştir.

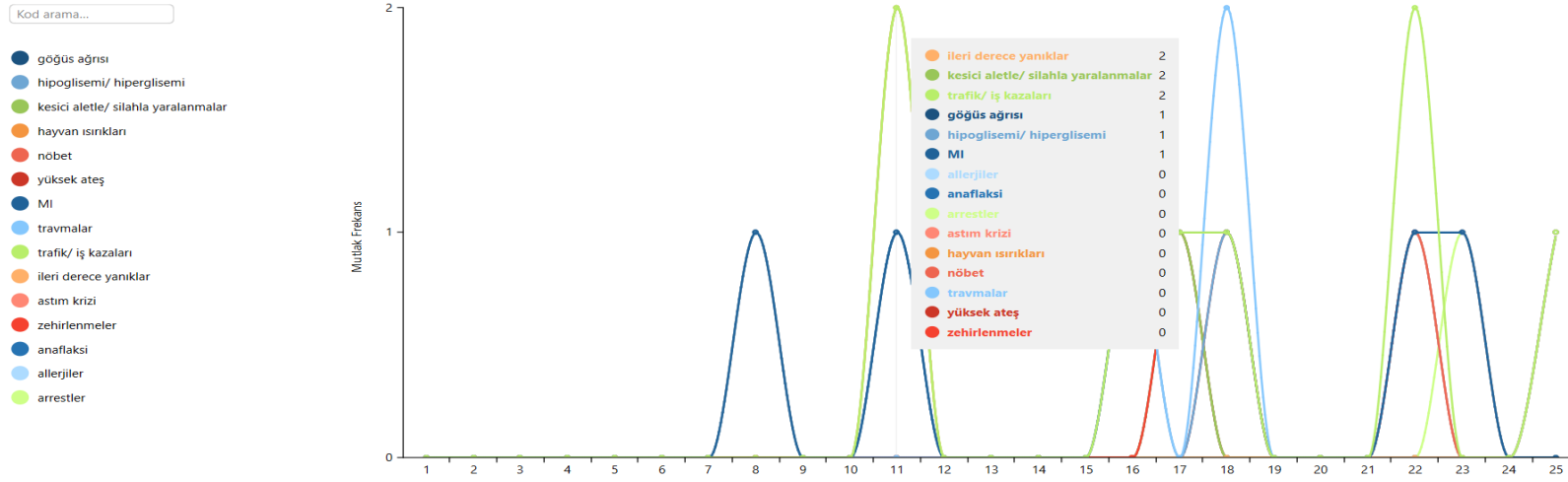




Şekil 4.24. Amacına uygun durum/olay/semtom kategorisine ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.24'te sorulan soru görüşmenin seyrine göre sorulan bir soru olduğundan bazı katılımcılar bu temaya ait herhangi bir ifadede bulunmamıştır. Kod ve katılımcı kesişimiyle oluşan noktaların büyüklüğü ifade yoğunluğunun büyüklüğünü göstermektedir. Bununla beraber hem yatay hem de dikey ekseninde yer alan toplam sayısı da ifade yoğunluğunu göstermektedir. Katılımcıların ifadelerinde en yoğun kullandıkları kod trafik/ iş kazaları kodudur.

Amacına uygun durum/ olay/ semtomlar temasına ait kod trendleri şekil 4.25'te verilmiştir.



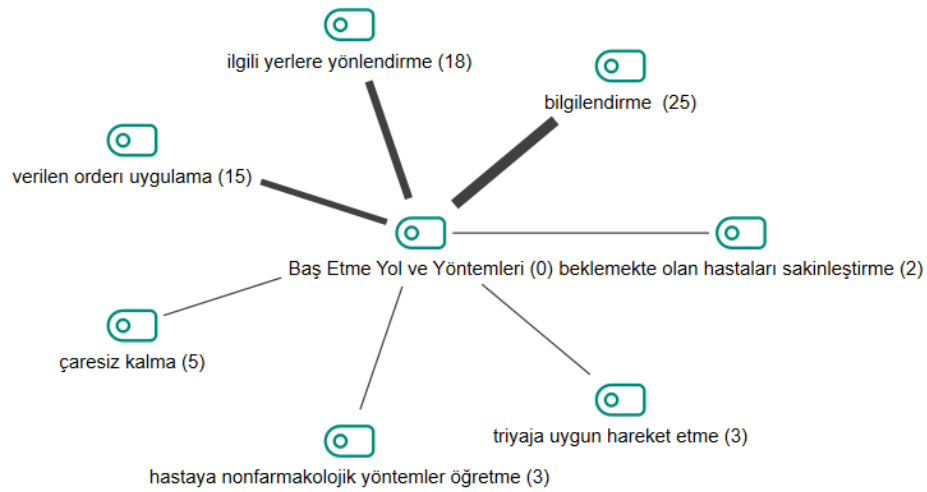
Şekil 4.25. Amacına uygun durum/olay/semtomlar temasına ait kod trendleri.

Şekil 4.25'te temaya ait kodlar ve renkleri grafiğin yanında gösterilmiş olup grafikte yatay eksen katılımcılar, dikey eksen de kodlara ait mutlak frekans yer almaktadır. İkisinin kesişimi ile de katılımcı için görüşmede hangi kodun kullanıldığı ve hangisinin trend olduğu yer almaktadır. Genel olarak hangi kodun trend olduğu ise renk yoğunluğundan anlaşılabilmektedir. G-11 kodlu katılımcı için en trend kod 3 tane olup bunlar ileri derece yanıklar, hipoglisemi/ hiperglisemi, trafik/ iş kazalarıdır. Tüm katılımcılar içinde ise en trend kod trafik/ iş kazalarıdır.

4.2.6. Tema 9. Baş etme yol ve yöntemleri

Acil serviste çalışan katılımcı hemşirelere acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı durumlarla karşılaştıklarında neler yaptıkları, nasıl bir yol izledikleri sorulmuştur. Soruya yönelik baş etme yol ve yöntemleri teması ve bu temaya ait bilgilendirme, ilgili yerlere yönlendir meverilen orderı uygulama, çaresiz kalma, hastaya nonfarmakolojik yöntemler öğretme, triyaja uygun hareket etme ve beklemekte olan hastaları sakinleştirme alt kodları oluşturulmuştur.

Baş etme yol ve yöntemleri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli şekil 4.26’da verilmiştir.



Şekil 4.26. Baş etme yol ve yöntemleri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.26’da görüldüğü üzere oluşturulan alt kodlar içinde en sık tekrar eden bilgilendirme kodu oldu. Beklemekte olan hastaları sakinleştirme kodu ise katılımcı ifadelerinde en az yer alan oldu.

Tema ile ilgili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Şöyle, eğer yoğunluk yoksa sakın zaman dilimindeyse bunu sağlık ocağında, herhangi bir ASM’ de yaptırabileceğini söylüyorum. Burada yoğunluk olabileceğini, daha çok acil hastaların buraya gelmesi gerektiğini söylüyorum. Bu şekilde mini bir eğitim veriyoruz bu hastaya.” (G-18)

“ Ben her zaman açıklayıcı bir rol üstleniyorum bu konuda kendi adıma söyleyeyim. Hastalara acil olmadıklarında “Bu acil değil, bekleyebilirsiniz. “Ya da polikliniğe başvurabilirsiniz.” Gibi her zaman aydınlatıcı, bilgilendirici bir rol üstleniyorum. Çünkü benim elimden ancak bu kadarı gelebilir.” (G-5)

“Ya öncelikle tabii ki de tedavi ve takibini yapıyoruz hastanın. Neden bu saatlerde bu tarz işlemlerin uygunsuz olduğunu, daha uygun saatlerde daha güzel bir şekilde yapılacağını söylüyoruz öncelikle hastaya. Bu konuda ekstra olarak ne söylüyoruz? Bir şey yapmıyoruz.” (G-15)

“Mesela bir dahiliye problemi için de acile geliyor insanlar. Acil servisteki hem hekim arkadaşımız hem de biz bu konuda hastaları muhakkak yönlendiriyoruz. Senin aslında dahiliyeye gitmen lazım. Seni dahiliye uzmanının görmesi lazım diye yönlendiriyoruz ama her zaman başarılı olmuyor.” (G- 6)

“Ama daha çok hastalarda açıklayıcı yön kullanıp onlara etkili tedaviyi alabilmeleri için açıklamalarda bulunup onları bu şekilde yönlendirmeye çalışıyoruz.” (G-19)

“ Gerçekten bilgi vermek ve yönlendirmek dışında hiçbir şey yapamıyoruz.” (G-4)

“Bizim bu konuda elimizden gelen pek bir imkân yok. Sadece doktorların order ettikleri şeyleri yapabiliyoruz.” (G-12)

“Daha çok sakinleşmesi gerektiğini söylüyoruz. Vicdanına bırakıyoruz çoğu zaman, çoğu zaman da kaderimize boyun eğiyoruz, inşallah kafamıza gözümüze bir şey atmaz diye. Çok da bir şey yapılmıyor açıkçası.” (G-9)

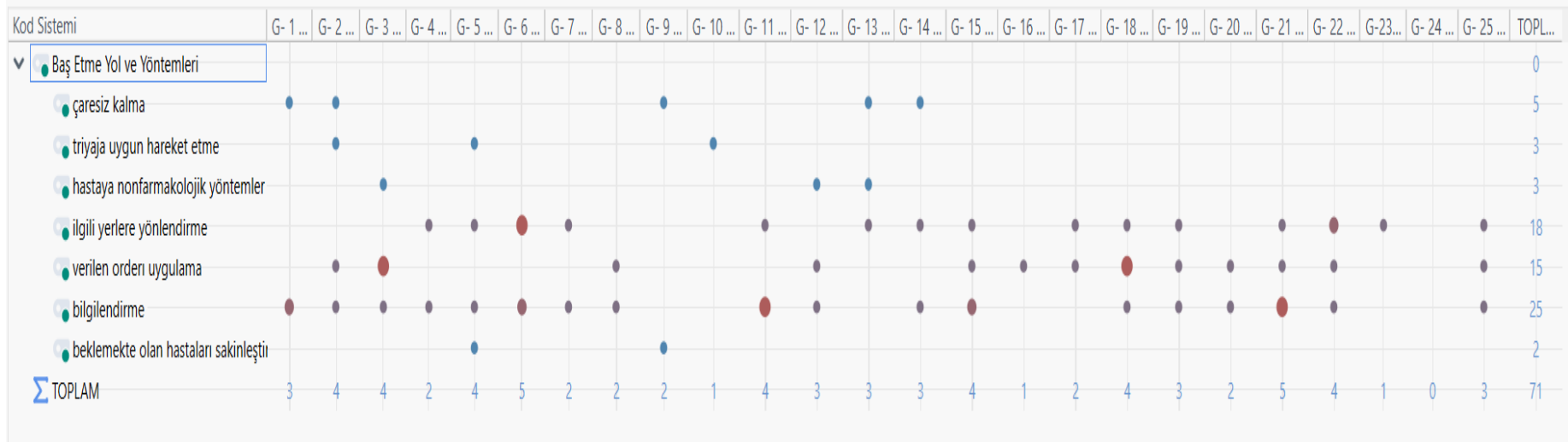
“Açıkçası bu konuda izlenecek bir yol yok. En fazla yapabileceğimiz şey triyaj yapmak. Öncelikli hastayı belirleyip ona yönelmek. Biz bu hastaya sen buraya geldin, çık poliklinikten ya da aile sağlığı merkezinden tedavine devam et, diyemiyoruz. Böyle bir hakkımız yok. Yapabileceğimiz şeyler çok sınırlı oluyor. En fazla hasta

önceliği verip gerekli gördüğümüz hastayı biraz daha öne çekmeye çalışıyoruz, o şekilde.” (G-10)

“Uygunsuz acile getirilme konusunda ben şunu eklemeyi unuttum. Çocuklarda şey geliyor burun yıkama... ASM’ler işte böyle bir durum oluştuğunda, tıkanıklık durumunda, burna SF verilmesi gerektiğini, işte yıkanması gerektiğini ya da nemli bir banyo yapılması gerektiğini odanın neminin doğru düzeyde tutulması gerektiğini aktarabilirlerse eğer anne bilinçli olduğundan böyle bir şey için acile gelmez, acil dolup taşmaz. Ayrıca aciller öyle temiz yerler de değil. Bir bebek için hiç uygun olmayan bir alan ve o alana girdiğinde bebeğin bağışıklığının düşmesi kaçınılmaz bir gerçek oluyor açıkçası. Böyle, bunu ekleyebilirim.” (G-13)

“Şöyle söyleyeyim, mesela hasta baş ağrısıyla geliyor. Baş ağrısıyla tansiyonu ölçümü için geliyorsa ve tansiyonu yüksekse bunun için limon tüketmesini söyleyebiliyoruz. Örnek veriyorum, sarımsak tüketmesini söyleyebiliyoruz. Veya tansiyonu düşükse yükseltmesi için tuzlu şeyler tüketmesini de söyleyebiliyoruz. Ya bu tarz alternatif yollarla durumu evde de çözebileceğini söyleyebiliyoruz.” (G-3)

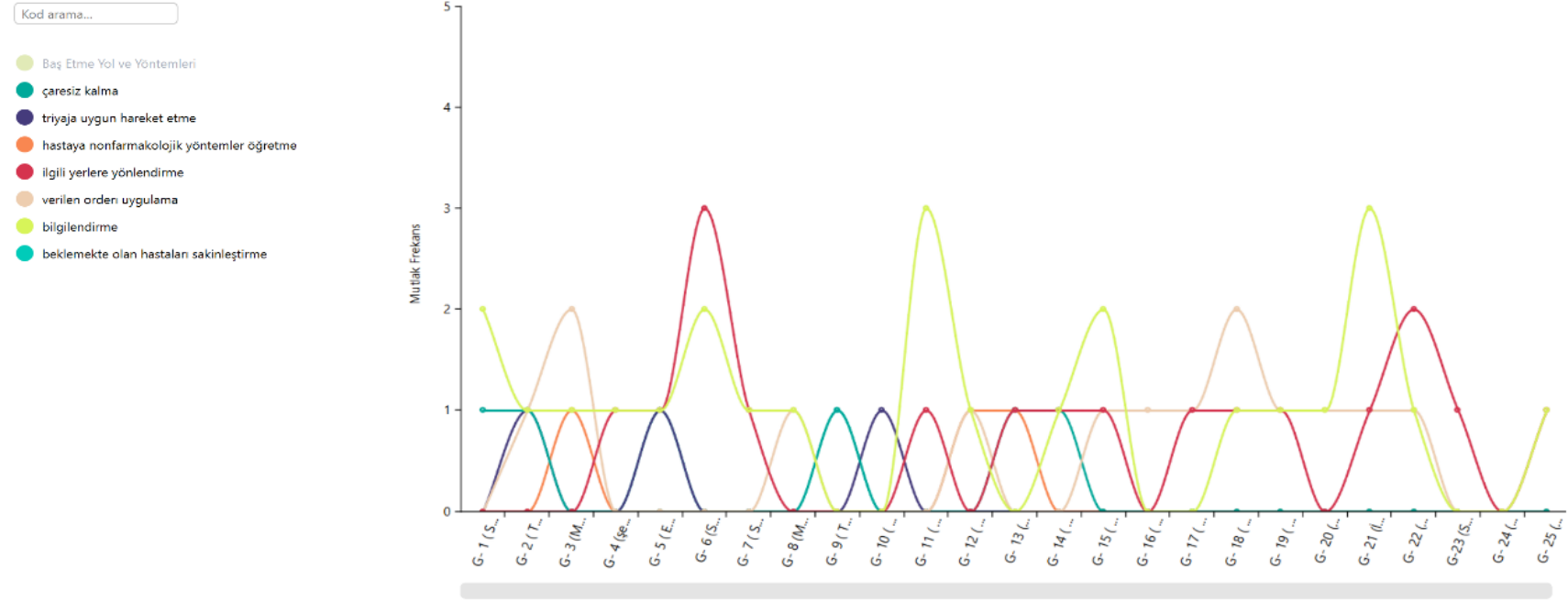
Baş etme yol ve yöntemleri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.14’de verilmiştir.



Şekil 4.27. Baş etme yol ve yöntemleri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.27’de katılımcılara acil servislerin amacına uygun kullanılmadığında neler yaptıkları, nasıl bir yol izledikleri soruldu. Katılımcıların vermiş olduğu yanıtlarla kodlar oluşturulduktan sonra baş etme yol ve yöntemleri teması oluşturuldu. Bu temaya ait katılımcıların ifadelerinde en yoğun olarak ilgili yerlere yönlendirme kodu olmuştur. Katılımcıların ifadelerinde en az yoğunlukta kullandığı kod ise triyaja uygun hareket etme ve hastaya nonfarmakolojik yöntemleri öğretme olmuştur.

Baş etme yol ve yöntemleri kategorisine ait kod trendleri şekil 4.28’de verilmiştir.



