



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ
ACİL SERVİSLERİN UYGUNSUZ
KULLANIMINA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ**

Perihan ŞİMŞEK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

TRABZON-2015

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

.....

Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Perihan Şimşek'in hazırladığı "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Ayla GÜRSOY

Doç. Dr. Dilek ÇİLİNGİR

Doç. Dr. Sevilay HİNDİSTAN

Tarih:30/03/2015

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../.../....tarih vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

30/03/2015

Perihan ŞİMŞEK

TEŞEKKÜR

Büyük bir emek ve özveri ile hazırlanmış olan bu çalışmanın her adımını bilimsel rehberliği ile aydınlatan değerli danışmanım Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Ayla GÜRSOY'a tüm destek ve katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Üzerimde büyük emeği olan sevgili hocalarıma, aileme,

Araştırmanın yürütülmesine izin veren tüm hastane yöneticilerine,

Katılımlarıyla çalışmaya destek sağlayan tüm acil servis sağlık çalışanlarına,

Bilgi ve tecrübeleriyle çalışmama katkıda bulunan ve yardımlarını benden esirgemeyen çok değerli meslektaşlarım Sayın Mehmet Uğur KESİCİ, Orhan ÖZER, Turan ÖMERDERELİOĞLU ve tüm iş arkadaşlarıma sonsuz sevgi ve saygılarımla teşekkürlerimi sunarım.

Perihan ŞİMŞEK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
KABUL ve ONAY	
BEYAN	
TEŞEKKÜR	
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Acil Servislerin İşlevleri	6
4.2. Acil Servis Hizmetlerinin Özellikleri	7
4.3. Triyaj	8
4.3.1. Acil Servis Triyajı	9
4.3.2. Triyaj Sistemleri	9
4.3.2.1. Beş Düzeyli Triyaj Sistemleri	10
4.4. Acil Servislerin Kullanımı	11
4.4.1. Acil Servislerin Kullanımını Etkileyen Unsurlar	13
4.5. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı	15
4.5.1. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımının Nedenleri	17
4.5.2. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımının Sonuçları	18
4.5.2.1. Kalabalıklaşma	19
5. GEREÇ ve YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın Tipi	20
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	20
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
5.4. Veri Toplama Aracı	21
5.5. Anket Formunun Ön Uygulaması	22
5.6. Veri Toplama Yöntemi	22

5.7.	Verilerin Değerlendirilmesi	22
5.8.	Araştırmanın Sınırlılıkları	22
5.9.	Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	22
5.10.	Araştırmanın Planı	23
6.	BULGULAR	24
7.	TARTIŞMA	33
8.	SONUÇLAR ve ÖNERİLER	38
8.1.	Sonuçlar	38
8.2.	Öneriler	39
9.	KAYNAKLAR	40
10.	EKLER	56
10.1.	Ek 1. Onam Formu	56
10.2.	Ek 2. Soru Formu	57
10.3.	Ek 3. Kurum İzinleri	60
11.	ETİK KURUL ONAYI	64
12.	ÖZGEÇMİŞ	65

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Renk Kodlamasına Göre Triyaj Sınıflaması	10
Tablo 2. Kanada Triyaj Skalası	11
Tablo 3. Farklı Aciliyet Düzeylerine Ait Durum Örnekleri	15
Tablo 4. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	24
Tablo 5. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanım Sıklığı	25
Tablo 6. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Başvuruların En Sık Olduğu Saatler	25
Tablo 7. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanım Olarak Kabul Edilen Durum ve Semptomlar	26
Tablo 8. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanım Nedenleri	27
Tablo 9. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanımın Sonuçları	29
Tablo 10. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanımın Çalışanlar Üzerindeki Etkileri	31
Tablo 11. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Uygunsuz Kullanımın Azaltılmasına Yönelik Çözüm Önerileri	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Araştırmanın Planı	23

KISALTMALAR DİZİNİ**Kısaltmalar**

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACEM	The Australian College for Emergency Medicine
ACEP	American College of Emergency Physicians
ark.	Arkadaşları
ATS	Australian Triage Scale
ATT	Acil Tıp Teknikeri
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale
ENA	Emergency Nurses Association
ESI	Emergency Severity Index
GKS	Glasgow Koma Skalası
HUAP	Hospital Urgency Appropriateness Protocol
IM	İntramüsküler
IV	İntravenöz
KHB	Kamu Hastaneleri Birliği
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
MTS	Manchester Triyaj Skalası
NYU	New York University
SPSS	Statistical Package of Social Sciences
ÜSYE	Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları
vb.	Ve Benzeri

1. ÖZET

Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri

Acil servislerin uygunsuz kullanımı tüm dünyada çalışanların verimliliğini ve verilen hizmetin kalitesini etkileyen yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir. Araştırma sağlık çalışanlarının acil servislerin uygunsuz kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde planlandı. Çalışma, Trabzon ilinde bulunan altı hastanenin acil servislerinde çalışmakta olan 124 acil servis sağlık çalışanı ile gerçekleştirildi. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen 16 sorudan oluşan form ile toplandı, sayı ve yüzdelik şeklinde değerlendirildi. Katılımcıların tamamının çalıştıkları acil servislerin uygunsuz kullanıldığını düşündükleri belirlendi. Acil servis çalışanlarının çoğunluğunun acil servislere yapılan başvuruların yarıdan fazlasını uygunsuz olarak nitelendirdikleri ve bu tür başvuruların en yoğun olduğu zaman diliminin 19.01-01.00 arası olduğunu düşündükleri saptandı. Sağlık çalışanlarına göre en sık karşılaşılan uygunsuz başvuru nedeninin reçete yenileme olduğu tespit edildi. Katılımcıların tamamına yakınının, acil servislerin her türlü sağlık sorunu için hizmet verdiğine inanılmasının, uygunsuz kullanıma neden olduğunu düşündükleri belirlendi. Acil servis çalışanlarının çoğunluğunun, uygunsuz kullanımın acil olan hastaların tedavisinin aksamasına ve çalışma motivasyonunun azalmasına yol açtığını düşündükleri saptandı. Araştırma sonuçları, acil servislerin uygunsuz kullanım durumu ve nedenlerine ilişkin bilgi sağlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Acil hemşirelik, acil tedavi, iş yükü, sağlık hizmetleri, tükenmişlik

2. SUMMARY

Emergency Health Care Workers' Thoughts Related to Inappropriate Use of Emergency Departments

All over the world; inappropriate use of emergency departments is accepted as a common problem that affects the quality of the services provided and productivity of the emergency department personnel. The current study was descriptively undertaken in order to determine views of the emergency department health care personnel about inappropriate use of emergency departments. The study was conducted with 124 emergency department health care personnel who worked at six hospitals located in Trabzon Province. The data were gathered using a form of 16 questions designed by the researcher and evaluated with numbers and percentages. It was found out that all of the participants thought that the emergency department where they worked were inappropriate used. It was noted that most of the emergency department personnel considered half of the visits paid to the emergency departments as inappropriate and thought that these such visits happened between 7:00 p.m. and 1:00 a.m. According to the health care personnel; the reason for the most commonly seen inappropriate using was renewing prescription. It was seen that almost all of the participants thought that the general belief that emergency health care services provided care for all kinds of health problems led to the inappropriate visits. Most of the emergency department personnel were of the opinion that inappropriate use resulted in interruption in the treatments of the emergent cases and decreased professional motivation. The results of the study will provide information related to status and causes of inappropriate use of emergency departments.

Key Words: Emergency nursing, emergent treatment, workload, health services, burnout

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Acil servisler akut gelişen bir sağlık sorunu ya da yaralanma durumunda; değerlendirme, tanılama, stabilizasyon ve tedavi uygulamalarının gerçekleştirildiği özel birimlerdir. Bu birimlerde sakatlık ve ölüm gibi risklerin kontrolü için kesintisiz olarak hizmet verilmektedir. En acil olan vakaya öncelik sağlanması, planlanan tedavinin kısa zaman içinde sunulması verilen hizmetin önemli ilkelerindendir (1-3).

Hastanelerin en fazla hasta kabul eden birimleri olan acil servislere yapılan başvurular dünya genelinde artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1996 yılında 90.3 milyon olan acil servis başvurusu, her yıl yaklaşık 2.9 milyon artarak 2006 yılında 119.2 milyona ulaşmıştır (4). İngiltere'de acil servis başvurularındaki yıllık artış 2012-2013 yılları arasında yaklaşık %4 olarak kaydedilmiştir (5). Yapılan çalışmalar bu oranın Fransa'da 1996-2008 yılları arasında %4.3 olduğunu göstermiştir (6).

Acil servislere başvuran hasta sayısı ve profili bazı etmenlere göre değişkenlik göstermektedir. Bu etmenler arasında söz konusu sağlık sorununa ilişkin özellikler önemli bir yer tutmaktadır. Örneğin; salgın hastalıklar, doğal afetler, biyoterörizm gibi halk sağlığını tehdit eden durumlar acil servis hizmetlerinin değer kazandığı ve bu hizmetlere duyulan gereksinimin arttığı durumlardır (7). Acil servis başvuruları için bir diğer belirleyici öge ise hazırlayıcı unsurlar olarak adlandırılmaktadır. Bu unsurlar hizmet sunulan toplumun sosyodemografik özelliklerini kapsamaktadır. Nitekim dünya genelinde yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte acil servislere başvuran 65 yaş üstü hasta oranı artarak %15'e ulaşmıştır (8).

Ülkelerin sağlık politikaları acil servislerden hizmet talep eden nüfusun büyüklüğünü ve özelliklerini etkileyen unsurlardan biridir. Özellikle acil servislere alternatif sağlık hizmetlerinin sunulma durumu acil başvurularını etkilemektedir (7).

Acil servisler, acil tedavi gerektirmeyen ve sağlık hizmetlerinin başka bir basamağında daha uygun bakımın sağlanabileceği durumlar için de sıklıkla kullanılmaktadır (9-12). Uygunsuz kullanımın evrensel geçerliliğe sahip bir tanımının yapılmamış olmasıyla birlikte acil olmayan hastaların sağlık hizmeti almak için acil servislere başvurmaları acil servislerin uygunsuz kullanımı olarak kabul edilmektedir (11, 13).

Dünya genelinde yapılan çalışmalarda uygunsuz kullanım farklı ölçütlere göre tanımlanmış ve acil servislerin %10 ile %90 arasında değişen oranlarda uygunsuz başvurular için kullanıldığđı saptanmıştır (11). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabirliğine ilişkin sorunlar, acil serviste sunulan hizmete ve kişinin yaşıadığı sağlık sorununa ilişkin özellikler sağlık hizmeti almak için acil servislerin tercih edilmesine neden olmakta ve acil servislerin uygunsuz kullanımına yol açmaktadır (9, 14).

