



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR DEVLET HASTANESİNİN ACİL
SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özlem KAZAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON 2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇHASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR DEVLET HASTANESİNİN ACİL
SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Özlem KAZAZ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON 2021

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özlem KAZAZ'ın hazırladığı “Bir Devlet Hastanesinin Acil Servisine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 02/07/2021



Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak hazırlanarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

02/07/2021

Özlem KAZAZ

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi yardımlarını ve desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen eşime ve tüm sevdiklerime ithaf ediyorum...



TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmamın bütün süreçlerinde bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, yardımlarını benden esirgemeyen, birlikte çalışmaktan gurur duyduğum danışmanım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakóltesi İç Hastalıkları Hemşireliğı Ana Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgisi, tecrübesi ve desteklerinden yararlandığım değerli hocam KTÜ Sağlık Bilimleri Fakóltesi İç Hastalıkları Hemşireliğı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Tez çalışmam boyunca bilgisinden faydalandığım, bana gösterdiği sonsuz sabır, yardım ve katkılarından dolayı Sayın Bilim Uzmanı Hemşire Semiha ALKAN'a,

Çalışmamı yürüttüğüm hastanede, bana her türlü konuda yardımcı olan başta hastane başhekimimiz Sayın Dr. Rahman KURİ'ye ve diğer idari personellere,

Yüksek lisans tez çalışmam süresince bana desteklerini esirgemeyen acil servis çalışanlarına ve mesai arkadaşlarıma,

Attığım her adımda yanımda olan ve pes etmeye en yakın olduğum zamanlarda bile beni tekrar ayağı kaldıran canım eşim Erman KAZAZ'a

Varlıklarıyla, dualarıyla ve her türlü destekleriyle hayatımın anlamları olan anneme, babama ve kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Özlem KAZAZ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY	
BEYAN	
İthaf	
TEŞEKKÜR	
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Tıp ve Tanımı	3
2.2. Acil Hasta ve Gerçek Acil	4
2.3. Triyaj Tanımı ve Acil Servislerde Triaj	4
2.4. Hızlı Acil ve Kriterleri	5
2.5. Acil Servis Kullanımı ve Başvuruları Etkileyen Faktörler	6
2.6. Acil Servislere Sık Başvuru Nedenleri	8
2.7. Acil Servise Tekrarlayan Başvurular ve Nedenleri	8
2.8. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri ve Sonuçları	9
2.9. Acil Serviste Kalış Süresi ve Etkileyen Faktörler	10
2.10. Acil Serviste Hastaların Sonuçlanması	11
2.11. Acil Bakım Hemşireliği	11
2.12. Acil Bakım Hemşiresinin Görevleri	11
2.13. Kritik Hasta ve Kritik Bakım Tanımı	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM	14
3.1. Araştırmanın Türü	14
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	14
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	14
3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri	14
3.5. Veri Toplama Araçları	14
3.6. Veri Toplama Yöntemi	15

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	15
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	15
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	15
4. BULGULAR	16
5. TARTIŞMA	34
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	41
7. KAYNAKLAR	43
EKLER	51
Ek 1. Hasta Bilgi Formu	52
Ek 2. Etik Kurul Onayı	54
Ek 3. Kurum İzni	57
ÖZGEÇMİŞ	58

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	16
Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı	17
Tablo 3. Acil servise başvuran hastaların ilk 20 şikayetine göre dağılımları	19
Tablo 4. Acil servise başvuran hastaların ilk 20 ICD tanı ve kodlarının dağılımı	20
Tablo 5. Cinsiyete göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı	21
Tablo 6. Yaş aralıklarına göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı	22
Tablo 7. Triyaj alanına göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı	23
Tablo 8. Dini ve resmi tatillerde yapılan başvuruların sayısı	24
Tablo 9. Dini ve resmi tatillerde triyaj dağılımı	24
Tablo 10. Dini ve resmi tatillerde ICD tanılarının dağılımı	25
Tablo 11. Tekrarlı başvurularda konulan ICD tanı ve kodlarının dağılımı	26
Tablo 12. Acil servise başvuran hastalara yapılan hemşirelik uygulamalarının dağılımı	28
Tablo 13. Acil servise başvuran hastalardan istenen laboratuvar testleri	30
Tablo 14. Acil servise başvuran hastalardan istek yapılan radyolojik tetkikler	30

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Dini ve resmi tatil haftalarındaki başvuruların dağılımı	24
Şekil 2. Aylara göre konulan ICD tanı ve kodları	27
Şekil 3. Aylara göre yapılan hemşirelik uygulamaları	29
Şekil 4. Aylara göre istenen kan ve radyolojik tetkikler	31
Şekil 5. Hafta içi - hafta sonu yapılan başvurular	32
Şekil 6. Enjeksiyon polikliniğine yapılan başvuru sayısı	32
Şekil 7. Aylara göre muayene sırası bekleme süreleri	33



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEP	American Collage of Emergency Physicians
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ATH	Acil tıp hizmeti
CPR	Kardiyopulmoner resüsitasyon
CTAS	Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale
EKG	Elektrokardiyogram
ESI	Emergency Severity Index
Ex	Exitus
HBS	Hastane bilgi sistemi
HT	Hipertansiyon
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems -Revision 10
İM	İntramüsküler
İV	İntravenöz
KBB	Kulak burun boğaz
KOAH	Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MTS	Manchester Triage System
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TİT	Tam idrar tahlili
ÜSYE	Akut üst solunum yolu enfeksiyonu

Simgeler

n	Sayı değeri
SpO2	Oksijen satürasyonu
%	Yüzde

ÖZET

Bir Devlet Hastanesinin Acil Servisine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Araştırma, bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların değerlendirilmesi amacıyla retrospektif tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın verileri acil servise 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü toplam 11518 hastanın kaydı incelenerek elde edilmiştir. Verilerin incelenmesi 08.11.2020-08.12.2020 tarihlerinde arasında bir ay sürmüştür.

Acil servise başvuran hastaların %55.7'si erkek, %35.5'i 45-64 yaş arasında idi. Acil servise erkek hastaların (%55.7) daha fazla başvuru yaptığı belirlendi. Hastaların %72.1'inin acil polikliniğe başvuru yaptığı, çoğunluğunun sarı alanda tedavi (%91.8) olduğu ve bu başvuruların %53.3'ünün 08.00-15.59 saat aralığında gerçekleştiği saptanmıştır. Başvuru şikayeti olarak baş ağrısı (%5.0), boğaz ağrısı (%4.6) ve öksürük (4.1) ilk sıralarda yer almaktaydı. Hastalara en çok koyulan tanımlar da Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış (%14.3) ve Yumuşak Doku Bozukluğu, Tanımlanmamış, Diğer (%10.7) olarak bulunmuştur. Kadın hastaların en fazla üst solunum yolu enfeksiyonu (%12.7), erkek hastaların yumuşak doku bozuklukları (%13.3) nedeniyle başvuru yaptığı görülmüştür.

Sonuç olarak acil polikliniğine hastalar, en fazla birinci basamak sağlık merkezlerinde veya polikliniklerde tedavi olabilecek hastalıklar nedeniyle başvuru yapmışlardır. İlçe devlet hastanesinde acil serviste gereksiz kalabalıklığı azaltmak için sık başvuru nedenlerini ve tetikleyen faktörlerin irdelenmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Başvuru Şikayetleri, Kalabalıklaşma

ABSTRACT

Evaluation of Patients Applying to the Emergency Department of a State Hospital

The research was conducted as a retrospective descriptive study in order to evaluate of patients admitted to the emergency department of a public hospital. The data of the study, were obtained by examining the records of 11518 patients over the age of 18 who applied to the emergency department between 01.01.2019 and 31.12.2019. The examination of the data took one month between 08.11.2020 and 08.12.2020.

Of the patients admitted to the emergency department, 55.7% were male and 35.5% were between the ages of 45-64. It was determined that male patients (55.7%) applied to the emergency department more frequently. It was determined that 72.1% of the patients applied to the emergency clinic, most of them had treatment in the yellow area (91.8%) and 53.3% of these applications occurred between 08.00-15.59 hours. Headache (5.0%), sore throat (4.6%) and cough (4.1%) were the first complaints in admission. The most common diagnoses in patients are Acute Upper Respiratory Tract Infection, Undefined (14.3%) and Soft Tissue Disorder, Unidentified, found as Other (10.7%). It was observed that female patients mostly applied for upper respiratory tract infection (12.7%) and male patients due to soft tissue disorders (13.3%).

As a result, patients applied to the emergency outpatient clinic mostly because of diseases that could be treated in primary health care centers or outpatient clinics. In order to reduce unnecessary crowding in the emergency department of the district state hospital, it would be appropriate to examine the reasons for frequent admissions and the triggering factors.

Keywords: Application Complaints, Crowding, Emergency

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Acil servisler; ani bir şekilde oluşan, vakit kaybetmeden müdahale gerektiren ve çok yönlü yaklaşım isteyen tüm hastaların ve hastalıkların değerlendirildiği birimlerdir. Birden meydana gelen hastalık, yaralanma ve sakatlıklarda, tıbbi müdahalenin hayati önem taşıdığı durumların değerlendirilmesi, yönetilmesi ve meydana gelmelerinin önlenmesi acil tıp uzmanlık dalının amaçları arasında sayılabilir (1).

Son yıllarda acil servislere hasta başvurularının artması, hem acil durumda olan hastaların değerlendirme sürelerinde gecikmelere, hem de tedavilerinin başlamasında aksaklıklar yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durum, sunulan hizmetin kalitesinde ve hastaların acil servise geldiklerinde beklentilerinin yeterince karşılanamaması nedeniyle memnuniyetlerinde düşüş ile sonuçlanmaktadır (2-4). Türkiye’de yıllık olarak hastanelere başvuru sayısı giderek artmakta ve acil servislere başvurular yıllarla beraber artış göstermektedir (5). Bu da hastaların çoğu zaman acil servisi poliklinik veya birinci basamak sağlık kuruluşu gibi kullanmaları önemli bir etkidir (6). İki bin on üç yılı verilerine göre; 320 milyon nüfusu olan Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) acil servise başvuru sayısı; 120 milyon (%40) iken, 76 milyon nüfusu olan Türkiye’de acil servise başvuru sayısı 92 milyon (%121), 50 milyon nüfuslu İngiltere’de ise 20 milyondur (%40). İki bin on beş yılı verilerine göre ise; 324 milyon nüfuslu ABD’de acil servise başvuru sayısı 130 milyon (%40) iken, 78.7 milyon nüfusu olan Türkiye’de acil servise başvuru sayısı 110 milyon 915 bin 407 (%141), 53 milyon nüfuslu İngiltere’de ise 23 milyondur (%43). Ülkelere göre acil servis başvuruları incelendiğinde, başvuru sayısı nüfusunu geçen tek ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir (7, 8).

Acil servisler hastaların demografik özelliklerine bakılmaksızın kaza veya travma gibi durumlar meydana geldiğinde zamanında müdahale gerektiren ve çok yönlü yaklaşım isteyen tüm hasta ve hastalıkların değerlendirildiği, gerekli olduğu durumlarda ileri yaşam desteğinin uygulandığı kritik öneme sahip birimlerdir (9).

Acil servislere başvuranları, yaş, cinsiyet, sosyal güvence, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, medeni durum, yaşanan yerin hastaneye uzaklığı gibi çeşitli etiyolojik faktörler etkileyebilmektedir. Yaşlı nüfus, komorbiditedeki artış, çoklu ilaç kullanımı, hastaların sağlık sorunları konusundaki aciliyet algıları gibi faktörler de hastaların acile başvuru sıklığını artırabilmektedir (10, 11). Yapılan bir çalışmada, başvuruların %74.4’ünü

acil olmayan hastaların oluşturduğu belirtilmektedir (12). Acil servislerin kalabalıklaşması sağlık sistemindeki arz ve talep uygunsuzluğunun yansımasıdır.

Hastaların acil bakım gerektirmeyen sağlık sorunları nedeniyle acil servislere başvuru yapması hastaların değerlendirilmesi ve tanı konulması sũrecinde gecikmelere ve tedavi sũrecinde aksaklıklara yol ağmaktadır (13). Hastaların memnuniyeti, çalışanların iş verimi azalmakta ve psikolojileri bozulmakta, istenmeyen tıbbi hatalara neden olabilmektedir (14).

Hasta bakımını iyileştirmek ve maliyetli sağlık hizmeti kullanımını azaltmak için etkili zũmler geliştirmek ve acil servislerin kullanım nedenlerini ayrıntılı bir şekilde anlamak gerekir.

Diğer taraftan acil servisler hastanelerin en çok vũnũlen dışa yansıyan blũmleridir ve mevcut sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda kaynak oluşturur. Bu nedenle acil servislerde çalışan sağlık personelinin acil servise başvuran hastaların başvuru nedenlerini ve yapılan uygulamaları bilmesi, uygulayacakları tedavi ve bakımı geliştirmeleri açısından önemlidir.

Bu çalışmada, acil servise başvurusu olan hastaların bazı demografik özelliklerinin, başvuru şikayetlerinin, yapılan tetkik ve uygulamaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Tıp ve Tanımı

Acil Tıp, başvuran hastaların demografik özelliklerine bakılmaksızın acil bir yaralanma veya hastalık meydana geldiğinde tanısı, tedavisi ve gerekli durumlarda ileri/temel yaşam desteği için yönlendirildiği ve bunun yanında acil durumların oluşmasını önüne geçmek için çalışan bir klinik tıp uygulamasıdır. Acil Tıp Hizmeti (ATH) ise; meydana gelen bir hastalık veya yaralanma esnasında çevreden başlayarak hastaların hastaneye nakli, acil servis içerisindeki tedavi uygulamalarını ve takip eden süreçte hastaların ilgili bölüme transferini veya taburcu edilmesine kadar geçen süreçteki hizmetlerin tümünü kapsamaktadır (15).

Birçok ülkede acil tıp hizmetlerinin kalitesini arttırıp, ortak bir tutumda olmak ve daha iyi hizmet verebilmek amacıyla farklı kılavuzlar hazırlanmıştır. Bu kılavuzlar acil servislerin standartlarını, çalışanların nöbet sistemlerini, hasta bakım kalitesini ve hasta sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik önerileri kapsar. American College of Emergency Physicians (ACEP)’e göre ATH kriterleri;

- Her birey için erişilebilir olmalı,
- Hastane öncesinde başlayarak, acil servis ve diğer birimlerdeki iletişim ve hizmet devamlılığı tam ve kesintisiz bir işbirliği içinde olmalı,
- Başvuru yapan hastanın değerlendirilmesi ve uygun olan tedavisi kısa zamanda yapılmalı,
- Hastalara uygulanacak tedavi için gerekli tüm ekipmanlar acil servis içinde kullanıma hazır bulunmalı
- Hekim, hemşire ve yardımcı tıbbi personelin birbiri ile ve diğer birim personelleri ile uyumlu bir iş paylaşımı olmalı,
- Acil servislerdeki görevli hekimler, haftanın her günü 24 saat hizmet verirler,
- Zamanı verimli kullanma olarak ifade edilmektedir (16).

Bir kaza, travma veya hastalık gibi durumlar meydana geldiğinde zamanında müdahale etmek kritik öneme sahiptir. Bu nedenle, tıbbi acilin dört ögesi olan “önleme, hazırlık, tanı koyma ve uygulama” aşamalarının soğukkanlılıkla ve organize bir şekilde ne yapılacağını bilerek adım adım uygulanması gerekir (16).

2.2. Acil Hasta ve Gerçek Acil

Acil ünitesine başvuru yapan veya tanısı henüz konulamamış acil yardım isteyen, acil tıbbın sunmuş olduğu hizmetlere acil gereksinim duyan her türlü hasta acil hastadır (17).

Gerçek acil ise; kişinin ani gelişen şikayetini takiben, hızlı bir şekilde tıbbi bakım alması gerektiğine karar vermesi ve hemen acil servise başvuru yapması şeklinde tanımlanmaktadır (18, 19). Acil servise başvuru yapan tüm hastalar bir hekim tarafından değerlendirilmeli ve bu değerlendirme triyaj ile başlamalıdır. Başvuruların triyaj durumuna bakıldığında gerçek acil olarak değerlendirilmeyen hastalar, yine bir hekim tarafından, uygun olan başka bir branş hekimine veya kuruma yönlendirilmelidir (20).