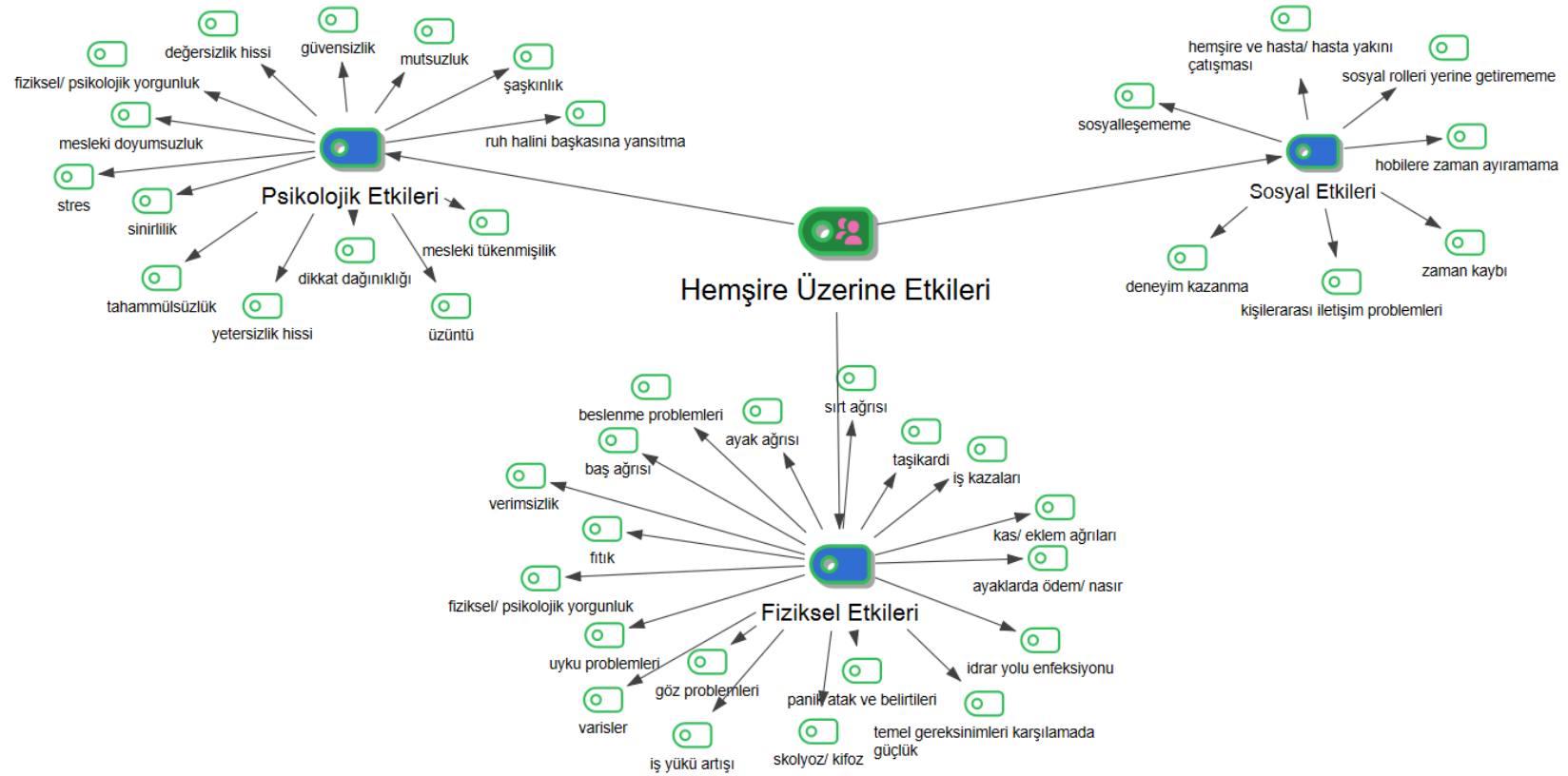
Şekil 4.28. Baş etme yol ve yöntemleri kategorisine ait kod trendleri

Şekil 4.28’de yatay eksenle katılımcılara ait verilmiş kodlar mevcutken düşey eksenle ise katılımcıların kullandığı kodların frekansı gösterilmiştir. Grafikten hareketle hangi katılımcının hangi kodu daha sık tekrar ettiği ya da tüm katılımcılar içerisinde hangi koda ait frekansın yüksek olduğu anlaşılabilir.

4.2.7. Tema 10. Hemşire üzerine etkileri

Katılımcı hemşirelere sorulan sorulardan biri de acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerinde ne gibi etkileri olduğudur. Katılımcıların vermiş olduğu cevaplar doğrultusunda oluşturulan kodlar sosyal etkiler, psikolojik etkiler, fiziksel etkilerdir. Bu kodlara ait alt kodlar ise şekil 4.29’da verilmiştir.



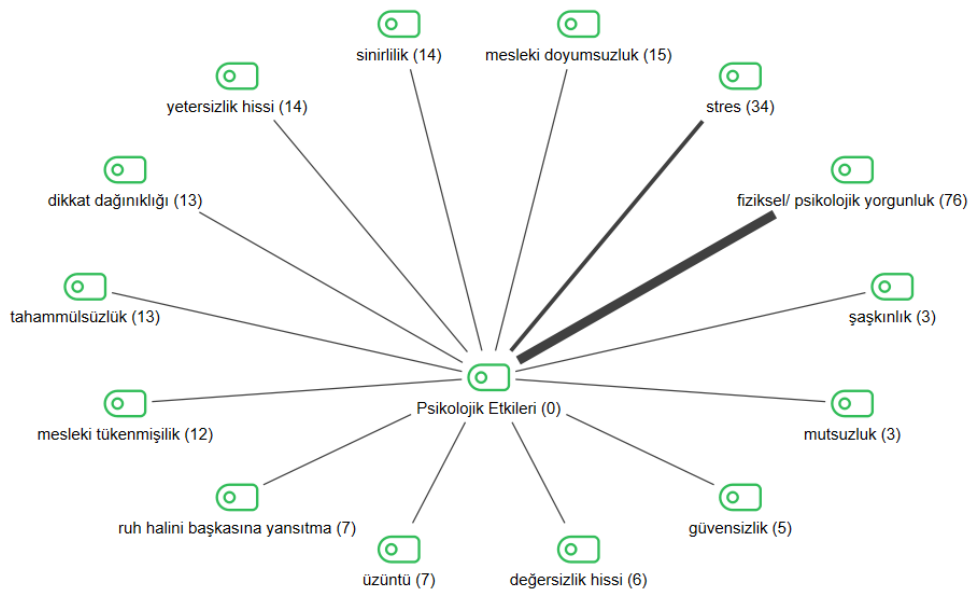


Şekil 4.29. Hemşire üzerine etkileri temasına ait hiyerarşik kod-alt kod modeli

Kod 10.A. Psikolojik Etkileri

Katılımcılar acil servisin amacına uygun kullanılmamasının kendi üzerindeki etkilerini ifade ederken psikolojik etkileri koduna ait alt kod olarak fiziksel/psikolojik yorgunluk, mesleki doyumsuzluk, stres, sinirlilik, tahammülsüzlük, yetersizlik hissi, dikkat dağınıklığı, üzüntü, mesleki tükenmişlik, ruh halini başkasına yansıtma, şaşkınlık, mutsuzluk, güvensizlik ve değersizlik hissi kodlarını oluşturmuştur.

Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli şekil 4. 30'da



Şekil 4.30. Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli

Şekil 4.30'da frekansı en yüksek kod fiziksel/psikolojik yorgunluk olurken mutsuzluk ve şaşkınlık frekansı en az olan kod olmuştur. Katılımcıların psikolojik etkileri koduna ait ifadeleri şöyledir:

“Bizler de robot değiliz dediğim gibi. Yani bu sefer birbirimize artık en ufak tahammülümüz kalmıyor, sabrımız kalmıyor.” (G-9)

“Bu süreç evdeki hayatımın da farklı sonuçlanmasına sebep oluyor. Özellikle uykusuzlukla birlikte gelen bir sersemlik günümü verimli geçiremem ve acilde karşıma çıkan huzursuzlukların evde küçük şeylere sinirlenmeme sebep olması... Normalde kızmayacağım şeylere kızmaya başlamam gibi...” (G-10)

“İlk başlarda çok fazla şaşıırıyordum. Çok basit şeyler geliyordu, hala da gelmeye devam ediyor. Yani bunun için gelinir mi diye düşünüyordum. Çünkü kendimi koyuyorum. Ben gitmezdim falan diyorum.” (G-22)

“Şimdi mesela biz ilçe devlet hastanesindeyiz. Bizim ortalama kapasitemiz maksimum 500 hasta kışları falan. Yani şu anda personellerin personel hemşire olarak yeterli gibiyiz ama daha öncesini düşünürsek 3 tane hemşireyle bir acil servisini yönetildiğini, 500 hasta çok fazla idi. Şimdi bu 500 hastanın çoğu gereksiz geldiği zaman kurum olarak mesela hem doktorlarda bıkkınlık, hem hemşirelerde bıkkınlık, hem de oradaki personelde bıkkınlık, yorgunluk, halsizlik, bir sonraki nöbete gelmeme isteği... Bu şekilde hastane personelini etkiliyor.” (G-12)

“Bebeklere özellikle daha çok üzüliyorum. Bazen annelerimiz çok tecrübesiz olabiliyorlar. 36 buçuk, 37 ateşle ile falan gelenler oluyor ve uygulama yapmadan, soğuk uygulama yapmadan çocukları direkt alıp geliyorlar. Ben gece dördte, sabah beşte şahit oldum bu durumlara. Çocuklar için çok daha yıpratıcı bir süreç olduğunu düşünüyorum ve bazen çok fazla ilaç yüklemenin iyi bir şey olduğunu düşünüyorlar. Bunun da aslında bilinçsizlikten kaynaklandığını düşünüyorum ve üzüliyorum açıkçası.” (G-22)

“O benim hemşirelik mesleğimdeki bilincimi biraz etkiliyor çünkü gerekli hastaya gerekli müdahaleyi gerekli zamanda yapamamaktan kaynaklı kendimde bir eksiklik hissediyorum. Hastanın yeterince verim alamamasının benim orada olma sebetime aykırı olduğunu düşünüyorum.” (G-10)

“Mesleki anlamda kendini yetersiz hissetmeye başlıyorsun. Halbuki yetersiz değilsin ama sana verilen iş yoğunluğu, az kişiyle çalıştırılmak bu durumu arttıran sebeplerden, faktörlerden yani.” (G-13)

“Şöyle bir örnek vermiştim ya, nöbet geçiren bir hasta... Ondan da örnek verebiliriz. Sonuçta acil bir durum var. Gelip de tartıştığımız amca vardı ya, bir tansiyonuma bakın demişti. O amca gelip orda onu söylemesi bizim hasta üzerinde dikkatimizin dağılmasına sebep olabilir, yanlış bir şey yapabiliriz.” (G-3)

“Şimdi hasta acil servise gereksiz bir şekilde başvuru yaptığı zaman hemşire o hastaya isteksiz gidiyor yani hani bu da istemediğimiz bir durum. Bilerek isteyerek yaptığımız bir durum değil ama hemşire istemiyor. Çünkü ihtiyacı olan gerçekten ciddi manada aciliyeti olan bir hastaya yani acil müdahale gereken bir hastaya bakmak istiyorsun.” (G-25)

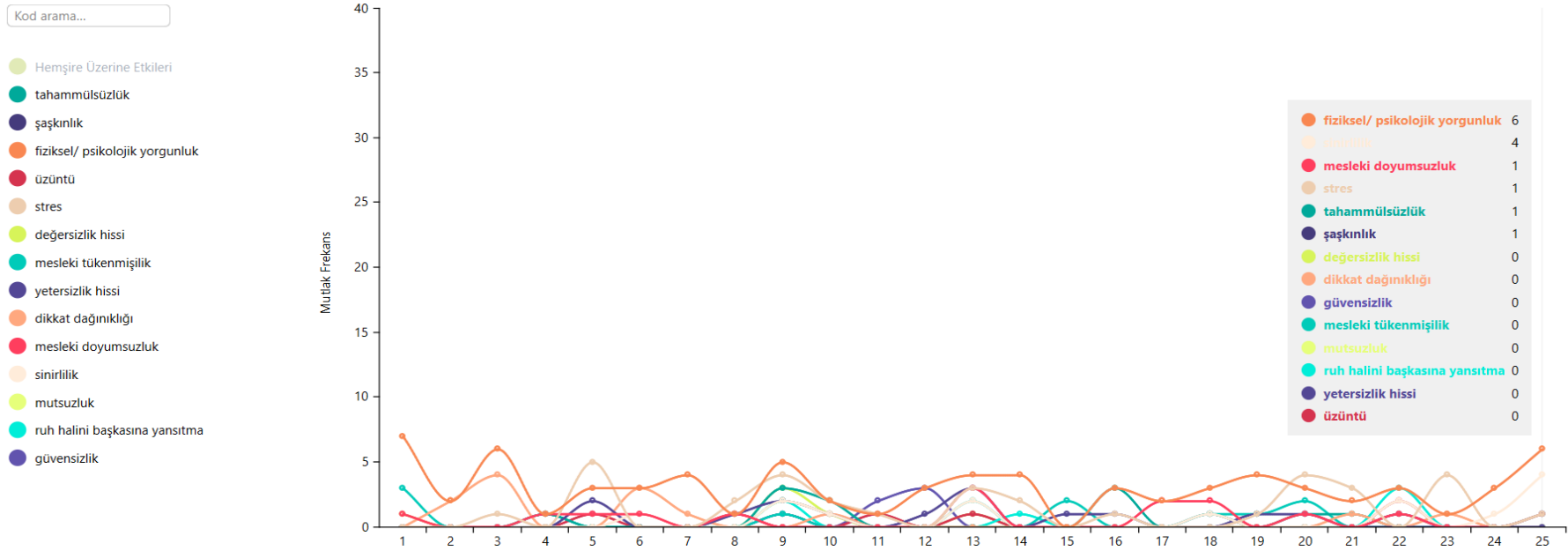
“Ya şöyle, en azından acil hasta gelmediği zamanlarda ya da ben o an sarı alandaki kırmızı alandaki bir hastayla ilgilenebileceğim bir zamanda aciliyeti olmayan bir hasta ile ilgilendiğim zaman öfkeleniyorum. Bu hastanın burada işi yok aslında, bunun olması gereken yer burası değil diye söyleniyorum. Ama bunu tabii ki de hastaya yansıtmıyoruz ama kendi içimizde öfkeleniyoruz.” (G-24)

“...Ve mutsuz çalışıyoruz. En kötüsü de bu. Ben zannetmiyorum ki bu ülkede birçok hemşire “Ben çok mutlu çalışıyorum.” desin, zannetmiyorum.” (G-9)

“Ee şimdi haliyle eve gidiyorsun yorgun, stres, kişi şımarıklarla tartıştıktan sonra bu ruh hali gerçekten eve yansıyor, fizikseli söylemiyorum bile. Tamam hadi genciz falan yorulmayabiliriz ama ruh hali kesinlikle aileme, çevremdeki insanlara yansıyor, mükemmel bir şekilde yansıyor.” (G-4)

“Aslında bu durum benim dışarıdaki insanlara karşı bakış açımı da değiştirdi. Ben burada sürekli ihtiyacı olmayan hastalara aynı tedaviyi verdiğim için dışarıdan herhangi birisi başım ağrıyor, hastayım dediği zaman benim o insanlara açıkçası çok inanasım gelmiyor. Bazı hastalar sırf çevresinden ilgi görmek için ben hastayım numaraları yapıyor. ” (G-11)

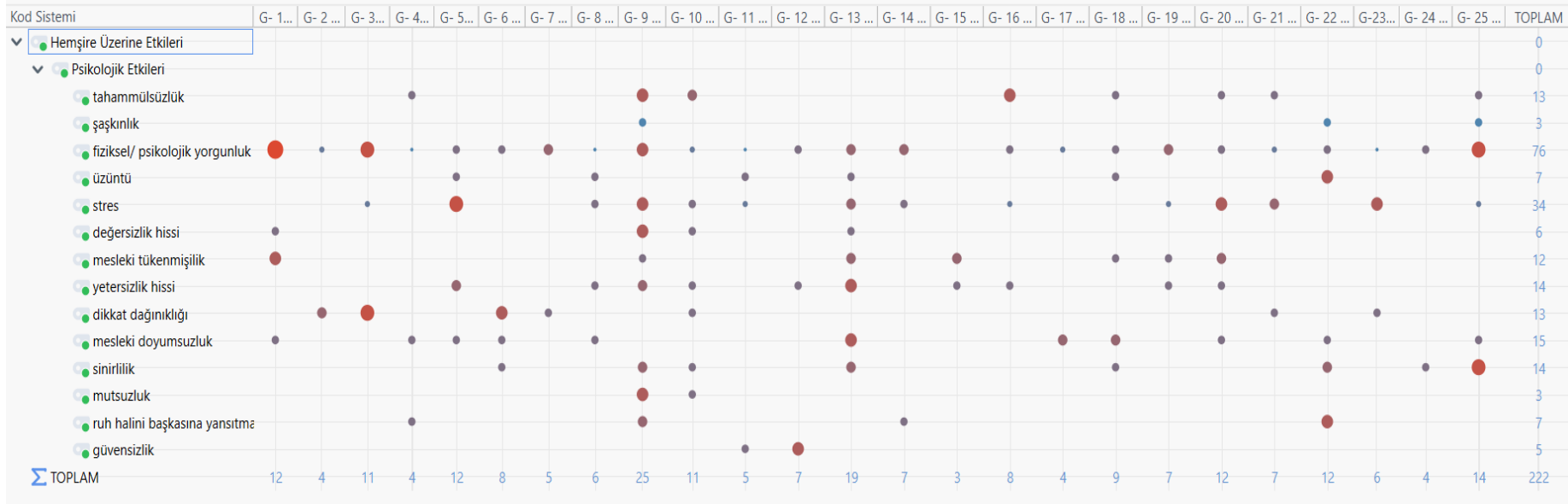
Hemşire üzerine etkileri teması ve psikolojik etkileri koduna ait alt kod trendleri şekil 4.16’de verilmiştir.



Şekil 4.31. Hemşire üzerine etkileri teması ve psikolojik etkileri koduna ait alt kod trendleri

Şekil 4.31’de acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının katılımcılar üzerindeki psikolojik etkileri kodlanmıştır. Bu kodlar içinde en trend kod fiziksel/psikolojik yorgunluk alt kodudur. Şekilde herhangi bir katılımcı için hangi alt kodun trend olduğu da belirlenebilir. G-25 kodlu katılımcı için en trend kod yine fiziksel/psikolojik yorgunluk alt kodudur, ardından ise dikkat dağınıklığı gelmektedir.