Uygunsuz kullanım, sunulan hizmetin kalitesini olumsuz etkilemekte ve beraberinde pek çok sorun getirmektedir. Bu sorunların en önemlisi acil servislerde kalabalıklaşma yaşanmasıdır. Amerikan Acil Hekimleri Kurulu (American College of Emergency Physicians: ACEP) tarafından kalabalıklaşma “Acil serviste, hastanede ya da her ikisinde, acil sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacın hasta bakımı için var olan ulaşılabir kaynakları aştığı durum” olarak tanımlanmıştır (15). Kalabalıklaşma, çalışanlar üzerindeki iş yükünü arttırmakta ve etik normlara uymayı güçleştirmektedir. Bunun yanında hasta ve çalışan memnuniyetini azaltmakta, servisteki iletişimi olumsuz etkileyerek tıbbi hata gelişimine zemin hazırlamaktadır (16-18).

Uygunsuz kullanımın önemli bir sonucu da acil servise başvuran hastalara yaşıadıkları sağlık sorununa yönelik uygun bakımın verilememesidir. Tanılama sürecinin aksaması ve acil tedavi gereksinimi olan hastaların tedavisinin gecikmesi uygunsuz kullanımın neden olduğu durumlardır. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin artması ise uygunsuz kullanımın ülke ekonomisine yansıyan etkisidir (9, 19). Çalışanların psikolojilerinin olumsuz etkilenmesi; acil servislerin acil durumların dışında meşgul edilmesi sonucunda hizmet amacının bilimsel temelinden uzaklaşması, uygunsuz kullanımdan doğan diğer sorunlar arasındadır (6, 11).

Acil olmayan tedavi ve bakım hizmetleri için birinci basamak sağlık kuruluşları ve poliklinikler yerine acil servislerin tercih edilmesi, acil hizmetlerin verilmesini

zorlaştırmaktadır. Araştırma; acil servis sağlık çalışanlarının acil servislerin uygunsuz kullanım durumu, nedenleri ve sonuçlarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Çalışmamız uygunsuz kullanımın nedenleri ve acil servis hizmetlerinin yrtlmesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesine hizmet edecek, böylelikle de acil sağlık hizmetlerine yönelik politikaların şekillenmesine katkı sağlayabilecektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Acil Servislerin İşlevleri

Dünyada ilk acil servis, travma bakımına yönelik bir birim olarak 1911 yılında ABD'nin Kentucky eyaletinde kurulmuştur. İkinci Dünya Savaşını takip eden yıllarda hizmet kapsamı genişleyen acil servisler, günümüzde acil sağlık hizmeti sunumunun odağı konumundadır (20). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, halk sağlığına yönelik hizmetlerin planlanması, felaket ve doğal afet durumlarının kontrolü ve hastaneye başvuran hastaların tıbbi bakımında verdiği hizmetler acil servislere bu konumu kazandırmıştır (21).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, ambulans ekiplerinin yürüttüğü sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, ülkemizde ve Avrupa'da 112, ABD'de ise 911 numaralı telefonlar ile ulaşılabilen merkezler tarafından kontrol edilmektedir. Olay yerinde yapılan triyaj ve stabilizasyon uygulamaları ile hastaların acil servislere taşınması, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kapsamını oluşturmaktadır (22). Acil servisler bu hizmetlere gereken her adımda tıbbi yönlendirme yaparak katılmaktadır. Ayrıca ambulans ekiplerinin eğitiminde önemli bir rol oynayarak bu hizmetleri desteklemektedir (23, 24).

Acil servislerin işlevlerinin bir diğer boyutunu da halk sağlığı kurumlarıyla ortaklık içinde yürüttüğü hizmetler oluşturur. Söz konusu hizmetler, hastalıkların taranması, yaralanma ve hastalık risklerinin analizi, sağlık hizmetlerine erişimin izlenmesi, halk sağlığını geliştirme ve koruma politikalarının belirlenmesi sahalarında yürütülmektedir (21).

Hastaneler; doğal afet, salgın hastalık, nükleer kaza, biyolojik ya da kimyasal saldırı ve insan hatasından doğan pek çok felaket durumuna ilk cevap verecek olan merkezlerdir (20). Öngörülemez doğası ve zamanlaması nedeniyle her an hazırlıklı olmayı gerektiren bu durumların yönetiminde acil servislere düşen görev büyüktür. Acil servisler felaket ve afet durumları için yönetim planı oluşturma ve bu konuda personel eğitimi sorumluluğunu taşımaktadır. Hasta ve yaralılara bakım ve tedavi sağlama, insan gücünü ve destek birimlerini organize etme, hastalıkların taranmasına katkıda bulunma acil servislerin söz konusu durumlarda yürüttüğü diğer hizmetlerdendir (25-28).

Acil servis işlevlerinin bir diğeri de başvuran hastaların hizmet istemine yanıt vermektir. Acil servislerde uygun değeriendirme ve tanılama yöntemleriyle yaşanan sağlık sorununun aciliyet düzeyi belirlenir ve en uygun tedavi yöntemleriyle ilk girişimler gerçekleştirilir. Daha sonra hastanın sağlık durumu dikkate alınarak hastaneye yatışı, daha ileri düzeyde sağlık hizmeti veren bir kuruma sevkı ya da taburculuğı planlanır (29). Bu kapsamda sunulan hizmet çerçevesinde yaşamı tehdit eden ve ivedilikle girişim gerektiren durumlar özellik taşımaktadır. Söz konusu acil bakım gerektiren sağlık sorunları, çoklu travmadan kardiyak ve solunum arrestine kadar geniş bir yelpazede dağılmaktadır. Tüm bu olağan dışı durumlar için hayatta kalmayı sağlayıcı ya da yaşam kalitesini koruyucu girişimler acil servisler içindeki farklı birimlerde gerçekleştirilmektedir (30-33).

4.2. Acil Servis Hizmetlerinin Özellikleri

Acil sağlık hizmetleri kesintisiz olarak 365 gün 24 saat ulaşılabilir olma özelliğı taşımaktadır. Bu nedenle acil servisler pek çok insanın sağlık sistemiyle ilk karşılaşma noktasını oluşturur ve sağlık sistemi için bir giriş kapısı olarak kabul edilebilir. Acil servis hizmetlerinin kalitesi, hasta memnuniyetini dolayısıyla da hastane imajını şekillendirir (29).

Acil servislerde yürütölen sağlık hizmetleri, kurtarma ve hayatta kalmayı sağlama gibi mükemmel sonuçlara ulaşmaya yöneliktir. Bu amaca ulaşılabilmesi, etkin ve kaliteli hizmet verilebilmesi için söz konusu hizmetlerin komplikasyon gelişiminden uzak ve hasta odaklı olarak yürütölmesi gerekir. Aynı zamanda sunulan hizmetin sağlık ihtiyacına uygun olması, uygun ortamda, gereken zaman dilimi içinde ve gereken süreklilikte verilmesi acil sağlık hizmetlerinin taşıması gereken diğeri özelliklerdendir (32). Türkiye Acil Tıp Derneğinin acil tıbbi bakımın niteliğı konusunda savunduğı özellikler şu şekildedir:

1. Acil tıbbi bakım herkes için eşit koşullarda ulaşılabilir olmalıdır.
2. Uygun, nitelikli acil tıbbi hekim ve hemşire bakımına ulaşım sınırlandırılmamalıdır.
3. Hastane öncesi, acil servisler ve yataklı tedavi bölümlerinde verilen hizmet engelsiz ve kesintisiz bir sürekliliğı sahip olmalıdır.

4. Hastaların değerlendirilmesi, tedavi ve bakımlarının sonuçlandırılması her basamakta, her birim düzeyinde aynı kalitede, aynı düzeyde, uygun, yeterli ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek nitelikte olmalıdır.
5. Her hastanın ihtiyacını karşılamak için başvuru zamanından değerlendirme, karar verme, tedavi ve sonuca (taburcu, yatış, sevk) kadar gerekli tüm alet ve sarf malzemeleri acil servislerde hazır ve çalışır konumda olmalıdır.
6. Acil serviste görev yapan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları tıbbi bakım sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır. Acil servis çalışanları hastane öncesi ve yataklı birimlerdeki diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmet elemanları ile etkili iş ilişkileri sağlamalı ve bu kişilerle ortaklaşa hizmet vermelidir (34).

Acil servislerin taşıdığı sorumluluklar ve halkın acil servislerden beklentileri şu şekilde sıralanabilir (35):

1. Acil servislerin acil tedavi gereksinimini karşılayabilecek donanımına sahip eğitilmiş sağlık personelinin oluşması bir kadrosu olmalıdır. Acil servisler bu hizmeti vermek için uygun şekilde dizayn edilmeli ve gerekli ekipmanlar ile donatılmış olmalıdır.
2. Acil tıbbi bakım, sahasında deneyimli ve eğitilmiş doktor ve hemşireler tarafından yedi gün 24 saat boyunca kesintisiz olarak verilmelidir.
3. Acil durumun kontrolü için gerekli olan değerlendirme ve stabilizasyon uygulamaları, bu gereksinim içinde olan tüm bireylere sağlanmalıdır.
4. Acil servisler, acil sağlık hizmetlerine yönelik olarak yürütülen halk eğitimi programlarına katılmalı ve bu programları aktif olarak desteklemelidir.
5. Acil servisler var olan acil sağlık hizmetleri sistemini desteklemeli ve gerektiğinde önerileri ile yönlendirmelidir.

4.3. Triyaj

Trijaj kelimesi Fransızca seçmek, sıraya koymak, sınıflamak anlamlarına gelen “trier” kelimesinden türetilmiştir. Tarihi süreçte tarım ürünlerinin değerlendirilmesi için kullanılan bu kelime, günümüzde önemli bir sağlık uygulaması ile özdeşleşmiştir (36). Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre triyaj uygulaması: Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, öncelikli olarak tedavisi ve nakli gerekenlerin

tespiti amacıyla olay yerinde ve ulaştırıldıkları her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir (37).

Var olan olanakların acil sağlık bakımına ihtiyaç duyan hasta sayısı için yeterli olmadığı durumlarda triyaja gereksinim duyulur. Triyaj, müdahale için bekleyebilecek ve bekleyemeyecek olan hastaların tespit edilmesini sağlar. Böylelikle tıbbi bakımın, en ciddi ve en acil olan olan olguya öncelikle sunulması mümkün olur (38-40). İlk uygulaması Napoleon Bonaparte dönemindeki Fransız-Rus savaşı sırasında yapılan triyajın, günümüzde geniş bir uygulama alanı bulunmaktadır. Kullanıldığı duruma göre olay yeri triyajı, askeri triyaj, afet triyajı, hasta yatışlarında triyaj ve acil servis triyajı gibi çeşitleri gelişmiştir (36, 40, 41).

4.3.1. Acil Servis Triyajı

Acil servis triyajı başvuran hastaların değerlendirme ve tedavi için öncelik durumunun belirlenmesine, acil tedavi ve bakımın bu öncelik doğrultusunda verilmesine yönelik bir sınıflandırma sürecidir (41, 42). Günümüzde acile başvuran hasta sayısının çokluğu, hizmet isteminin servis olanaklarını aşmasına neden olmaktadır (17). Acil servislere acil olmayan hastaların da başvurması, bakım önceliğini düzenlemeyi gerekli kılmaktadır (14).