American College of Emergency Physicians (ACEP) tarafından tanımlanan gerçek acil özellikleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (21);

- Hastanın takip eden 24 saatte bir hastane veya hemşire bulunan bir bakım evine yatışının gerektiği durumlar,
- Yetmiş iki saatten daha az sürede gerçekleşen akut travmalar,
- Ciddi ve günlük yaşamı etkileyen akut ağrılar,
- Akut enfeksiyon durumları,
- Halk sağlığını tehdit eden, bulaşıcı olabilen sağlık durumları,
- Perinatal problemler veya doğum eylemi,
- Akut hemoraji veya hemoraji riski taşıyan durumlar,
- Herhangi bir şok tablosunda olan hastalar,
- Herhangi bir fizyolojik veya psikolojik hasara yol açabilecek kötüye kullanım ve ihmal durumları,
- Erken dönemde saptanan ve geriye döndürülebilir olan doğumsal defekt ve anomaliler,
- Dolaşım, solunum, bilinç gibi hayati işlevlerin sürdürülemediği durumlar,
- Kişinin kendi veya yakınları için tehlikeli olabilecek mental rahatsızlıklar,
- Ciddi sonuçlara yol açabilecek her türlü ani belirtilerdir.

2.3. Triyaj Tanımı ve Acil Servislerde Triyaj

Seçmek, ayıklamak, sınıflandırmak anlamlarına gelen Triyaj kelimesi Fransızca'daki 'trier' kelimesinden köken almaktadır (21). Tıbbi alanda triyaj ilk kez savaş

alanlarında, ciddi şekilde yaralanmış askerlerin yetersiz sağlık kaynakları nedeniyle ölüme bırakılması ve hafif yaralı olanların müdahale edildikten sonra savaş alanlarına yeniden geri dönmelerini sağlamak amacıyla uygulanmıştır (21, 23).

Acil servislerde yapılan uygulama “Acil Tıbbi Triyaj” olarak adlandırılmakta ve kısaca “triyaj” olarak ifade edilmektedir (21). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre ülkemizde triyaj uygulaması; hasta ve yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, naklinin ve tedavisinin öncelikli olarak yapılmasının tespiti amacıyla olay yerinde ve ulaşılan her sağlık kuruluşunda yapılması gereken hızlı karar verme ve ayırma işlemi olarak nitelendirilmiştir. Hastaların bakım önceliği ve tedavi aciliyeti bu alanda belirlenmekte ve başvuru yapan her hasta acil olarak kabul edilmektedir. Hastanın triyajı belli olduktan sonra uygun alana alınıp tetkik ve tedavisinin düzenlenmesi gerekmektedir (22).

Ülkemizde ve dünyada 3 ve 5 kategorili triyaj sistemleri mevcuttur (23). Beş kategorili triyaj sistemlerine örnek olarak; ABD’de kullanılan Aciliyet Şiddet İndeksi (ESI) ve Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS), İngiltere’de Manchester Triyaj Sistemi (MTS) verilebilir (24). Ülkemizde yaygın olarak 3 basamaklı, “acil olmayan, acil ve çok acil” kategorilerine göre yeşil, sarı ve kırmızı renk kodları olan triyaj sistemi kullanılmaktadır (25). “Kategori 1” çok acil olarak değerlendirilmekte ve akut veya kronik olarak hayatı tehdit eden, vücut bütünlüğünü tehlikeye sokan durumları belirtmektedir. Bu gruptaki hastalar hiç bekletilmeden acil servise alınmalı ve zaman kaybetmeden tedavilerine başlanmalıdır. “Kategori 2” acil olarak değerlendirilen gruptur ve birkaç saat içerisinde müdahale edilmezse hayatı veya vücut bütünlüğünü tehdit edebilecek durumları belirtir. En geç 10 dakika içerisinde acil servise alınmalı ve uygun tedavileri başlanmalıdır. “Kategori 3” ise acil olmayan durumları belirtmektedir. Subakut veya kronik gelişebilen, 24 saat içerisinde müdahale edilmezse hayatı tehdit oluşturmayacak durumları kapsar (24). Yapılan kategorik sınıflandırmalara bağlı olarak hastalar acil bakım için uygun alanlara alınmakta veya bekletilmektedir (26). Triyaj sisteminin doğru olarak yapılabilmesi için, hastalarla yapılan değerlendirmelerde hekim sayılarının artırılması ve tam donanımlı olarak tabir edilen acil servis yapısının oluşturulması isteğinin ön planda olduğu görülmüştür (27).

2.4. Hızlı Acil ve Kriterleri

Acil servislerde ciddi yakınmaları olmayan hastaların başvuruları nedeniyle yoğunluk yaşanmakta ve sağlık hizmeti veren diğer klinikler ile aynı imkanlarda hizmet

sunmaları beklenmektedir. Birçok hastane, minör yakınması olan hastalar için hızlı acil (fasttrack) veya acil bakım (urgentcare) denilen 4-10 odadan oluşan, acil servislerden farklı bir alanda, hastalara hizmet veren birimlere sahiptir (28). Bu birimlerin kuruluş amacı acil olmayan şikayetleri olan kişilere öncelik tanıma ve hasta memnuniyetini arttırmaktır. Hızlı acil kriterleri (28);

- Kulak ağrısı ve kulak akıntısı
- Diş ağrısı
- Boğaz ağrısı (yüksek ateş ile beraber)
- Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım, konjestif kalp yetmezliği bulguları olmayan öksürük
- Bulantı, kusma ve diyare (dehidratasyon bulguları olmayan)
- Erkeklerde üretral akıntı
- Bel ağrısı (ateş, direkt travma ve belirgin nörolojik defisiti olmayan)
- Nörovasküler yaralanması olmayan ekstremiteler yaralanmaları
- Sütür alımı ve yara bakımı
- Basit yara enfeksiyonları
- Ateşli çocuk (38.5°C'nin üzerinde ateşi olan 6 aydan küçük bebek veya 39.5°C'nin üstünde ateşi olan 6-24 ay arası çocuklar hariç)
- Major yaralanması olmayan kesiler
- Cinsel yolla hastalık hikayesi olan erkekler
- Birinci derece veya %5'ten daha az olan ikinci derece yanıklar
- Batma yaralanmaları
- Tetanoz aşısı isteyen hastalar
- Minör kontüzyon ve sıyrıklar
- Sistemik semptomları olmayan böcek ısırıkları
- Daha önceden de olan ve tekrarlayan baş ağrıları
- Minör yabancı cisim çıkarılması
- Konjonktivit / yabancı cisim dahil minör göz yaralanmalarıdır.

2.5. Acil Servis Kullanımı ve Başvuruları Etkileyen Faktörler

Yıllar içerisinde nüfus artışına paralel olarak acil servis başvuruları da artış göstermektedir. Fakat acil servis başvuruları nüfus artışına oranla çok daha fazladır. Bu

artış ülkelere göre değişiklik göstermekte, her ülkenin kendi sosyoekonomik ve sosyokültürel yapısına göre şekillenmektedir. Acil servis kullanımını ve başvuran hasta popülasyonunu etkileyen birçok faktör vardır (10, 29). Yaş, cinsiyet, gelir durumu, eğitim durumu gibi sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörler bireylerin acil servis hizmetlerine olan talebini etkilemektedir (30). Çok acil başvurularda erkek hastaların, acil olmayan başvurularda ise kadın hastaların daha fazla başvuru yaptıkları, bu farkın da erkeklerin daha fazla iş hayatında yer almaları ve zaman kısıtlılığı problemleri nedeniyle daha acil olan durumlarda tıbbi bakım aramalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir (28, 31).

Yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfusun artması gibi durumlar acil servislere 65 yaş üzeri hasta başvuru oranında artışa ve başvuruların yaklaşık beşte birinin 65 yaş üstü bireylerden oluşmasına neden olmaktadır (32, 33). Yapılan bir çalışmada, yaşlı hastaların genellikle bir kronik hastalığa veya yaşa bağlı durumlar nedeniyle, genç hastaların ise genellikle kazalar gibi travmatik olaylar nedeniyle acil servise başvuru yaptıkları bildirilmiştir (34). Yaşlanmayla birlikte insan vücudunun yapı ve fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelmekte, organ fonksiyonları gerilemeye ve vücut rezervleri zamanla azalmaya başlamaktadır. Yaşlanma ve beraberinde görülen ek hastalıklar, kullanılan ilaç sayılarının artmasına neden olabilmektedir. Her kullanılan ilacın yan etki/etkileri olabileceği gibi, çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak da istenmeyen ilaç etkileşimleri görülebilmektedir. Bu etkiler de hastaların şikayetlerini ve acil servislere başvuru sıklığını artırabilmektedir (32). Bir çalışmada, 65 yaş ve üstü hastaların acil nedenlerle başvuru oranlarının fazla, yakınmalarının daha akut ve ciddi, hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (35). Bireylerin sahip oldukları yaşam tarzı, alkol veya madde kullanımı gibi özellikleri de acil servislere başvuruları etkilemekte, bu maddelerin akut etkileri ve uzun süre kullanımlarına bağlı ortaya çıkan kronik etkileri ve oluşturduğu kronik hastalıklar, acil servis başvuru profillerini şekillendirmektedir (36, 37).

Ülkemizde poliklinik hizmetleri genellikle 08:00-17:00 saatleri arasında verilmektedir. Yapılan çalışmalar acil servislere olan başvuruların genellikle bu saatlerden sonra olduğunu göstermektedir (11, 38). Acil servis taburculuğu sonrası, hastaların %30'unun poliklinik kontrolüne gittiği, poliklinik için haftalar veya aylar sonrasına randevu alabildiği belirtilmiştir. Bu faktörler de, kişilerin acil servislere sık ve tekrarlı başvuru yapmalarına, acil servislerin yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır (39).

2.6. Acil Servislere Sık Başvuru Nedenleri

Sık başvuru, yıl içinde dört kez ve üzerinde olan acil servis başvuruları olarak tanımlanmaktadır (40). Sık başvurular genellikle kronik hastalıklar (astım, hipertansiyon, KOAH, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği), psikiyatrik hastalıklar, madde ve alkol kullanımı gibi nedenlere bağlıdır (41, 42). Ayrıca kronik hastalıklardan bağımsız olarak, non- spesifik semptomlar ve ağrı nedeniyle başvurular da sık başvurular arasında yer almaktadır (43). Acil servis başvurularının 1/3'i diğer sağlık birimleri tarafından da yönetilebilecek, acil olmayan veya yarı-acil başvurulardan oluşmaktadır (44). Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; hastaların yaptıkları başvuruların %10,42'si çok acil, %42,34'ü acil, %47,24'ü acil olmayan başvurular olduğu saptanmıştır (45).

Genellikle komorbid durumları olan, kronik hastalık alevlenmeleri yaşayan, yaşlı ve genel sağlık durumu iyi olmayan hastalar acil servislere sık başvuru yapmaktadır (46). Kronik, komorbid hastalıkları ve çoklu ilaç kullanımı olan hastaların acil servislere sıkça başvuru yapmasında, hem hastalığın kendisine bağlı hem de fazla sayıda kullanılan ilaçların yan etkileri, çoklu ilaç kullanımında ilaç etkileşimleri gibi problemler rol oynamaktadır (39). Acil servisin sık kullanımı sosyoekonomik düzey ile de ilişkili olabilir. Yapılan çalışmalarda, triaj önceliği düşük olan ve muayene öncesi acil servisi terk etmek de sık kullanıcı özelliklerini taşıyan hasta gruplarının bekar, düşük ekonomik gelirli ve eğitim düzeyi lise ve altı olanlar olduğu bildirilmiştir (47, 48).

Acil servis başvurularını etkileyen faktörler arasında; erkek olmak, tek başına yaşamak, kronik hastalığın akut alevlenmesine bağlı veya yeni bir hastalık ile başvurmak, bakıcı yetersizliği, palyatif tedavi ihtiyacı, günlük aktivitelerini kendi başına yapamıyor olmak ve birine ihtiyaç duymak, evde bakım hizmeti alıyor olmak yer almaktadır (49).

2.7. Acil Servise Tekrarlayan Başvurular ve Nedenleri

Hastaların acil servise ilk başvurusunu takiben aynı veya farklı nedenlerle, sıklıkla kısa süreler içerisinde acil servise yapılan başvurular, tekrar başvuru olarak adlandırılmaktadır. Tekrarlı başvurular 1-30 gün arasında değişebilmektedir, belirlenmiş süre yoktur (39). Yapılan çalışmalarda, acil servise başvuran hastaların %2-11'inin kısa sürede tekrar başvuru yaptığı, bu başvuruların hasta eğitimi ve tıbbi bakım ile önlenilebileceği bildirilmiştir (50). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, acil servise başvuran 1 milyon 83 bin hastanın 7775'inin aynı tanı ile ilk 24 saat içerisinde aynı acil servise tekrar başvuru yaptığı belirlenmiştir (51).

Tekrarlayan başvuruların nedenleri arasında sıklıkla;

- Hastalıkların yetersiz tedavisi,
- Hastaların özellikleri,
- Kronik hastalıkların iyi tedavi edilmemesi,
- Önceki başvuruda nedeni saptanamayan karın ağrısı, dehidratasyon, sepsisemi gibi bazı hastalık grupları,
- Tedavi giderleri sigorta kurumları tarafından karşılanan hastalar,
- Hastanın ilk görüldüğü yerdeki tanı ve tedavi kalitesinin düşüklüğü,
- Önceki başvuruları gece saatlerinde olan hastalar,
- Süreğen hastalıkların akut atakları,
- Kronik ve sık olarak acili kullanan yaşlılar, evsizler, alkolikler,
- Tek başına yaşayanlar yer almaktadır (11).

Hastalar acil tedavi ihtiyacından dolayı acil servisleri tercih etseler de, ihtiyaçları olmadığı halde suistimal de etmektedirler. Bu durum acil servislerde zaten var olan yoğunluğun artmasına, başka hastalara daha az zaman ayrılmasına, sağlık çalışanlarının motivasyonunun düşmesine, yapılan tetkik ve tedavilerle ülke ekonomisine gereksiz yük yüklemesine neden olmaktadır (48).

2.8. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri ve Sonuçları

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilecek, acil sağlık hizmeti gerektirmeyen, kaza veya yaralanma olmadan ortaya çıkan hastalıklar için acil servislerin kullanılması, uygunsuz kullanım olarak kabul edilmektedir (52, 53). Acil servislere uygunsuz başvuru nedenleri arasında; ulaşım açısından yakın olması, hastaların sağlık sigortalarının olmaması nedeniyle diğer kuruluşlardan yararlanamaması gelmektedir (54, 55). Hastaların gerekli tanı ve tedavi için sağlık kuruluşlarına başvuru yapılmasının gerekli olduğunu düşünmesi ve sağlık sorunları konusundaki aciliyet algıları da acil servislerin uygunsuz kullanımı üzerinde etkilidir (56). Bu sebeplere ek olarak, kalacak yer, açlık, güvenlik gibi ihtiyaçlarını karşılama istekleri ve ciddi olmayan sağlık problemleri için hasta yakınlarının acil servislere başvuru yapılması gibi önerileri de acil servislerin uygunsuz kullanımını artıran faktörler olarak sayılabilir (14).

Acil servislere uygunsuz başvuruların yapılması sonucunda; iş yükü ve sağlık giderleri artmakta, acil servis çalışanlarının psikolojileri olumsuz etkilenmekte, acil

servislerin acil durumların dışında kullanımı giderek artmakta, bilimsel temelden uzaklaşmakta ve en önemlisi acil servisler kalabalıklaşmaktadır (57). Acil servislerin uygunsuz kullanımı, hastaların değerlendirilmesi ve tanı koyulması sürecinde gecikmelere, tedavi sürecinin aksamasına ve acil tedavi ihtiyacı olan hastaların tedavisinin gecikmesine sebep olmakta (54), bununla birlikte hastaların memnuniyeti, çalışanların iş verimi azalmakta ve bu da acil servisteki iletişim üzerinde olumsuz etki ederek istenmeyen tıbbi hataların meydana gelmesine neden olmaktadır (58).

Hastaların acil bakım gerektirmeyen sağlık sorunları nedeniyle acil servislere başvuru yapmalarında birinci basamak sağlık hizmetlerine erişme ve bu hizmetler konusunda farkındalıklarının eksikliği büyük bir etkidir (52, 59). Birinci basamak sağlık kuruluşlarının acil servislerin yakınlarında yer alması ve hekimlerin ulaşılabilir olması acil servislerin uygunsuz kullanılmasının azalmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda hasta ve çalışan memnuniyetini ve verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini de artırmaktadır (27, 60). Aciliyet algısının şekillenmesinde ve acil servislere yapılan başvurularda, sağlık konusunda yapılan programlar etkili olmaktadır (61).