Hemşire üzerine etkileri teması, psikolojik etkileri kodu ve alt koduna ait katılımcı ifadesi yoğunluğu şekil 4.32’de verilmiştir.



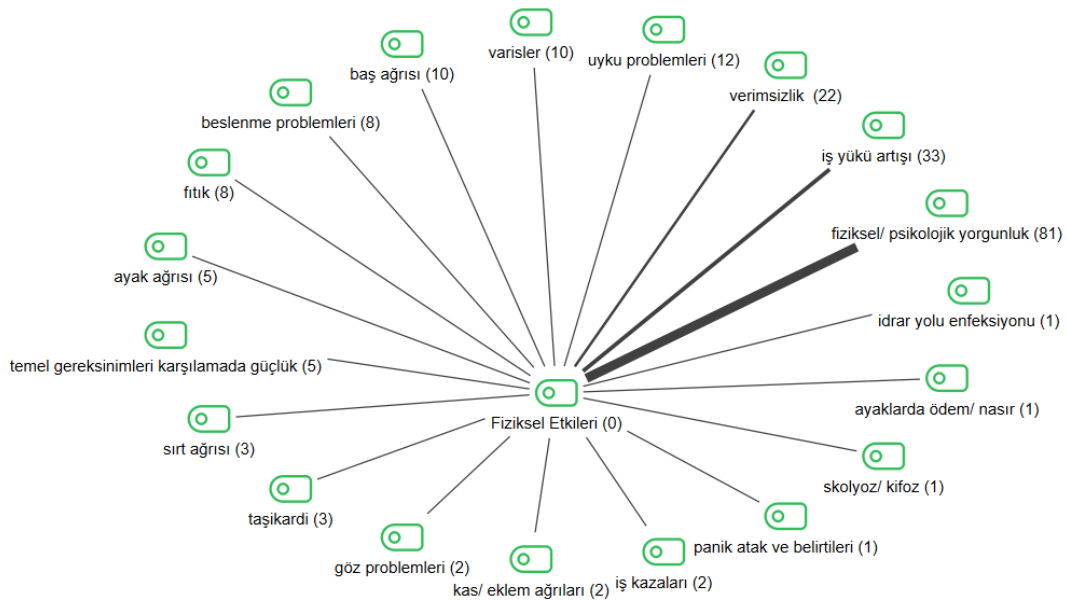
Şekil 4.32. Hemşire üzerine etkileri teması, psikolojik etkileri kodu ve alt koduna ait katılımcı ifadesi yoğunluğu

Şekil 4.32’de temanın psikolojik etkileri koduna ait alt kodları belirlenmiştir. Bu alt kodlar içinde katılımcıların ifadelerinde en yoğun kullandığı alt kod fiziksel/psikolojik yorgunluktur. Ardından ise stres ve mesleki doyumsuzluk gelmektedir. Katılımcıların ifadelerinde en az yoğunlukta kullandığı alt kod ise sinirlilik ve şaşkınlıktır. İkisinin de katılımcı ifadelerinde kullanılma sıklığı aynıdır.

Kod 10.B. Fiziksel Etkileri

Katılımcılar acil servisin amacına uygun kullanılmamasının kendileri üzerindeki etkilerini ifade ederken fiziksel etkileri koduna ait alt kod olarak idrar yolu enfeksiyonu verimsizlik, fiziksel/psikolojik yorgunluk, iş yükü artışı, uyku problemleri, baş ağrısı, ayaklarda ödem/nasır, fıtık, temel gereksinimleri karşılamada güçlük, varisler, iş kazaları, ayak ağrısı, taşikardi, skolyoz/kifoz, beslenme problemleri, sırt ağrısı, kas/eklem ağrıları, göz problemleri, panik atak ve belirtileridir.

Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli şekil 4.33'te verilmiştir.



Şekil 4.33. Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli

Katılımcıların vermiş olduğu yanıtlar doğrultusunda oluşturulan bu koda ait alt kodlardan en sık kullanılan yani frekansı en yüksek olan alt kod fiziksel/ psikolojik yorgunluktur. Kod ve alt kod arasındaki çizgi genişliği kodun kullanılma sıklığını göstermekte olup alt kodların yanında yer alan sayılar da frekans sayısını göstermektedir.

Bu alt kodlarla ilgili katılımcı ifadelerinden bazıları şöyledir:

“Onun dışında idrar yolları enfeksiyonu, sık karşılaştığımı düşünüyorum hemşirelik arasında.” (G-15)

“Yapman gereken asıl müdahalede eksik kalabiliyorsun ya da bazı şeyleri gözden kaçırabiliyorsun. Sonuçta sen de onlar gibi bir insansın, robot olarak çalışmıyorsun, bazı şeyleri kaçırıyor olabilirsin. Yani görmezden gelmek değil, gözden kaçırıyor olabilirsin. (G-7)

“Ama hasta olmayan biri gelince çalışmak istemiyoruz. Hem bize iş yükü hem de stres. Normalde belki dinlenme yapacaktık ama dinlenme fırsatımız yok. İşlerimiz oluyor. Ayaklarımızın ağrısından dinlenemiyoruz, işlerimizi yapamıyoruz.” (G-8)

“Genelde acil servise amacına uygun olmayan hastaların gelmesi hem devlete hem hastaneye hem de biz sağlık çalışanlarına bir iş yükü getirmekte, zaman kaybı yaşanmakta ve bu gereksiz başvurulardan kaynaklı önemli olan ihtiyaç duyan acil hastalar gözden kaçabilmekte.” (G-14)

“Fiziksel olarak, fiziksel olarak... Beni nasıl mental olarak yorduğu için o gün ve ertesi günü nöbet çıkışı olduğum için enerjik olamıyorum. Uykusuz kalıyorum, uykusuz kalmak gözlerimde rahatsızlığa sebebiyet verebiliyor.” (G-16)

“Fiziksel olarak da yan etkilerinden bahsetmek gerekiyorsa en çok baş ağrısı. Çünkü çok büyük bir stres altında çalışıyoruz. Gerçekten baş ağrısı, eklem ağrısı, kas ağrısı, bunlar çok fazla oluyor.” (G-9)

“...Hatta bu şeyde, bu kargaşanın içerisinde bir defa benim elime acele edeyim, hastalara yetişeyim diye iğne batmıştı. Ve 80 yaşındaki amcanın iğnesi batmıştı. Bu gereksiz tedaviler yüzünden de olunca bayağı bir şey olmuştu, canım sıkılmıştı.(Üzüldü.) Bir restte falan olsa mesela bu kadar zoruna gitmez ama mesela gereksiz tedavilere yetişeyim diye acele acele davranırken...” (G-18)

“Belimizde skolyoz, kifoza neden olabiliyor bu tarz sürekli ayakta ve yorgun olmamız.” (G-19)

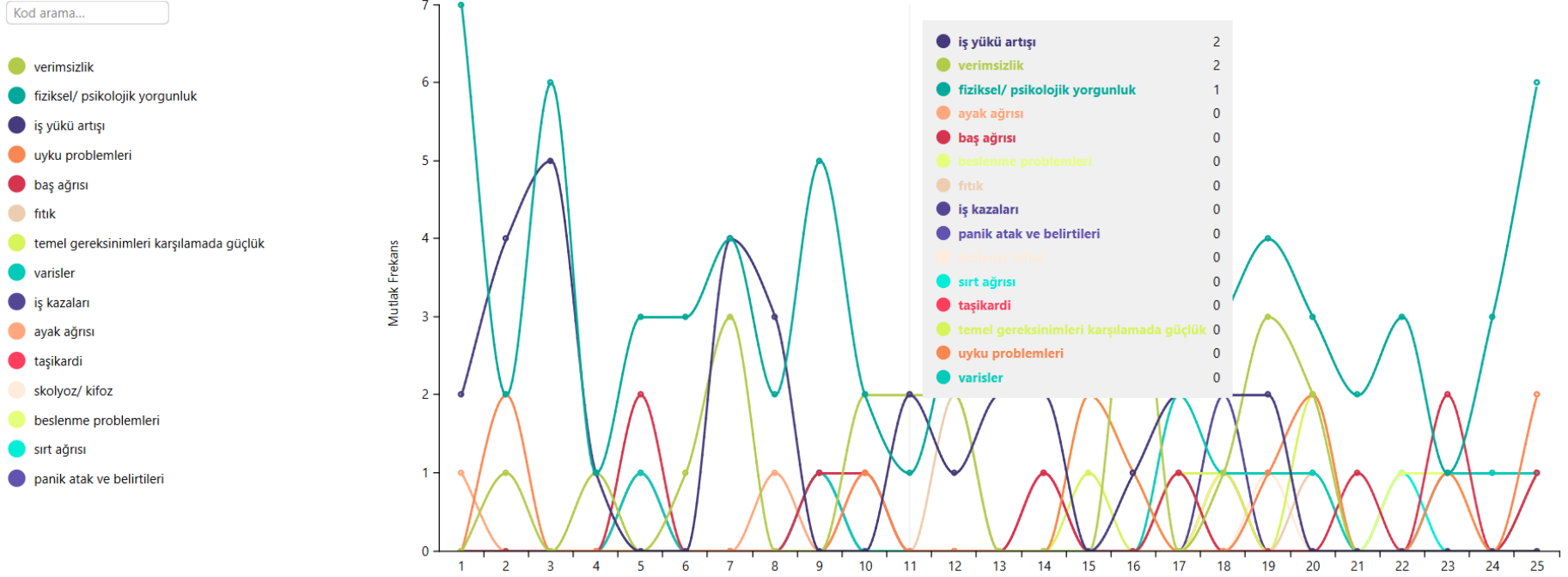
“Bu gibi durumdan dolayı düzenli bir şekilde beslemiyorum. Düzenli olarak beslenmemem de benim vücudumun bağışıklığını, dirayetini olumsuz yönde etkiliyor.” (G-16)

“Onun dışında panik atak hastası olmaya çok meyilliyiz. Açıkçası ben daha önce panik atak krizimi ilk defa hastanede geçirdim. Çünkü bir mücadele veriyorsun. Çünkü bizler dediğim gibi bizler bu psikolojik sıkıntının yanında fiziksel açıdan da artık psikolojik problem fiziksel sonuçlara neden oluyor ve biz orada işte müdahale ederken gelip hastanın bize bağırması vs. şiddete meyillilik göstermesi bu sefer bizde özellikle benim gibi panik atak problemi olan insanlarda bir anda çıkıp çarpıntısı başlayabiliyor.” (G-9)

“Ben şöyle söyleyim taşikardi problemi olan bir insanım. Ben 130, 140, 150 nabızla koştura koştura ÜSYE’lerin tedavisini yapmaya gidiyorum. Dinlenecek bir zamanım olmuyor, olan zamanda da müsaade edilmiyor. Ben kendimi bu şekilde çalışırken insanlar 120 nabızı varsa çarpıntıdan ölüyorum deyip ortalığı birbirine katıyorlar. Ben daha yüksek nabızla çalışıyorum.” (G-5)

Hemşire üzerine etkileri teması, fiziksel etkileri koduna ait alt kod trendleri şekil

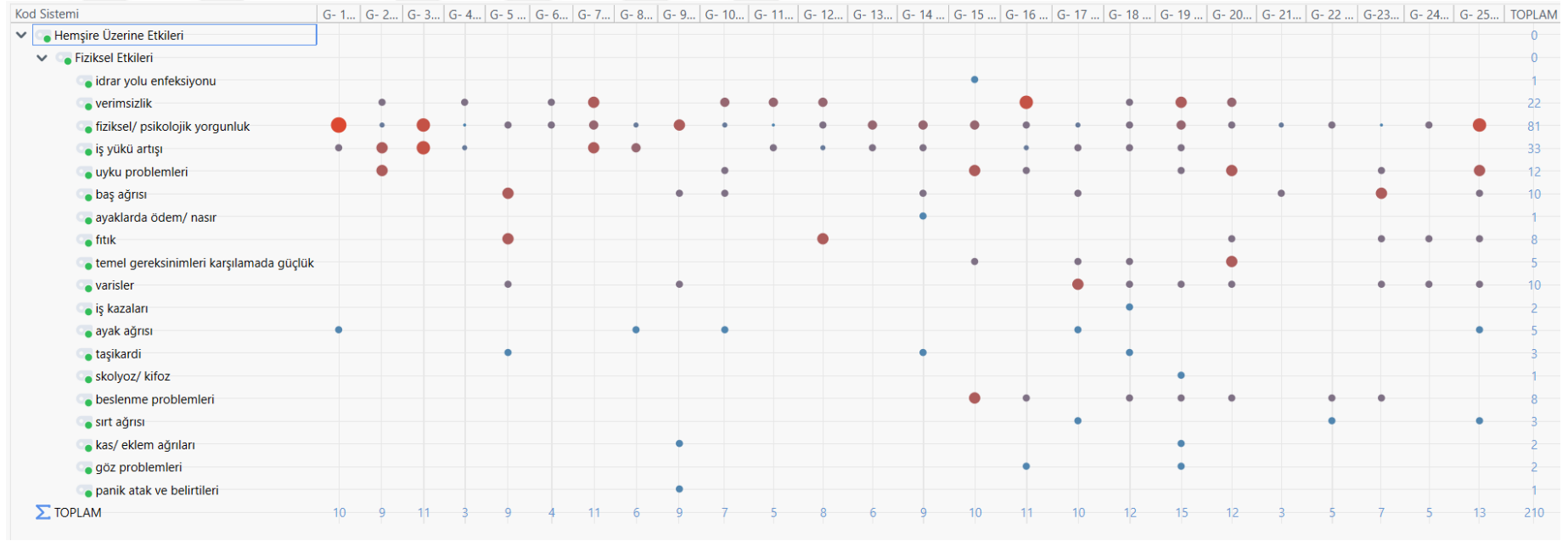
4.34’te verilmiştir.



Şekil 4.34. Hemşire üzerine etkileri teması, fiziksel etkileri koduna ait alt kod trendleri

Şekil 4.34'te acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerindeki fiziksel etkileri kodu ve alt kodları yer almaktadır. Grafikte katılımcı üzerine gidildiğinde o katılımcıya ait ifadelerde hangi alt kodların hangi sıklıkta kullanıldığı görülebilmektedir. G- 11 kodlu katılımcı ifadelerinde en sık iş yükü artışı, verimsizlik, fiziksel/psikolojik yorgunluk alt kodlarını kullanmıştır.

Hemşire üzerine etkileri teması, fiziksel etkileri kodu ve alt kodlarına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.35'te verilmiştir.



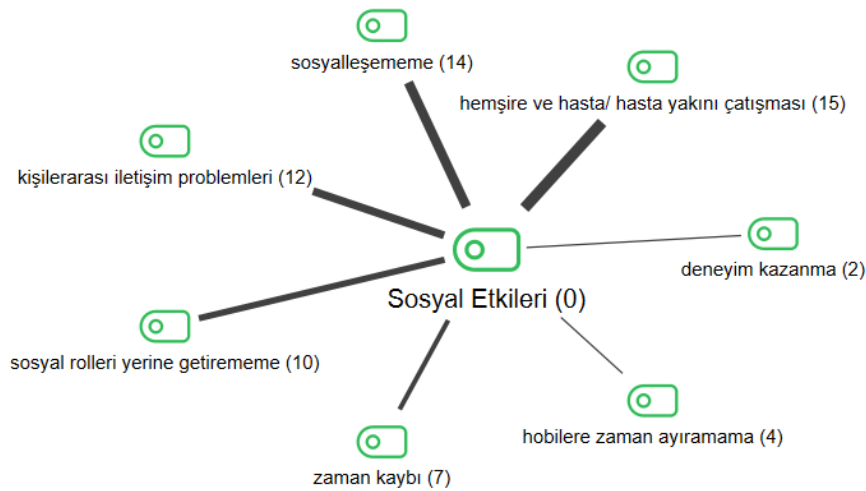
Şekil 4.35. Hemşire üzerine etkileri teması, fiziksel etkileri kodu ve alt kodlarına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.35'te acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerindeki fiziksel etkileri koduna ait alt kodlar yer almaktadır. Alt kod ve katılımcının kesişme noktası alt kodun ifadelerde ne yoğunlukta kullanıldığını göstermektedir. Kesiştiği nokta büyüdükçe o alt kodun ifadelerdeki yoğunluğu da artmaktadır.

Kod 10. C. Sosyal Etkileri Kodu

Katılımcılar acil servisin amacına uygun kullanılmamasının kendi üzerindeki etkilerini ifade ederken sosyal etkileri koduna ait alt kod olarak hemşire ve hasta/hasta yakını çatışması, kişilerarası iletişim problemleri, zaman kaybı, sosyal rolleri yerine getirememe, sosyalleşememe, hobilere zaman ayıramama ve deneyim kazanma kodlarını kullanmışlardır.

Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli şekil 4.36’da



Şekil 4.36. Hemşire üzerine etkileri temasına ait kod-alt kod-bölümler modeli

Şekil 4.36’ya göre acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşireler üzerindeki etkileri nelerdir sorusuna verilen yanıtlar doğrultusunda sosyal etkiler kodu altında yer alan alt kodlardan en sık verileni hemşire-hasta/hasta yakını çatışmasıdır. Kod ve alt kod arasındaki çizgi kalınlığı ve frekas sayısı bunu doğrular niteliktedir. En az verilen kod ise deneyim kazanma olmuştur.