Triyaj ile hastalar klinik durumlarına göre kategorize edilir, böylece yaşam kurtarıcı uygulamalara duyulan gereksinimin gecikmeksizin karşılanması sağlanır. Ayrıca sınırlı bir alanda, sınırlı kaynaklarla sunulan tıbbi bakımın daha etkin olması mümkün olur (38, 39). Triyaj, sağlık ekibinin uyumlu ve işbirliği içinde çalışmasını kolaylaştırır, böylece servisteki hasta akışı rahatlar ve hasta memnuniyeti artar (42-45).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2009 yılında çıkardığı “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” (16 Ekim 2009 Sayı: 27378 Resmî Gazete) ile hastanelerin acil servislerinde triyaj uygulaması zorunlu hale getirilmiştir (37).

4.3.2. Triyaj Sistemleri

Dünya genelinde acil servislere üç, dört ve beş düzeyli ölçeklerin kullanıldığı triyaj sistemleri mevcuttur. Etkin bir triyaj sistemi, sınıflandırma işleminin hızlıca

yapılmasına ve aciliyet durumunu objektif olarak değerlendirilmesine olanak sağlamalıdır. Ayrıca acil bakım gerektiren hastayı kesin bir şekilde tanımlayabilmelidir. Ölçekte yer alan seviyeler anlaşılabilir olmalı, hastalık ve yaralanma durumlarının ciddiyet düzeyini yansıtabilmelidir (38, 42, 46).

Acil Hemşireleri Birliği (Emergency Nurses Association: ENA) ve ACEP triyaj sistemleri üzerinde yaptıkları incelemelerin sonucunda beş düzeyli sistemlerin kullanılmasını önermiştir (38). Ülkemizde ise acil servis triyajında Sağlık Bakanlığı'nın önerisi ile kırmızı, sarı, yeşil renk kodlamasına dayanan sistem kullanılmaktadır (Tablo 1) (47).

Tablo 1. Renk Kodlamasına Göre Triyaj Sınıflaması

Alan kodu	Tanımı
Yeşil alan	Ayaktan başvuran, genel durumu stabil, basit sağlık sorunu olan hastalar
Sarı alan	Kategori-1
	Kategori-2
Kırmızı alan	Kategori-1
	Kategori-2

4.3.2.1. Beş Düzeyli Triyaj Sistemleri

Beş düzeyli triyaj sistemlerinde de hastalar; hemen müdahale edilmesi gerekenler, çok acil, acil, yarı acil olanlar ve acil olmayanlar şeklinde beş kategoride incelenir. Dünyada kullanımı en yaygın olan beş düzeyli triyaj sistemleri: Manchester Triyaj Skalası (MTS), Avustralya Triyaj Skalası (Australian Triage Scale: ATS), Kanada Triyaj Skalası (Canadian Triage and Acuity Scale: CTAS) ve Aciliyet Şiddeti Endeksi (Emergency Severity Index: ESI) şeklindedir (38, 48).

a. Manchester Triyaj Skalası (MTS): İngiltere’de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu sistemde triyaj kategorilerinin belirlenmesinde belirli başvuru şikayetleri (öksürük, travma vb) için geliştirilmiş 52 adet algoritma kullanılır. Algoritmaların her birinde karar vermede anahtar role sahip altı durum sorgulanır. Bu durumlar başlangıcın akut olup olmadığı, bilinç düzeyi, vücut ısısı, kanama, ağrı ve hayati tehdit varlığı şeklindedir (38, 40, 46).

b. Avustralya Triyaj Skalası (ATS): Avustralya'daki tüm acil servislerde ve Yeni Zelanda'da kullanılmaktadır. Bu sistemde hastalar, alınan kısa öyküleri ve başlıca yakınmaları dikkate alınarak tıbbi değerlendirme için bekletilebilecekleri zamana göre sınıflandırılır (38, 40 42).

c. Kanada Triyaj Skalası (CTAS): Kanada Triyaj Skalası, ATS temel alınarak hazırlanmış ve 1999 yılında kullanılmaya başlanmıştır (49). Günümüzde Kanada ve ABD'de uygulanmaktadır. Avustralya Triyaj Skalası ve CTAS'de seviyelerin belirlenmesinde ortak klinik tanımlayıcılar kullanılmaktadır. Tıbbi öykü, başlıca yakınmalar, semptomlar yaşam bulguları, klinik muayene ve laboratuvar işlemleri sonucunda ulaşılan veriler bu tanımlayıcılar arasındadır. Kanada Triyaj Skalasının ayrıca pediatrik kullanım için geliştirilmiş kriterleri de bulunmaktadır (38, 40, 50, 51) (Tablo 2).

Tablo 2. Kanada Triyaj Skalası

CTAS Düzeyi	Düzy Tanımı
1. Resüsitasyon	Resüsitasyon gerektiren ya da yaşamın/uzuvların kaybedilme riskinin olduğu durumlardır. Acil ve agresif girişim gerektirir.
2. Çok acil	Hayatı, uzuvları ya da fonksiyonlarını tehdit etme potansiyeli olan durumlardır. Hızlı tıbbi girişim gerektirir.
3. Acil	Acil girişim gerektiren, ciddi sağlık sorunlarına dönüşebilme potansiyeli olan durumlardır.
4. Az acil	Hastanın yaşı ve psikolojik durumuyla ilişkili olabilen bir komplikasyon gelişimi ya da sağlık durumunda kötüye gidişe yol açabilecek olan durumlardır.
5. Acil değil	Akut gelişen ancak aciliyeti olmayan ya da kronik bir hastalığın belirtisi olup kötüye gidişe işaret etmeyen durumlardır.

d. Aciliyet Şiddeti Endeksi (ESI): Acil hekimleri ve hemşireleri tarafından 1990 yılında ABD'de geliştirilen ölçek, ABD'de ve Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır. Bu sistemde hastaların kategorilere ayrılmasında başlıca yakınmalar ve kaynak kullanım ihtiyacı temel alınmıştır. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması 2010 yılında Çınar ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (52).

4.4. Acil Servislerin Kullanımı

Acil servisler sağlık sisteminin her bir biriminin hizmet amacına katkıda bulunan, bu yönüyle farklı uzmanlık sahalarının kesişim noktasında yer alan özel bir konuma sahiptir. Dolayısıyla acil servis başvuruları sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda

anlamalı veriler sunmaktadır (53). New York Üniversitesi (New York University: NYU) araştırmacıları tarafından 1990 yılında acil servis başvurularını ciddiyet düzeyine göre kategorize eden bir algoritma geliştirilmiştir. Sağlık sisteminin kullanım durumunu analiz etmek için istatistiksel veri sağlama amacıyla kullanılan bu algoritma triyaj sistemlerinden tamamen farklıdır. Bu algoritmada sağlık sorunları uluslararası tanı kriterlerine dayanarak şu şekilde sınıflandırılmıştır (54):

1. Acil olmayan: Hastanın öyküsü, yaşı, vital bulguları, başlıca yakınmaları ve sergilediği semptomlar değerlendirildiğinde 12 saat içinde tıbbi bakım gerektirmeyen durumlardır (boğaz ağrısı, dermatit vb.).
2. Acil/Birinci basamakta tedavi edilebilir: On iki saat içerisinde tıbbi bakım gerektiren durumlardır. Ancak bu bakım, birinci basamak sağlık kuruluşlarında etkili ve güvenli bir şekilde verilebilir. Nitekim söz konusu sağlık sorunu gözlem ve takip gerektirmediği gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmayan herhangi bir tanı ve tedavi yöntemine ihtiyaç duyulmaksızın sağlanabilir (otitis media, tonsillit vb.).
3. Acil/Acil servis bakımı gerektirir/Önlenebilir: Hastanın var olan yakınmaları, tedavi için gerekli kaynaklar (laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri vb.) ve tedavi süreci göz önüne alındığında acil servis bakımı gerektiren durumlardır. Ancak sınıflandırmanın bu basamağındaki sağlık sorunlarının zamanında, düzenli ve etkili tedavisi ile acil bakım gerektirecek seviyeye ilerlemesi önlenebilir (astım, diyabet, kalp yetmezliği vb.).
4. Acil/Acil servis bakımı gerektirir/Önlenemez: Doğası nedeniyle düzenli ve etkili bakım ile önlenemeyen, acil servis bakımı gerektiren durumlardır (travma, miyokard infarktüsü, serebrovasküler olay vb.). Sınıflandırmanın diğer öğeleri yaralanmalar, mental sağlık sorunları ve alkol/madde kullanımına bağlı sorunlar şeklindedir (53). Bu üç grup sağlık sorunu sınıflandırılması zor olan vakalar olarak da adlandırılmaktadır (55). Sağlık sistemine ait kaynakların kullanım uygunluğunu değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından NYU algoritmasına dayanarak geliştirilen farklı algoritmalar da kullanılmaktadır (56, 57).

New York eyaletinde, NYU algoritmasına göre 2009 yılında yapılan tüm acil servis başvurularının %25'i acil olmayan, %8'i önlenemeyecek acil servis başvurularını oluşturmaktadır. Acil olmayan başvurular en fazla sırt ağrısı (31.469 başvuru) nedeniyle yapılmıştır (58).

4.4.1. Acil Servislerin Kullanımını Etkileyen Unsurlar

Acil servis hizmetlerine yönelik talep tüm dünyada artış göstermektedir (59). Avustralya'da 2012/13 dönemi ile 2013/14 dönemi arasında acil servis başvurularındaki artışın yılda yaklaşık %7.2 olduğu tespit edilmiştir (60). Yeni Zelanda'da 2004/05 ile 2006/07 yılları arasında acil servislere başvuran başvuran kişi sayısı %20 artmıştır (61). İngiltere'de 2004/05 ile 2011/13 yılları arasında nüfus artış hızı %6.6 iken acil servis başvuruları %21.9 oranında artmıştır (62). Acil servis hizmetlerine yönelik bu talep artışı ülkelerin sağlık sistemlerine, sosyodemografik yapısına ve yaşanan sağlık ihtiyaçlarına ilişkin özelliklerin etkileşiminin bir sonucudur (7, 60, 61).

Sosyodemografik özellikler acil servislerin kullanımı üzerinde önemli bir belirleyicidir. Nitekim gelir durumu, eğitim durumu, sosyal destek sistemlerinin varlığı kişilerin acil servis hizmetlerine talebini etkilemektedir (7, 60). Yapılan çalışmalar bu özellikler açısından toplumların özel bir kesimini oluşturan evsizlerin, acil servisi kullanma oranının, toplumun diğer kesimine göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (63-66).

Acil servisler her yaş grubu için kesintisiz olarak hizmet vermektedir. Verilen hizmetin özellikleri yaş gruplarına ve cinsiyete göre değişiklik göstermektedir. Nitekim yaşlılar daha çok kronik hastalıklar, gençler ise kaza ve yaralanma nedenleriyle acil servisleri kullanmaktadır (67). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2010 yılı verilerine göre en yoğun başvuru 15 yaş altında ateş, 15-64 yaş aralığında kadınlarda midede ağrı, kramp, spazm; erkeklerde göğüs ağrısı, 65 yaş ve üzerinde ise her iki cinsiyette göğüs ağrısı nedenleriyle yapılmıştır (68).