2.9. Acil Serviste Kalış Süresi ve Etkileyen Faktörler

Acil serviste kalış süresi; hastanın triyajı yapıldıktan sonra acil servise kabul edilmesi ile tıbbi durumun sonuçlanmasına kadar olan süredir. Hastanın sonuçlanması ise; acil servisten taburcu edilmesi, ilgili birime yatışının yapılması, hastanın tedaviyi kabul etmemesi ile acil servisten ayrılması veya acil servisi izinsiz terk etmesi, başka bir sağlık kuruluşuna sevkinin gerçekleştirilmesi ya da hastanın acil servisteki gözlemi veya tedavi uygulamaları sırasındaki ölümü olarak tanımlanmaktadır (62).

Yaşlı popülasyonu, yaşam beklentisi ve komorbiditedeki artış, hastanelerde yeterli yatak kapasitesinin bulunmaması, acil servis başvurularında meydana gelen yükselmeler, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerdeki gecikmeler, konsültasyonların geç sonuçlanması, acil servislere yapılan uygunsuz ve gereksiz başvurular gibi faktörler acil servislerdeki yatış sürelerinin uzamasına neden olmaktadır (63, 64).

Kritik hasta sayısının ve bu hastaların acil serviste yatış sürelerinin artması acil servislerde kalabalıklığa neden olmakta (65), bunun sonucunda da acil servislerde bekleme süresi 24 saati aşabilmektedir (64). Ülkemizde yapılan bir çalışma sonucunda; çoklu travma ile yapılan başvurular, 65 yaş üzerinde olma, uzman hekim sayısındaki yetersizlikler, ileri görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ve birden fazla uzman

görüşünün alınmak istenmesi gibi faktörlerin kritik hastaların acil servis kalış süresini etkilediği saptanmıştır (62). Uygun birime yatışı yapılamayan veya uzayan hastaların acil bakımları acil serviste devam ederken, aynı zamanda başvuru yapan diğer hastalara da sağlık hizmeti vermek zorunda olduğu için bu durum potansiyel bir tehlike oluşturmaktadır (66). Hastaların sağ kalımını etkileyen faktörler arasında acil servislerde kalış sürelerinin uzaması ve hastaların yoğun bakıma kabul edilememesi sayılabilir (67, 68).

2.10. Acil Serviste Hastaların Sonuçlanması

Hastanın sonuçlanması; hastanın acil servisteki tıbbi bakımından sonra taburcu olması ya da yatış endikasyonu bulunan hastalar için ilgili bölüme yatırılması, hastanın acil serviste uygulanan veya uygulanmak istenen tedaviyi ve tıbbi takibi reddetmesi, çeşitli nedenlerle başka bir sağlık kuruluşuna sevkinin gerçekleşmesi, hastanın acil servisi izinsiz terk etmesi veya tıbbi bakımı sırasında ölümü olarak tanımlanır (62).

2.11. Acil Bakım Hemşireliği

Acil hemşireliği; hastalığın tanısına yardımcı olmayı, geniş kapsamlı bilgi ve beceriye gereksinim duyulan, sağlığı koruyucu ve destekleyici özelliklere sahip olunmasını, ‘bireylere zarar vermeme’ inancını esas alarak, her zaman aynı yargı ve empati ile hareket edilmesini gerektirmektedir (13). Bu özellikleri sebebiyle, acil birim hemşiresinin yasaları bilen bunun yanında bilgili ve becerili olması beklenmektedir (69).

Acil bakımda gerçekleştirilen hemşirelik işlevleri diğer klinik alanlardaki hemşirelik işlevlerine benzerlik göstermektedir. Acil servislerde, hastaların durumlarının acil ve zamanın sınırlı olması, acil ortamdaki imkanların kısıtlı olması, yoğun bakım veya ameliyathane gibi birimler için yeterli bilgi ihtiyacı olasılığının olması fakat sınırlı bilgi elde edilebilmesi, taşıyıcılığın bilinmemesi ve hastalara henüz tanı konmamış olması, hızlı ve kritik karar verme sürecinin hasta için hayati önem arz etmesi gibi faktörler hemşirelik görev ve uygulamalarını karmaşık ve stresli hale getiren faktörler arasında sayılabilir (69).

2.12. Acil Bakım Hemşiresinin Görevleri

Acil bakım hemşiresi, henüz herhangi bir tanı almamış, hasta veya yaralı statüsünde olan, acil olarak bakım ve tedavi alması gereken, yaş gözetmeksizin gereken tüm hemşirelik bakımlarını uygulayan kişidir (69). Acil bakım hemşiresi;

- Acil servise kabul edilmiş olan hastaları monitörize eder. Hastayı yakından takip eder ve sonuçları kaydeder. Eğer hastanın değerlerinde şüpheli bir durumla karşılaşırse hekime haber verir.
- Acil servise gelmiş olan hastaların triyajını sağlar. Acil serviste bakım ve tedavisi sonlanan hastaların yatış, ameliyat veya sevk gibi durumlarda prosedüre uygun olarak naklini yapar.
- Hekimin order ettiği tedaviyi yaparak kayıt altına alır ve laboratuvar örneklerini aldıktan sonra sonuçlarını takip eder. Sonuçlarda şüpheli bir durumla karşılaşırse hekime haber verir.
- Hastaya uygulanacak radyolojik işlemler için hastayı hazırlayıp ilgili birime transferi esnasında gerekirse eşlik eder.
- İnfüzyon veya transfüzyon uygulandı ise takibini yapar, kayıt altına alır. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar. Sonuçları hekime bildirir.
- Hastanın ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik bakımını planlar (solunum problemi, pacemaker takibi, sıvı elektrolit dengesizliği, anksiyete gibi) ve hasta ve hasta yakınları ile sürekli iletişim halinde olur.
- İnvaziv işlemler sırasında kullanılacak malzemeleri, acil ilaçları ve cihazları hazır bulundurur. İnvaziv işlemleri gerçekleştiren hekim ile işbirliği yapar ve hemşirelik uygulamalarını yerine getirir.
- Hastaya uygun pozisyonlar vererek mobilizasyonunu sağlar ve hastaların beslenme gereksinimlerini belirleyerek, gereksinimler doğrultusunda bakım planı belirler ve uygular.
- Acil servislerde enfeksiyonların oluşmasını ve yayılmasını önlemek için asepsi kurallarına uygun önlem alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven ve dezenfektan kullanma, maske takma, izolasyon vb).
- Kurumun belirlediği prosedürler kapsamında, arrest durumlarında mavi kod vererek, temel / ileri yaşam desteği uygulamalarına katılarak hekim ile iş birliği içinde olur (acil ilaçların uygulanması, oksijen verme, kalp masajı yapma, kullanılacak tıbbi cihazların uygulanması gibi). Arrest esnasında, birimde doktor yok ise, geçerlilik süresi devam eden, ileri yaşam desteği sertifikası var olan hemşire, temel/ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatarak, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular ve vakaları rapor eder.

- Vefat eden hastanın, belirlenmiş olan talimatlar kapsamında hazırlanarak morga transferinin gerçekleşmesini sağlar ve yakınlarına destek olur (70).

2.13. Kritik Hasta ve Kritik Bakım Tanımı

İlaç tedavisi uygulanmadığında hastalıkla veya ölümle sonuçlanan ve hayatı tehdit eden süreç kritik hastalık olarak adlandırılır Kritik hasta ise; fizyolojik olarak her an kötüleşebilecek ve yakından takip edilmesi gereken, aynı zamanda tedavisinin vakit kaybedilmeden ve dikkatle verilmesi gereken hasta grubudur. Acil servisler, kritik hastalara hemen tanı koyulduğu ve tedavilerinin başladığı birimler olması sebebiyle kritik öneme sahiptir. Kritik hasta grubu büyük ölçüde acil servislere başvurmakta ve kritik tedavileri burada başlamaktadır (71).

Dr. Peter Safar tarafından 1957’de bulunan başı geri itip hava yolu açıklığını sağlamak ve ağızdan ağıza soluma yöntemi ile 1960’ta Dr. Kouwenhoven, Jude ve Knickerbocker tarafından bulunan eksternal kalp masajı acil serviste kritik bakımın temelini oluşturmaktadır. Safar tarafından ilk kez 1963’te ağızdan ağıza solunum ve kapalı göğüs kompresyonunun aynı anda uygulanarak yapılan müdahale işlemlerine “Kardiyopulmoner Resüsitasyon” adı verilmiştir (72). Kritik hasta bakımı; hasta ile ilgilenen tüm birimler ve ekipler arasında devamlılık içermelidir. Acil servis ve yoğun bakım ünitesi çalışanları hayati tehlike arz eden, ani gelişen durumlara karşı uzmanlaşmış olmalıdır (9).

Kritik bakım için şart olan hemşire/hasta oranı yoğun bakımlarda ve acil servislerde değişiklik göstermektedir. Bu oranlar komitelerce düzenlense de ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir. Hastanelerde istenen en düşük hemşire/hasta oranı; yoğun bakım ünitesi için 1/2, acil servis için 1/4, kritik hastalarda 1/2, travma hastaları için 1/1 olarak belirlenmiştir (73). Saat başına düşen hasta sayısının acil servis hemşiresi için 1.25 hasta/saat’i geçmemesi gerektiği belirtilmiştir (74). Ülkemiz koşullarında bu oranlar ne yazık ki kalabalık acil servislerde sağlanamamaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma geriye dönük (retrospektif), tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Murgul, Artvin ilinin bir ilçesidir. İlçede bir tane devlet hastanesi, bir tane 112 Acil Servis İstasyonu, bir tane Aile Sağlığı Merkezi (ASM) bulunmaktadır. 2019 yılı Murgul İlçe nüfusu 7.031 kişidir. Nüfusun 3.694'ü (%52.54) erkek, 3.337'si kadın (%47.46)'dır. Murgul İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisi 10 yataklıdır. Hastane acil servisinde 9 hemşire, 5 doktor görev yapmaktadır. Yılda ortalama 10.000 hastaya sağlık hizmeti verilmektedir.

Araştırmanın verileri 08.11.2020-08.12.2020 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Murgul İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisinde 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında yapılmış olan başvuru kayıtlarının geriye dönük olarak incelenmesi şeklinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini acil servise başvuran 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırma evreninin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Bu kapsamda 11518 hastanın hastane bilgi sistemindeki kayıtları 08.11.2020-08.12.2020 tarihleri arasında incelenmiştir.

3.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

- 18 yaş ve üzeri olma,
- Hastane Bilgi Sisteminde kayıtlı başvurusu olma.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin kayıt altına alınması için hastane bilgi sisteminde kayıtlı verilerden elde edilen hasta bilgi toplama formu oluşturuldu (Ek 1). Araştırmacı tarafından oluşturulan bilgi formunda, hastanın yaşı, cinsiyeti, ICD tanı kodu, sosyal güvencesi, hastaneye başvuru saati, triyaj alanı, istenen tetkikler ve yapılan uygulamalar yer almaktadır. Başvuru nedeni olan hastaların sınıflandırılmasında, uluslararası tanımlanmış ICD tanı kodları kullanıldı.

Bilgi toplama formuna, bakılan hasta sayısı, yapılan tetkik sayısı, uygulanan hemşirelik girişimleri, sevk edilen hasta sayısı, hastaların yaş, cinsiyet, bağlı oldukları kurum, triaj alanları, hastalara konulan ICD tanıları, taburculuk durumu kayıt edildi.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri, hasta bilgi formu doğrultusunda hastane bilgi sisteminde kayıtlı olan başvurulardan elde edildi. Veriler bilgisayar ortamında 08.11.2020-08.12.2020 tarihleri arasında, uygun zaman dilimi içinde (genellikle 8-16 vardiyasında) toplandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma verilerini hastane bilgi sisteminde kayıtlı olan başvurular oluşturmaktadır. Başvuranlar ile ilgili bilgiler, hastaneye giriş kaydı veya yapılan uygulamalar sonrasında sisteme yapılan girişleri esnasında kullanıcıların sistemi tam olarak bilmemesi, verileri eksik kaydetmeleri araştırmanın sınırlılıklarındandır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (08.06.2020 tarihli ve 24237859-306 sayılı) (Ek 2), uygulanabilmesi için de etik kurul onayı ile birlikte, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Artvin İl Sağlık Müdürlüğü'ne sunularak kurum izni alındı (11.11.2020 tarihli ve 17720518-604.02 sayılı) (Ek 3).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan cinsiyet, yaş, birim, ICD, triaj, başvuru saatleri, sosyal güvence (kurum) değişkenleri için sayı (n) ve yüzde değerleri (%) ile verildi.

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı.

4. BULGULAR

Bu bölümde, bir yıl boyunca acil servise başvuran hastaların tanıtıcı özelliklerine, ICD tanı kodu dağılımlarına, tanıtıcı özelliklerine göre triyaj ve başvuru saatlerinin dağılımlarına yer verildi.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=11518)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	(%)
Yaş		
18-34	3359	29.16
35-44	1990	17.27
45-64	4089	35.50
65 ve Üzeri	2080	18.07
Cinsiyet		
Kadın	5098	44.26
Erkek	6420	55.74
Bağlı Olduğu Kurum		
Sgk (S.G.K.)(Aktif)	8446	73.32
T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü	1073	9.31
27-Medula (61/C1-C3-C9)	507	4.40
Bağ. Kur	420	3.64
4447 Sayılı Kanunla İşsizlik ve Kısa Çalışma Ödeneği Alanlar	96	0.83
2828 Sayılı Kanuna Tabi SHÇEK Kanunu Hükümlerine Göre Korunma, Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerinde	75	0.65
Diğer	901	8.00

Tablo 1’de hastaların tanıtıcı özellikleri sunulmaktadır. Acil servise en fazla başvuruyu yaklaşık üçte bir oranıyla 45-64 yaş arası bireylerin yaptığı belirlenmiştir. Bunu 18-34 yaş grubu (%29.16) takip etmektedir. En az başvuru 35-44 yaş aralığında bulunan bireyler (%17.27) tarafından yapılmıştır.

Tablo 1’de bir yıl boyunca acil servise yapılan başvurular cinsiyet açısından incelendiğinde erkeklerin (6420), kadınlara (5098) göre daha fazla sayıda başvuru yaptığı görülmüştür. Erkeklerin acil servise başvuru oranı %55.74 iken kadınların başvuru oranı %44.26’dır.

Tablo 1’de acil servis başvuruları sosyal güvence açısından incelendiğinde sosyal güvencesi en fazla olanlar SGK’nın (%73.32) güvencesindedir. Bunu sırayla (%9.31) emekli sandığı, bağkur (%3.64) ve 4447 Sayılı kanunla işsizlik ve kısa çalışma ödeneği alanlar (%0.83) oluşturmaktadır.

Tablo 2. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (n=11518)

Klinik Özellikler	Toplam Sayı	(%)
Başvurulan Birim		
Acil poliklinik	8303	72.09
Enjeksiyon polikliniği	3195	27.74
Diğer	20	0.17
Triaj Alanı		
Sarı	10575	91.81
Yeşil	781	6.79
Kırmızı	15	0.13
Belirtilmemiş	147	1.27
Başvuru Saati		
08.00-15.59	6139	53.30
16.00-23.59	4727	41.04
00.00-07.59	652	5.66
Provizyon Tipi		
Acil	11325	98.32
Adli Vaka	114	0.99
Normal	50	0.43
İş Kazası	21	0.18
Trafik Kazası	6	0.08
Taburcu Hali		
Haliyle Taburcu	9657	83.84
Daha Kapsamlı Başka Bir Hastaneye Sevk	80	0.69
Ex	7	0.06
Diğer (Önerilerde Bulunuldu, Kontrole Gelecek)	1774	15.41

Tablo 2’de acil servise başvuran hastaların klinik özellikleri sunulmaktadır. Acil servise yapılan başvurular birim açısından değerlendirildiğinde; acil polikliniğe 8303 (%72.09) kişi; enjeksiyon polikliniğine ise 3195 (%27.74) kişinin başvuru yaptığı bulunmuştur.

Tablo 2’de acil servis başvuruları triyaj alanı açısından değerlendirildiğinde, yeşil alanda 781 kişi, sarı alanda 10575 kişi, kırmızı alanda 15 kişi tedavi görmüştür. Yüz kırk yedi kişinin ise triyaj alanı belirtilmemiştir. Tedavi için yapılan başvuruların daha çok sarı alanda (%91.81) olduğu, bunu yeşil alan (%6.79) ve kırmızı alanın (%0.13) takip ettiği belirlenmiştir.

Tablo 2’de acil servis başvuruları saat açısından incelendiğinde; en fazla başvurunun 08.00-15.59 saat aralığında (%53.30) olduğu, bunu 16.00-23.59 saat aralığının (%41.04) takip ettiği görülmektedir. Gece 24.00’dan sonra (%5.66) çok düşük sayıda hastanın başvurduğu saptanmıştır.