Katılımcıların verdiği ifadeler ise şu şekildedir:

“Hastane içerisinde bir anda, kargaşaya sebep, bir şey olabiliyor. O yüzden hastalarla tartışabiliyoruz o amacına uygun olmayan hastalarla.” (G-3)

“Diyelim acil bir hastaya EKG çekeceğiz. Ama bir başka hasta mayi istemiş artık mayi istekleri de var. Mayi istediği için de doktorlarımız artık ikinci diyaloglara girmek istemiyor. Kavga etmek, tartışmak istemiyorlar, mayiyi yazıyorlar. Bunun yanında EKG’ li hasta gibi, göğüs ağrısı şikayetleri olan, nöbet geçiren hastalar geliyor. Mayi takacak hastalara acil bir hasta gelmiş dediğimizde ‘Biz acil değil miyiz? Biz ölelim mi?’ diyorlar. Reste(resusitasyon odasına) giriyoruz, duvarlarına vuruyorlar, bizim serumumuz bitmiş diye. Geçen biri dedi ki ‘Kadın ölecek zaten biz de mi ölek?’ (kızıp sesini yükseltiyor.) Artık hepsi tepkili ve tartışmaya yönelik.” (G-8)

“Şimdi psikolojik olarak da kendi personellerimiz arasında problem çıkmaya başlıyor. Yani gereksiz hasta olduğu zaman yetişememe durumu oluyor ve kendi hemşirelerimiz arasında mesela sen aktif değilsin, sen pasıfsın, sen hızlı değilsin, sen yavaşsın şeklinde birbirimize psikolojik olarak baskı uygulamaya başlıyoruz.” (G-12)

“Sosyal hayatımızda ailemiz ve arkadaşlarımızla oluşturduğumuz bir iletişimde bizim daha gergin olmamıza neden oluyor.” (G-23)

“Hem bizim vaktimiz gidiyor hem de gerçekten ona ihtiyacı olan insanların enerjisinden ve vaktinden gidiyor.” (G-24)

“Doğal yollarla, evde geçirilebilecek bazı rahatsızlıklar, hastalıklar için acile başvurdıkları zaman hem kendi zamanından hem de bizim zamanımızdan hem de gerçek hastaların zamanından alıyorlar. Yani böyle zincirleme bir döngü içerisine giriyoruz.” (G-5)

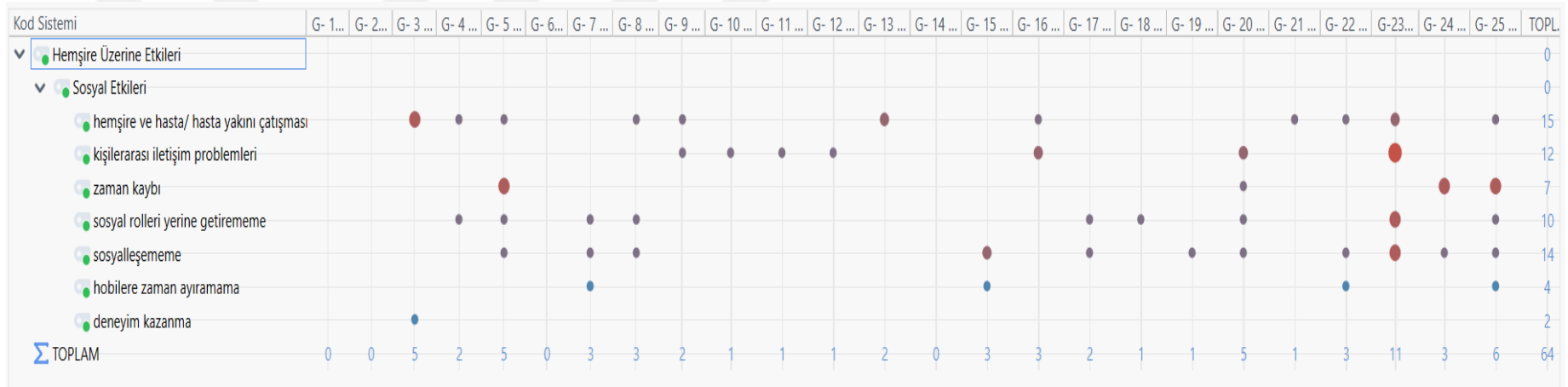
“Şimdi yoğun çalışma şartlarından kaynaklanan yorgunluk benim sivil hayatımı tabi ki etkileyecek. Çünkü bir ailem var, bir çocuğum var. Dediğim gibi gerçekten 15 hastayla uğraşıp ihtiyacı olan 15 tane hastaya bakıp ondan sonra eve gidip ailene zaman ayırsan ayrı bir olay, ihtiyacı olmayan daha fazla hastaya baksan ayrı.” (G-4)

“O yorgunlukla sosyal aktivitelere katılamıyorsunuz. Sırt ağrıları çektiğiniz için işte uzanmak istiyorsunuz. Belki istediğiniz, dışarıda yapmak istediğiniz bir aktivite var ama sırt ağrısından mesela oraya gidemiyorsunuz. Arkadaşlarımızla görüşemiyoruz.” G-17)

“Alternatif olarak bilgilendirme yapıyoruz dedik ya bu tabii ki bizim için de bir bilgi sonuçta.Çevremizden olsun, oturduğumuz yerler olsun soranlar edenler olabiliyor. Onlara da bu şekilde yardımcı oluyoruz sonuçta biz de bilgilendiğimiz için. Onlara da bu şekilde aktarıyoruz.” (G-3)

Hemşire üzerine etkileri teması, sosyal etkileri koduna ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.37’de verilmiştir.

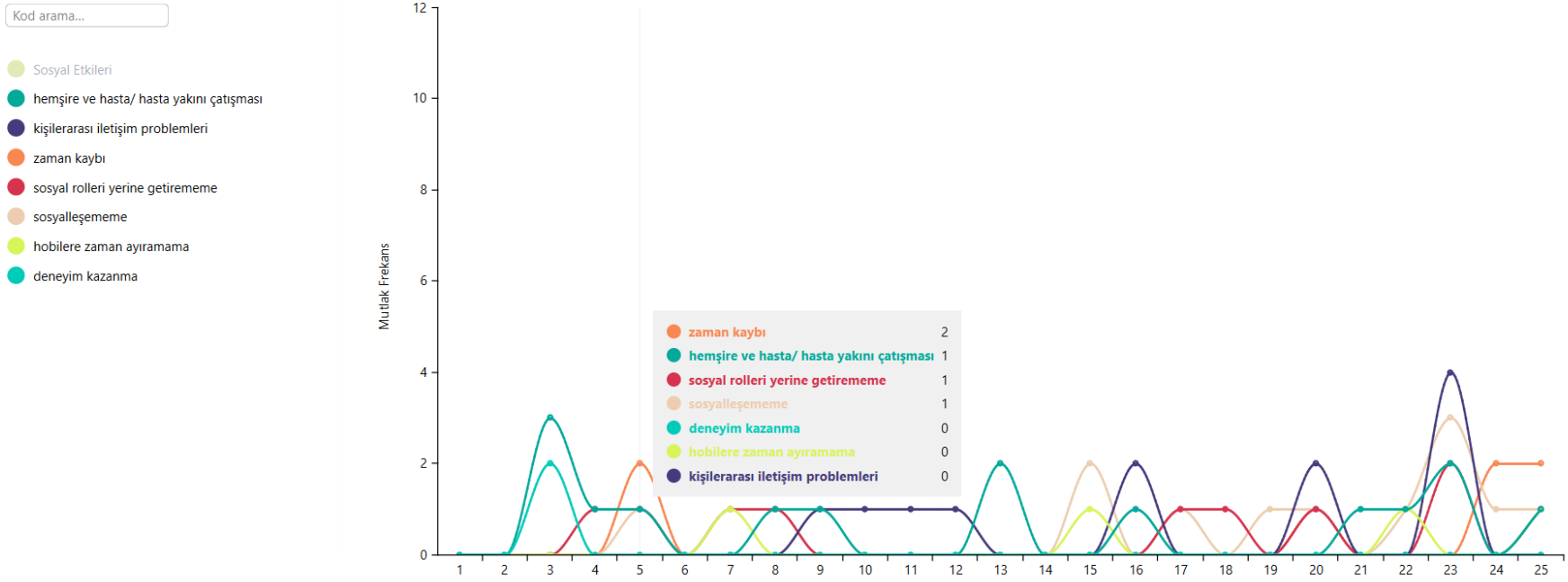




Şekil 4.37. Hemşire üzerine etkileri teması, sosyal etkileri koduna ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.37’de acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerindeki sosyal etkileri kodu ve katılımcıların ifadelerinde bu alt kodları ne yoğunlukta kullandığı gösterilmiştir.

Hemşire üzerine etkileri teması, sosyal etkileri koduna ait alt kod trendleri şekil 4.38’de verilmiştir.



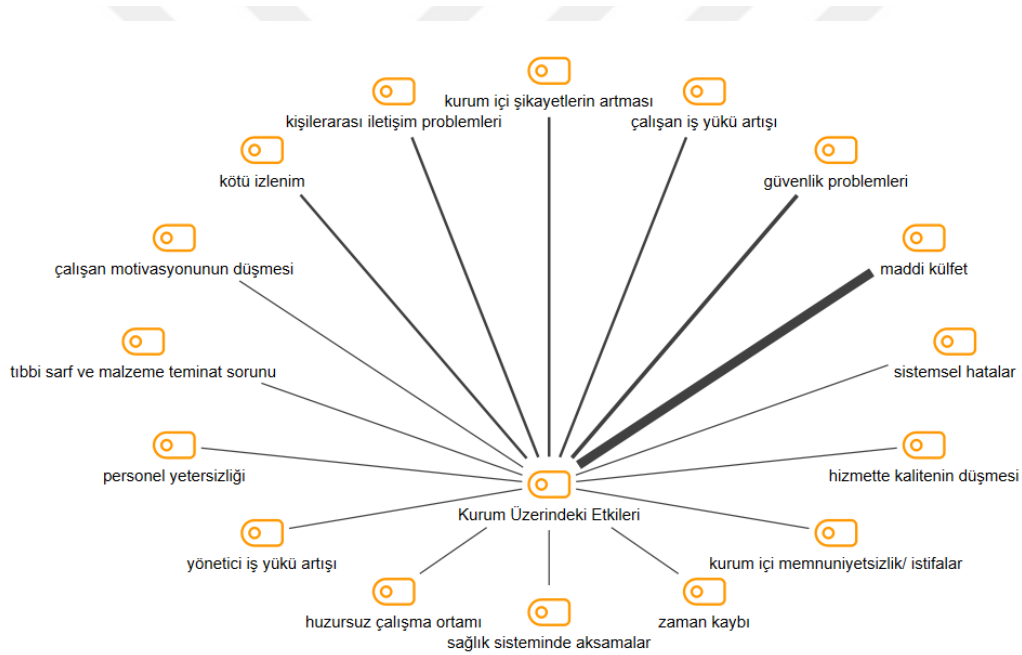
Şekil 4.38. Hemşire üzerine etkileri teması, sosyal etkileri koduna ait alt kod trendleri

Şekil 4.38’de acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerindeki sosyal etkileri ile ilgili katılımcıların oluşturduğu alt kodlar renkleriyle birlikte gösterilmiş olup katılımcılar içinde en trend alt kod hemşire ve hasta/hasta yakını çatışmasıdır. Katılımcılara baktığımızda ise G-5 kodlu katılımcı için en trend alt kod zaman kaybıdır.

4.2.8. Tema 11. Kurum üzerine etkileri

Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının kurum üzerindeki etkileri nelerdir sorusuna yanıt veren katılımcılar bu noktada maddi külfet, güvenlik problemleri, çalışan iş yükü artışı, kurum içi şikayetlerin artması, kişilerarası iletişim problemleri, kötü izlenim, çalışan motivasyonunun düşmesi, tıbbi sarf ve malzeme teminat sorunu, personel yetersizliği, yönetici iş yükü artışı, huzursuz çalışma ortamı, sağlık sisteminde aksamalar, zaman kaybı, kurum içi memnuniyetsizlik/istifalar, hizmette kalitenin düşmesi ve sistemsel hatalar kodlarını kullanmıştır ve bu kodlar bir araya gelerek kurum üzerine etkileri temasını oluşturmuştur.

Kurum üzerine etkileri temasına ait kod-alt kod bölümler-modeli şekil 4.39’da verilmiştir.



Şekil 4.39. Kurum üzerine etkileri temasına ait kod-alt kod bölümler-modeli

Şekil 4.39’da katılımcılara acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının kurum üzerine etkileri sorulduğunda verilen yanıtlar neticesi oluşturulan kodlar gösterilmiştir. Bu kodlardan frekansı en yüksek olan maddi külfettir. Bunu takiben sırayla güvenlik problemleri ve çalışan iş yükü artışı gelmektedir.

Katılımcı hemşirelerin kurum üzerine etkileri temasına yönelik verdiği yanıtlar ise şöyledir:

“Yoğunluktan dolayı bir şekilde bir yerde bir eksik çıkabiliyor. Bir yerde bir hata olabiliyor. Bahsettiğim hata aslında bir kâğıt üzerinde. Yoksa hastaların tedavisiyle ilgili hatalardan bahsetmiyorum, mesela sistemsel bir hata, ilaç düşümüyle ilgili bir hata ya da malzemenin olmamasıyla ilgili bir hatalar görülebiliyor. Bu anlamda da bu durum hem çalışanları etkiliyor hem yönetimi etkiliyor hem de çalışanlar ile yönetim arasındaki ilişkiyi etkiliyor.” (G-11)

“Kurum üzerinde şu anlamda sıkıntılar olabilir; acil servisteki yoğunluk ve kargaşa arttıkça hem kurumda memnuniyetsizlik artacaktır. Hem çalışanlar açısından bir memnuniyetsizlik, daha sonrasında iş bırakmalara gidecektir. Gidiyor da, işte yurt dışına giden bir yığın arkadaşımız var.Genel anlamda birkaç sebep var, sebeplerin biri de hastanelerdeki gereksiz yoğunluklar, özellikle acil servislerdeki gereksiz yoğunluklar.” (G-6)

“Aynı zamanda hekimlerimize, temizlik personellerimize, güvenlik görevlilerimize, herkese, hemen hemen tüm personellerimize iş yükü oluyor.” (G-19)

“Acil serviste yaşanan bu sıkıntılar hem hastane yönetimine yansıyor hem hastanedeki personele yansıyor. Çünkü acilde sorun yaşayan personelin yeri değiştirilmek isteniyor. Bu nedenle hem o personelin motivasyonu düşüyor hem oraya verilecek olan yeni personelin motivasyonu düşüyor.” (G-24)

“Fiziksel ve psikolojik anlamda da bir yerden sonra yıprandığın için verdiğin hizmetin kalitesi düşüyor.” (G-7)

“Ayrıca bence bu ne kadar çok hasta olursa o kadar çok personelin olması gerekiyor. Bu da gereksiz bir yoğunluk olduğunda daha fazla personel alımına ihtiyaç duyacaklarından bu da mali açıdan iş yükünü arttırıyor.” (G-17)

“Benim en çok karşılaştığım durum şu; geldiğinde gülerek iğne yaptıran, 3 arkadaşıyla bir anda kabine giren ve orda fotoğraf çeken kişiler. Hastanın mahremiyetine dikkat edilmemiş oluyor. Bu bize bir iş yükü getiriyor. Çünkü hasta

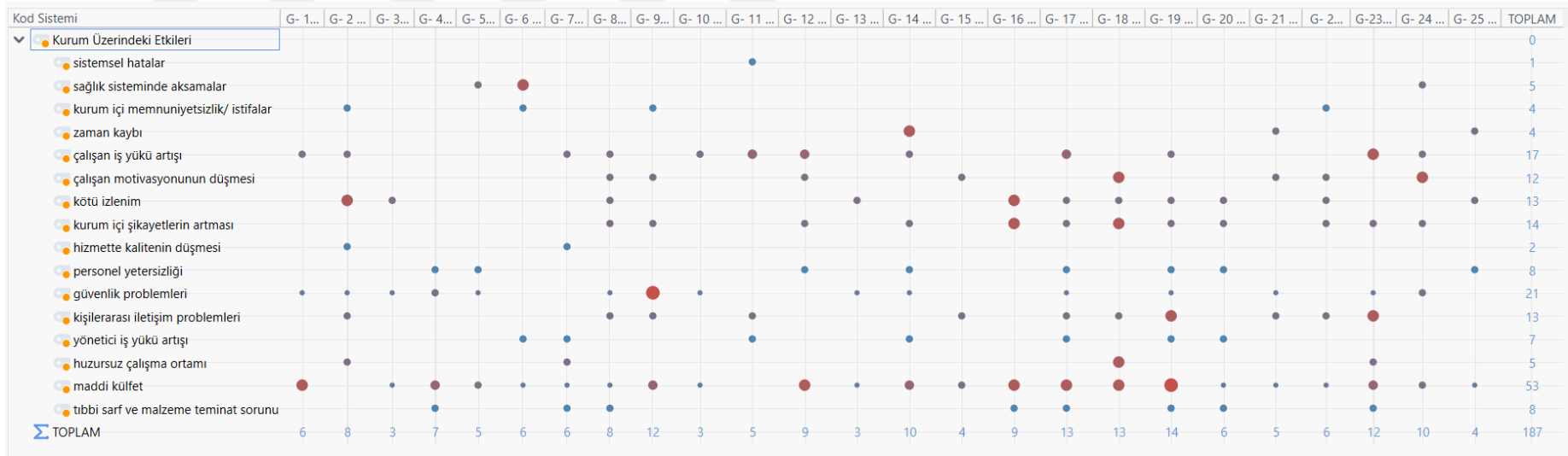
mahremiyetini benim sağlamam lazım. Arkadaşına “Çık dışarı.” dediğimizde de “Nolcak ki.” Diyor. Fotoğraf çekiyor, onu sildirmek ile uğraşıyoruz. Güvenlik çağırıyoruz. Sırf bu gereksiz uygulamalardan ötürü güvenlik bir kere meşgul oluyor.” (G-21)

“Hastaların çoğu mayi istiyor, musküler çok az yapıyoruz burda. Mayi dışında ilaç kabul tedavisi kabul etmiyorlar ve yer olmadığı için beklemek durumunda kalıyorlar. Kurum üzerinde ister istemez bu sefer üst taraftan baskı görüyoruz. Hastaları niye beklettiniz, diye. Bu sefer onlarla tartışmaya giriyoruz.” (G-8)