Yaşlı bireylerin nüfus içindeki oranı tüm dünyada artış göstermektedir. İngiltere'de 2002/12 yılları arasında 65 yaş üstü bireylerin nüfusu %21 oranında artarak 2013 verilerine göre tüm nüfusun %17.4'üne ulaşmıştır (69). Ülkemizde ise 2013 yılında toplam nüfusun artış hızı % 13.7 iken yaşlı nüfusun artış hızı %36.2 olarak

saptanmıştır (70). Bu artış acil servis başvurularına da yansımaktadır. Dünya genelinde acil servis başvurularının yaklaşık beşte biri 65 yaş üstü bireylere aittir (8, 71, 72). Bu başvuruların öne çıkan sebepleri nöropsikiyatrik bozukluklar, düşmeler ve koroner kalp hastalıkları şeklinde olup başvurular kompleks klinik özellikler taşımakta, fazla sayıda tanı yöntemi ve geriatrik bakım gerektirmektedir. Aynı zamanda sıklıkla tekrarlaması, hastaneye yatışla sonuçlanması ve acil serviste kalış süresinin uzun olması yönünden de önemlidir (61, 71-73).

Acil servisler değişen düzeyde aciliyete sahip pek çok sağlık sorunu için tedavi ve bakım hizmeti sağlamaktadır. Bu sağlık sorunlarına ilişkin örnekler Tablo-3'te sunulmuştur. Dolayısıyla sağlık sorunlarının gelişmesinde rol oynayan unsurlar, acil servis hizmetlerine duyulan gereksinimi de etkilemektedir. Benimsenen yaşam tarzının bu faktörler arasında önemli bir yeri vardır. Çünkü yaşam tarzı özellikleri, acil servislerin sık kullanımına yol açan kronik hastalıkların yaygınlığı ve alkol, madde bağımlılığı düzeyi ile yakından ilişkilidir (74-76).

Acil servislerin kullanımında kişilerin acil tıbbi bakım gerektiren bir sağlık sorunu yaşıyor olmasının yanında, aciliyet algılarının da önemli rolü vardır (1). Yürütülen çeşitli sağlık kampanyaları ve sağlık konusunda yayınlanan programlar da bu algının şekillenmesi, dolayısıyla da acil servis kullanımı üzerinde etkili olmaktadır (77, 78). Ülkelerin sağlık sistemleri ve sürdürdükleri sağlık politikaları acil servis hizmetlerinin kullanımı üzerinde etkili bir diğer ana unsurdur. Bu unsurun iki önemli bileşeni olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sigortası sistemi acil servislerin kullanımı üzerinde doğrudan etkilidir (79-81).

Tablo 3. Farklı Aciliyet Düzeylerine Ait Durum Örnekleri

Aşırı ağır acil	Stabil olmayan acil	Stabil acil	Acil değil
GKS* $\leq$ 3 olan durumlar	GKS $\leq$ 10 kafa travmaları	GKS=11-14 olan durumlar	GKS=15
Nabız alınamaması $\geq$ 20dk	Şiddetli kanamalar	1 lt sıvı tedavisine yanıt veren şok	Küçük laserasyon
3. Derece yanık $\geq$ %50	Şok	Stabil abdominal yaralanma	Basit kırık
Aşırı radyasyon alınması	Koma	Kompartman sendromu	Burkulma
Multitravma /çoklu kırık	Kardiyak /solunum arresti	Turnikeyle kontrol edilebilen ciddi kanama	Yanık alanı $\leq$ %20 (erişkin)
Solunum arrestiyle sonuçlanan düşme	Status epileptikus	Kalça, dirsek, diz çıkığı	Boğaz ağrısı
Geniş doku kaybı	2-3. derece yüz yanığı	Açık kırık çıkık	Anksiyete

*: Glasgow Koma Skalası

4.5. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı

Sunduğu bakım ve tedavinin niteliği, acil servislere sağlık hizmeti istemi için özel bir seçenek konumu kazandırmıştır. Nitekim acil servislerde sunulan sağlık hizmeti acil tıbbi durum kapsamı dışında kalan sağlık sorunlarına da cevap vermektedir. Özellikle var olan sağlık sistemindeki yoğunluk ya da yakınmaların başlayış zamanı gibi nedenlerle bir başka birimden bakım sağlanamadığında hizmet istemi acil servislere yönelmektedir (34).

Acil servislere yapılan başvurular tıbbi tedavi sağlanması, çeşitli tanı testlerinin uygulanması ya da semptomların hafifletilmesi amaçlarına yönelik olabilmektedir. Ancak bazı sağlık sorunlarının kontrolü bu hizmetlerin yanında sağlık eğitimi, yaşam tarzı değişiklikleri ve düzenli takipler de gerektirir. Bu gibi durumlarda acil servis hizmetleri son derece önemli olmakla birlikte yetersiz kalmaktadır (11). Bunun yanında acil servisler tetkik, gözlem ve tedavi gerektirmeyen durumlar için de kullanılmakta ve bu durum acil servislerin hayati değere sahip işlevlerini yerine getirmesini güçleştiren iş yükü artışı ve kalabalıklaşma ile sonuçlanmaktadır (18, 82, 83). Acil servislerin kullanımına ilişkin tüm bu sorunların analizi noktasında “uygunsuz kullanım” kavramı öne çıkmaktadır.

Acil servislerin uygunsuz kullanımı genel olarak “Kaza ve yaralanma olmaksızın gelişen, özel acil servis hizmeti gerektirmeyen, birinci basamak sağlık kuruluşlarında güvenle tedavi edilebilecek sağlık sorunları için acil servislerin kullanımı” olarak kabul

edilmektedir (11, 82, 84-86). İlk kez 1849 yılında Lancet dergisinde yayınlanan Joseph Hodgson'a ait bir belgede "Hayır kurumlarına gelişigüzel ayaktan hasta kabulü" şeklinde bahsedilen uygunsuz kullanım; literatürde acil servislere uygun olmayan başvurular, acil servislerin kötüye kullanımı, birinci basamakta tedavi olabilecek hastaların acil servisi kullanımı olarak da ifade edilmektedir (87, 88).

Bilim dünyası uygunsuz kullanım tanımı üzerinde fikir birliğine ulaşamamıştır. Bu durum konunun öznel değerlendirmeye açık oluşu ve aciliyet kavramının nicel bir ölçüsü olmaması gibi nedenlere dayanır (84, 86, 89). Birkaç saat bekletildiğinde hiçbir olumsuz sonuç gelişme olasılığı olmayan sağlık sorunlarına yönelik acil servis başvuruları acil olmayan başvurular olarak tanımlanmaktadır (90). Acil olmayan başvurular, sağlık sorunlarının ciddiyet düzeyini yansıtan bir ifade olarak ele alınırken uygunsuz kullanım, sağlık sorununun ciddiyet düzeyi ile birlikte olası hizmet birimlerinin ulaşılabilirliği ve hastaların acil servisi tercih etme nedenlerini de kapsayan sosyal ve psikolojik boyutlara sahip bir kavram olarak kabul edilmektedir (6). Bununla birlikte bilimsel zeminde, yaygın olarak benimsenen yaklaşım başvuruların uygunluğunun aciliyet düzeyi ile paralellik taşıdığı ve acil bakım gerektirmeyen başvuruların uygunsuz kullanım olduğu şeklindedir (91).

Yapılan çalışmalarda uygunsuz kullanım tanımı farklı ölçütlere dayandırılmakla birlikte ölçütlerin belirlenmesinde sıklıkla CTAS ve Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolü (Hospital Urgency Appropriateness Protocol: HUAP) kullanılmaktadır (11). Kanada Triyaj Skalasında, aciliyet durumu beş düzeyde sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada doktor muayenesi için güvenle beklenebilecek süre, ölüm riski, yaşam bulguları, komplikasyon gelişme olasılığı, ağrı düzeyi ve yaralanma/hasar durumunun nedeni temel alınmıştır (92). Hastane Aciliyet Uygunluğu Protokolünde ise bir başvurunun acil olarak kabul edilmesi için çeşitli belirleyiciler kullanılmaktadır. Bu belirleyiciler bilinç düzeyinin, başlıca yakınmaların ve yaşam bulgularının değerlendirilmesiyle ya da aktif kanama, ani güç kaybı gibi şikâyetlerin varlığıyla belirlenen ciddiyet düzeyi; başka bir sağlık kuruluşunun sevki, gereksinim duyulan tanı ve tedavi işlemleri şeklindedir (93, 94). Kullanılan tanımlayıcı ölçütlerin farklılığına bağlı olarak dünya genelinde acil servislerin uygunsuz kullanım prevalansı %4.8 ile

%90 arasında değişmektedir (95). Çalışmalarda sıklıkla kullanılan uygunsuz kullanım ölçütleri şöyle sıralanabilir (11, 82, 90, 94) :

1. Hastanın hiçbir olumsuz sonuç gelişmeksizin tıbbi bakım alınmaya kadar bekleyebileceği süre
2. Ölüm riski ya da organ hasarı varlığı
3. Acil tedavi, takip ve gözlem gereksinimi
4. Tıbbi bakım için acil servis kaynaklarının gerekliliği
5. Özel tanı yöntemlerinin gerekliliği
6. Tedavi için başka bir hizmet biriminin uygunluğu
7. Yakınmaların akut olarak gelişip gelişmediği
8. Sağlık sisteminin bir başka basamağından sevk edilme durumu

Ülkemizde acil servislerin kullanım uygunluğu konusunda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmalarda uygunluk farklı ölçütlere göre değerlendirilmiştir. Kısa süreli gözlem altında tutulma/hastaneye yatışın acil servise uygunluk ölçütü olarak seçildiği bir çalışmada başvuruların %19.5'i; uzman kararı ve kullanılan sınıflandırma yönteminin ölçüt alındığı bir başka çalışmada ise başvuruların %32.2'si aciliyet açısından uygun bulunmamıştır (3, 9). Ülkemizde yapılan çalışmalarda acil servislerin acil olmayan durumlar için tercih edilmesinde sunulan hizmetin güvenilir, hızlı ve kaliteli olmasının rol oynadığı; uygunsuz kullanımın yüksek maliyete yol açtığı, çalışanlar üzerindeki iş yükünü arttırdığı bildirilmiştir (3, 9, 10).

4.5.1. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri

Acil bakım gerektirmeyen sağlık sorunları için acil servislerin tercih edilmesinde çeşitli etmenler rol oynamaktadır. Bu etmenler arasında birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkinliği ve halkın bu kuruluşların işlevleri hakkında bilgilendirilmesi önemli bir yer tutmaktadır (79, 83, 96). Ayrıca bu birimlerin sağladığı hasta memnuniyeti düzeyi, hizmet alınacak sağlık kurumunun seçilmesi noktasında anlamlı bir yönlendiricidir (11, 96, 97).