Tablo 2’de başvurular provizyon tipi açısından incelendiğinde, hastaların %98.32’sinin provizyon tipi acil, %0.99’unun adli vaka, %0.18’i iş kazası, %0.43’ünün normal başvuru, %0.08’inin trafik kazası şeklindedir.

Tablo 2’de acil servise başvuran hastaların %83.84’ü haliyle taburcu olmuş, %0.69’u daha kapsamlı başka bir hastaneye sevk edilmiş, %0.06’sı ex olmuş, %15.41’inin taburculuk hali belirtilmemiştir.

Tablo 3. Acil servise başvuran hastaların ilk 20 şikayetine göre dağılımları (n=11518)

Şikayet	Sayı	(%)
Baş Ağrısı	691	5.99
Boğaz Ağrısı	637	5.53
Öksürük	547	4.74
Ateş	522	4.53
Karın Ağrısı	390	3.38
Bel Ağrısı	271	2.35
Halsizlik	270	2.34
Nefes Darlığı	236	2.04
Kan Tahlili Yaptırmak İçin	236	2.04
İshal	197	1.71
İdrar Yaparken Yanma Hissi	131	1.13
Arı/ Kene Sokması	90	0.78
Göğüs Ağrısı	78	0.67
Mide Ağrısı	65	0.56
Gözde Kızarıklık	65	0.56
İlaç Yazdırma	55	0.47
Çarpıntı	41	0.35
Böbrek Ağrısı	33	0.28
Ekstremitelerde Güçsüzlük	18	0.15
Diğer	6945	60.40

Tablo 3'te acil servise başvuru yapan hastaların ilk yirmi şikayete göre dağılımları sunulmuştur. Hastalar acil servise en fazla baş ağrısı (%5.99), boğaz ağrısı (%5.53), öksürük (%4.74) ve ateş (%4.53) şikayetiyle başvuru yapmışlardır.

Tablo 4. Acil servise başvuran hastaların ilk 20 ICD tanı ve kodlarının dağılımı (n=11518)

ICD Tanı ve Kodları	Sayı	(%)
J06.9 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	1648	14.30
M79.98 Yumuşak Doku Bozukluğu, Tanımlanmamış, Diğer	1228	10.66
D51.9 Vitamin B12 Eksikliği Anemisi, Tanımlanmamış	806	6.99
M79.1 Miyalji	638	5.53
I10 Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	465	4.03
R51 Baş Ağrısı	322	2.79
M54.5 Bel Ağrısı	315	2.73
R11 Bulantı ve Kusma	297	2.57
R10.4 Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	249	2.16
Z00.8 Genel Muayeneler, Diğer	197	1.71
R53 Kırıklık ve Yorgunluk	167	1.44
K52.9 Gastroenterit ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış	153	1.32
N39.0 Üriner Sistem Enfeksiyonu, Yeri Tanımlanmamış	141	1.22
R42 Baş Dönmesi (Vertigo)	125	1.08
R07.4 Göğüs Ağrısı, Tanımlanmamış	93	0.80
Z23.5 Tetanoza Karşı Bağışıklama İhtiyacı	87	0.75
W57 Zehirsiz Böcek ve Eklem Bacaklı Tarafından Isırılma ve Sokulma	84	0.72
R06.0 Dispne	72	0.62
R00.0 Taşikardi, Tanımlanmamış	47	0.40
J44.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akut Alevlenmelerle, Tanımlanmamış	41	0.35
Diğer	4343	37.83

Tablo 4’te 2019 yılında bir yıl boyunca acil servise başvuru yapan hastaların aldıkları ICD tanıları verilmiştir. Bir yıl boyunca başvuran hastalara en çok (%14.30) akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısı konmuştur. Bunu yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer (%10.66) ve vitamin B12 eksikliği anemisi (%6.99) tanıları takip etmektedir.

Tablo 5. Cinsiyete göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı (n=11518)

ICD Tanı ve Kodları	Erkek (n=6420)		Kadın (n=5098)	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
M70 Yumuşak Doku Bozuklukları, Kullanma, Aşırı Kullanma ve Basınç ile ilişkili	1151	17.92	354	6.94
J06.9 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	1015	15.80	647	12.69
D51.9 Vitamin B12 Eksikliği Anemisi, Tanımlanmamış	297	4.62	532	10.43
M54.5 Bel Ağrısı	185	2.88	130	2.55
R51 Baş Ağrısı	180	2.80	194	3.80
I10 Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	174	2.71	291	5.70
R10.4 Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	116	1.80	157	3.07
K52.9 Gastroenterit ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış	110	1.71	100	1.96
R11 Bulantı ve Kusma	106	1.65	191	3.74
Z00.8 Genel Muayeneler, Diğer	110	1.71	87	1.70
K02.1 Dentin Çürüğü	98	1.52	65	1.27
H10 Konjonktivit	89	1.38	22	0.43
R53 Kırgınlık ve Yorgunluk	88	1.37	79	1.54
R07.3 Göğüs Ağrısı, Diğer	69	1.07	24	0.47
Z23.5 Tetanoza Karşı Bağışıklama İhtiyacı	61	0.95	26	0.51
W57 Zehirsiz Böcek ve Eklem Bacaklı Tarafından Isırılma ve Sokulma	53	0.82	31	0.60
R06.0 Dispne	43	0.66	29	0.56
J44.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akut Alevlenmelerle, Tanımlanmamış	41	0.63	2	0.03
R00.0 Taşikardi, Tanımlanmamış	19	0.29	28	0.54
J20.9 Akut Bronşit, Tanımlanmamış	15	0.23	16	0.31
Diğer	2401	37.48	2093	37.45
Toplam	6420	100.0	5098	100.0

Tablo 5’te cinsiyete göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı sunulmuştur. Erkekler (%17.92) en çok yumuşak doku bozuklukları, kullanma, aşırı kullanma ve basınç ile ilişkili tanısı alırken, kadınlar (%6.94) akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısı almıştır.

Tablo 6. Yaş aralıklarına göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı (n=11518)

ICD Tanı Kodu	Yaş grupları							
	18-34 Yaş (n=3359)		35-44 Yaş (n=1990)		45-64 Yaş (n=4089)		65 Yaş ve Üzeri (n=2080)	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
J06.9 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	447	13.30	320	16.08	512	12.52	205	9.85
M79.98 Yumuşak Doku Bozukluğu, Tanımlanmamış, Diğer	461	13.72	196	9.84	525	12.83	222	10.67
R51 Baş Ağrısı	98	2.91	88	4.20	100	2.44	36	1.73
M54.5 Bel Ağrısı	43	1.28	78	3.91	151	3.69	43	2.06
R10.4 Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	100	2.97	38	1.90	75	1.83	60	2.88
K52.9 Gastroenterit ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış	82	2.44	47	2.36	56	1.36	25	1.20
Z00.8 Genel Muayeneler, Diğer	82	2.44	21	1.05	52	1.27	42	2.01
K02.1 Dentin Çürüğü	81	2.41	44	2.21	34	0.83	4	0.19
R53 Kırgınlık ve Yorgunluk	34	1.01	23	1.15	56	1.36	54	2.59
N39.0 Üriner Sistem Enfeksiyonu, Yeri Tanımlanmamış	43	1.28	16	0.80	52	1.27	30	1.44
R42 Baş Dönmesi (Vertigo)	17	0.50	34	1.70	42	1.02	32	1.53
H10 Konjonktivit	26	0.77	28	1.40	47	1.14	5	0.24
R07.3 Göğüs Ağrısı, Diğer	6	0.17	18	0.90	46	1.12	23	1.10
G43 Migren	32	0.95	34	1.70	29	0.70	-	-
Z02.9 İdari Amaçlar İçin Muayene	31	0.92	22	1.10	26	0.63	8	0.38
R06.0 Dispne	4	0.11	2	0.10	22	0.53	44	2.11
R00.0 Taşikardi, Tanımlanmamış	12	0.35	6	0.30	20	0.48	9	0.43
J44.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akut Alevlenmelerle, Tanımlanmamış	-	-	-	-	8	0.19	35	1.68
D68.9 Koagülasyon Bozukluğu, Tanımlanmamış	8	0.23	-	-	12	0.29	15	0.72
I67.9 Serebrovasküler Hastalık, Tanımlanmamış	-	-	1	0.05	3	0.07	17	0.81
Diğer	1749	52.24	974	49.25	2221	54.43	1171	56.38
Toplam	3359	100.0	1990	100.0	4089	100.0	2080	100.0

Tablo 6’da yaş aralığına göre tanı ve kodlarının dağılımına yer verilmiştir. Yaş aralığı 18-34 (%13.72) ve 45-64 (%12.83) ve 65 yaş ve üzerinde (%10.67) en çok konulan tanı yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer; yaş aralığı 35-44 olan kişilere ise (%16.08) en çok konulan tanı akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış, olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Triyaj alanına göre ICD tanı ve kodlarının dağılımı (n=11518)

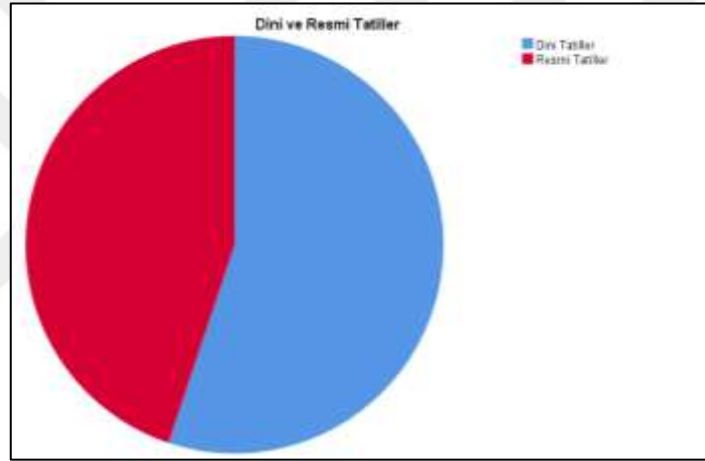
ICD Tanı Ve Kodları	Trijaj alanları					
	Kırmızı (n=15)		Sarı (n=10575)		Yeşil (n=781)	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
J06.9 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	-	-	1418	13.40	268	34.31
M79.98 Yumuşak Doku Bozukluğu, Tanımlanmamış, Diğer	1	6.66	1483	14.02	33	4.22
I10 Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	-	-	419	3.96	45	5.76
R51 Baş Ağrısı	-	-	363	3.43	15	1.92
M54.5 Bel Ağrısı	-	-	340	3.21	6	0.76
R11 Bulantı ve Kusma	2	13.33	292	2.76	3	0.38
R10.4 Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	-	-	266	2.51	6	0.76
K52.9 Gastroenterit ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış	-	-	206	1.94	4	0.51
R53 Kırgınlık ve Yorgunluk	-	-	163	1.54	4	0.51
N39.0 Üriner Sistem Enfeksiyonu, Yeri Tanımlanmamış	-	-	136	1.28	4	0.51
R42 Baş Dönmesi (Vertigo)	-	-	131	1.23	4	0.51
M79.1 Miyalji	-	-	112	1.05	2	0.25
G43 Migren	-	-	92	0.86	3	0.38
R07.3 Göğüs Ağrısı, Diğer	1	6.66	93	0.87	-	-
R06.0 Dispne	-	-	72	0.68	-	-
R00.0 Taşikardi, Tanımlanmamış	-	-	45	0.42	2	0.25
J44.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akut Alevlenmelerle, Tanımlanmamış	-	-	43	0.40	-	-
I67.9 Serebrovasküler Hastalık, Tanımlanmamış	1	6.66	28	0.26	-	-
I25.1 Aterosklerotik Kalp Hastalığı	-	-	7	0.06	2	0.25
I46 Kardiyak Arrest	6	40.0	1	-	-	-
Diğer	4	26.69	4865	46.12	380	48.72
Toplam	15	100.0	10575	100.0	781	100.0

Tablo 7’de triyaj alanına göre hastalara koyulan tanımlar verilmiştir. Tabloya bakıldığında triyaj alanı yeşil olan hastaların %34.31’i akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısı, triyaj alanı sarı olan hastaların %14.02’si yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer tanısı ve triyaj alanı kırmızı olan hastaların %40’ı kardiyak arrest tanısı almıştır.

Tablo 8. Dini ve resmi tatillerde yapılan başvuruların sayısı (n=468)

Resmi ve Dini Haftalar	Sayı	(%)
Dini Tatiller	258	55.1
Resmi Tatiller	210	44.9
Total	468	100.00

Tablo 8’de dini ve resmi tatillerde hastane acil servisine yapılan başvurular verilmiştir. Tabloya göre dini tatillerde (%55.1), resmi tatillere göre (%44.9) hastane acil servisine daha fazla hasta başvuru yapıldığı görülmektedir.



Şekil 1. Dini ve resmi tatil haftalarındaki başvuruların dağılımı

Tablo 9. Dini ve resmi tatillerde triyaj dağılımı (n=468)

Trijaj tipi	Dini tatiller (n=258)		Resmi tatiller (n=210)	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Kırmızı	1	0.39	-	-
Sarı	227	87.98	176	83.80
Yeşil	30	11.63	34	16.20
Total	258	100.0	210	100.0

Tablo 9’da dini ve resmi tatillerdeki triyaj dağılımı verilmiştir. Dini tatillerde kırmızı alana 1 kişi (%0.39) kişi, sarı alana 227 kişi (%87.98) kişi ve yeşil alana 30 kişi

(%11.63) kişi başvuru yaparken; resmi tatillerde sarı alana 176 kişi (%83.80) kişi ve yeşil alana 34 kişi (%16.20) kişi başvuru yapmıştır. Resmi tatillerde kırmızı alana hasta alınmamıştır. Tabloya bakıldığında, dini tatillerde sarı ve kırmızı alana alınan hasta sayısı resmi tatillere göre daha fazla iken; resmi tatillerde yeşil alana alınan hasta sayısının daha fazla olduğu görölmektedir.

Tablo 10. Dini ve resmi tatillerde ICD tanıların dağılımı (n=468)

ICD Tanı Kodu	Dini Tatiller (n=258)		Resmi Tatiller (n=210)	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)
J06.9 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	24	9.30	24	11.42
I10 Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	13	5.03	19	9.04
M79.1 Miyalji	15	5.81	12	5.71
R51 Baş Ağrısı	11	4.26	12	5.71
D51 Vitamin B12 Eksikliği Anemisi	9	3.48	9	4.28
R10.4 Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	11	4.26	5	2.38
M70.9 Yumuşak Doku Bozukluğu Tanımlanmamış, Kullanma, Aşırısı Kullanma ve Basınç İle İlişkili	13	5.03	2	0.95
M54.5 Bel Ağrısı	11	4.26	3	1.42
R11 Bulantı ve Kusma	6	2.32	7	3.33
M79.98 Yumuşak Doku Bozukluğu, Tanımlanmamış, Diğer	8	3.10	5	2.38
M79.9 Yumuşak Doku Bozukluğu, Tanımlanmamış	1	0.38	11	5.23
N39.0 Üriner Sistem Enfeksiyonu, Yeri Tanımlanmamış	6	2.32	4	1.90
D51.9 Vitamin B12 Eksikliği Anemisi, Tanımlanmamış	4	1.55	6	2.85
K02.1 Dentin Çürüğü	5	1.93	3	1.42
Z00.8 Genel Muayeneler, Diğer	4	1.55	2	0.95
Diğer	117	45.42	86	41.03
Total	258	100.0	210	100.0

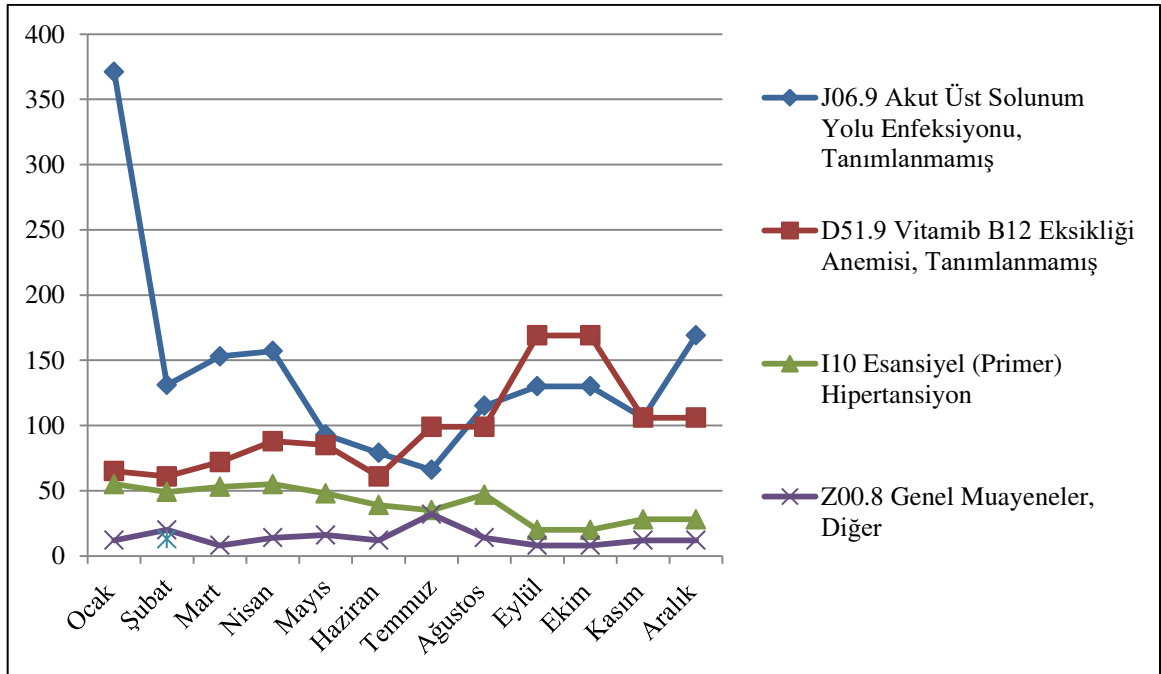
Tablo 10’da dini ve resmi tatillerdeki ICD tanıların dağılımı verilmiştir. Dini tatillerde başvuran hastaların en çok akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış (%9.30) ve miyalji (%5.81) tanılarını; resmi tatillerde başvuran hastaların ise en çok yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış (%11.42) ve esansiyel (primer) hipertansiyon (%9.04) tanılarını aldığı görölmüştür.