“Hani hastalardan biri internette gidip şikâyet ediyor. Birisi dilek- istek- şikâyet kutusuna şikâyet ediyor. Bunlar yine Sağlık Bakanlığı'na bildiriliyor. Kurum bunlarla haşır neşir olmak zorunda kalıyor. Bunlara cevap yazmak zorunda kalıyor. Uyarıda bulunmak zorunda kalıyor. Sonra yine tutanaklar tutulabiliyor. Kurumda bir huzursuzluk da oluyor. Hem kurum içi huzursuzluk oluyor hem kurum dışarıya karşı huzursuz oluyor.” (G-18)

“Bence uygunsuz gelmelerinde şöyle bir durum oluyor, onlara kullanılan ilaçların sürekli kullanılması bir yerde bir yerden sonra ilaç tüketimini artırıyor. Bu da depoda ilaç sayısını azaltıyor. Küçük hastanelerde bunun temini zor oluyor.” (G-17)

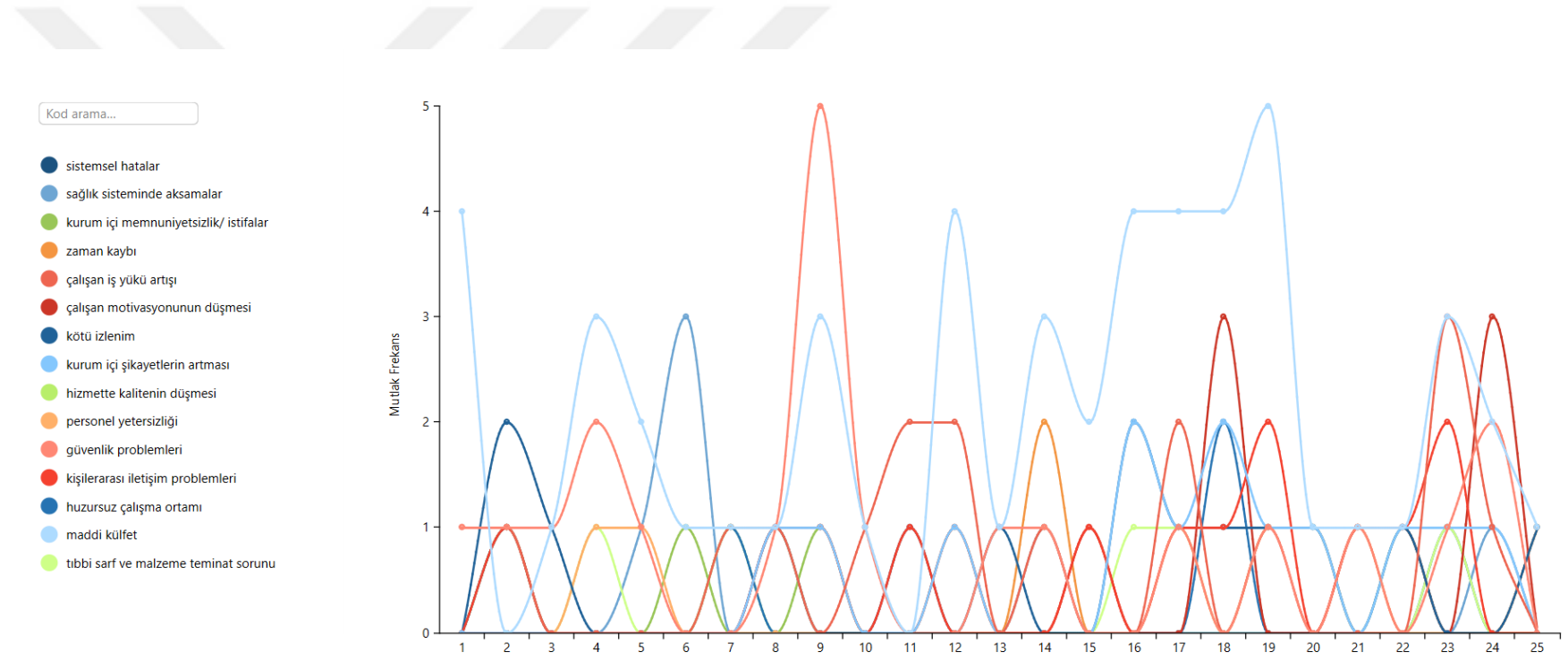
Kurum üzerine etkileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.25'ta verilmiştir.



Şekil 4.40. Kurum üzerine etkileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.40'ta kodlar ve katılımcıların kesişmesiyle oluşan noktaların büyüklüğü katılımcı ifadelerinde o koda ait yoğunluğun fazla olduğunu göstermektedir.

Kurum üzerine etkileri temasına ait kod trendleri şekil 4.41'de verilmiştir.



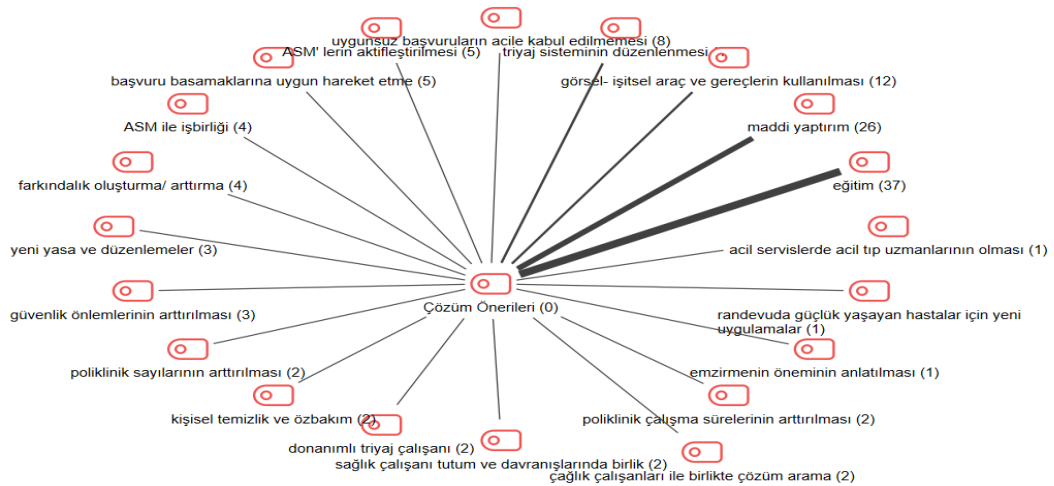
Şekil 4.41. Kurum üzerine etkileri temasına ait kod trendleri

Şekil 4.41'e göre x eksenini görüşme yapılan 25 katılımcı oluşturmaktayken y eksenini katılımcıların ifadeleri doğrultusunda oluşturulan kodların frekansı oluşturmaktadır. Bu şekle göre maddi külfet katılımcılar arasındaki en trend koddur. Maddi külfetin ardından ise güvenlik problemleri gelmektedir. Maddi külfetin hangi katılımcı için trend kod olduğu da frekansın tepe noktası ile katılımcının kesişmesinden anlaşılabilir. Maddi külfet G-19 kodlu katılımcı için trend iken güvenlik problemleri kodu G-9 kodlu katılımcı için trend olmuştur.

4.2.9. Tema 12. Çözüm önerileri

Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına yönelik katılımcılara ne gibi çözüm önerilerinin olduğu sorulmuştur. Verilen yanıtlar ışığında poliklinik çalışma sürelerinin arttırılması, sağlık çalışanları ile birlikte çözüm arama, sağlık çalışanı tutum ve davranışlarında birlik, acil servislerde acil tıp uzmanlarının olması, başvuru basamaklarına uygun hareket etme, randevuda güçlük yaşayan hastalar için yeni uygulamalar, emzirmenin öneminin anlatılması, evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, triyaj çalışanının yetkilendirilmesi, donanımlı triyaj çalışanı, kişisel temizlik ve öz bakım, farkındalık oluşturma/arttırma, sendikal faaliyetler, uygunsuz başvuruların acile kabul edilmemesi, ASM ile işbirliği, triyaj sisteminin düzenlenmesi, güvenlik önlemlerinin arttırılması, poliklinik sayılarının arttırılması, yeni yasa ve düzenlemeler, ASM'lerin aktifleştirilmesi, görsel-işitsel araç ve gereçlerin kullanılması, maddi yaptırım ve eğitim kodları oluşturulmuştur. Oluşturulan kodlar bir araya gelerek çözüm önerileri teması altında toplanmıştır.

Çözüm önerileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli şekil 4.42'de verilmiştir.



Şekil 4.42. Çözüm önerileri temasına ait kod- alt kod- bölümler modeli

Şekil 4.42'de acil servislerin amacına uygun kullanılmasıyla ilgili katılımcılar tarafından söylenen çözüm önerileri içinde en sık ifade edilen eğitim olmuştur. Bunu takiben ise maddi yaptırım ve görsel- işitsel araç ve gereçlerin kullanılması olmuştur. En az kullanılan, frekansı az olan kodlar ise emzirmenin öneminin anlatılması, acil servislerde acil

tıp uzmanlarının olması ve randevuda güçlük yaşayan hastalar için yeni uygulamalar kodu olmuştur.

Katılımcıların çözüm önerileri temasına ait ifadeleri şu şekildedir:

“Polikliniklerin sürelerini daha da uzun yapabiliriz, uzatabiliriz. Mesela çalıştığı için , polikliniğin çalıştığı saatten sonra gelen hastalar daha çok oluyor. Hani bu o poliklinik süresini biraz daha böyle birkaç saatlik uzatma yapabilirsek yükümüzü hafifletmiş olabiliriz.” (G-3)

“Bahsetmek istediğim şey şu, her iki tarafın da hastanın da çalışanın da bu durumdan yeterli verimi alabilmesi için saha çalışanlarıyla yeni önergeler, yasalar, sistemler, sahada çalışan personellerle tartışılmalı ve bazı kararlar onların görüşleri, düşünceleri doğrultusunda alınmalı.” (G-24)

“Bunun sadece benim verdiğim eğitimle veya bilgilendirmeyele olduğuna inanmıyorum. bunu ben yapıyorsam diğer arkadaşım da yapmalı. Diğer arkadaşım ben bu hastayı kabul etmedi isem, acile uygun olmadığını düşünürsem diğer arkadaşım ile aynı tutumu sergilemeli ki insanlar o acilin çalışma düzenini, ortamını ya da neye hizmet ettiğini anlayabilsinler, akıllarına kazıyabilsinler.” (G-7)

“Onun dışında bence kesinlikle acil hizmeti verilen yerde, belki biraz gereksiz olabilir ama acil tıp uzmanlarının olması taraftarıyım yani. Çünkü biz göreve yeni başlamış bir hekimden, pratisyenden ziyade acil tıp uzmanının kime nasıl bakılması gerektiğini pratisyenlere göre daha iyi yapacağını düşünüyorum ve bu şekilde de bu acil servislerin bir tık daha amacına uygun kullanılabileceğini düşünüyorum.” (G-14)

“Her basamağın tedavi edeceği hastalarının belli olması, bir basamaktaki hastanın diğer basamağa geçmek için mutlaka o basamaktaki hekimlerden onay alması gerekiyor bence. Bu sayede en azından her hasta gerçekten ihtiyacı olan tedaviye ulaşabilir ve ilk ihtiyacı olan yerde tedavi edilmesi diğer hastalar için de fazla olmasını engeller, başka hastaların hakkını gasp etmemiş olur.” (G-24)

“Mesela yaşlı hastalar randevu almayı bilmiyor. Yaşlı hastalar için farklı bir sistem geliştirilebilir. Ne bileyim bu konu hakkında bilgilendirme yapılabilir ya da Sağlık Bakanlığı bir çalışma yapabilir.” (G-23)

“Mesela hastalara emzirme eğitimi veriyoruz. Bu; çocuklar için doğru şekilde olursa emzirmenin önemi konusunda anneyi bilinçlendirebilirsek eğer o çocuğun hastalık oranı azalır. Çünkü bağışıklığı güçlü olacak. Bir toplum için çekirdekten başlamak gerek. O dönemden başlanırsa daha sağlıklı bir toplum elde ederiz diye düşünüyorum.” (G-13)

“Kesinlikle eğitim, şu an bizim de burada uygulamaya geçtiğimiz evde bakım hizmetleri, burada bir ekip kurduk biz. Mükemmel bir uygulama, evet. Hem gerçekten hastaneye ihtiyacı olup gelmeyen hastalar da var. Hiç gelmeyen hastalar var. Bunları saptıyorlar, uzmana yönlendiriyorlar. Şimdi bunu uzmanı verecek. Normalde bu arkadaşlar gitmese bunlar bize gelecekler. Bu tarama yükümüzü bayağı azaltıyor.” (G-4)

“Sağlık kabinlerini duymuşsunuzdur. Onlar da belli bir ücrete tabii. Ama sağlık kabinlerini bence ASM gibi yarı özel dahi yapmak. Hastaların günlük enjeksiyonları, takipleri, pansumanlarını burada yapmaları burada halletmeleri bile herkes için daha daha iyi olabilir.” (G-20)

“Bence triyaj yapan arkadaşla şöyle bir yetki de verilebilir, gelen hastaların acil serviste değil de aile sağlığı merkezlerinde muayene olması daha doğru gelecek. O hastayı direkt aile sağlığı merkezine yönlendirebilmeli. Sen burada muayene olmayacaksın, şuraya git diyebilmeli. Yani bu hakkı Sağlık Bakanlığı yapacak, yine bunu da tüm suçu da sağlık Bakanlığına attık ama... Yani triyaj yapan çalışana böyle bir hak tanınabilir.” (G-6)

“Bir diğ er Şey de hasta enjeksiyon veya pansuman için çok fazla acil servise başvuruyor . Bu tarz uygulamalar bir süre sonra çok fazla olduğu için ister istemez etkiliyor insanı. Bu sebeple de bu tarz uygulamaları maddi olarak hastaneye, kuruma maddi olaraktan kazanç sağlanabilir. Enjeksiyon yaptıran bir hastanın gün içinde 2 ya da 3 kez gelmesi maddi olaraktan o hastadan bir  denek alınması gerektiğini düşünüyorum.” (G-15)

“Biz vicdanlı bir milletiz, gerçekten vicdanlı bir milletiz. Onların sebep olduğu Şeyleri anlatabilirsek bu çok etkili olabilir. Sen geldin orada soğuk aldığında ilgilenildi diye doktor orda kalp krizini gözden kaçırdı. O yüzden bir hasta öldü. Mesele bu. Böyle Şeyler gerçekten etkili olabilir. Böyle videolar, pano değil, ben de pano okumuyorum ki ben de hiçbir yerde yazılan uzun bir yazıyı böyle okumam. Ama karşıma çıkan bir videoyu izliyorum. Resimli görsel, kitap... mesela reklamlarda görüyorum. Ben hastanedeki hiçbir panoyu okumuyorum, gerçekten okumuyorum. Millet de okumuyor. Ama gerçekten video Şeklinde, reklamlarda kamu spotu, bunlar illaki dikkat  ek ektir. Tabi çarpıcı, etkili bir hale getirilmeli.” (G-4)

“...Diğ er bir öneri olarak da sendikalarla konuşulabilir. Bununla ilgili çalışmalar yapılabilir. Birazcık birlik olunması gerekiyor. Sağlık personellerinin tümünü kapsamalı bu da.” (G-22)

“...Sonrasında Şöyle bir çözüm  nerisi; aslında bu hastaların kabul olmaması lazım. Girişte triyaj sisteminin değil de girişte belli bir sistem olup bu hastaları ayıklaması lazım, belli bir sisteme göre.” (G-23)

“ ncelikle aile hekimliğinden... Öncelikle aile hekimliğiyle görüşülüp bu telefonla olur veya yüz yüze olur. G r ş ld kten sonra aile hekimi bu durumu değerlendirdikten sonra acile başvurmanız için bir giriş açabilir. Şöyle söylemek gerekirse, şu anki dahiliye servisine başvurmadan örnek veriyorum hematolojiye başvuramıyorsanız çünkü öncelikle dahiliyenin sizi değerlendirip sonrasında gerekli g r irse hematolojiye başvurabiliyorsunuz. Yani yan dallara başvurabiliyorsunuz. Aslında bunu acil için de yapmaları gerektiğini düşünüyorum. Öyle direkt istediği zaman istediği yerde, sırf yakın yolumun üstü diyerek giren kaç kişi oluyor?” (G-10)