Sağlık sistemi içinde acil servislerin yeri *kömür madenindeki kanaryaya* benzetilmektedir (98). Çünkü acil servislerde randevu gerekmeksizin kesintisiz, güvenilir, kolay ulaşılabilen, özel hizmetler sağlanmakta ve bu durum uygunsuz

kullanımda oldukça etkili olmaktadır (99-103). Sağlık sisteminin diğer basamaklarında daha uygun bakım alabilecek olan hastalar, acil bakım ve tedavi konusunda eğitimli bir ekipten hizmet almak için acil servisleri tercih etmektedir (104).

Ülkelerin sağlık sigortası konusundaki düzenlemeleri ve sağlık hizmetlerinin bireylere maliyeti acil servislerin kullanımını uygunluk açısından etkilemektedir (20, 103, 105). Sağlık sigortasının yokluğu nedeniyle diğer birimlerden yararlanılamaması, acil servisleri tüm sağlık sorunları için başvurulabilecek tek adres konumuna getirmektedir (101).

Yaşanılan sağlık sorununun algılanışının ve soruna yönelik bilgi düzeyinin, acil servislerin uygunsuz kullanımında rolü vardır. Nitekim tanı için özel yöntemlerin, tedavi için özel bakımın ya da ileri sağlık kuruluşlarına sevkini gerekli olduğuna inanılması uygunsuz kullanım nedenleri arasındadır (11, 55, 79). Ayrıca sağlık hizmeti almak için uzun zaman beklemek istenmemesi ve basit sağlık sorunlarına yönelik bakım alma konusunda, sağlık çalışanları ya da hasta yakınlarının acil servislere başvurma yönündeki önerileri de uygunsuz kullanıma yol açmaktadır (106).

4.5.2. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımının Sonuçları

Uygunsuz kullanım, gerçek ihtiyaç sahiplerinin acil servislerin sınırlı kaynaklarından en iyi şekilde yararlanmasını engelleyerek hasta ve çalışan memnuniyetini olumsuz etkilemektedir (83). Başvuran hasta sayısındaki artış, iş yükünü ağırlaştırmakta, hasta muayenesinde aceleci davranılmasına ve hastaların bekleme süresinin uzamasına neden olarak; değerlendirme, tanılama ve tedavi sürecinde aksamaya yol açmaktadır. Bu durum sunulan hizmetin kalitesini, özellikle de yaşamsal risklerin kontrol altına alınması için zamana karşı verilen mücadelenin başarısını etkilemektedir (71). Öte yandan kronik hastalıkların izlemi için acil servislerin kullanılması, bu hastalıkların gerektirdiği özel, koruyucu ve sürekli bakıma yönelik hizmetlerden mahrum kalınmasına neden olmaktadır (107).

Acil servis hizmetleri, tanılama sürecinde konsültasyonların, laboratuvar testleri ve ileri görüntüleme yöntemlerinin gerekli görüldüğü; kapsamlı tedavi uygulamalarının sağlandığı pahalı hizmetlerdir (108). Uygunsuz kullanım, sağlık hizmetlerinin ülkelere maliyetini arttırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2007 yılı verilerine göre acil

servislere yapılan bir başvurunun maliyeti yaklaşık 767 dolar iken birinci basamak sağlık kuruluşları için bu rakam 187 dolar olarak belirlenmiştir. Bu durumda birinci basamak sağlık kuruluşlarından uygun hizmeti alabilecek olan bir hastanın acil servisleri tercih etmesi, 580 dolarlık bir maliyet artışı ile sonuçlanırken bu artış yıllık 38 milyar dolar olarak hesaplanmaktadır (109, 110). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olduğu durumlar için acil servislerin kullanılmaması ile sağlık giderlerinde %69-%86 oranında tasarruf edileceği bildirilmektedir (19). Uygunsuz kullanım sunulan hizmetin kalitesini düşürme ve maliyetini arttırmanın yanısıra kalabalıklaşmaya neden olarak servis hizmetlerinin sağlanmasını güçleştirmektedir (111).

4.5.2.1. Kalabalıklaşma

Kalabalıklaşma, uygunsuz kullanımın yol açtığı en önemli sorunlardan biridir (99, 107, 111, 112). Son 25 yıldır üzerinde durulan bir konu olan kalabalıklaşmanın terminolojisi ve ölçümü konusunda bilim dünyasında ortak görüşe varılamamıştır. Avustralya Acil Tıp Kurulu (The Australian College for Emergency Medicine: ACEM) kalabalıklaşmayı muayene, tedavi ve taburculuk için bekleyen hasta sayısının acil servis fiziki yapı ya/ya da personel kapasitesini aşması nedeniyle acil servis işlevlerinin engellenmesi olarak tanımlamıştır (113).

Kalabalıklaşma, acil servis hizmetleri üzerinde pek çok olumsuz sonuca yol açan ciddi bir problem olarak kabul edilmektedir (114-116). Triyaj değerlendirmesinin aksamaması, serviste etkin iletişim sağlanmasının zorlaşması, tıbbi hata gelişim riskinin artması, gerekli bakımın ve değerlendirilmenin gecikmesi, uygun ağrı kontrolünün sağlanamaması bu olumsuz sonuçların başında gelmektedir (67, 117-120). Aynı zamanda kalabalıklaşma etik normlara uymayı güçleştirmekte hasta mahremiyeti ve gizliliğinin sürdürülmesini tehlikeye atmaktadır (67). Öte yandan zamanın etkili kullanımını engelleyerek hasta ve personel memnuniyetsizliğine yol açmaktadır (99, 121). Tüm bu olumsuz sonuçların yanında kalabalıklaşma ile hasta mortalitesi arasında ilişki olduğu da belirlenmiştir (122-124).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma acil servis sağlık çalışanlarının acil servislerin uygunsuz kullanımına ilişkin görüşlerini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı araştırma yöntemiyle yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırmanın yürütüleceği hastaneler seçilirken, hizmet kapsamının farklılığından dolayı özel dal hastaneleri araştırmanın dışında bırakıldı. Hastaneler Trabzon il ve ilçelerinde bulunan Kamu Hastaneleri Birliğine (KHB) bağlı hastaneler, özel hastaneler ve üniversite hastanesi olarak üçe ayrıldı ve her gruptaki hastanelerin üçte birinin çalışmaya dahil edilmesi planlandı. Araştırma kapsamına alınacak olan hastanelerin seçiminde acil servislerine yapılan aylık ortalama hasta başvuru sayısı esas alındı. Hastanelerin istatistik birimlerinden edinilen başvuru sayısına göre hastaneler sıralandı ve en fazla başvurunun yapıldığı hastaneler araştırma kapsamına alındı. Özel hastaneler içinde en fazla başvuru İmperial Hastanesine yapıldığı için araştırma kapsamına alınması planlandı. Ancak kurumdan çalışma izni alınamadığı için başvuru sayısı itibarıyla ikinci sırada yer alan bir özel hastane araştırma kapsamına alındı.

Araştırma Haziran 2014 – Kasım 2014 tarihleri arasında Trabzon ilinde bulunan ve özel dal olarak hizmet vermeyen il merkezindeki üç devlet hastanesinden biri (Fatih Devlet Hastanesi), üç özel hastaneden biri, on ilçe devlet hastanesinin üçü (Vakfıkebir, Haçkalı Baba, Of İlçe Devlet Hastaneleri) ve Üniversite Hastanesi olmak üzere altı hastane acil servisinde gerçekleştirildi. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerin üçü koridor; ikisi arena tarzında, biri ise modüler tarzdadır. Bu hastanelerin dördünde ayrı bir triyaj birimi bulunmakta iken ikisinde bulunmamaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini adı geçen hastanelerin acil servislerinde çalışmakta olan 73 hemşire, 54 doktor, 35 acil tıp teknikeri, 32 sağlık memuru ve iki paramedik olmak üzere 196 kişi oluşturdu.

Araştırmaya kabul ölçütleri şu şekildedir:

1. Acil servis sağlık çalışanı olmak (hemşire, sağlık memuru, hekim, acil tıp teknikeri, paramedik).
2. Araştırmanın evrenini oluşturan hastanelerin acil servislerinde en az altı aylık çalışma tecrübesine sahip olmak.

Örnekleme dışlama ölçütleri şu şekildedir:

1. Hasta bakımı ve tedavisine yönelik uygulamalarda birebir fonksiyon göstermeyen bir mesleğin üyesi olmak (tıbbi sekreterlik, laboratuvar teknisyenliği, röntgen teknisyenliği, vb.).
2. Araştırmanın evrenini oluşturan hastanelerin acil servislerinde altı aydan daha kısa bir süredir çalışıyor olmak.

Örnekleme yöntemi kullanılmaksızın tüm evrene ulaşılması hedeflendi. İzimli olması nedeniyle bir acil servis sağlık çalışanına ulaşamadı. Araştırmaya kabul ölçütlerini taşıyamaması nedeniyle 11 katılımcının anket formu değerlendirmeye alınmadı, 52 kişi araştırmaya katılmayı reddetti. Araştırma, kabul ölçütlerini taşıyan 47 hemşire, 24 sağlık memuru, 22 doktor, 29 acil tıp teknikeri (ATT), iki paramedikten oluşan 124 acil servis sağlık çalışanının katılımı ile gerçekleştirildi. Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde aynı görevi yerine getiriyor olmaları nedeniyle sağlık memurları (n=24) hemşire, paramedikler (n=2) ise ATT grubuna dahil edildi.

5.4. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından konu ile ilgili bilimsel kaynaklardan (6, 11, 49, 55, 59, 84) yararlanılarak geliştirilen 16 sorudan oluşan soru formu kullanıldı. Soru formunun ilk kısmı katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ayrıldı (yaş, cinsiyet, meslek, çalışma süresi, medeni durum, acil servis tecrübesi). İkinci bölümde, yararlanılan kaynaklar ışığında (6, 11, 84) uygunsuz kullanımın tanımına yer verilerek çalışılan servisin uygunsuz kullanım durumu, uygunsuz kullanım olarak kabul edilen durum ve semptomlar ile uygunsuz başvuruların hangi saatlerde daha sık olduğuna yönelik sorular soruldu. Üçüncü kısımda uygunsuz kullanımın nedenlerine yönelik 12 soru, dördüncü kısımda uygunsuz kullanımın sonuçlarına yönelik 16 soru,

beşinci kısımda uygunsuz kullanımın çalışanlar üzerindeki psikolojik etkilerine yönelik dokuz soru soruldu. Formun son bölümü çözüm önerilerine ayrıldı.

5.5. Anket Formunun Ön Uygulaması

Oluşturulan soru formunun eşit sayıda olmak üzere hemşire, hekim, sağlık memuru, acil tıp teknikerinden oluşan sekiz acil servis sağlık çalışanı ile ön uygulaması yapıldı ve bu kişiler araştırma kapsamına alınmadı. Ön uygulama sonrasında anketin uygulandığı hastanenin soru formunda belirtilmesine karar verildi. Uygunsuz kullanımın hangi zaman diliminde daha sık olduğuna yönelik sorulan üç soru tek bir soru şeklinde düzenlendi.