Tablo 11. Tekrarlı başvurularda konulan ICD tanı ve kodlarının dağılımı

ICD Tanı ve Kodları	1.Kez (n=678)		2.Kez (n=627)		3.Kez (n=281)		4. Kez (n=188)		Total (n=1774)	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
J06.9 Akut Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Tanımlanmamış	319	47.05	240	38.27	100	35.58	48	25.53	707	39.85
I10 Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	42	6.19	66	10.52	28	9.96	21	11.17	157	8.85
R11 Bulantı ve Kusma	32	4.71	52	8.29	20	7.11	14	7.44	118	6.65
R51 Baş Ağrısı	32	4.71	31	4.94	13	4.62	15	7.97	91	5.12
R10.4 Karın Ağrısı Diğer ve Tanımlanmamış	31	4.57	42	6.69	19	6.76	9	4.78	101	5.69
R42 Baş Dönmesi (Vertigo)	22	3.24	15	2.39	6	2.13	4	2.12	47	2.64
K52.9 Gastroenterit ve Kolit, Enfektif Olmayan, Tanımlanmamış	20	2.94	12	1.91	3	1.06	3	1.59	38	2.14
N39.0 Üriner Sistem Enfeksiyonu, Yeri Tanımlanmamış	19	2.80	17	2.71	9	3.20	9	4.78	54	3.04
G44 Baş Ağrısı, Diğer Sedromları	10	1.47	8	1.27	5	1.77	2	1.06	25	1.40
R07.4 Göğüs Ağrısı, Diğer	8	1.17	3	0.47	4	1.42	1	0.53	16	0.90
R06.0 Dispne	7	1.03	6	0.95	3	1.06	7	3.72	23	1.29
N23 Renal Kolik	5	0.73	8	1.27	1	0.35	2	1.06	16	0.90
R00.0 Taşikardi, Tanımlanmamış	4	0.58	6	0.95	5	1.77	1	0.53	16	0.90
I67.9 Serebrovasküler Hastalık, Tanımlanmamış	3	0.44	2	0.31	4	1.42	1	0.53	10	0.56
F41.9 Anksiyete Bozukluğu, Tanımlanmamış	3	0.44	2	0.31	1	0.35	1	0.53	7	0.39
J44.1 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Akut Alevlenmelerle, Tanımlanmamış	2	0.29	2	0.31	-	-	2	1.06	6	0.33
W57 Zehirsiz Böcek ve Eklem Bacaklı Tarafından Isırılma ve Sokulma	15	2.21	5	0.79	3	1.06	3	1.59	26	1.46
D51.9 Vitamin B12 Eksikliği Anemisi, Tanımlanmamış	15	2.21	21	3.34	20	7.11	16	8.51	72	4.05
M79.1 Miyalji	50	7.37	60	9.56	19	6.76	17	9.04	146	8.22
M54.5 Bel Ağrısı	39	5.75	29	4.62	18	6.40	12	6.38	98	5.52

Tablo 11’de 2019 yılında acil servise bir ay içinde tekrar yapılan başvurularda hastaların her gelişlerinde aldıkları ICD tanı ve kodlarının dağılımı verilmiştir. Tabloya göre acil servise başvurusu bulunan 11518 hastanın 1774 tanesi bir ay içinde dört kez tekrarlı başvuru yapmıştır. Yapılan tekrarlı başvurularda hastaların %47.05’i ilk başvurusunda akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısını, aynı hastaların

bir ay içinde ikinci başvurularında %38.27'sinin yine aynı tanıyı aldığı görülmüştür. Aynı hastalar bir ay içinde üçüncü kez başvuru yaptıklarında %35.58, dördüncü kez başvuru yaptıklarında %25.53 oranında yine akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış tanısını almışlardır. Yine ilk başvurusunda %6.19 oranında hipertansiyon tanısı alan hastaların bir ay içinde yaptıkları ikinci başvuruda %10.52, üçüncü başvurularında %9.96 ve dördüncü başvurularında %11.17 oranında aynı tanıyı aldıkları görülmüştür. İlk başvurusunda %4.71 oranında bulantı kusma alan hastalar ikinci kez başvurduğunda %8.29, üçüncü kez başvurduğunda %7.11, dördüncü kez başvurduğunda ise %7.44 oranında bulantı kusma tanısını aldıkları bulunmuştur.



Şekil 2. Aylara göre konulan ICD tanı ve kodları

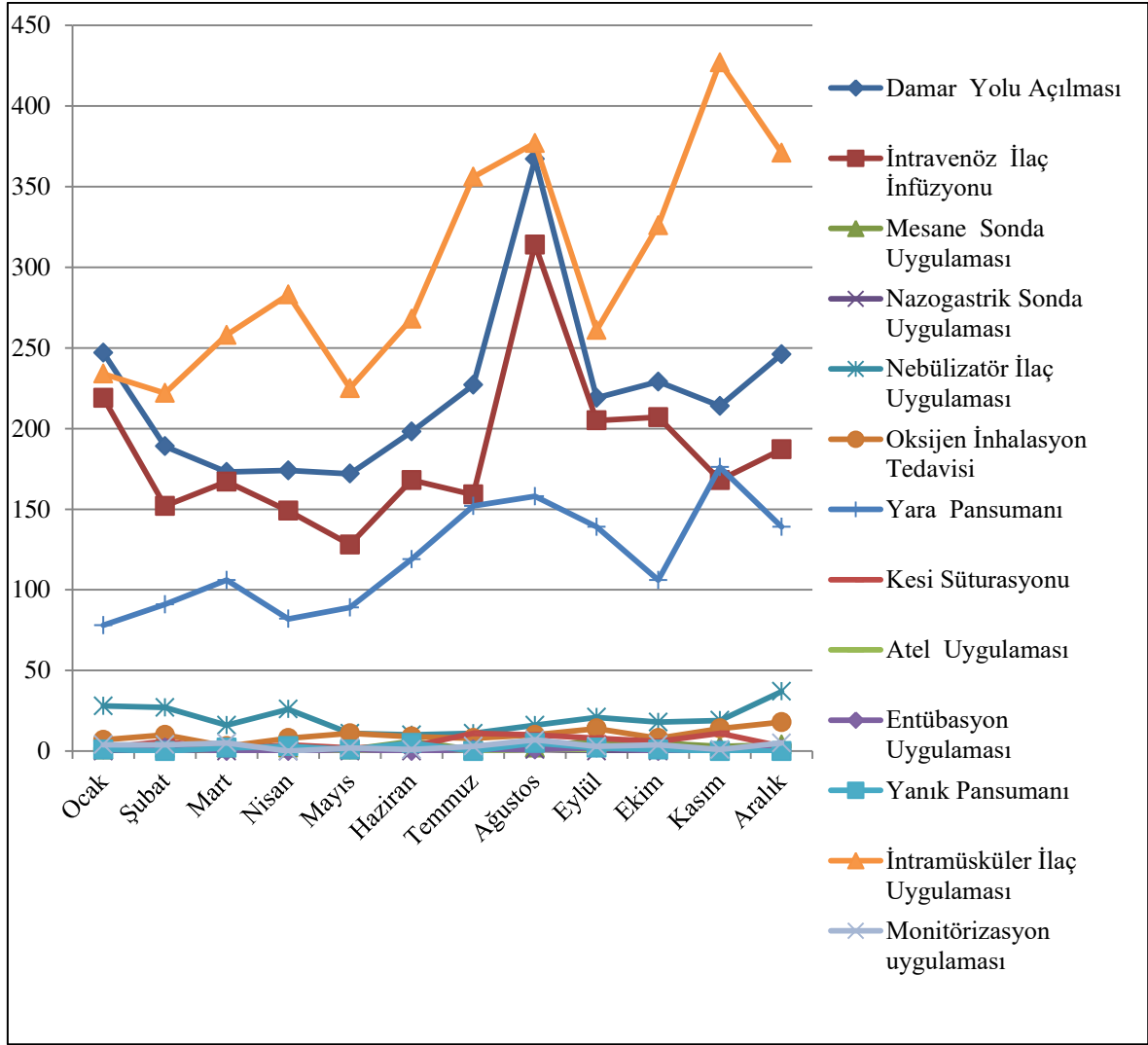
Şekil 2’de aylara göre en çok konulan tanıları gösterilmiştir. Başvuran hastalar Ocak ayında %41.2, Şubat ayında %20.3, Mart ayında %18.9, Nisan ayında %18.8, Mayıs ayında %11.7, Haziran ayında %9.5, Aralık ayında %18.9 oranında akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısını, Temmuz ayında %11.8, Ağustos ayında %10.1, Eylül ayında %19.1, Ekim ayında %19.0, Kasım ayında %10.7 oranında vitamin B12 eksikliği anemisi, tanımlanmamış tanısını en fazla almışlardır. Esansiyel (primer) hipertansiyon tanısı en çok Ocak ayında %6.1, genel muayeneler, diğer tanısı en çok temmuz ayında %3.6 oranında konulmuştur.

Tablo 12. Acil servise başvuran hastalara yapılan hemşirelik uygulamalarının dağılımı (n=10467)*

Yapılan Hemşirelik Uygulamaları	Sayı	(%)
İntramüsküler İlaç Uygulaması	3608	34.47
Damar Yolu Açılması	2655	25.36
İntravenöz İlaç Uygulaması	2223	21.23
Yara Pansumanı	1435	13.71
Nebülizatör ile İlaç Uygulama	240	2.30
Oksijen İnhalasyon Tedavisi	120	1.15
Kesi Sütürasyonu	67	0.65
Monitörizasyon Uygulaması	39	0.38
Mesane Sonda Uygulaması	36	0.34
Yanık Pansumanı	18	0.17
Atel Uygulaması	14	0.13
Endotrakeal Entübasyon Uygulaması	10	0.10
Nazogastrik Sonda Uygulaması	2	0.01

*n katlamıştır

Tablo 12’de hastane acil servisinde yapılan hemşirelik uygulamaları verilmiştir. En çok yapılan hemşirelik uygulamasının (%34.47) intramüsküler ilaç uygulaması olduğu görülmektedir. Bunu damar yolu açılması (%25.36) ve intravenöz ilaç uygulamaları (%21.23) takip etmektedir.



Şekil 3. Aylara göre yapılan hemşirelik uygulamaları

Şekil 3'te aylara göre acil serviste yapılan hemşirelik uygulamaları verilmiştir. Acil serviste en çok yapılan uygulamaların, intramüsküler ilaç uygulaması, damar yolu açılması, intravenöz ilaç infüzyonu ve yara pansumanı olduğu görülmüştür. İntramüsküler ilaç uygulaması en çok Kasım ayında yapılırken, en az Şubat ayında, damar yolu açılması en çok Ağustos ayında yapılırken, en az Mayıs ayında, intravenöz ilaç infüzyonu en çok Ağustos ayında yapılırken, en az Mayıs ayında, yara pansumanı en çok Ağustos ayında yapılırken en az Ocak ayında yapılmıştır.

Tablo 13. Acil servise başvuran hastalardan istenen laboratuvar testleri (n=9630)*

İstenen Kan Testleri	Sayı	(%)
Hemogram	3064	31.81
Biyokimya	2770	28.76
Tam İdrar Tahlili	1524	15.82
Hormon (T3, T4, TSH, Ferritin)	880	9.14
Troponin	639	6.64
Sedimentasyon	313	3.25
Beta HCG	236	2.46
Kan Grubu	204	2.12

*n katlamıştır

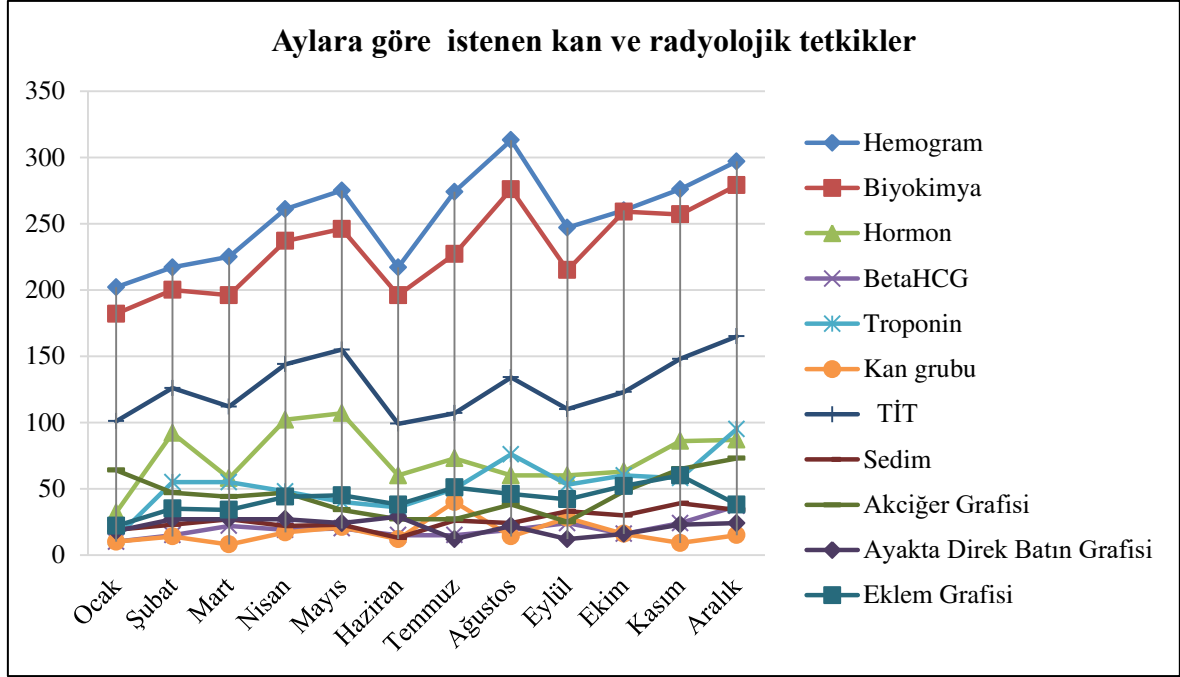
Tablo 13'te acil serviste istenen kan tetkikleri verilmiştir. Verilere göre en çok bakılan kan tetkikinin hemogram (%31.81), en az bakılan tetkikin ise kan grubu (%2.11) olduğu görülmüştür.