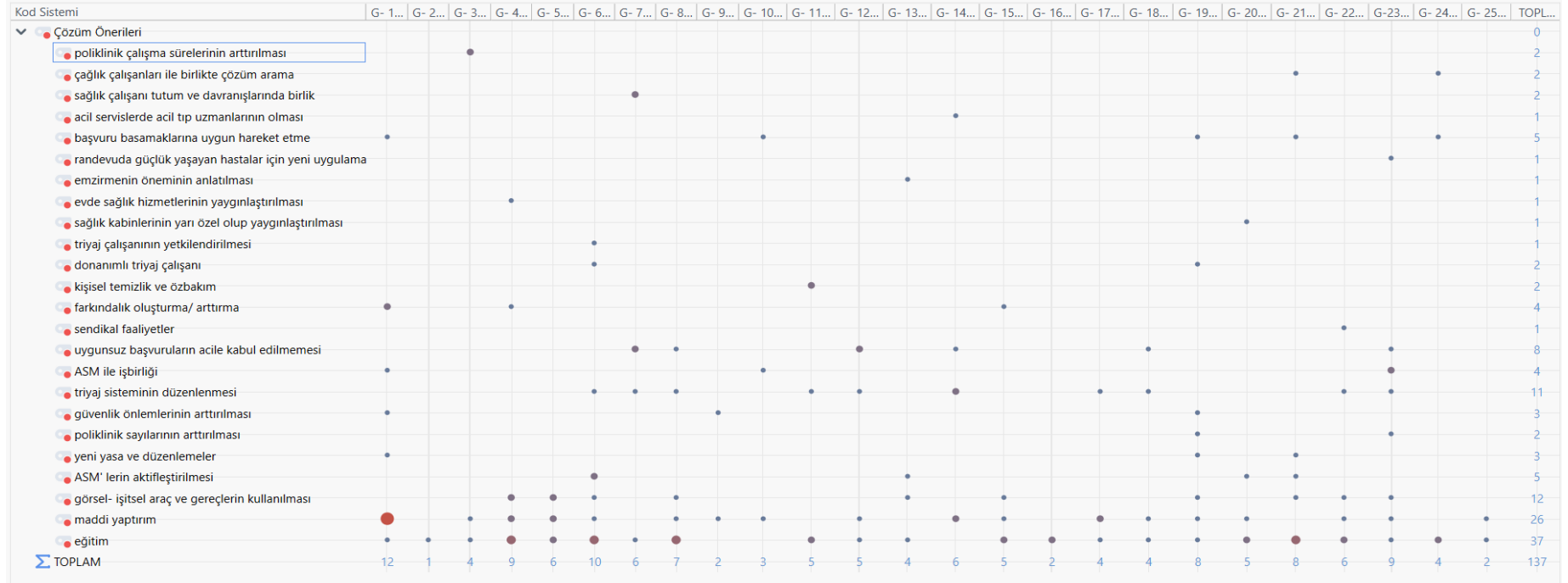
“Trijaj hakkında düzenlemeler yapılabilir. Bizim hastanemizde tiraj yok, ilk kayıt açtıktan sonra hastanın vitalleri alınabilir.” (G-8)

“Evet biz bugün iş yerinde amacı dışında gelen hastaları tartışıyoruz ama en büyük problemlerinden biri şu; sağlıkta şiddet. En çok yaşanan yer ise acil servis. Bana göre hangi konuyu konuşursak konuşalım acil serviste sağlıkta şiddete kesinlikle değinmek gerekiyor. Hasta elindeki order kâğıdını yüzüme fırlatmıştır örneğin. Bunları konuşmak lazım, hepsi birbiriyle bağlantılı.” (G-1)

“Amacına uygun olmayan başvuruları azaltabilmek için en başta bakanlık televizyonda fazla ilaç kullanımı, fazla ilaç kullanımının zararlarını anlatan kamu spotları yayınlayabilir. Hangi semptomlarla acile başvurulabilir, hangi semptomlar ağır ya da hafif düzeyde, bunlarla ilgili kamu spotları televizyonda yayınlanabilir. Genelde televizyonu çok izleriz. Ayrıca sosyal medyadaki hesaplarında yine kamu spotları oluşturulmalı.” (G-8)

“Bakanlık bu konuyla ilgili bir şey yapacak olsa belki ciddiye alacak insanlar. Taşraya gidip eğitim verilse, mahallelerde eğitimler verilse belki daha ciddiye alacak insanlar.” (G-6)

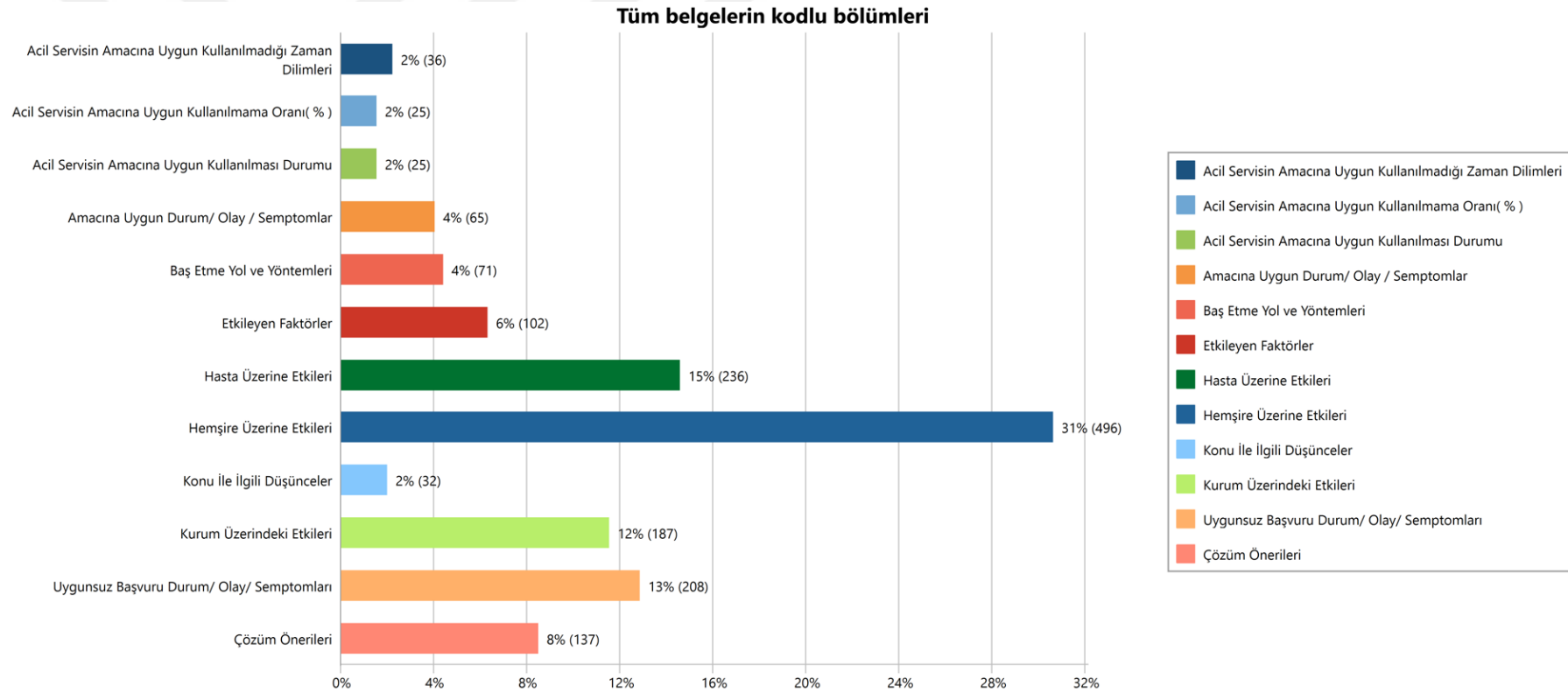
Çözüm önerileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu şekil 4.43’te verilmiştir.



Şekil 4.43. Çözüm önerileri temasına ait katılımcı ifade yoğunluğu

Şekil 4.43'e göre katılımcılar acil servisin amacına uygun kullanılmamasına çözüm önerisi olarak en yoğun kod olarak eğitim kodunu kullanmıştır. İkinci olarak maddi yaptırım, üçüncü olarak ise görsel-ışitsel araç ve gereçlerin kullanılması kodunu kullanmışlardır. Eğitim kodunu en yoğun kullanan katılımcılar G-4, G-6, G-8, G-21 kodlu katılımcılardır. G-9, G-10, G-14 kodlu katılımcılar eğitim koduna ifadelerinde hiç yer vermemiştir. Çözüm önerisi temasına ait totalde en yoğun ifadeyi G-1 kodlu katılımcı vermiştir.

Kod bulutu şekil 4.44'te verilmiştir.



Şekil 4.45. Temaların ve kodların tüm belgelerde toplam kullanımı

Şekil 4.45'te konu ile ilgili oluşturulan temaların tüm belgelerde kullanım oranı gösterilmiştir. Buna göre katılımcıların oluşturduğu 25 belgede en çok hemşire üzerine etkileri teması ile ilgili kodlar oluşturulmuş olup bu tema konuşulmuştur. Ardından hasta üzerine etkileri ve uygunsuz başvuru durum/olay/semptomlar teması gelmektedir. En az kod kullanımının olduğu teması ise acil servisin amacına uygun kullanılmama oranı ve acil servislerin amacına uygun kullanılması durumu temasıdır. Bu iki tema tüm belgelerin %2'sini oluşturmaktadır.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

- Çalışmaya 10 erkek, 15 kadın hemşire katılım sağlamıştır.
- Katılımcıların 15'i kadın, 16'sı bekar ve 23'ü lisans, 1'i ön lisans, 1'i lise mezunudur.
- Katılımcılar 23-40 yaşları arasında olup katılımcıların yaş ortalamasının 28'dir.
- Katılımcıların meslekte yaklaşık 5 yıldır; acil serviste ise ortalama 3 yıldır çalıştıkları belirlenmiştir.

Acil servislerin amacına uygun kullanılıp kullanılmama durumlarını acil servis hemşirelerinin deneyimleriyle değerlendirmek ve bu durumların sonuçlarını ortaya koymak amacıyla yapılan bu araştırmada katılımcıların çoğunluğu acil servislerin amacına uygun kullanılmadığını, amacına uygun kullanılmama oranının yüksek olduğunu ve çalıştıkları süre zarfında en çok amacına uygun kullanılmayan zaman diliminin 16.00-00.00 olduğunu söylemişlerdir. Katılımcılar, bireylerin acil servislere amacına uygun olmayan bazı durum, olay ve semptomlarla geldiklerini; bu durumu etkileyen birtakım faktörler olduğunu, acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hem kendileri hem hasta hem de kurum üzerinde birtakım etkileri olduğunu belirtmişlerdir.

5.2. Tartışma

Araştırmada 25 hemşire ile yapılan derinlemesine görüşmeler neticesinde 12 tema ve alt kodlardan oluşan bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

1. Acil Servisin Amacına Uygun Kullanılma Durumuna Ait Bulguların Tartışılması
2. Acil Servislerin Amacına Uygun Kullanılmadığı Zaman Dilimlerine Ait Bulguların Tartışılması
3. Acil Servisin Amacına Uygun Kullanılmama Oranına Ait Bulguların Tartışılması
4. Uygunsuz Başvuru Durum/Olay/Semptomlarına Ait Bulguların Tartışılması
5. Etkileyen Faktörlere Ait Bulguların Tartışılması
6. Hasta Üzerine Etkilerine Ait Bulguların Tartışılması
7. Konu ile İlgili Düşüncelere Ait Bulguların Tartışılması
8. Amacına Uygun Durum/Olay/Semptomlara Ait Bulguların Tartışılması
9. Baş Etme Yol ve Yöntemlerine Ait Bulguların Tartışılması

10. Hemşire Üzerine Etkilerine Ait Bulguların Tartışılması
11. Kurum Üzerine Etkilerine Ait Bulguların Tartışılması
12. Çözüm Önerilerine Ait Bulguların Tartışılması

Tema 1. Acil Servisin Amacına Uygun Kullanılma Durumuna Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmada ele alınan ilk tema, amacına uygun kullanılması durumu temasıdır. Katılımcı ifadeleri doğrultusunda amacına uygun kullanılmaması teması evet, hayır ve kısmen alt kodları ile ifade edilmiştir. Çalışmaya katılan 25 hemşireden 18'i acil servisin amacına uygun kullanılmadığını ifade ederken 7'si acil servislerin kısmen amacına uygun kullanıldığını ifade etmiştir. Acil servislerin tamamen amacına uygun kullanıldığını ifade eden ise olmamıştır. Acil servislerde yaşanan sorunların sağlık çalışanları tarafından değerlendirildiği bir çalışmada da acil servislere acil olmayan hastaların başvurma durumu sorulmuş ve sonuç olarak acil servislere acil kriterlere uygun olmayan hastaların çok fazla başvurduğu ifade edilmiştir (Söyük ve Kurtuluş, 2017: 53). Yapılan bir başka araştırmada da 2013 yılında Türkiye'de acil servislere başvuru yapan hastaların triyaj kodları belirlenmiş ve acil servise başvuran kişilerin yeşil triyaj kodunun kırmızı ve sarı triyaj kodundan daha fazla olduğu görülmüştür (Şimşek, 2018: 98). Bu da acil servislerin amacına uygun kullanılmadığını, çalışmamızda katılımcı yanıtlarının bunu desteklediğini göstermektedir.

Tema 2. Acil Servislerin Amacına Uygun Kullanılmadığı Zaman Dilimlerine Ait Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında ele alınan ikinci tema acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleridir. Acil servislerin amacına uygun kullanılmadığı zaman dilimleri temasına yönelik katılımcı ifadeleri doğrultusunda 08.00-16.00, 16.00-00.00, 00.00-08.00 olmak üzere 3 alt kod belirlenmiştir. Katılımcılar söylemlerinde bu zaman dilimlerinde acil servisin amacına uygun kullanılmamasının sebebinin poliklinikte sıra beklemek istememe, bireylerin çalışma saati ile poliklinik çalışma saatlerinin çakışması ve polikliniklere randevu bulamama olduğunu ifade etmiştir. Literatüre bakıldığında yapılan bir çalışmada 2011-2013 yılları arasında acil servise başvuran hastaların başvuru zamanlarına bakıldığında çoğu mesai saati içinde başvurmuştur (Aydın vd., 2010: 164). Bir başka çalışmada acil servise başvuran hastalar başvuru saat aralıklarına göre değerlendirildiğinde

hastaların %51'i 16.00-00.00 saatleri arasında, %39'u 08.00-16.00 saatleri arasında, %10'u 00.00-08.00 saatleri arasında acile gelmiştir (Sert vd., 2012: 2). Bu noktada çalışmamızda katılımcı ifadelerinden elde edilen veriler literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Tema 3. Acil Servislerin Amacına Uygun Kullanılmama Oranına Ait Bulguların Tartışılması

Acil serviste çalışan 25 hemşirenin ifadeleri doğrultusunda oluşturulan acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranına ait üçüncü temanın 3 alt kodu bulunmaktadır. Bu kodlar %70 ve üzeri, %50-70 ve %30-50'dir. Acil servisin amacına uygun kullanılmaması oranına ait verilen cevapların çoğunluğunu %70 ve üzeri kodu oluşturmaktadır. Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması oranına %70 ve üzeri cevap veren 14 katılımcı, %50-70 diyen 7 katılımcı ve %30-50 diyen 4 katılımcı bulunmaktadır. Verilen yanıtlar acil servislerin amacına uygun kullanılmama oranının ne denli yüksek olduğuna ve problemin önemine dikkat çekmektedir.

Tema 4. Uygunsuz Başvuru Durum/Olay/Semptomlarına Ait Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamında ele alınan dördüncü tema uygunsuz başvuru durum/olay/semtomlar temasıdır. Bu tema altında 50 kod oluşturulmuş olup katılımcılar tarafından en çok gözlemlenen uygunsuz başvuru durum/olay/semtomlar; ÜSYE ve belirti/bulguları, enjeksiyon uygulamaları, pansumanlar, baş ağrısı/dönmesi, tansiyon/şeker takibi, IV ilaç alma isteği, gebelik öğrenme, diş ağrısı, küçük kesiler/basit yaralanmalar ve uzun süre devam eden ağrılar şeklindedir. Katılımcılar tarafından uygunsuz başvuru durum/olay/semtomlara yönelik en fazla dile getirilen ilk 3 kod ise ÜSYE ve belirti/bulguları, enjeksiyon uygulamaları ve pansumanlardır. Yapılan çalışmalarda acil servise başvurular; durum, olay ve semptomlardan daha çok tanı veya hastalık kodları olarak belirlenmiştir. Bir çalışmada bir hastanenin acil servisine farklı yıllarda başvuru yapan hastaların tanıları incelendiğinde de üst solunum yolu hastalıkları ilk sırada yer almaktadır (İncesu vd. 2016: 7). Bu bulguyu destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur (Aslan, 2023: 6). Ayrıca acil servise tekrar başvuruların nedenlerini çalışanların gözünden değerlendirmek için bir çalışma yapılmış olup bu çalışmada hastalar; 24 saat içinde serum taktırma-iğne yaptırma isteği, verilen tedaviden memnun olmama, reçete alamama, hekim beğenmeme,

hastaların acilde daha çabuk tedavi olacağını düşünmeleri ve bilgi eksikliği gibi nedenlerle tekrar başvurmuştur (İncesu vd. 2016: 10). Çalışmalardan elde edilen veriler elimizdeki verilerle benzerlik göstermekte olup acil servise uygunsuz başvurular tüm sağlık çalışanlarının ortak problemidir.

Tema 5. Etkileyen Faktörlere Ait Bulguların Tartışılması

Araştırmada ele alınan beşinci tema olan etkileyen faktörlere ait alt kodlar; hızlı yanıt alma isteği, bilinçsizlik, acil servislerin ulaşılabilirliği, acil kavramının bilinmemesi, polikliniklere randevu bulamama, poliklinikte sıra beklemek istememe, IV tedavi yaptırma isteği, acil servislerin daha donanımlı olduğunun düşünülmesi, eğitim durumu, sağlık çalışanı davranışlarındaki tutarsızlık, sağlık sistemindeki aksaklıklar ve eksiklikler, acil servislerin ücretsiz olduğunun düşünülmesi, polikliniklere randevu bulamama, poliklinik sayılarının yetersizliği ve poliklinik sürelerinin çalışma saatleri ile çakışması şeklinde oluşturulmuştur. Çalışmalarda acil servise başvuru nedenlerine bakıldığında etkileyen faktörlere benzer yanıtlar elde edilmiştir. Bir araştırma makalesinde acil servise başvuru yapan hastalar triyaj sonrası çalışanlar tarafından değerlendirilmiş ve başvuru nedenleri: ‘Acilde muayene olmak daha az zaman almakta’, ‘çalışma saatlerim dışında gelebiliyorum’, ‘ulaşımım kolay, ilaç reçete ettirmek için geldim’, ‘poliklinikte sıra beklemiyorum’, ‘acil doktorları benimle daha ilgili’, ‘sağlık durumumun acil olduğunu düşündüm’ şeklinde sıralanmıştır (Çopur vd. 2022: 556). Başka bir çalışmada acil servisteki kalabalığı etkileyen bir diğer faktör de acil servisteki hastaların yatan hasta yataklarına transferinin yapılamaması yani acil servise kabul edilen hastaların yatılı kalmasıdır (Moskop vd. 2009: 608). Bir diğer çalışmada sigortasızların sağlık hizmetlerine erişim problemi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bulunmamasının acil servislerin amacına uygun kullanılmamasını etkileyen faktörlerden olduğu belirtilmiştir (Twanmoh ve Cunningham, 2006: 57). Bir başka çalışmada acil bakım birimlerinden hizmet almak isteyen bireylerle yarı yapılandırılmış görüşmeyle neden buradan hizmet almak istediklerine dair veriler toplanmış ve 6 neden gösterilmiştir. Bunlar; eve/işe yakınlık; yakın sağlık birimlerinde alt yapı yetersizliği, ağrı algısı ve acil durum belirtileri, alışkanlıklar, zamanlama ve acil servislerdeki bakım kalitesidir. (De Souza Amarante et al., 2020: 445). Çalışmalar hastaların benzer sebeplerle acil servisi öncelikli kullandığını göstermektedir.