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Soru formları, çalışmaya katılan acil servis sağlık çalışanları tarafından dolduruldu. Formların acil servis sağlık çalışanlarına ulaştırılması ve toplanması araştırmanın evrenini oluşturan hastanelerin üçünde anketörler, üçünde ise araştırmacı tarafından yürütüldü.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS 17.0 (Statistical Package of Social Sciences) paket programı kullanıldı. Veriler sayı ve yüzdelik hesaplamaları ile analiz edildi.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmadan elde edilen bulgular acil servis sağlık çalışanlarının görüşlerini yansıtmaktadır. Araştırma Karadeniz Bölgesi'ndeki tek ilde yapıldığı için bulunan sonuçlar, ülke genelinde acil servis sağlık çalışanlarının acil servislerin uygunsuz kullanımına ilişkin görüşlerine genellenemez.

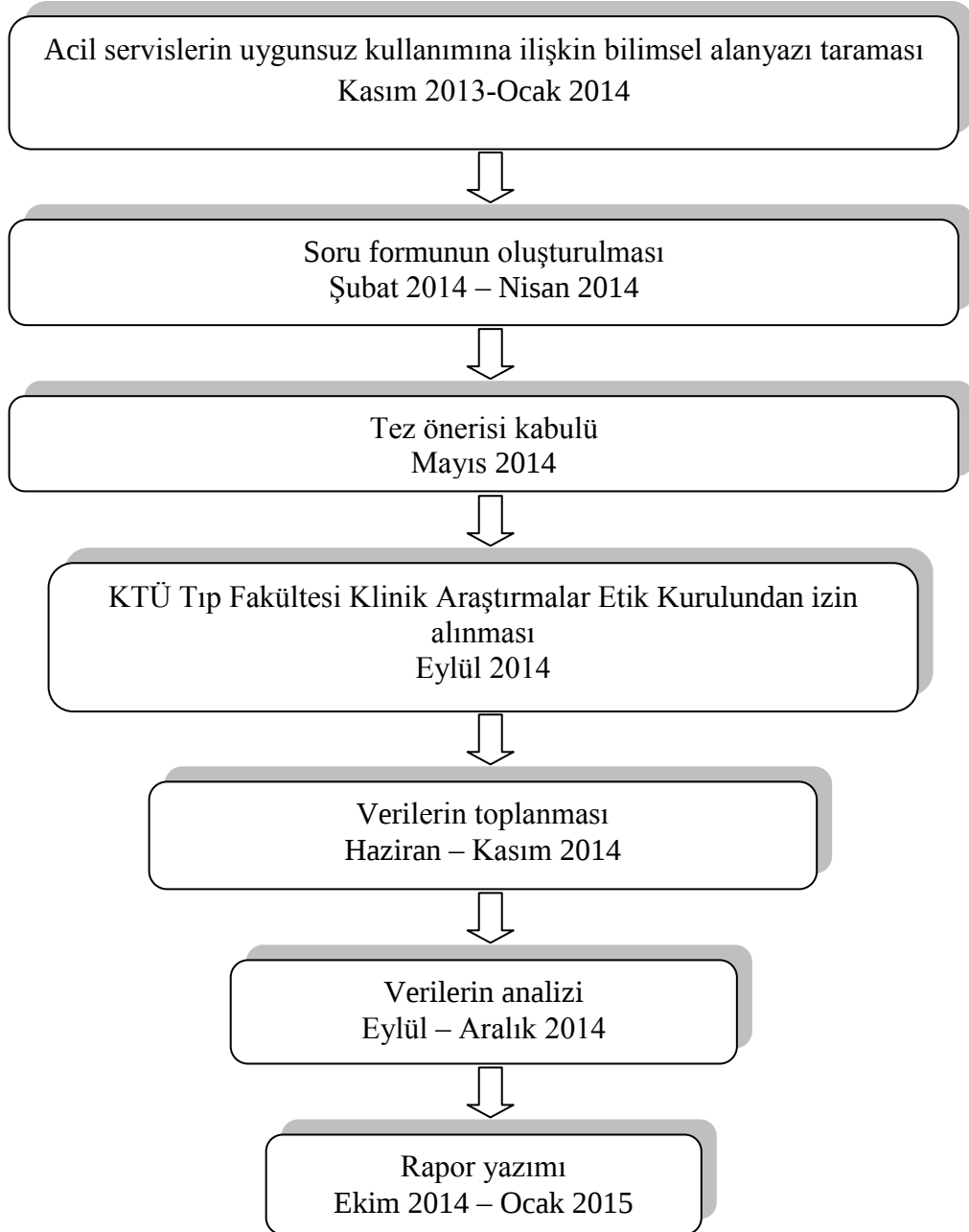
5.9. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için KTÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 18/09/2014'te etik kurul izni (sayı: 24237859/549), Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden 27/05/2014 tarihinde (sayı: 24296458/200.2/996) tez izni ve araştırmanın evrenini oluşturan hastanelerden çalışma izni (Özel Karadeniz

Hastanesi Sayı: 872, Kamu Hastaneleri Birliğine Bağlı Hastaneler Sayı: 29765155, Farabi Hastanesi Sayı: 48814514/200) alındı. Ayrıca katılımcıların bilgilendirilmiş onam belgesi ile yazılı onayları alındı.

5.10. Araştırmanın Planı

Araştırma planı Şekil 1’de yer almaktadır.



Şekil 1. Araştırma Planı

6. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler; acil servis sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri, acil servis sağlık çalışanlarına göre acil servislerin uygunsuz kullanım durumu, nedenleri ve sonuçları olarak ele alındı.

Tablo 4. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Tanımlayıcı Özellikleri (n=124)

Sosyodemografik özellikler		Hemşire (n=71)		Doktor (n=22)		ATT* (n=31)		Toplam (n=124)	
		S	%	S	%	S	%	S	%
Cinsiyet	Kadın	36	50.7	4	18.2	19	61.3	59	47.6
	Erkek	35	49.3	18	81.8	12	38.7	65	52.4
Yaş	19-28	17	23.9	5	22.7	20	64.5	42	33.9
	29-39	30	42.3	13	59.1	11	35.5	54	43.5
	40-57	24	33.8	4	18.2	-	-	28	22.6
Acil serviste çalışma süresi	6 ay-5 yıl	37	52.1	11	50.0	20	64.5	68	54.8
	6-10 yıl	27	38.0	6	27.3	11	35.5	44	35.5
	>10 yıl	7	9.9	5	22.7	-	-	12	9.7
Eğitim durumu	Lise	18	25.4	-	-	19	61.3	37	29.8
	Önlisans	25	35.2	-	-	11	35.5	36	29.0
	Lisans/üstü	28	39.4	22	100.0	1	3.2	51	41.1
Çalışılan kurum	KHB** hastaneleri	59	83.1	18	81.8	17	54.8	94	75.8
	Özel hastane	3	4.2	1	4.5	7	22.6	11	8.9
	Üniversite hast.	9	12.7	3	13.6	7	22.6	19	15.3

* : Acil tıp teknikeri

** : Kamu Hastaneleri Birliği

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %57.2'si (n=71) hemşire, %17.7'si (n=22) doktor, %25.0'i (n=31) ATT'dir. Acil servis sağlık çalışanlarının tanımlayıcı özellikleri Tablo 4'te yer almaktadır. Acil servis çalışanlarının %52.4'ü erkek, %47.6'sı kadındır. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 32.4 ± 8.3 'tür (min:19, max:57). Katılımcıların %41.1'i lisans ve lisansüstü düzeyinde eğitime sahiptir. Araştırma kapsamındaki acil servis sağlık çalışanlarının %75.8'i Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı hastanelerde görev yaparken %15.3'ü üniversite hastanesinde, %8.9'u özel hastanede hizmet vermektedir. Tabloda yer almamakla birlikte araştırma kapsamındaki çalışanların meslekteki toplam hizmet süreleri ortalama 10.1 ± 7.9 yıl (min: 6 ay, max:38

yıl); acil servisteki çalışma süreleri ise ortalama 5.7 ± 4.3 (min:6 ay, max:20 yıl) yıldır. Katılımcıların %57.3'ü ilçelerde, %42.7'si il merkezinde görev yapmaktadır.

Tablo 5. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanım Sıklığı (n=124)

Sıklık (%)	Hemşire (n=71)		Doktor (n=22)		ATT (n=31)		Toplam (n=124)	
	S	%	S	%	S	%	S	%
%5-49	11	15.5	2	9.1	-	-	13	10.5
%50-74	32	45.1	6	27.3	13	41.9	51	41.1
%75-100	28	39.4	14	63.6	18	58.1	60	48.4
Toplam	71	100.0	22	100.0	31	100.0	124	100.0

Katılımcıların tamamı (%100.0) çalıştıkları acil servisin uygunsuz kullanıldığını düşündüklerini ifade etti. Acil servis sağlık çalışanlarının uygunsuz kullanım sıklığına ilişkin görüşleri Tablo 5'te sunulmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %48.4'ü (n=60) acil servise yapılan başvuruların %75.0-100.0'ünü, %41.1'i (n=51) %50.0-74.0'ünü uygunsuz olarak nitelendirdi. Doktorların %63.6'sı (n=14), ATT'lerin %58.1'i (n=18) günlük uygunsuz başvuru oranının %75.0-100.0 arasında olduğunu ifade etti. Acil hemşirelerinin %45.1'i (n=32) uygunsuz olarak değerlendirilebilecek başvuru oranını %50.0-74.0 şeklinde tanımladı.

Tablo 6. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Başvuruların En Sık Olduğu Saatler (n=124)

Saatler	Hemşire (n=71)		Doktor (n=22)		ATT (n=31)		Toplam (n=124)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
07.00-13.00	7	9.8	2	9.0	1	3.2	10	8.06
13.01-19.00	10	14.0	2	9.0	6	19.3	18	14.51
19.01-01.00	58	81.6	21	95.4	24	77.4	103	83.06
01.01-07.00	7	9.8	2	9.0	5	16.1	14	11.29

* Katılımcılar birden fazla yanıt verdi.

Tablo 6'da acil servis sağlık çalışanlarının uygunsuz başvuruların en sık olduğu saatlere ilişkin görüşleri yer almaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin %83.06'sı (n=103), uygunsuz başvuruların en sık olduğu zaman diliminin 19.01-01.00 saatleri arası olduğunu ifade etti. Hemşirelerin %81.6'sı (n=58), doktorların %95.4'ü (n=21),

ATT'lerin %77.4'ü (n=24) uygunsuz başvuruların en fazla 19.01-01.00 saatleri arasında yapıldığını belirtti.