Tablo 14. Acil servise başvuran hastalardan istek yapılan radyolojik tetkikler (n=1307)*

İstek yapılan radyolojik tetkikler	Sayı	(%)
Akciğer Grafisi (PA Akciğer)	539	41.23
Eklemler Grafileri	507	38.80
Direk Batın Grafisi	261	19.97

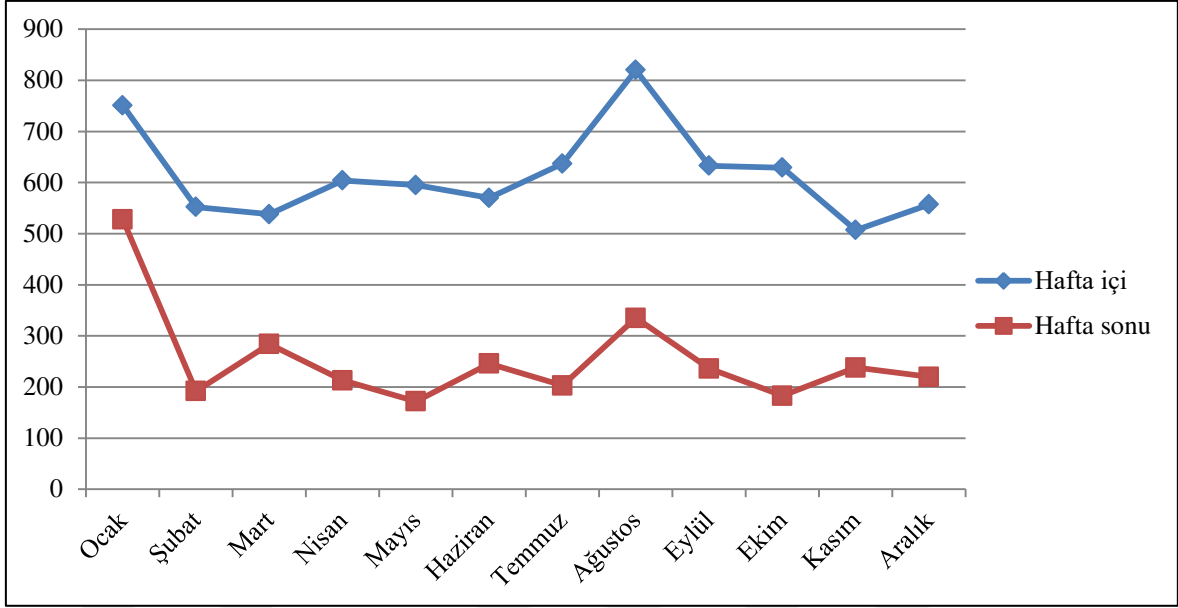
*n katlamıştır

Tablo 14'te acil serviste istek yapılan radyolojik tetkiklerin sayı ve dağılımı verilmiştir. En çok istek yapılan radyolojik tetkik akciğer grafisi (%41.23) olarak bulunmuştur.



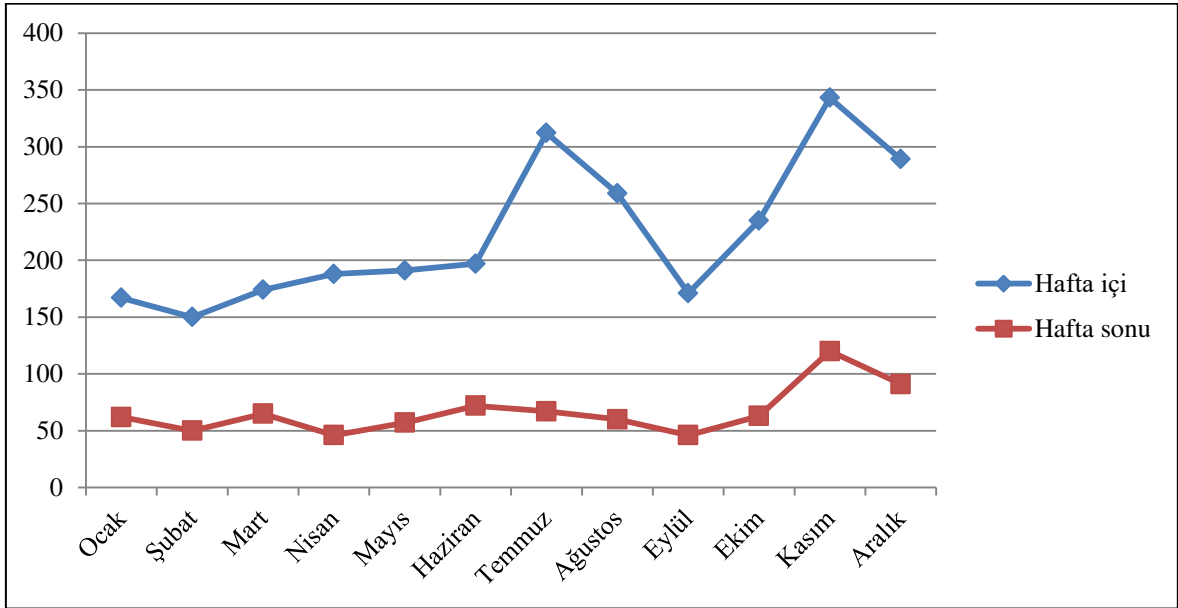
Şekil 4. Aylara göre istenen kan ve radyolojik tetkikler

Şekil 4'te aylara göre bakılan kan tetkikleri ve istek yapılan radyolojik tetkikler verilmiştir. En çok bakılan kan tetkikleri; hemogram, biyokimya, TİT ve hormon ve kalp enzimi olan troponindir. Hemogram ve biyokimya tetkiklerine en çok Ağustos ayında, TİT örneklerine en çok Ağustos, hormon tetkiklerine en çok Mayıs, troponine ise en çok Aralık ayında bakılmıştır. Radyolojik tetkikler içinde akciğer grafisi en fazla Aralık, en az Eylül, karın grafisi en fazla Şubat, en az Temmuz ve Eylül, eklem grafisi fazla Kasım, en az ise Ocak ayında bakılmıştır.



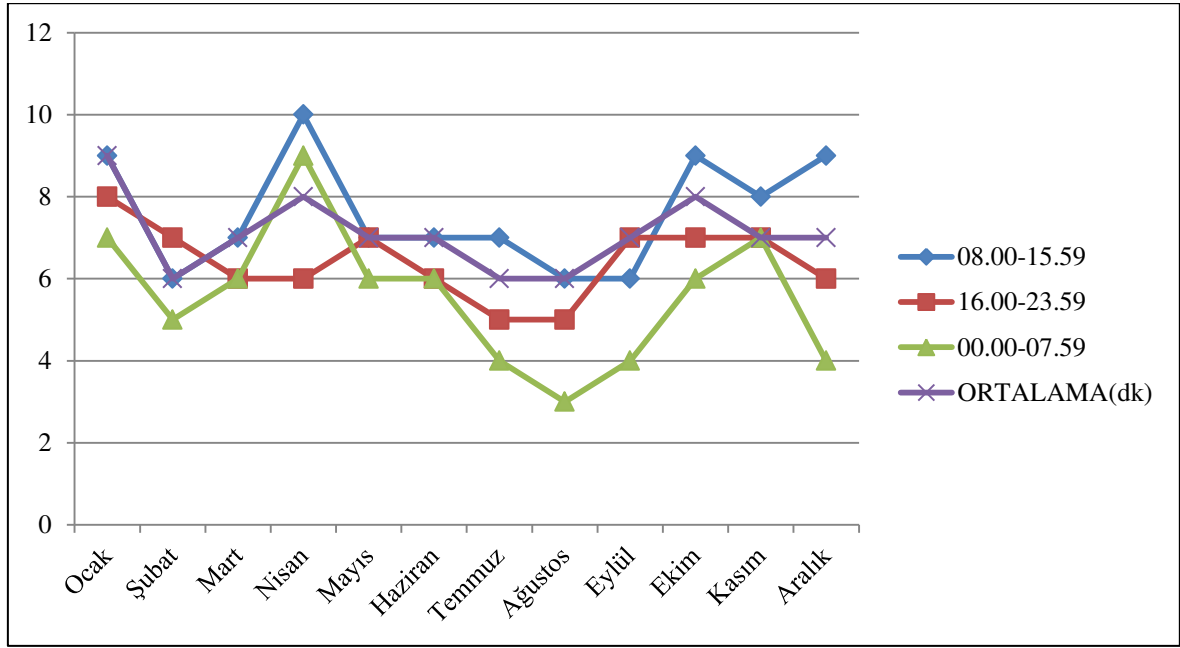
Şekil 5. Hafta içi - hafta sonu yapılan başvurular

Şekil 5'te hastane acil servisine hafta içi ve hafta sonlarında yapılan başvurular gösterilmektedir. Tüm aylar boyunca hafta içi yapılan başvuruların, hafta sonu yapılan başvurulardan daha fazla olduğu görülmektedir. Ocak ve Kasım aylarında hem hafta içinde hem de hafta sonlarında en fazla başvurunun yapıldığı görülmektedir.



Şekil 6. Enjeksiyon polikliniğine yapılan başvuru sayısı

Şekil 6’da hastaneye enjeksiyon polikliniğine yapılan başvurular gösterilmektedir. Tablo incelendiğinde, enjeksiyon polikliniğine hafta içi yapılan başvuruların, hafta sonu yapılan başvurulardan daha fazla olduğu görülmektedir. Temmuz ve Kasım aylarında, hafta içi en yüksek, Şubat ayında ise en düşük sayıda başvuru yapılmıştır. Hafta sonu enjeksiyon polikliniğine yapılan başvurulara bakıldığında en fazla başvurunun Kasım ayında, en düşük başvurunun da Nisan ve Eylül aylarında yapıldığı görülmüştür.



Şekil 7. Aylara göre muayene sırası bekleme süreleri

Şekil 7’de aylara göre hastaların muayene bekleme süreleri verilmiştir. Tabloya bakıldığında muayene için beklenen en fazla sürenin Nisan ayında 08.00-15.59 saatleri arasında, en az sürenin de Ağustos ayında 00.00-07.59 saatleri arasında olduğu görülmüştür. On iki ayın ortalamasına göre, bekleme süresinin maksimum 9dk, minimum 6 dk olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, bir devlet hastanesinin acil servisine olan hasta başvurularını değerlendirmek amacıyla yapılan araştırma sonuçlarında elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hastane acil servis başvurularına cinsiyet açısından bakıldığında yapılan bazı çalışmalarda %43.2'si erkek, %56.8'i kadın (5), %43.5'ü erkek; %56.5'si kadın (75) olarak analiz edilmiştir. Bizim çalışmamızda ise bir yıllık başvuruların ortalamasına bakıldığında erkeklerin başvuru oranlarının kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. İlçede erkek nüfus kadınlara oranla daha fazladır. İlaveten hastanenin ilçe merkezinde bulunması nedeniyle mesai bitiminde erkeklerin daha rahat ulaşabiliyor olması ile de ilişkili olabilir (Tablo 1).

Ersel ve ark. (27) yaptıkları çalışmada başvuran hastaların %43.4'si 17-39 yaş arasında, %39.0'u 40-64 yaş arasında, %17.6'sı ise 65 yaş ve üzerinde olarak analiz etmişlerdir. Bizim çalışmamızda, bir yıl süre ile yapılan başvurular yaş gruplarına göre incelendiğinde en fazla başvuruyu 45-64 yaş aralığındaki kişilerin yaptığı görülmüştür. Sonra sırayla 18-34 yaş, 65 yaş ve üzeri ve en az başvuruyu da 35-44 yaş aralığındaki hastaların yaptığı bulunmuştur. Acil servise başvuran hastalarımızın çoğunluğunu 45-64 yaş hasta grubu oluşturmaktadır ve bu oranlar diğer çalışmalarla uyum göstermektedir (27, 76) (Tablo 1).

Yapılan bir çalışmada, bir üniversite hastanesinin acil servisine başvuran hastaların %98.8'inin SGK'ya bağlı olduğu, geriye kalan %1.2'sinin anlaşmalı kurum, bankalar, özel sigortalar, ücretliler olduğu (77), farklı bir üniversite hastanesi acil servisinde yapılan çalışmada da sosyal güvencesi emekli sandığı olanların sayısının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (27). Ülkemizde devlet hastaneleri tüm sosyal güvence gruplarına ve hiçbir sosyal güvencesi olmayan hastalara hizmet vermektedir. Bu hastanelerin acil servislerinde meydana gelen yoğunluk sebebiyle de verilen sağlık hizmetinde güçlükler yaşanmaktadır. Çalışmamızda yapılan başvurular, hastaların bağlı oldukları kuruma göre incelendiğinde, en fazla başvuruyu sosyal güvencesi Sgk(S.G.K.)(Aktif) (%73.32) kişiler yapmıştır. En düşük başvuru 2828 Sayılı Kanuna Tabi SHÇEK Kanunu Hükümlerine Göre Korunma, Bakım Ve Rehabilitasyon Hizmetlerinde olan (%0.65) kişiler tarafından yapılmıştır. Bazı araştırmalarda, sosyal güvence yokluğu acil servislerin uygunsuz kullanımına yol açabilen bir faktör olarak tanımlanmıştır (77) (Tablo 1).

Çalışmamızda, başvuru saatlerini incelediğimizde, en yüksek başvuru (%53.30) 08.00-15.59 saat aralıklarında, en az başvuru ise (%5.66) kişi ile 00.00-07.59 saatleri arasında yapılmıştır. Ülkemizde 2015-2017 yılları arasında yapılan acil servis başvurularını inceleyen bir çalışmada en sık başvuru saatlerinin 18:00-00:00 saatleri arasında olduğu bulunmuştur (51). Yine çalışmamızda hafta içi yapılan başvuruların, hafta sonu yapılan başvurulardan daha fazla olduğu görülmüştür (Şekil 5). Akşam saatlerinde başvuruların arttığını belirten çalışmalar, bizim çalışmamızla uyumlu olarak izlenirken, aynı çalışmalarda elde edilen hafta sonu mesai saatlerindeki başvuru sayısındaki artış çalışmamızla uyumlu değildir (11, 38). Hastaların akşam shiftinde daha fazla başvurması sebebi mesai saati dışında olması ve gündüz çalıştıkları için aile hekimlerine ulaşamamaları nedeniyle olabilir. Bu durum ayrıca acil servisler dışındaki sağlık merkezlerinde tedavi olabilecek hastaların da acil servislere başvurarak yoğunluğu daha da fazla arttırmaları ile sonuçlanmaktadır. Ancak Oktay ve ark. yaptığı çalışmada yine en sık başvuruların benzer saatlerde olduğu, bu saatlerdeki başvuruların aciliyet seviyesinin ise gündüz saatlerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (75). Aynı saatlerde acil servis yoğunluğu ile aciliyeti yüksek olan hastaların başvurusunun artması, acil servis çalışanları ve gerçek acil olarak nitelendirilebilecek hastalar için oldukça olumsuz bir durum oluşturabilmektedir (Tablo 2).

Çalışmamızda hastaların acil servise baş ve boğaz ağrısı, ateş, öksürük, karın ağrısı, bel ağrısı gibi şikayetlerle daha fazla başvuru yaptıkları görülmüştür. Kılıçaslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada başvurulardaki en sık şikayetler göğüs ağrısı, karın ağrısı ve nefes darlığı, en sık koyulan tanı ise üst solunum yolu enfeksiyonu olarak bulunmuştur (78) (Tablo 3).

Hastaların başvuru semptomlarıyla uyumlu olarak, acil servisimizde en sık konulan tanı akut üst solunum enfeksiyonu (%14.30) dur. Bunu yumuşak doku bozukluğu (%10.66) ve vitamin B12 eksikliği (%6.99) izlemektedir. Yine çalışmamızda başvuranların %27.74'ünün enjeksiyon yaptırmak, %2.04'ünün kan tahlili yaptırmak, %0.47'sinin ilaç yazdırmak için başvuru yaptığı görülmüştür. Vitamin eksikliği ve üst solunum yolları hastalıklarına ait şikayeti olan, genel kan tahlillerine baktırmak ve raporlu/raporsuz ilaç yazdırmak isteyen hastaların acil servisimize fazla oranda başvuru yapıyor olması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin tam olarak çalışmadığını, hastaların aile sağlığı merkezine başvurmak yerine acil servislere başvurduğunu düşündürmektedir. Yapılan bu başvurular,

uygun olmayan başvurular içinde yer almakta ve acil servisin gereksiz yere meşgul edilmesine, daha acil vakalar için zaman kısıtlılığına neden olmaktadır. Uygun olmayan acil servis başvuru şikayetlerini yaptığı çalışmada %24.2 oranında belirleyen Sempere-Selva, bu başvuruların birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılmamasının nedenini bu birimlere duyulan güven eksikliği olarak ileri sürmüştür (79) (Tablo 4).