Tema 6. Hasta Üzerine Etkilerine Ait Bulguların Tartışılması

Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması konusu ile ilgili hasta üzerine etkileri temasına yönelik katılımcı ifadeleri kapsamında ilaçlara bağışıklık kazanma, iyileşme süresinin gecikmesi, zaman kaybı, uygun başvurudaki hastanın hakkını gasp etme, bekleme sürelerinde artış, fiziksel/psikolojik yorgunluk, çabanın yönünün değişmesi, gereksiz tetkik/tedavi/girişimler, benlik saygısında azalma, kişilerarası iletişim problemleri, enfeksiyon riski, memnuniyetsizlik, stres, maddi kayıp, tedavilerde aksama ve gecikmeler, etkin ve kaliteli hizmet alamama, hastalıklara yakalanma olasılığı ve gereksiz/aşırı ilaç kullanımı kodları oluşturulmuştur. Nedeni fark etmeksizin acil servislerin uygunsuz kullanımı ve beraberinde getirdiği bu kalabalık önemli bir sorun olup hasta açısından olumsuzluklar oluşturmaktadır. Diğer çalışmalarda da ele alınan bu konu hasta üzerinde muayene ve tedavide gecikmeye, tıbbi hataların artmasına, ölüm ve tekrar başvuru riskinin artmasına, yüksek riskli hastaların taburcu edilmesine, sevk sayılarında artışa, yoğun bakım ve kliniklere yatış oranının artmasına, hastaların daha kısa sürede değerlendirilmek zorunda olmasına, hizmette kalitenin düşmesi ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (Aslan, 2023: 8). Bir çalışmada acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının ve beraberinde getirdiği kalabalığın hastalara zarar verme riskini arttırdığı, bakımda gecikmeye neden olduğu, mahremiyet ve gizliliği tehlikeye attığı, iletişimde bozulmaya neden olduğu anlatılmıştır (Moskop vd. 2009: 608). Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hasta üzerinde etkilerine baktığımızda çalışmamızda elde edilen verilerden farklı olarak mahremiyetin tehlikeye girmesinden bahsedilmiştir. Acil servis kalabalığı ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi inceleyen sistematik bir derlemede de acil servis kalabalığı ile mortalite arasında pozitif bir ilişki olduğu, kalabalıktan kaynaklı acil serviste görülmeden ayrılan hastaların yüksek oranda olduğu görülmüştür (Carter vd., 2014: 110). Uygunsuz kullanımın aşırı kalabalığa neden olduğu, aşırı kalabalığın da bu sonuçlara sebep olduğunu düşünebiliriz.

Tema 7. Konu ile İlgili Düşüncelere Ait Bulguların Tartışılması

Acil servislerin amacına uygun kullanılmaması konusu ile ilgili düşünceler temasına ait üç alt kod oluşturulmuştur. Bunlar; çözüm endişesi, önemli bir problem ve yoğunluk sebebi'dir. Katılımcıların söylemleri doğrultusunda konu ile ilgili düşüncelerinin çoğunu yoğunluk sebebi kodu oluşturmuştur. Katılımcıların yoğunluk sebebinin ardından acil

servisin amacına uygun kullanılmaması konusu ile ilgili diğer bir düşüncesi ise acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının önemli bir problem olmasıdır. Katılımcıların çok az bir kısmı ise konu ile ilgili çözüm endişesini ifade etmiştir. Nitel bir çalışmada da acil servislerde yaşanan sorunlar sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmiş olup çalışanlar acil olmayan hastaların önlenebileceği konusunda endişe ettiklerini, kimisi de önlenemeyeceğini söylemiştir (Söyük ve Kurtuluş, 2017: 49). Bu durum hem çalışmamızın yapıldığı yerdeki çalışanların hem de diğer çalışanların ne kadar umutsuz olduğunu göstermektedir.

Tema 8. Amacına Uygun Durum/ Olay/ Semptomlara Ait Bulguların Tartışılması

Katılımcılara acil servislerin amacına uygun kullanımı olarak kabul edilebilecek durum, olay ve semptomların neler olabileceği sorulmuş ve katılımcıların yanıtlarıyla oluşturulan bu temaya ait 26 alt kod oluşturulmuştur. Amacına uygun durum/olay/semptomlar temasına ait kodlar göğüs ağrısı, geçmeyen ağrı, hipoglisemi/hiperglisemi, salgın hastalıklar, kesici aletler/silahla yaralanma, hayvan ısırıkları, deliryum, SVO, çarpıntı/nefes darlığı, intihar, kanamalar, nöbet, yüksek ateş, yangın, inme, MI, travmalar, trafik/iş kazaları, ileri derece yanıklar, astım krizi, KOAH, zehirlenmeler, şok, anafoksi, allerjiler ve arrestlerdir. Oluşturulan kodlar içinde trafik/iş kazaları en sık kullanılan kod olup geçmeyen ağrı, salgın hastalıklar ve deliryum gibi kodlar ise en az ifade edilen kodlardır. Acil servisler uygunsuz kullanıldığı gibi acil haller için de kullanılmaktadır. Katılımcılarımızın vermiş olduğu yanıtlar içerisinde zehirlenmeler, allerjiler, travma, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve düşme gibi durumlarda da kullanıldığına dair bazı araştırmalar mevcuttur (Çelik vd. 2022: 75; Okan vd. 2023: 176; Sert vd. 2021: 3).

Tema 9. Baş Etme Yol ve Yöntemlerine Ait Bulguların Tartışılması

Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına ilişkin baş etme yol ve yöntemleri temasına ait bilgilendirme, ilgili yerlere yönlendirmeye verilen orderı uygulama, çaresiz kalma, hastaya nonfarmakolojik yöntemler öğretme, triyaja uygun hareket etme ve beklemekte olan hastaları sakinleştirme alt kodları oluşturulmuştur. Elde edilen bulgulardan katılımcıların acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının oluşturduğu yoğunluktan kaynaklı bilgilendirme dışındaki baş etme yol ve yöntemlerine fazla başvurmadıkları çıkarılabilir. Konu ile ilgili pek fazla çalışmaya rastlanmamış olup acil servis sorunlarının çalışanlar

tarafından değerlendirildiği nitel bir araştırmada çalışan ifadelerinden hareketle uygunsuz başvurularda çalışanın triyaja uymaya çalıştığı; triyaja uyulmasına izin vermeyen, bağırıp çağıran bir hasta ile karşılaşıldığında da hastanın içeri alındığı anlatılmıştır (Söyük ve Kurtuluş, 2017: 51). Bu da durum karşısında çalışanların ne kadar çaresiz kaldıklarını gözler önüne sermektedir.

Tema 10. Hemşire Üzerine Etkilerine Ait Bulguların Tartışılması

Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerindeki etkileri sosyal etkiler, fiziksel etkiler ve psikolojik etkiler kodları altında toplanmıştır. Bu noktada en çok dile getirilen etkiler; fiziksel-psikolojik yorgunluk, hemşire-hasta/hasta yakını çatışması, sosyalleşememe, kişiler arası iletişim problemleri ve iş yükü artışı olmuştur. Literatüre bakıldığında acil servislerde çalışan personeller ile yapılan bir çalışmada yaşanan sorunların neler olduğu ile ilgili ifadeler sonucunda personel sayısının yetersizliği, personele sözlü ve fiziksel şiddet uygulanması, hasta sayısı ve iş yükünün fazlalığı ve çalışanlar arasındaki iletişimsizlik gibi problemlerin olduğu ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada acil servislerde hasta yakınları ile yaşanan sorunların sebebi olarak hasta yakını ve çalışan iletişim yetersizliği ve hasta yakınları tarafından çalışanlara şiddet uygulanması ifadelerinde kullanılmıştır (Söyük ve Kurtuluş, 2017: 53). Tüm bunların acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerinde hem fiziksel hem de psikolojik etkileri olduğu söylenebilir. Çalışmalar da acil servise yapılan uygunsuz başvuruların sağlık ekibinde zaman kaybı, iş yükünde artış ve dikkat azalmasına yol açtığını, çalışanlarda hem psikolojik hem de fiziksel yıpranmalara neden olduğunu doğrular niteliktedir (Chiu vd., 2018: 58). Bununla beraber meydana gelen yoğunluk hasta/hasta yakını ile çalışan arasındaki şiddet olaylarına da sebebiyet vermektedir (Abdellah ve Salama, 2017: 4). Gerek ülkemizde gerek diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının hemşire üzerindeki etkileri birbirinden farklı değildir. Bu da uygunsuz kullanımın dünyada ortak bir sorun haline geldiğini göstermektedir.

Tema 11. Kurum Üzerine Etkilerine Ait Bulguların Tartışılması

Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının kurum üzerindeki etkileri nelerdir sorusuna yanıt veren katılımcılar bu noktada maddi külfet, güvenlik problemleri, çalışan iş yükü artışı, kurum içi şikayetlerin artması, kişilerarası iletişim problemleri, kötü izlenim,

alışan motivasyonunun dűřmesi, tıbbi sarf ve malzeme teminat sorunu, personel yetersizliği, yönetici iř yűkű artışı, huzursuz çalışma ortamı, sağlık sisteminde aksamalar, zaman kaybı, kurum içi memnuniyetsizlik/istifalar, hizmette kalitenin dűřmesi ve sistemsel hatalar kodlarını kullanmıştır. Bu kodlardan ifadelerde en sık kullanılan kod maddi kűlfettir. Yapılan bir çalışmada da acil servislerin uygun olmayan kullanımının sağlık giderlerini arttırdığı ve bu yűkűn toplumun tamamını etkilediği dile getirilmiştir (Edirne vd., 2008: 107). Yurt dışında yapılan bir çalışmada da uygunsuz kullanım nedeniyle oluşan kalabalığın gerek hastaları gerek sağlık personelinin gerek kurumu harcamalar yönűnde etkilediği vurgulanmıştır (Pearce vd., 2023: 1150). Bir çalışmada acil servislerde işleyiş açısından güvenlik problemleri, personel eksikliği, hasta sayısı ve iř yűkűnűn fazla olması, acil servisteki sirkűlasyonun yavaş olması, tetkiklerin geç çıkması gibi sorunların yaşandığı dile getirilmiştir. İşleyiş açısından dile getirilen bu problemler acil servislerin amacına uygun kullanılmamasından kaynaklanmakta olup kurumu olumsuz şekilde etkilemektedir. Yönetsel açıdan ise yönetici ile çalışanlar arasında iletişim eksikliği olduğu söylenmiştir (Söyűk ve Kurtuluř, 2017: 53). Bu durum çalışmamızda da sıkça dile getirilmiş olup hemşirelerde strese sebebiyet vermiştir. Uygunsuz başvurunun oluşturduğu aşırı kalabalığın acil bakım kalitesi dışında hastaneye yatış durumunu etkilediği çalışmalar da söz konusudur. Bu çalışmalardan birinde acil servise başvurunun derecesi arttığında klinik kararın etkilendiği ve kabul oranının da arttığı ortaya ık mıştır (Jung vd., 2021). Bu durum kurumu gerek maliyet gerek işleyiş açısından etkilemektedir.

Tema 12. özűm Önerilerine Ait Bulguların Tartıřılması

Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasına yönelik katılımcılara ne gibi özűm önerilerinin olduğu sorulmuştur. Verilen yanıtlar ışığında poliklinik çalışma sürelerinin arttırılması, sağlık çalışanları ile birlikte özűm arama, sağlık çalışanı tutum ve davranışlarında birlik, acil servislerde acil tıp uzmanlarının olması, başvuru basamaklarına uygun hareket etme, randevuda güçlük yaşayan hastalar için yeni uygulamalar, emzirmenin öneminin anlatılması, evde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, triyaj çalışanının yetkilendirilmesi, donanımlı triyaj çalışanı, kişisel temizlik ve öz bakım, farkındalık oluşturma/arttırma, sendikal faaliyetler, uygunsuz başvuruların acile kabul edilmemesi, ASM ile işbirliği, triyaj sisteminin düzenlenmesi, güvenlik önlemlerinin arttırılması, poliklinik sayılarının arttırılması, yeni yasa ve düzenlemeler, ASM'lerin aktifleştirilmesi, görsel-işitsel araç ve gereçlerin kullanılması, maddi yaptırım ve eğitim kodları

oluşturulmuştur. Kalitatif tipte yapılan bir çalışmada katılımcılara acil servislerin yoğunluğunun nasıl azaltılabileceği sorulmuşverilen ifadeler sonucunda ise çalışmamıza benzer çözüm önerileri sunulmuştur. Bu çözüm önerileri sevk zincirinin aktif kullanılması, toplumun bilinçlendirilmesi, triyajın etkin kullanılması, acil alanın genişletilmesi, acil serviste muayene ücretlerinin düzenlenmesi ve poliklinik çalışma sürelerinin arttırılmasıdır (Söyük ve Kurtuluş, 2017: 53). Çalışmamızda acil serviste triyaj için ayrı bir alan olmadığı, sarı, yeşil, kırmızı şeklinde alanların ayrıldığı, tüm hastaların tek alanda bakıldığı, acil servis hemşireleri tarafından triyajın bu tek alanda yapıldığı dikkat çekmiştir ve çözüm önerilerinde bu denli yer almasının nedeni olarak bu düşünülmektedir. Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasıyla ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer çözüm önerileri sunulmuştur. Bunlar acil servis hizmetlerinin acil uzmanı tarafından verilmesi, acil olmayan kişilere karşı ortak tutum sergilenmesi, hizmet içi eğitim verilmesi, sağlık okuryazarlık düzeyinin arttırılması ve yeşil alan hastalarının polikliniklere yönlendirilmesidir (İncesu vd., 2016: 11; Şimşek, 2018: 112). Bir başka çalışmada ise bir tıp merkezinin acil servisinde uygunsuz kullanımın oluşturduğu kalabalığı önlemek için çalışmamamızdakine benzer çözüm önerileri uygulanmış ve hasta bakımının hızlandığı ve aşırı kalabalığın azaldığı görülmüştür. Ülkemizde de bu çözüm önerileri uygulandığında problemin azalacağı bir gerçektir (Twanmoh ve Cunningham, 2006: 57). Çalışmamızda katılımcıların sunmuş olduğu önerilerden farklı çözüm önerisi olarak bir çalışmada acil servis hastalarına uyarı beyanı dağıtılmasından ve hastaların erken taburcu edilmesi için ters triyaj sisteminin uygulanmasından söz edilmiştir (Moskop vd., 2009: 610). Benzer bir çalışmada acil olmayan hastaların acil bakımdan mahrum bırakılması veya bunun yerine hasta ihtiyaçlarına yönelik yeni reformlarla çözümün gerçekleşeceği anlatılmıştır (Hugli vd., 2006: 1838). Hem yurt dışı çalışmalarında hem de ülkemizdeki çalışmalarda acil servislerin amacına uygun kullanılmasıyla ilgili yapılan çalışmalardaki çözüm önerileri elde ettiğimiz çözüm önerileriyle benzerlik göstermektedir.

5.3. Öneriler

Araştırmada acil servislerin amacına uygun kullanılması için elde edilen sonuçlar doğrultusunda bazı çözüm önerileri sunulmuştur:

- ✓ Tüm bu sorunlara yönelik katılımcıların da belirtmiş olduğu gibi acil servislerin amacına uygun kullanılmaması önemli bir problem olup bireylerin acil servise gelmelerine neden olan faktörler ortadan kaldırılmalıdır.
- ✓ Bu kapsamda poliklinik sayıları ve poliklinik çalışma süreleri arttırılmalıdır.
- ✓ Triyaj ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
- ✓ Bir sağlık kuruluşuna giderken başvuru basamaklarına uygun hareket edilmelidir.
- ✓ Uygunsuz başvurular acile kabul edilmemelidir.
- ✓ Randevu almada güçlük yaşayan hastalar için yeni uygulamalar getirilmelidir.
- ✓ Uygunsuz başvurularda maddi yaptırım uygulanmalıdır.
- ✓ Bireyler acil servislerin amacına uygun kullanılması konusunda eğitilmelidir.
- ✓ Problemin çözümü için sahada olan sağlık çalışanlarıyla birlikte çözüm aranmalıdır.
- ✓ Evde sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.
- ✓ Bireylerde farkındalık oluşturulmalıdır.
- ✓ Yeni yasa ve düzenlemeler yapılmalıdır.

Bireylerin acil servisleri amacına uygun kullanmamasını etkileyen faktörler ortadan kaldırılırsa acil servise uygunsuz başvurular azalacak ve acil servisler amacına uygun kullanılacaktır. Tüm bu sorunlar ve çözüm önerileri dikkatli incelendiğinde acil servislerin amacına uygun kullanılmamasının nedenleri ve acil servis hizmetlerinin yürütülmesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesine hizmet edebilir, böylece acil sağlık hizmetlerine yönelik oluşturulan politikaların şekillenmesine katkı sağlanabilir.