Tablo 7. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanım Olarak Kabul Edilen Durum ve Semptomlar (n=124)

Durum ve Semptomlar	Hemşire (n=71)		Doktor (n=22)		ATT (n=31)		Toplam (n=124)	
	S	%	S	%	S	%	S	%
Reçete yenileme	68	95.8	21	95.5	31	100.0	120	96.8
Ağrı	62	87.3	22	100.0	31	100.0	115	92.7
ÜSYE* Semptomları	59	83.1	21	95.5	27	87.1	107	86.3
Halsizlik	56	78.9	21	95.5	27	87.1	104	83.9
İlaç uygulamaları	58	81.6	19	86.3	23	74.1	100	80.6
Tansiyon takibi	56	78.9	18	81.8	24	77.4	98	79.0
Duygusal duruma ilişkin şikayetler	54	76.1	16	72.7	26	83.9	96	77.4
Yara bakımı	52	73.2	17	77.2	24	77.4	93	75.0
İştahsızlık	56	78.9	13	59.1	19	61.3	88	71.0
38.5 derecenin altında ateş	45	63.4	16	72.7	22	71.0	83	66.9
Kan şekeri takibi	45	63.4	16	72.7	18	58.1	79	63.7
Basit kesik/ ezik/ sıyrık	42	59.2	16	72.7	20	64.5	78	62.9
İntestinal semptomlar	35	49.3	13	59.1	14	45.2	62	50.0
Kaşıntı-cilt döküntüleri	32	45.1	14	63.6	13	41.9	59	47.6
Midede yanma/ hazımsızlık	32	45.1	15	68.2	12	38.7	59	47.6
Genitoüriner semptomlar	28	39.4	14	63.6	16	51.6	58	46.8
Bulantı / kusma	31	43.7	15	68.2	12	38.7	58	46.8

*Katılımcılar birden fazla yanıt verdi.

**ÜSYE: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Tablo 7’de acil servis sağlık çalışanlarına göre uygunsuz kullanım olarak kabul edilen durum ve semptomlar görülmektedir. Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının %96.8’i reçete yenilemek amacıyla acil servislerin uygunsuz kullanıldığını ifade etti. Acil ekibi üyelerinin %92.7’si ağrı şikayetlerinin uygunsuz başvurular arasında olduğunu dile getirdi. Sağlık çalışanlarının %71.0’i genel vücut ağrısı, % 67.7’si boğaz ağrısı, 59.7’si eklem ekstremitte ağrılarını bu tür başvurular arasında gösterdi. Katılımcıların uygunsuz başvuru olarak niteledikleri diğer durum/semptomlar ise ÜSYE semptomları (%86.3), halsizlik (%83.9), IM/IV ilaç uygulamaları (%80.6), tansiyon takibi (%79.0), duygu durum bozuklukları (%77.4),

yara bakımı (%75.0), iştahsızlık (%71.0), 38.5 derecenin altında ateş (%66.9) şeklinde sıralandı. Ayrıca araştırmaya katılan bireylerin 3'ü serum taktırmak, 3' ü rapor almak, 1'i ishal, 1'i geriatrik bakım almak, 1'i uyuşturucu ve alkol kullanımına bağlı semptomlar nedeniyle uygunsuz başvuruların yapıldığını belirtti.

Tablo 8. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanım Nedenleri (n=124)

Nedenler	Hemşire (n=71)		Hekim (n=22)		ATT (n=31)		Toplam (n=124)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Her türlü sağlık sorunu için hizmet verildiğine inanılması	70	98.6	22	100.0	31	100.0	123	99.2
Polikliniklerde muayene sırası beklemek istenmemesi	70	98.6	22	100.0	29	93.5	121	97.6
Tetkik işlemlerinin kısa sürede yapılıyor olması	66	93.0	21	95.5	29	93.5	116	93.5
Sağlık sorununun serum/enjeksiyon tedavisi gerektirdiğinin düşünülmesi	63	88.7	19	86.4	30	96.8	112	90.3
Hasta refakatçilerinin muayene olma istekleri	54	76.1	19	86.4	27	87.1	100	80.6
Gün boyunca hizmet veriliyor olması	56	78.9	17	77.3	27	87.1	100	80.6
Sağlık sorununun acil olduğuna inanılması	52	73.2	17	77.3	26	83.9	95	76.6
Bağımlıların narkotik ilaç temin etme düşüncesi	50	70.4	16	72.7	25	80.6	91	73.4
Kolay ulaşılabilir bir konuma sahip olması	49	69.0	16	72.7	24	77.4	89	71.8
Başka bir kurumdan alınan tedavinin yetersiz görülmesi	36	50.7	17	77.3	18	58.1	71	57.3
Evdeki yetersiz fiziki koşullar nedeniyle geceyi acilde geçirme isteği	32	45.1	13	59.1	17	54.8	62	50.0
Acil servislerin sosyalleşme alanı olarak görülmesi	27	38.0	13	59.1	13	41.9	53	42.7

*Katılımcılar birden fazla yanıt verdiler, yüzdeler n=124 üzerinden hesaplandı.

Tablo 8'de acil servis sağlık çalışanlarına göre uygunsuz kullanım nedenleri yer almaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %99.2'si uygunsuz kullanımda acil servislerin her türlü sağlık sorunu için hizmet verdiğine inanılmasının etkili olduğunu ifade etti. Katılımcıların %97.6'sı polikliniklerde muayene sırası beklemek istenmemesinin uygunsuz kullanıma neden olduğunu dile getirdi. Çalışma kapsamındaki bireylerin %93.5'i tüm tetkik işlemlerinin polikliniklere göre daha kısa zamanda sonuçlanmasını uygunsuz kullanıma neden olarak gösterdi. Hastaların yaşadıkları sağlık sorunu için serum ya da enjeksiyon tedavisi gerektiğini düşünmeleri katılımcıların %90.3'ü tarafından uygunsuz kullanıma neden olan bir sorun olarak vurgulandı. Sağlık çalışanlarının %80.6'sı uygun hizmet birimi yerine acil servislerin

tercih edilmesinde, gün boyu hizmet sunulmasının rolü olduğunu belirtti. Katılımcıların %80.6'sı hasta refakatçilerinin muayene olma isteklerinin uygunsuz kullanıma neden olduğunu ifade etti. Araştırma kapsamındaki bireylerin %76.6'sı acil müdahaleye gereksinim duyulduğu şeklindeki algılar nedeniyle uygunsuz başvuruların yapıldığını belirtti. Narkotik ilaç bağımlılarının bu tür ilaçları temin etmek istemeleri sağık çalışanlarının %73.4'  tarafından uygunsuz kullanım nedenleri arasında gösterildi. Sağık  alışanlarının %71.8'i kolay ulaşılabilir merkezi bir konuma sahip olmaları nedeniyle, uygun hizmet birimleri yerine acil servislerin tercih edildiğini ifade etti.

Sağık hizmeti veren başka bir kurumdan alınan tedavinin yetersiz görülmesi (%57.3), evindeki fiziki koşulların yetersizliğı nedeniyle geceyi acil serviste geçirme isteğı (%50.0), acil servislerin sosyalleşme alanı olarak görülmesi (%42.7) ise uygunsuz kullanımın diğer nedenleri arasında sıralandı.

Tablo 9. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanımın Sonuçları (n=124)

Sonuçlar	Kesinlikle katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Fikrim yok		Kısmen katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gerekli hizmetin verilmesini güçleştiriyor	117	94.4	3	2.4	1	0.8	-	-	1	0.8
Kalabalıklaşmaya neden olarak hareket alanını daraltıyor	105	84.7	10	8.1	1	0.8	1	0.8	4	3.2
Acil olan hastaların tedavisinin aksamasına neden oluyor	105	84.7	7	5.6	1	0.8	4	3.2	4	3.2
Kalabalıklaşmaya neden olarak güvenlik önlemlerinin sağlanmasını zorlaştırıyor	99	79.8	16	12.9	1	0.8	1	0.8	4	3.2
Acil olan hastaların tespit edilmesinde güçlük yaşanmasına neden oluyor	99	79.8	12	9.7	-	-	6	4.8	3	2.4
Sağlık çalışanlarının şiddete uğramasına zemin hazırlıyor	98	79.0	18	14.5	1	0.8	2	1.6	1	0.8
İzlemi gereken hastaların takibini güçleştiriyor	95	76.6	19	15.3	2	1.6	2	1.6	3	2.4
Hastalarla iletişimde sorunlara neden oluyor	93	75.0	20	16.1	3	2.4	3	2.4	2	1.6
Kalabalıklaşmaya neden olarak hasta transferinin gecikmesine yol açıyor	86	69.4	24	19.4	1	0.8	4	3.2	5	4.0
Bilgi verme işlevinin yerine getirilmesini aksatıyor	81	65.3	29	23.4	1	0.8	7	5.6	2	1.6
Hasta mahremiyetinin korunmasını güçleştiriyor	76	61.3	23	18.5	2	1.6	5	4.0	13	10.5
İş kazası riskini artırıyor	70	56.5	32	25.8	4	3.2	4	3.2	10	8.1
Tıbbi hata gelişmesine zemin hazırlıyor	67	54.0	35	28.2	3	2.4	5	4.0	9	7.3
Asepsi ve sterilizasyon kurallarının ihlal edilmesine neden oluyor	67	54.0	30	24.2	3	2.4	8	6.5	11	8.9
Servis çalışanlarının işbirliği kurmasını engelliyor	65	52.4	39	31.5	3	2.4	6	4.8	7	5.6
Tıbbi atık yönetiminin sağlanmasında sorunlara neden oluyor	48	38.7	39	31.5	10	8.1	9	7.3	14	11.3

* Katılımcılar birden fazla yanıt verdi.

Çalışanların uygunsuz kullanım sonuçlarına ilişkin görüşleri likert yöntemi kullanılarak hazırlanan sorular ile değerlendirildi. Elde edilen bulgular Tablo 9’da görülmektedir. Katılımcıların %94.4’ü uygunsuz kullanımın acil servis hizmetlerinin gerektiği gibi sunulmasını “kesinlikle” zorlaştırdığını belirtti. Katılımcıların %84.7’si uygunsuz kullanım nedeniyle acil olan hastaların tedavisinin aksadığını, %79.8’i acil olguların tespitinde güçlük yaşanmasına neden olduğunu dile getirdi.

Acil servis çalışanlarının %84.7’si uygunsuz kullanımın kalabalıklaşmaya neden olduğunu, bu durumun ise hareket alanını daralttığını ifade ederken %79.8’i gelişen kalabalıklaşmanın güvenlik önlemlerinin sağlanmasını zorlaştırdığını; %69.4’ü hasta transferini geciktirdiğini belirtti.

Araştırma kapsamındaki bireylerin %79.0’u uygunsuz kullanımın, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmasında zemin hazırlayıcı bir etmen olduğunu ifade etti. Sağlık çalışanlarının %76.6’sı, takibi gereken hastaların takibinin güçleşmesinin uygunsuz kullanımın bir sonucu olduğunu bildirirken, %75.0’i ise bu durumun hastalarla etkin iletişim kurulmasında sorunlara yol açtığını ifade etti. Katılımcıların %65.3’ü hastalara bilgi verme işlevinin aksamasını, %61.3’ü hasta mahremiyetinin sağlanmasına gereken özenin gösterilememesini, %56.5’i iş kazası riskinin artmasını, %54.0’ü asepsi ve sterilizasyon kurallarına uyulamamasını, %54.0’ü tıbbi hata gelişmesine zemin hazırlanmasını, %52.4’ü çalışanlar arasında işbirliğinin sürdürülememesini, %38.7’si tıbbi atık yönetiminin sağlanamamasını “kesinlikle katılıyorum” ifadesi ile uygunsuz kullanım nedeniyle doğan sorunlar arasında sıraladı.