Cinsiyete göre hastalara koyulan ilk 20 ICD tanı ve kodları incelendiğinde, kadın cinsiyetin en çok akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış (%12.69), en az kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış (%0.03) tanısı alırken; erkek cinsiyetin en çok yumuşak doku bozuklukları, kullanma, aşırı kullanma ve basınç ile ilişkili (%17.92), en az akut bronşit, tanımlanmamış (%0.23) tanılarını aldığı bulunmuştur. Kadınların yüksek oranda üsye tanıları almalarının sebebi, hastanede Kulak, Burun, Boğaz (KBB) polikliniğinin bulunmaması, erkeklerin yumuşak doku bozukluğu tanılarını daha yüksek oranda almalarının sebebi ise inşaat ve orman işlerinde çalışmaları, ağaç motoru, ağır iş makineleri kullanmaları, kesici, delici aletlerle daha çok iş yapmaları olabilir. Bazı çalışmalarda kadın hastaların uygun olmayan başvuru oranları daha yüksek saptanmıştır (75, 78). ABD’ de yapılan bazı çalışmalarda, kadın erkek cinsiyeti arasında aciliyet açısından anlamlı bir fark izlenmemiştir (12). Kadın hastaların acil olmayan başvuru fazlalığının altında Türk toplumuna has bazı kültürel farklılıklar yatabilir. Birçok kadın mesai saatlerinde eşi veya bir yakını bulunmadığı için poliklinik hizmeti veren kuruluşlara gidememekte, ancak eşi ya da yakınları ile birlikte başvuru yapabilmektedir. Erkekler ise daha fazla iş hayatında yer almaları, buna bağlı olarak mesai saatleri içinde poliklinik veya aile hekimliği hizmetlerinden yararlanamamaları nedeniyle daha acil durumlarda hastaneye başvuruyor olabilirler (Tablo 5).

Acil servise yapılan başvurular yaş aralıkları ile hastalara koyulan ilk 20 ICD tanı ve kodları açısından incelendiğinde 18-34 yaş aralığındaki hastalara en çok yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer (%13.72) tanısı konulurken, serebrovasküler hastalık, tanımlanmamış ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, tanımlanmamış tanıları hiç konulmamıştır. Yaş aralığı 35-44 olan kişilere en çok akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış (%16.08) tanısı konulmuştur. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevlenmelerle, ve koagülasyon bozukluğu, tanımlanmamış tanıları da hiç konulmamıştır. Yaş aralığı 45-64 olan hastalara en çok yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer (%12.83), en az kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut

alevenmelerle (%0.19), 65 yaş ve üzeri hastalara en çok yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer (%10.67) tanıları konulmuştur. Bu yaş grubuna migren tanısı hiç konulmamıştır. Yaş grupları ile hastalara konulan ICD tanı ve kodları arasındaki ilişkiye bakıldığında yaş ortalaması 18-34, 45-64 ve 65 yaş ve üzeri olan hastalara en çok konulan tanının yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış olduğu görülmüştür. Yaş aralığı 18-34 olan hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonu hastalıkları, karın ağrısı, yumuşak doku bozukluğu gibi şikayetler çoğunlukla acil olmayan şikayetler daha sık iken, 65 yaş ve üzeri hastalarda genç hastalara benzer şekilde üst solunum yolu enfeksiyonu, yumuşak doku bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklar arasında ise en fazla dispne ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akut alevenmelerle tanılarının ön plana çıktığı görülmektedir. kardiyak ve göğüs hastalıkları ile ilgili şikayetlerin ön plana çıktığı tespit edilmiştir. Geriatrik hastaların acil servise yaptıkları başvuruların incelendiği bir çalışmada, yaşlı hastaların genç hastalara göre acil serviste daha fazla yattığını ve acil serviste kalış sürelerinin daha uzun olduğu (80) belirtilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç; tüm yaş gruplarında üst solunum yolu enfeksiyonun en önemli sağlık sorunu olarak yer almaktadır (Tablo 6).

Acil servise yapılan başvurular triyaj alanına göre hastalara koyulan ICD tanı ve kodları açısından incelendiğinde, kırmızı alana alınan hastalardan kardiyak arrest tanısı alanları oranı %40 oranında bulunmuştur. Sarı alana en çok alınan tanılar akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış (%13.40) ve yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış, diğer (%14.02)'dir. Yumuşak doku bozukluğu tanısı alan hastalar genelde yara pansumanı, kesi sütürasyonu, atel uygulanması, hastanın klinik durumuna göre intravenöz ilaç uygulaması, hastanın ağrı durumuna göre ağrı kesici uygulanması nedeniyle, sarı alana alınmaktadırlar. Yeşil alanda en çok konulan tanı akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış (%34.31) ve esansiyel (primer) hipertansiyon (%5.76)'dur. Yeşil alanda üsye ve ht tanılı hastaların daha fazla olmasının sebebi ise basit şikayetler için ilaç reçetesi almak veya raporu olan hastaların tansiyon ilaçlarını yazdırmak için olabilir (Tablo 7).

Ülkemizde dini ve resmi tatiller kalabalık şehir hayatından kurtulmak ya da aile büyüklerini, akrabalarını, eş dostlarını ziyaret etmek isteyenler için kısa da olsa biraz zaman imkanı sunmaktadır. Çalışmamızda bu tatillerde acil servislere yapılan başvuru sayılarını, hastalara konulan tanıları ve hastaların tedavi aldıkları triyaj alanını inceledik. Elde ettiğimiz verilere göre hastalara en çok üst solunum yolu enfeksiyonları,

hipertansiyon, miyalji, baş ağrısı, vitamin B12 eksikliği tanılarının konulduğu, bu hastaların dini tatillerde daha çok sarı alanda, resmi tatillerde ise daha çok yeşil alanda tedavi aldıkları görülmüştür. Hastaların dini tatillerde sarı alanda daha çok tedavi almalarının nedeni, daha ciddi şikayetlerle başvurmaları olabilir (Tablo 8-10).

Çalışmamızda, bir ay içinde yapılan tekrarlı başvurularda, hastalara konulan tanılara baktığımızda en çok solunum yolu enfeksiyonları, yüksek tansiyon, bulantı kusma, baş ağrısı, karın ağrısı gibi tanılar olduğu görülmüştür. Hastaların bir ay içinde yaptıkları başvurularda aynı tanıyı almalarının nedeni, hastaların tedavi sonuçları için aceleci davranmaları, verilen tedaviyi uygulamamaları, hekim tavsiye ve önerilerini dikkate almamaları ve takip edilmemeleri, şikayetleri için uzman hekim poliklinikleri yerine acil serviste tedavi olup hemen eski sağlıklarına kavuşmak istemeleri olabilir (Tablo 11).

Aylara göre hastalara konulan tanılara baktığımızda, akut üst solunum yolu enfeksiyonu ve vitamin B12 eksikliği, esansiyel (primer) hipertansiyon ve genel muayeneler tanılarının daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmamızı yaptığımız Murgul'da nüfus değişkendir. Çünkü arazi yetersizliği ve alternatif iş istihdamı yaratılamaması nedeniyle ilçede sürekli dışarıya göç yaşanmakta, kış aylarında köylerdeki bazı ailelerin ilçe merkezine gelmesiyle nüfus artmaktadır (81). Kış aylarında öksürük, boğaz ağrısı gibi şikayetlerle hastaların acil servise başvurmaları sonucu solunum sistemi ile ilgili tanıları almış olmaları muhtemeldir. Genel muayeneler tanısının yaz mevsiminde daha fazla koyulması, yaz aylarında insanların tatil veya ziyaret amaçlı ilçeye gelmeleri, nüfusun geçici olarak artması, gelen kişilerin hastaneye tetkik amaçlı başvuru yapmalarına bağlı olabilir (Şekil 2).

Aylara göre acil serviste yapılan hemşirelik uygulamaları incelendiğinde intramüsküler ilaç uygulaması en çok Kasım ayında yapılırken, en az Şubat ayında, damar yolu açılması en çok Ağustos ayında yapılırken, en az Mayıs ayında, intravenöz ilaç infüzyonu en çok Ağustos ayında yapılırken en az Mayıs ayında, yara pansumanı en çok Ağustos ayında yapılırken en az Ocak ayında yapılmıştır. İntramüsküler ilaç uygulamasının en fazla Kasım ayında yapılması hastalara konulan vitamin eksikliği tanısı sonrasında hastaların enjeksiyon yaptırmak için başvuru yapıyor olması etkili olabilir. Damar yolu açılması, yara pansumanı gibi uygulamaların yaz aylarında daha fazla yapılması, nüfusun ve başvuruların geçici olarak bu aylarda artmış olması, insanların sıcak

havalardan dolayı, açık alanlarda fazla vakit geçirmeleri sonucu sıcaktan etkilenmeleri veya yaralanma ve sakatlanma risklerinin daha fazla olmaları olabilir (Tablo 12, Şekil 3).

Çalışma boyunca hastalardan istenen laboratuvar tetkikleri sırayla incelendiğinde; hemogram (%31.81), biyokimya (%28.76), TİT (%15.82), hormon (T3, T4, TSH, Ferritin) (%9.13) ve kalp enzimi olan troponin (%6.63) bakıldığı belirlenmiştir. Radyolojik tetkiklerde ise; sırayla akciğer (%41.23), eklem (%38.79) ve ayakta direk batın grafisi (%19.96) istemi yapılmıştır. İlçenin nüfusunun yaz tatili, bayram ve resmi tatiller dolayısıyla geçici olarak arttığı, bu artıştan dolayı acil servis başvuru ve istenen tetkiklerin sayısının yükseldiği düşünülmektedir. Aydın ve ark. yaptıkları çalışmada 3000 hastanın %12.6'sından radyolojik görüntüleme istendiği, en fazla istem yapılan tetkikin %40.6 ile bilgisayarlı beyin tomografisi ve %7 ile manyetik rezonans görüntüleme olduğu görülmüştür (82). Çalışmamızı yürüttüğümüz hastanede bilgisayarlı beyin tomografisi ve manyetik rezonans bulunmaması hekimleri röntgen istemiyle sınırlamış olabilir (Tablo 13, 14).

Aylara göre bakılan laboratuvar tetkikleri ve istek yapılan radyolojik tetkiklere bakıldığında hemogram, biyokimya ve TİT örneklerine en çok Ağustos ayında, hormon tetkiklerine en çok Mayıs, troponine ise en çok Aralık ayında bakılmıştır. Radyolojik tetkikler içinde akciğer grafisi en fazla Aralık, en az Eylül, karın grafisi en fazla Şubat, en az Temmuz ve Eylül, eklem grafisi fazla Kasım, en az ise Ocak ayında bakılmıştır. Köse ve arklarının yaptığı çalışmada en çok istenen laboratuvar tetkikinin acil biyokimya, radyolojik tetkik ise direk grafipler olarak bulunmuştur (83). Ağustos ayında meydana gelen geçici nüfus artışı ile bakılan tetkiklerin sayısında da artış görülmüş olabilir. Solunum sistemi ile ilgili tanıların fazla koyulduğu aylarda akciğer grafisi isteminin fazla yapılmış olması uyumlu olabilir (Şekil 4).

İki bin on dokuz yılı, yıl boyunca hafta içi yapılan başvuruların, hafta sonu yapılan başvurulardan daha fazla olduğu, ocak ve kasım aylarında hem hafta içinde hem de hafta sonlarında en fazla başvurunun yapıldığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada da pazar ve pazartesi günlerinde acil servislerin yoğun olduğu bulunmuştur (84). Hafta içi meydana gelen yoğunluğun sebebi, hastaların polikliniklerde muayene sırası bulamaması nedeniyle acil servise başvuru yapmaları sayılabilir (Şekil 5).

Çalışmamızda acil servise enjeksiyon yaptırmak için yapılan başvuruların sayısının hafta içi, hafta sonuna göre daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bunun sebebi hafta

sonu insanların köylere çıkmasından dolayı hastaneye gelişlerinin zor olması ve enjeksiyonu hafta içi yaptırmanın daha uygun olduğunu düşünmeleri olabilir (Şekil 6).

Çalışmamızda hastaların muayene öncesi bekleme süreleri yıl boyunca maksimum 9 dakika, minimum 6 dakika olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada da, acil servis asistanlarının hastaları ilk değerlendirmesine kadar geçen süreler incelenmiş ve %76.4 oranında hastanın ilk 5 dakika içinde muayene edildiği, sadece %0.4'ünün 15 dakikadan uzun sürede acil asistanı tarafından değerlendirildiği tespit edilmiştir (101) (Şekil 7).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Acil servislere başvuran hastaların özelliklerini ve bu başvurulara yapılan girişimler ve uygulamalar ile acil servisteki kalabalıklığı belirlemek amacıyla yaptığımız bu araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Başvuru şikayetleri arasında en fazla baş ağrısı (%5.99), boğaz ağrısı (%5.53) ve öksürük (%4.74) yer almaktadır. Başvuran hastalara koyulan tanılarda ilk sırada akut üst solunum yolu enfeksiyonu, tanımlanmamış (%14.30) gelmektedir. Bunu yumuşak doku bozukluğu, tanımlanmamış (%10.66) tanısı takip etmektedir (Tablo 3, 4).
- Araştırmamızda başvuran erkek hasta sayısının (6420 kişi), kadın hasta sayısından (5098) daha fazla olduğu görülmüştür. Erkek hastalar daha çok M tanı kodu ile başlayan yumuşak doku bozukluğu tanılarını alırken (%17.92) kadın hastalar J tanı kodu ile başlayan solunum yolu enfeksiyonları (%12.69) tanılarını almışlardır (Tablo 5).
- Araştırmamızda en fazla başvuruyu 45-64 yaş aralığındaki bireylerin (%35.50) yaptığı ve bu yaş grubunun en fazla M tanı kodu ile başlayan yumuşak doku bozuklukları (%12.83) tanılarını aldıkları görülmüştür. En az başvuruyu ise 35-44 yaş aralığındaki bireyler (%17.27) yapmıştır ve J tanı kodu ile başlayan solunum yolu hastalıkları (%16.08) tanılarını aldıkları bulunmuştur (Tablo 6).
- Araştırmamızda kırmızı alana alınan hastalara (%40) I46 kardiyak arrest tanısının, sarı alanda en çok M tanı kodu ile başlayan yumuşak doku bozukluğu tanılarının (%14.02), yeşil alanda ise J tanı kodu ile başlayan solunum yolu enfeksiyonları (%34.31) tanılarının koyulduğu elde edilmiştir (Tablo 7).
- Bir ay içinde aynı kişiler tarafından yapılan tekrarlı başvurular değerlendirilmiş ve hastaların tekrarlı başvurularında en çok J tanı kodu ile başlayan solunum yolu hastalıkları ve esansiyel (primer) hipertansiyon tanısını aldıkları görülmüştür (Tablo 11).
- Yapılan hemşirelik uygulamalarını incelediğimizde, en çok intramüsküler enjeksiyon (%34.47), damar yolu açılması (%25.36) ve intravenöz ilaç uygulamaları (%21.23) olduğu görülmüştür (Tablo 12).

- En çok bakılan laboratuvar tetkikleri hemogram (%31.81), biyokimya (%28.76) ve tam idrar tahlili (%15.82) iken en çok istek yapılan radyolojik tetkikin ise akciğer grafisi (%41.23) olduğu bulunmuştur (Tablo 13, 14).
- Araştırmamızda acil servis ve enjeksiyon polikliniğine hafta içinde yapılan başvuruların hafta sonunda yapılan başvurulara göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Şekil 5).

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu.

- Başvuru şikayetleri incelendiğinde hastaneye kulak burun boğaz polikliniği açılması veya haftada iki gün uzman dahiliye doktoru görevlendirilmesi,
- Yine yapılan başvurulara göre, enjeksiyon ve pansuman için nöbetçi hemşireler dışında bir hemşirenin görevlendirilmesi,
- Triyaj esnasında hasta şikayet ve başvuruları sorgulanırken ayrıntılı bilgi alınması ve hastaların şikayetlerinin aciliyetinin değerlendirilmesi ve ona göre aile hekimliği polikliniğine veya acil servise yönlendirilmesi,
- Bunun için triyajda görev yapan personeline hasta şikayeti sorgulama ve aciliyetini değerlendirme konusunda eğitim verilmesi,
- Halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinin varlığı, amacı ve işlevleri hakkında bilgilendirilmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması,
- Uzman polikliniklerine yapılan sevklerin aile hekimliğinden verilmesi,
- Dış merkezlerde uzman doktorlar tarafından takipli hastalardan istenen kan ve diğer tetkiklerin aile hekimliğinden yapılması.