KAYNAKÇA

Abdellah, R. F.ve Salama, K. M. (2017). “Prevalence And Risk Factors Of Workplace Violence Against Health Care Workers İn Emergency Department İn Ismailia, Egypt”. The Pan African medical journal, 26, 21.

Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2022, September 13). T.C. Resmî Gazete.

American College of Emergency Physicians Board of Directors. (1994). Bona fide emergency. .

Arnold J. L. (1999). “International Emergency Medicine And The Recent Development Of Emergency Medicine Worldwide”. Annals Of Emergency Medicine, 33(1), 97–103. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(99\)70424-5](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(99)70424-5)

Arslan, E. (2022). “Nitel Araştırmalarda Geçerlilik ve Güvenilirlik”. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(51), 395-407. <https://doi.org/10.30794/pausbed.1116878>

Aslan, E.Ç. (2023). “Acil Servis Kullanımının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma”. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 16 (1), 1-13.

Aydın, G.D. (2007). “Hastane Acil Servislerinin Organizasyonu ve Yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin Bu Açıdan Değerlendirilmesi”. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Aydın T., Aydın Ş.A., Köksal Ö., Özdemir F., Kulaç S. ve Bulut M. (2010). “Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Özelliklerinin ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi”. Acil Tıp Dergisi, 9 (4), 163–168.

Bayyurt Y. ve Seggie F.N. (2017). “Nitel Araştırma Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları”. (Bayyurt Yasemin ve Seggie Fatma Nevra, Eds.). Anı Yayıncılık.

Bilgili, M. A.ve Öncü, M. R. (2021). “Evaluation of Geriatric Patients Applying to the Emergency Department”. Van Medical Journal, 28 (1), 77–83. <https://doi.org/10.5505/vtd.2021.53179>

Bozdağ Z. (2019). Amaç Dışı Acil Servis Kullanım Nedenleri ve Amaç Dışı Kullanımı Azaltmaya İlişkin Yönetimsel Öneriler: Çorum İli Örneği. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Breen, B. M.ve McCann, M. (2013). “Healthcare Providers Attitudes And Perceptions Of 'Inappropriate Attendance' İn The Emergency Department”. International Emergency Nursing, 21 (3), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.08.006>

Brim, C. (2008). “A Descriptive Analysis Of The Non-Urgent Use Of Emergency Departments”. Nurse Researcher, 15 (3), 72–88. <https://doi.org/10.7748/nr2008.04.15.3.72.c6458>

Callen, J. L., Blundell, L.ve Prgomet, M. (2008). "Emergency Department Use In A Rural Australian Setting: Are The Factors Prompting Attendance Appropriate?" Australian Health Review, 32 (4), 710. <https://doi.org/10.1071/AH080710>.

Carter, E. J., Pouch, S. M.ve Larson, E. L. (2014). "The relationship between emergency department crowding and patient outcomes: a systematic review". Journal of Nursing Scholarship, 46 (2), 106-115.

Chiu, I.-M., Lin, Y.-R., Syue, Y.-J., Kung, C.-T., Wu, K.-H.ve Li, C.-J. (2018). "The Influence Of Crowding On Clinical Practice In The Emergency Department". The American Journal of Emergency Medicine, 36 (1), 56–60. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2017.07.011>.

Çelik, P., Çelik, Ş.ve Hastaoğlu, F. (2022). "Acil Servise Başvuran Geriatrik Hasta Profilinin Belirlenmesi". Geriatrik Bilimler Dergisi, 5 (3), 72-80. <https://doi.org/10.47141/geriatrik.1202842>.

Çevik, C.ve Tekir, Ö. (2014). "Emergency Service Admission Evaluation of Diagnosis Codes, Triage and Socio-Demographic". Balıkesir Health Sciences Journal, 3 (2), 102–107. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2014.26349>.

Çopur, Ö., Muratdağı, G., Yürümez, Y.ve Ekerbiçer, H. (2022). "Bir Kamu Hastanesinde Acil Servis Başvurularının Uygunluğunun Değerlendirilmesi: Sakarya İli Örneği". Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 7 (4), 553–559. <https://doi.org/10.26453/otjhs.1068046>.

Definition of emergency medicine and the emergency physician. American College of Emergency Physicians. (1986). Annals of Emergency Medicine, 15 (10), 1240–1241. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(86\)80878-2](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(86)80878-2).

De Souza Amarante, L.C., Gonçalo Mialhe, C., Guerra, L.M., Vilela Bugarelli de Faria, J.ve Mialhe, F.L. (2020). "Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento". Revista de salud publica (Bogota, Kolombiya), 22 (4), 440–446.

Durand, A.-C., Gentile, S., Devictor, B., Palazzolo, S., Vignally, P., Gerbeaux, P.ve Sambuc, R. (2011). "ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literatüre". The American Journal of Emergency Medicine, 29 (3), 333–345. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.003>.

Easton, K. (1977). "Emergency in emergency department". BMJ, 2(6102), 1606–1607. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6102.1606-d>

Edirne T., Edirne Y., Atmaca B.ve Keskin S. (2008). "Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis Hastalarının Özellikleri". Van Tıp Dergisi, 15 (4), 107–111.

Erenler, A. K., Akbulut, S., Guzel, M., Cetinkaya, H., Karaca, A., Turkoz, B.ve Baydın, A. (2016). "Reasons for Overcrowding in the Emergency Department: Experiences and Suggestions of an Education and Research Hospital". Turkish journal of emergency medicine, 14 (2), 59–63. <https://doi.org/10.5505/1304.7361.2014>.

Eroglu, S. E., Toprak, S. N., Urgan, O., Onur, O. E., Denizbasi, A., Akoglu, H., Ozpolat, C.ve Akoglu, E. (2012). "Evaluation Of Non-Urgent Visits To A Busy Urban Emergency Department". Saudi Medical Journal, 33 (9), 967–972.

Ersel M., Karcioğlu Ö., Yanturalı S., Yürüktümen A., Sever M.ve Tunç MA. (2006). "Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi". Türkiye Acil Tıp Dergisi, 6 (1), 25–35.

Eryılmaz M. (2007). "Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri: İhtiyaca Yönelik Güncel Çözüm Önerileri". Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi, 13 (1), 1–12.

Fernandes, C. M., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L. A., McNair, R. S., Rosenau, A. M., Sawchuk, P., Thompson, D. A., Travers, D. A., Bonalumi, N.ve Suter, R. E. (2005). "Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force". Journal of emergency nursing, 31 (1), 39–118. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2004.11.002>.

Ganley, L.ve Gloster, A. S. (2011). "An Overview Of Triage In The Emergency Department. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)", 26 (12), 49–58. <https://doi.org/10.7748/ns2011.11.26.12.49.c8829>.

Hoot, N. R.ve Aronsky, D. (2008). "Systematic Review Of Emergency Department Crowding: Causes, Effects, And Solutions". Annals Of Emergency Medicine, 52 (2), 126–136. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014>.

Horwitz, L. I., Green, J.ve Bradley, E. H. (2010). "US Emergency Department Performance On Wait Time And Length Of Visit". Annals Of Emergency Medicine, 55 (2), 133–141. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2009.07.023>.

Hugli, O. W., Potin, M., Schreyer, N.ve Yersin, B. (2006). "Engorgement Des Centres D'urgences: Une Raison Légitime De Refuser L'accès Aux Patients Non Urgents?". Revue Medicale Suisse, 2 (75), 1836–1839.

İncesu, E., Beylik, U.ve Küçükkendirci, H. (2016). "Acil Servis Sağlık Hizmetlerinde Başvuru Tekrarı Sorunu: Türkiye’de Bir Devlet Hastanesi Acil Servis Araştırması". Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi (53), 1-13.

Jung, H. M., Kim, M. J., Kim, J. H., Park, Y. S., Chung, H. S., Chung, S. P. ve Lee, J. H. (2021). "Acil Servislerde Aşırı Kalabalık Olmanın Acil Triyaj Düzeyine Göre Başvuru Oranına Etkisi". PloS bir, 16(2), e0247042. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247042>.

Lega, F.ve Mengoni, A. (2008). "Why Non-Urgent Patients Choose Emergency Over Primary Care Services? Empirical Evidence and Managerial Implications". Health Policy, 88(2–3), 326–338. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.04.005>.

Marshall, M. N. (1996). "Sampling For Qualitative Research". Family Practice, 13 (6), 522–526. <https://doi.org/10.1093/fampra/13.6.522>.

McHale, P., Wood, S., Hughes, K., Bellis, M. A., Demnitz, U.ve Wyke, S. (2013). “Who Uses Emergency Departments Inappropriately And When - A National Cross-Sectional Study Using A Monitoring Data System”. BMC Medicine, 11 (1), 258. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-258>.

Moskop, J. C., Sklar, D. P., Geiderman, J. M., Schears, R. M. ve Bookman, K. J. (2009). “Acil servis kalabalığı, bölüm 1 - kavram, nedenler ve ahlaki sonuçlar”. Acil tıp yıllıkları, 53 (5), 605–611. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.09.019>.

Northington, W. E., Brice, J. H.ve Zou, B. (2005). “Use of an emergency department by nonurgent patients”. The American Journal of Emergency Medicine, 23 (2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2004.05.006>.

Okan F, Kavici P.S., Oğuz S., Şengül A., Özben F. (2023). “Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Acil Servise Başvuru Nedenlerinin İncelenmesi”. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (2): 173-8.

Öner Ş.D. (2018). “Triaj Sistemlerine Genel Bakış ve Türkiye’de Acil Servis Başvurularını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Belirlenmesi”. Sosyal Güvence(13), 84-115. <https://doi.org/10.21441/sguz.2018.66>.

Payza, U. (2020). “Çözümlemeyen Bir Halk Sağlığı Sorunu; Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı ve Hastaların Bakış Açıları”. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7 (3), 251-256. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.590562>.

Pearce, S., Marchand, T., Shannon, T., Ganshorn, H. ve Lang, E. (2023). “Acil servis kalabalığı: önlemleri, nedenleri ve zararları açıklayan incelemelere genel bakış”. Dahili ve acil tıp, 18 (4), 1137–1158. <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03239-2>.

Raven, M. C., Lowe, R. A., Maselli, J.ve Hsia, R. Y. (2013). “Comparison of Presenting Complaint vs Discharge Diagnosis for Identifying “ Nonemergency” Emergency Department Visits”. JAMA, 309 (11), 1145. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.1948>.

Rodriguez, R. M., Fortman, J., Chee, C., Ng, V.ve Poon, D. (2009). “Food, Shelter And Safety Needs Motivating Homeless Persons' Visits To An Urban Emergency Department”. Annals Of Emergency Medicine, 53 (5), 598–602. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.07.046>.

Schneider, S. M., Hamilton, G. C., Moyer, P.ve Stapczynski, J. S. (1998). “Definition of emergency medicine”. Academic emergency medicine : Official Journal Of The Society For Academic Emergency Medicine, 5 (4), 348–351. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1998.tb02720.x>.

Schull, M. J., Kiss, A.ve Szalai, J. P. (2007). “The Effect Of Low-Complexity Patients On Emergency Department Waiting Times”. Annals Of Emergency Medicine, 49 (3), 257–264.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.06.027>.

Sert, E. T., Mutlu, H., Kokulu, K., Yeşiladağ, K., Sarıtaş A. (2021). “Acil Servisimize Başvuran Hastaların 5 Yıllık Analizi”. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi, 8 (1), 1-4. <https://doi.org/10.47572/muskutd.794039>.

Söyük S.ve Kurtuluş S.A. (2017). “Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi”. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (4), 44–56.

Sztrymf, B., Messika, J., Bertrand, F., Hurel, D., Leon, R., Dreyfuss, D.ve Ricard, J.-D. (2011). “Beneficial Effects Of Humidified High Flow Nasal Oxygen In Critical Care Patients: A Prospective Pilot Study”. Intensive Care Medicine, 37 (11), 1780–1786. <https://doi.org/10.1007/s00134-011-2354-6>

Şimşek, P.ve Gürsoy, A. (2015). “Acil Servislerin Acil Sorunu: Uygunsuz Kullanım”. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 18 (4). <https://doi.org/10.17049/ahsbd.21660>.

Tanabe, P., Gimbel, R., Yarnold, P. R., Kyriacou, D. N.ve Adams, J. G. (2004). “Reliability and validity of scores on The Emergency Severity Index version 3”. Academic Emergency Medicine : Official Journal of The Society For Academic Emergency Medicine, 11 (1), 59–65. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2003.06.013>.

Tsai, J. C., Liang, Y. W.ve Pearson, W. S. (2010). “Utilization Of Emergency Department In Patients With Non-Urgent Medical Problems: Patient Preference And Emergency Department Convenience”. Journal Of The Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi, 109 (7), 533–542. [https://doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60088-5](https://doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60088-5).

Twanmoh, J. R. ve Cunningham, G. P. (2006). “Aşırı Kalabalık Bir Acil Servisi Felç Ettiğinde”. Yönetilen Bakım (Langhorne, Pa.), 15 (6), 54–59.

Van der Linden, M. W., van der Bij, S., Welsing, P., Kuipers, E. J.ve Herings, R. M. (2009). “The Balance Between Severe Cardiovascular And Gastrointestinal Events Among Users of Selective And Non-Selective Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs”. Annals Of The Rheumatic Diseases, 68 (5), 668–673. <https://doi.org/10.1136/ard.2007.087254>.

Van Gerven, R., Delooz, H.ve Sermeus, W. (2001). “Systematic Triage In The Emergency Department Using The Australian National Triage Scale: A Pilot Project”. European Journal Of Emergency Medicine : Official Journal Of The European Society For Emergency Medicine, 8(1), 3–7.

Yılmaz, A. A., Köksal, A. O., Özdemir, O., Yılmaz, Ş., vd. (2015). “Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Acil Servisine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi”. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 9 (1), 18-21.

EKLER

Ek-1. Hemşire Tanıtım Formu

1-Yaşınız:.....

2- Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3- Medeni Durumunuz: () Evli () Bekar

4- Eğitim Durumunuz: () Lise () Önlisans () Lisans () Lisansüstü

5- Meslekte çalışma süreniz

6- Acil serviste çalışma süreniz.....

7- Acil serviste çalışma saat aralığınız: () 08.00-16.00 () 16.00-08.00 () 08.00-08.00

8- Çalıştığınız acil servisin amacına uygun kullanıldığını düşünüyor musunuz?

() Evet () Hayır

9- Çalıştığınız zaman diliminde acil serviste amacına uygun olmayan başvuruların en fazla olduğu zaman dilimi ne zaman?.....

10-Çalıştığınız zaman dilimindeki başvuruların yüzde kaçını amacına uygun olmayan başvurulardır?.....%

Ek- 2. Görüşme Formu

Amacına Uygun Kullanılmaması Tanımı: Hiçbir hayati risk olmaksızın doktor muayenesi için en az iki saat bekleyebilecek olan veya sağlık sisteminin başka bir basamağında değerlendirilebilecek olan hasta grubu acil olmayan hastalar olarak kabul edilmektedir (Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016). Acil olmayan hastaların sağlık hizmeti almak için acil servislere başvurmaları acil servislerin amacına uygun kullanılmaması olarak tanımlanmaktadır. Bu durumla ilgili olarak lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

1. Acil servislerin amacına uygun olmayan başvuruları hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Size göre acil servislerin amacına uygun kullanılmaması olarak kabul edilebilecek durum/olay/semptomlar nelerdir?
3. Acil servisin amacına uygun kullanılmadığı durumlar ile karşılaştığınızda neler yapıyor/nasıl bir yol izliyorsunuz, açıklayınız?
4. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının sonuçları nelerdir, açıklayınız?
5. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının sizin üzerinizdeki etkileri nelerdir, açıklayınız?
6. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının hasta üzerindeki etkileri nelerdir, açıklayınız?
7. Acil servisin amacına uygun kullanılmamasının kurum üzerinizdeki etkileri nelerdir, açıklayınız?
8. Acil servislerin amacına uygun kullanılmamasını azaltmak için çözüm önerileriniz nelerdir?

Ek 6. Görüşmecinin Katılımcılarla Yaptığı Görüşme Süreleri

KATILIMCILAR	KATILIMCI İLE GÖRÜŞME SÜRESİ	GÖRÜŞMELERİN WORD DOSYASINDAKİ DÖKÜMÜ	GÖRÜŞME TARİHİ
G-1	45.52	11 sayfa	25.01.2024
G-2	33.43	9 sayfa	25.01.2024
G-3	29.25	8 sayfa	08.02.2024
G-4	28.29	9 sayfa	12.02.2024
G-5	33.35	8 sayfa	12.02.2024
G-6	29.36	8 sayfa	13.02.2024
G-7	31.17	8 sayfa	13.02.2024
G-8	28.34	7 sayfa	14.02.2024
G-9	33.48	9 sayfa	15.02.2024
G-10	30.32	7 sayfa	16.02.2024
G-11	32.31	9 sayfa	16.02.2024
G-12	25.47	8 sayfa	01.03.2024
G-13	29.54	8 sayfa	01.03.2024
G-14	27.03	8 sayfa	02.03.2024
G-15	25.10	7 sayfa	02.03.2024
G-16	26.47	8 sayfa	05.03.2024
G-17	29.05	8 sayfa	05.03.2024
G-18	29.35	8 sayfa	07.03.2024
G-19	35.18	9 sayfa	08.03.2024
G-20	27.15	7 sayfa	08.03.2024
G-21	33.52	9 sayfa	10.03.2024
G-22	26.09	7 sayfa	10.03.2024
G-23	26.58	7 sayfa	11.03.2024
G-24	28.05	7 sayfa	11.03.2024
G-25	31.25	8 sayfa	15.03.2024