7. KAYNAKLAR

1. Atilla R (2010). Dünyada ve Türkiye’ de Acil Tıp. İç: Kekeç Z, editör. Tüm yönleriyle acil tıp. Adana Nobel Kitapevi 3-7.
2. Shiber JR, Longley MB, Brewer KL (2009). Hyper-use of the ED. American Journal of Emergency Medicine 27(5): 588-594.
3. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ (2009). Emergency department crowding, part 1-concept, causes, and moral consequences. Annals of Emergency Medicine 53(5): 605-611.
4. Pines JM, Prabhu A, McCusker CM, Hollander JE (2010). The effect of ED crowding on education. American Journal of Emergency Medicine 28(2): 217-220.
5. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S (2008). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servis hastalarının özellikleri. Van Tıp Dergisi 15(4): 107-111.
6. Kabaroğlu K, Eroğlu SE, Onur Ö, Denizbaşı A, Akoğlu H (2013). Acil serviste hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması. Marmara Medical Journal 26(2): 82-89.
7. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü [online]. Erişim adresi: <http://hsgm.saglik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 12.02.2020].
8. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, Alkemade AJ, Al Shabanah H, Anderson PD, Bernhard M, Bertini A, Gries A, Ferrandiz S, Kumar VA, Harjola VP, Hogan B, Madsen B, Mason S, Öhlen G, Rainer T, Rathlev N, Revue E, Richardson D, Sattarian M, Schull MJ (2011). International perspectives on emergency department crowding. Academic Emergency Medicine 18(12): 1358-1370.
9. Cowan RM, Trzeciak S (2005). Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. Critical Care 9(3): 291-295.
10. Health & Social Care Information Centre. Focus on Accident & Emergency 2013 [online]. Erişim adresi: <https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub13xxx/pub13040/acci-emerfocu-on-2013-dqn.pdf>. [Erişim Tarihi: 22.05.2020].
11. Zeytin AT, Çevik AA, Acar N, Kaya Ş, Özçelik H (2014). Orta Anadolu’da akademik bir acil servise başvuran hastaların özellikleri. Turkish Journal of Emergency Medicine 14(2): 75-81.

12. Horwitz LI, Green J, Bradley EH (2010). US emergency department performance on wait time and length of visit. *Annals of Emergency Medicine* 55(2): 133-141.
13. Acil Bakım Hemşireliği [online]. Erişim adresi: <http://www.tatd.org.tr>. [Erişim Tarihi: 30.06.2020].
14. Breen BM, McCann M (2012). Healthcare providers attitudes and perceptions of inappropriate attendance in the emergency department. *International Emergency Nursing* 21(3): 180–185.
15. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS (1998). Definition of emergency medicine. *Academic Emergency Medicine* 5(4): 348-351.
16. What to do in an emergency. American College of Emergency Physicians. June 2003. <http://www.acep.org> [Erişim Tarihi 28/07/2021].
17. Erbay H (2012). Hastane öncesi acil tıpta hastanın müdahaleyi reddetmesi: kuramsal değerlendirme ve bir alan çalışması. Doktora Tezi (Yayınlanmamış), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana.
18. Iserson KV (1990). Refusal of care: The ethical dilemma. *Annals of Emergency Medicine* 19(10): 1197-1199.
19. American College of Emergency Physicians Board of Directors (1993). Duty of emergency physicians to patients. *Annals of Emergency Medicine* 22: 153.
20. American College of Emergency Physicians Board of Directors (1993). Emergency medical care: Appropriateness and access. *Annals of Emergency Medicine* 22: 1787.
21. Iserson KV, Moskop JC (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history and types. *Annals of Emergency Medicine* 49(3): 275-281.
22. Mesleki ve Teknik Eğitim Programlar ve Öğretim Materyalleri. Acil Sağlık Hizmetleri Triaj [online] 2011. Erişim adresi: http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Triaj.pdf. [Erişim Tarihi: 15.05.2020].
23. Akıncı Ö (2009). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi Triaj Skalası'nın oluşturulması ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir.

24. Dong SL, Bullard M (2009). Emergency department triage In: Rowe B, Lang E, Brown M: Evidence-Based Emergency Medicine. Oxford: Wiley-Blackwell 58–65.
25. Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. T.C. Resmi Gazete.16 Ekim 2009-Sayı: 27378.
26. Emergency department, Wikipedia [online]. Erişim adresi: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_department. [Erişim Tarihi: 22.05.2020].
27. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, Turkish Journal of Emergency Medicine 6(1): 25-35.
28. Oktay C (1999). Acil servis başvurularının aciliyet yönünden değerlendirilmesi ve acil servis kullanım özellikleri. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir.
29. Pines JM, Pilgrim RL, Schneider SM, Siegel B, Viccellio P (2011). Practical implications of implementing emergency department crowding interventions: summary of a moderated panel. Academic Emergency Medicine 18(12): 1278–1282.
30. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNei JJ (2011). Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. Emergency Medicine Journal 28(5): 373-377.
31. Unsal A, Cevik AA, Metintas S, Arslantas S, Inan CO (2003). Emergency department visits by elder patients. Turkish Journal of Geriatrics 6(3): 83-88.
32. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G (2010). Older patients in the emergency department: A Review. Annals of Emergency Medicine 56(3): 261-269.
33. Roberts DC, McKay PM, Shaffer A (2008). Increasing rates of emergency department visits for elderly patients in the United States, 1993 to 2003. Annals of Emergency Medicine 51(6): 769-774.
34. Hoot NR, Le Blanc LJ, Jones I, Levin SR, Zhou C, Gadd CS, Aronsky D (2008). Forecasting emergency department crowding: A discrete event simulation. Annals of Emergency Medicine 52(2): 116-125.

35. Dent A, Hunter G, Philip A (2010). The impact of frequent attenders on a UK emergency department. *Websterb European Journal of Emergency Medicine* 17(6): 332–336.
36. Johar M, Jones G, Savage E (2013). The effect of lifestyle choices on emergency department use in Australia. *Health Policy* 110(2-3): 280-290.
37. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJ, Schultz CW, Sarpatwari R, Wissow L, Links J, Fields J, McWilliams J, Gaasch W (2013). Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Academic Emergency Medicine* 20(11): 1101–1111.
38. Özçelik H (2012). Acil servise başvuran kategori 1 hastaların acil serviste kalış süresini etkileyen faktörler. *Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir.*
39. Akyol C, Oktay C, Hakbilir O, Akyol AJ, Çalışkan TF (2006). Acil servise aynı şikayet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 6(3): 108-116.
40. Woo JH, Grinspan Z, Shapiro J, Rhee SY (2016). Frequent users of hospital emergency departments in Korea characterized by claims data from the national health insurance: A Cross Sectional Study. *PloS One* 11(1): e0147450.
41. Krieg C, Hudon C, Chouinard MC, Dufour I (2016). Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Services Research* 16(1): 594.
42. LaCalle E, Rabin E (2010). Frequent users of emergency departments: the myths, the data and the policy implications. *Annals of Emergency Medicine* 56(1): 42-48.
43. Blank FS, Li H, Henneman PL, Smithline HA, Santoro JS, Provost D, Maynard AM (2005). A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *Journal Emergency Nurse* 31(2): 139-144.
44. Cunningham P (2006). What accounts for differences in the use of hospital emergency departments across US communities? *Health Affairs* 25(5): 324-336.

45. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C (2005). Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 5(1): 5-131.
46. Van Der Linden MC, Van Den Brand CL, Van Der Linden N, Rambach AH, Brumsen C (2014). Rate characteristics, and factors associated with high emergency department utilization. *International Journal Emergency Medicine Abbreviation* 7(1): 9.
47. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA (2003). Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Academic Emergency Medicine* 10(4): 320-328.
48. Mandelberg J, Kuhn R, Kohn M (2000). Epidemiological analysis of an urban, public emergency department’s frequent users. *Academic Emergency Medicine* 7(6): 637-646.
49. Bentley J, Meyer J (2004). Repeat attendance by older people at accident and emergency departments. *Journal of Advanced Nursing* 48(2): 149-156.
50. Cardin S, Afilalo M, Lang E, Collet JP, Colacone A, Tselios C, Dankoff J, Guttman A (2003). Intervention to decrease emergency department crowding: does it have an effect on return visits and hospital readmissions? *Annals of Emergency Medicine* 41(2): 173-185.
51. Yorulmaz M, Karaalp F, Bükecik N, Özyılmaz AF (2017). Acil servise tekrar başvuru oranı değerlendirilmesi. *Selcuk University Journal of Social and Technical Researches* 14: 92-99.
52. Carret ML, Fassa AG, Domingues MR (2009). Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública* 25(1): 7–28.
53. Jones D (2011). How GPs can help reduce inappropriate attendance. *Emergency Nurse* 19(4): 20–23.
54. Northington WE, Brice JH, Zou B (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *American Journal Emergency Medicine* 23(2): 131–137.
55. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG (2004). Reliability and validity of scores on the emergency severity index version 3. *Academic Emergency Medicine* 11(1): 59-65.

56. Callen JL, Blundell L, Prgomet M (2008). Emergency department use in a rural Australian setting: are the factors prompting attendance. *Australian Health Review* 32: 710-720.
57. Türkiye İstatistik Kurumu-2017 [online]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr> [Erişim Tarihi: 25.12.2020].
58. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel DR (2005). Emergency severity index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ Publication No.05-0046-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
59. McHale P, Wood S, Hughes K, Bellis MA, Demnitz U, 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.
60. Kool RB, Homberg DJ, Kamphuis HCM (2008). Kamphuis Towards integration of general practitioner posts and accident and emergency departments: a case study of two integrated emergency posts in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 8: 225.
61. Rodriguez RM, Fortman J, Chee C, Ng V, Poon D (2009). Shelter and safety needs motivating homeless persons visits to an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 53(5): 598-602.
62. Mutlu H (2015). Acil servisten yatışı yapılan hastaların ileriye dönük değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya.
63. Cowan RM, Trzeciak S (2005). Clinical review: Emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Critical Care Journal* 9(3): 291-295.
64. American Collage of Emergency Physicians (1990). Hospital and emergency department overcrowding. *Annals of Emergency Medicine* 19(3): 336.
65. Derlet RW (2002). Overcrowding in emergency departments: increased demand and decreased capacity. *Annals of Emergency Medicine* 39(4): 430-432.

66. Sprung CL, Artigas A, Kesecioğlu J, Pezzi A, Wiis J, Pirracchio R, Baras M, Edbrooke DL, Pessenti A, Bakker, Hargreaves C, Gurman G, Cohen SL, Lippert A, Payen D, Corbelli D, Lapichino G (2012). The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: Part I-European Intensive Care Admission Triage Scores. *Critical Care Medicine* 40: 125-131.
67. Bernstein SL (2006). Frequent emergency department visitors: The end of inappropriateness. *Annals of Emergency Medicine* 48(1): 18-20.
68. Türközü M (2014). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığı, tekrar başvuru nedenlerinin incelenmesi: 1 yıllık inceleme. Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir.
69. Isır AB, Dülger HE, Yıldırım C (2006). Acil hemşiresinin görevleri ile hukuksal ve etik sorumlulukları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 6(2): 90-96.
70. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011). T.C. Resmi Gazete 27910.
71. Robertson LC, Al-Haddad M (2013). Recognizing the critically ill patient. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 14(1): 11-14.
72. Gören S, Bayraktar S (2017). Erişkinde kardiyak arrest ve kardiyopulmoner resüsitasyon. Basılmamış ders notları, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Bursa.
73. Mandatory nurse-to-patient ratios in California (2012). Erişim adresi: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0009/439578/03.12_Mandatory_nurse_staffing_levels_v2_FINAL.pdf. [Erişim Tarihi: 30.06.2020].
74. Position statements (2001). Erişim adresi: <http://www.aaem.org/emresources/position-statements/2001>. [Erişim Tarihi: 30.06.2020].
75. Oktay C, Cete Y, Eray O, Pekdemir M, Gunerli A (2003). Appropriateness of emergency department visits in a Turkish University Hospital. *Croatian Medical Journal* 44(5): 585-591.
76. Polat O, Kabaçam G, Güler İ, Ergişi K, Yıldız A (2005). İbn-i Sina Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran hastaların sürveyans analizi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 5(2): 78-81.

77. Yüksel A (2020). Acil servise başvuran hasta profili, tanı kodları ile triyaj yönünden değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Emergency Medicine* 3(2): 37-41.
78. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E (2005). Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Turkish Journal Emergency Medicine* 5(1): 5-13.
79. Sempere-Selva T, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I (2001). Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons--an approach with explicit criteria. *Annals of Emergency Medicine* 37(6): 568-579.
80. Gülalp B, Aldinç H, Karagün Ö, Çetinel Y (2009). The complaint and outcome of geriatric patient in emergency department. *Turkish Journal Emergency Medicine* 9(2): 73-77
81. Artvin Valiliği [online]. Erişim adresi: <http://www.artvin.gov.tr/Murgul> [Erişim Tarihi: 20.12.2020].
82. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi’ne başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 9(4): 163-168.
83. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F (2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvuruların uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi* 17(2): 57-62.
84. McCaig LF, Nawar EW (2006). National hospital ambulatory medical care survey: 2004. *Emergency Department Summary* 372: 1-29.



EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

- Yaş
18-34 () 35-44 () 45-64 () 65 ve üzeri ()
- Cinsiyet
Kadın () Erkek ()
- Sosyal güvence
Sgk (S.G.K.)(Aktif) ()
T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü / An ()
27-Medula (61/C1-C3-C9) ()
Bağ. Kur ()
4447 Sayılı Kanunla İşsizlik ve Kısa Çalışma Ödeneği Alanlar ()
2828 Sayılı Kanuna Tabi Şhcek Kanunu Hükümlerine Göre Korunma, Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetlerinde ()

BAŞVURU ŞEKLİ

- Başvurulan Birim
Acil poliklinik () Enjeksiyon polikliniğı () Diğer ()
- Provizyon Tipi
Acil () Adli Vaka () İş Kazası () Normal () Trafik Kazası ()
- Taburcu Hali
Daha kapsamlı başka bir hastaneye sevk ()
Haliyle Taburcu ()
Ex ()
Diğer (Önerilerde Bulunuldu, Kontrole Gelecek)
- Başvuru Günü
Hafta İçi () Hafta Sonu () Resmi Tatil () Bayram Tatili ()
- Başvuru Saati
08.00-15.59 () 16.00-23.59 () 00.00-07.59 ()

BAŞVURU ŞİKAYETİ

Göğüs ağrısı () Nefes darlığı () Bulantı-kusma () Baş ağrısı () Kızgınlık / yorgunluk / halsizlik () Öksürük () Burun akıntısı () Yüksek ateş () İdrar yaparken yanma hissi () İshal () Arı/Kene Sokması () Baş dönmesi () Karın ağrısı () Extremitelerde Güç Kaybı () Diğer

ICD TANI KODLAMA SİSTEMİNE GÖRE TANISI ?

.....

TRİAJ ALANI ?

- () Yeşil Alan
- () Sarı Alan
- () Kırmızı Alan

Ek 1. (Devam)

ACİL SERVİSTE İSTENEN TETKİKLER ?

Hemogram () Hormon () Biyokimya () Kardiyak () TİT () Gaitada gizli kan () EKG
() Kan Grubu () Direk Grafler () Beta HCG () Hormonlar

ACİL SERVİSTE YAPILAN UYGULAMALAR ?

- () Herhangi bir uygulama yapmadan gözlem yapıldı
- () Sadece ateş ölçüldü
- () Sadece tansiyonu ölçüldü
- () Ateş, nabız solunum ve tansiyon ölçüldü
- () Oksijen inhalasyon tedavisi
- () Nebülizatör ile ilaç uygulanması
- () Oral ilaç uygulama ile gözleme
- () Damar yolu açılması
- () İV ilaç / İV infüzyon uygulandı ve gözlem yapıldı
- () İM ilaç uygulandı ve gözlem yapıldı
- () Nazogastrik / Orogastrik sonda uygulanması
- () Mesane sonda uygulanması
- () Soğuk uygulama
- () Yara pansumanı
- () Yanık pansumanı
- () Sütür atılması
- () Atel uygulanması
- () Entübasyon
- () Aşı /bağışıklama
- () Reçete ile taburcu
- () Yoğun bakıma alındı
- () Hastaneye yatırıldı
- () Üst birime sevk edilmesi
- () Ex – Vefat

ACİL SERVİSTE MUAYENE İÇİN BEKLEME SÜRESİ ?

- 0-5 dk () 5-10 dk () 10-15 dk () 20dk ve üzeri ()

Ek 2. Etik Kurul Onayı



Ek 2. (Devam)



Ek 2. (Devam)



Ek 3. Kurum İzni



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : KAZAZ, Özlem

Uyruğu :

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Lise	Trabzon Gazi Anadolu Lisesi	2011

AKADEMİK /MESLEKİ DENEYİMİ

Görev	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Hemşire	Artvin Murgul İlçe Devlet Hastanesi	2017-2020
2.Hemşire	Artvin Arhavi İlçe Devlet Hastanesi	2021-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

İç Hastalıkları Hemşireliği