Tablo 10. Acil Servis Sağlık Çalışanlarına Göre Uygunsuz Kullanımın Çalışanlar Üzerindeki Etkileri (n=124)

Sonuçlar	Kesinlikle katılıyorum		Kısmen katılıyorum		Fikrim yok		Kısmen katılmıyorum		Kesinlikle katılmıyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kişinin çalışma motivasyonunu olumsuz etkiliyor	91	73.4	22	17.7	1	0.8	2	1.6	-	-
Sabretme gücünün azalmasına neden oluyor	85	68.5	26	21.0	1	0.8	1	0.8	3	2.4
Sıkıştırılmış, baskı altına alınmış hissedilmesine neden oluyor	83	66.9	23	18.5	2	1.6	7	5.6	1	0.8
Asabi, sinirli hissedilmesine neden oluyor	80	64.5	23	18.5	3	2.4	6	4.8	4	3.2
Empati becerisinin azalmasına neden oluyor	72	58.1	31	25.0	2	1.6	4	3.2	7	5.6
Kendini geliştirme, araştırma isteğinin kaybolmasına yol açıyor	72	58.1	24	19.4	4	3.2	5	4.0	11	8.9
Farklı bir serviste çalışma isteğine neden oluyor	67	54.0	26	21.0	4	3.2	8	6.5	11	8.9
Yapılan işin önemsiz ve anlamsız görülmesine neden oluyor	64	51.6	21	16.9	8	6.5	6	4.8	17	13.7
İfade edilen semptomların önemsiz görülmesine neden oluyor	59	47.6	32	25.8	6	4.8	9	7.3	9	7.3

* Katılımcılar birden fazla yanıt verdiler, yüzdeler n=124 üzerinden hesaplandı.

Sağlık çalışanlarının uygunsuz kullanımın kendileri üzerindeki psikolojik sonuçları hakkındaki görüşleri Tablo 10'da sunuldu. Katılımcıların %73.4'ü uygunsuz kullanımın çalışma motivasyonunun azalmasına neden olduğunu dile getirdi. Araştırma kapsamındaki acil servis çalışanlarının %66.9'u sıkıştırılmış ve baskı altına alınmış hissedilmesine yol açtığını belirtti. Sağlık çalışanlarının %68.5'i sabretme gücünün azalmasına, %64.5'i öfkeli hissedilmesine sebep olduğunu ifade etti. Empati becerisinin azalması ve meslekte kendini geliştirme, araştırma hevesinin kaybolması araştırma kapsamındaki bireylerin %58.1'i tarafından uygunsuz kullanımın psikolojik sonuçları arasında gösterildi. Katılımcıların %54.0'ü "kesinlikle katılıyorum" cevabı ile uygunsuz kullanımın farklı bir serviste çalışma isteğini doğurduğunu bildirdi.

Acil servis çalışanlarının %66.1'i (n=82) acil servislerin uygunsuz kullanımı azaltmak için çözüm önerilerinde bulundu.

Tablo 11. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Uygunsuz Kullanımın Azaltılmasına Yönelik Çözüm Önerileri (n=82)

Çözüm Önerileri	Sayı	%
Etkin triyaj ile hastaların aile hekimliği ve polikliniklere yönlendirilmesi	55	67.0
Acil servis işlevlerine ve aile hekimliği hizmetlerine yönelik halk eğitimi sağlanması	53	64.6
Yeşil alan hastalarından alınan katılım payının yükseltilmesi	36	43.9
Aile hekimliği hizmetlerinin etkinleştirilmesi	13	15.8
Yeşil alan muayenesi için ayrı birimlerin oluşturulması	13	15.8

* Katılımcılar birden fazla yanıt verdiler

Katılımcıların %67.0'si etkin triyaj ile hastaların aile hekimliklerine ve polikliniklere yönlendirilmesini çözüm önerisi olarak gösterdi. Çalışmaya katılan bireylerin (n=82) %64.6'si, uygunsuz kullanımın azaltılması için yazılı ve görsel basın yoluyla acil servis işlevlerine ve aile hekimliği hizmetlerine yönelik halk eğitiminin yürütülmesi gerektiğini belirtti. Acil servislerin uygunsuz kullanımı azaltmaya yönelik acil servis sağlık çalışanlarının diğer çözüm önerileri Tablo 11'de görülmektedir.

7. TARTIŞMA

Acil servislerin uygunsuz kullanımına ilişkin dünya genelindeki çalışmalarda, uygunsuz kullanım farklı ölçütlere göre tanımlanmıştır. Bu çalışmada; “Hiçbir hayati risk olmaksızın doktor muayenesi için en az iki saat bekleyebilecek ve sağlık sisteminin başka bir basamağında daha uygun şekilde değerlendirilebilecek olan hasta” acil olmayan hasta; “Acil olmayan hastaların sağlık hizmeti almak için acil servislere başvurması” ise acil servislerin uygunsuz kullanımı olarak kabul edildi (11, 13, 50).

Acil servis sağlık çalışanları hastanın kabulü ile taburculuğu arasındaki süreçte uygunsuz kullanımın nedenleri ve etkilerini analiz edebilecek önemli bir konumdadır. Çalışmada sağlık çalışanlarının acil servislerin uygunsuz kullanım durumu, nedenleri; uygunsuz kullanımın servisteki işleyiş ile çalışanlar üzerindeki etkilerine ilişkin görüşleri ve konuyla ilgili çözüm önerileri araştırıldı.

Acil servis sağlık çalışanlarının tamamına göre çalıştıkları servisler uygunsuz kullanılmaktadır. Breen ve ark.’na ait (2012) sağlık çalışanlarının uygunsuz kullanıma ilişkin görüşlerini araştırarak çalışmada; katılımcıların %98.0’i acil servislerinin uygunsuz kullanıldığını belirtmiştir (84). Bu sonuç araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuç ile benzerdir.

Araştırma kapsamındaki acil servis çalışanlarının yaklaşık yarısı, acil servislere yapılan başvuruların çoğunluğunu uygunsuz başvuru olarak değerlendirdiler. Breen ve ark.’na ait çalışmada (2012), araştırmamıza benzer şekilde sağlık çalışanlarının uygunsuz kullanıma ilişkin görüşleri sorgulanmış, uygunsuz kullanım oranının %10.0-50.0 olduğu ifade edilmiştir (84). Bu oran araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlara göre düşüktür.

Konu ile ilgili çalışmalarda “uygunsuz başvuru” farklı ölçütlere göre tanımlanmıştır. Araştırmamıza benzer şekilde dünya genelinde hastaların müdahale için güvenle bekleyebilecekleri sürenin uygunluk ölçütü olarak kabul edildiği çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda, ölçüt olarak kabul edilen süre farklılıklar göstermektedir. Harris ve ark. (2011) mesai saatleri içinde yapılan, birinci basamakta tedavi edilebilecek ve bakım için en az 24 saat beklenebilecek başvuruları uygunsuz kullanım başvurusu olarak kabul etmiş prevalansını %21.0 olarak kaydetmiştir (101).

Garcia ve ark.'nın tıbbi kayıtlara dayanan çalışmasında (2007) değerlendirme için 2-24 saat bekleyebilme ölçütüne göre başvuruların %10.0'unun uygunsuz olduğu saptanmıştır (125). Michelen ve ark. Amerika'da yaptıkları çalışmada (2006) değerlendirme ve tedavi için en az 12 saat güvenle bekletilebilme ölçütüne göre, uygunsuz başvuru prevalansını %31.0 olarak belirtmiştir (126). Tsai ve ark. Tayvan'da gerçekleştirdikleri çalışmada (2010) doktor muayenesi için en az 60-120 dakika bekletilebilecek olan hastalar acil olmayan hastalar olarak kabul edilmiş ve bir haftalık çalışma periyodunda yapılan başvuruların %52.0'si uygunsuz başvuru olarak değerlendirilmiştir (107).

Konuya ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Ersel ve ark.'nın çalışmasında (2006) 2 351 başvuru değerlendirilmiş, kullanılan kategoriye ve bir acil tıp uzmanının kararına göre başvuruların %32.2'si aciliyet açısından uygun bulunmamıştır (3). Edirne ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2008) kısa süreli gözlem altında tutulma ve hastaneye yatış, acil servise uygunluk ölçütü olarak seçilmiş ve bir ay içinde uygunsuz kullanım oranının %19.5 olduğu tespit edilmiştir (9). Kılıçarslan ve ark. (2005) triyaj kategorilerine göre başvuruların %47.2'sinin acil olmayan başvuru olduğunu bildirmişlerdir (127). Aydın ve ark.'nın çalışmasında (2010) acil tıp asistanları tarafından 3000 hasta değerlendirilmiş ve başvuruların %62.3'ünün acil olmayan hastalar tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır (128). Farklı ölçütler esas alınarak Türkiye dışında yapılan çalışma sonuçlarına göre uygun olmayan başvuru sıklığı %10.0 ile %59.4 arasında değişmektedir (19, 93, 106, 129, 130, 131).

Katılımcılara göre uygunsuz başvurular en fazla 19:01-01:00 saatleri arasında yapılmaktadır. Ersel ve ark.'nın çalışmasına göre aciliyet açısından uygun olmayan başvuruların en sık olduğu zaman aralığı 12:00-13:59 şeklindedir (3). Dünya genelinde yapılan çalışmalarda ise uygunsuz başvuruların 07:00-19:00 saatleri arasında daha sık olduğu belirlenmiştir (86, 93, 107, 130). Diğer ülkelerdeki çalışmalarda uygunsuz başvuruların, mesai saatleri içinde daha fazla yapıldığının gösterilmesi bu ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin randevu alma ve benzeri uygulamalar nedeniyle daha güç oluşuna bağlanabilir (79, 97, 100, 131).

Katılımcıların çoğunluğu reçete yenileme, ağrı, ÜSYE semptomları, halsizlik ve ilaç uygulamalarının en sık karşılaşılan uygunsuz başvurular olduğunu belirttiler.

Ülkemizde 1999 yılında yapılan bir çalışmada araştırmamıza benzer şekilde en sık acil olmayan başvuru nedeninin reçete yenileme olduğu belirlenmiştir (132). Ersel ve ark.'nın çalışmasında aciliyet uygunluğu en az olan başvuruların cilt hastalıklarına yönelik başvurular olduğu bildirilmiştir (3). Gentile ve ark.'nın çalışmasında (2010) uygunsuz başvuruların %66.0'sının ağrı şikayetiyle yapıldığı belirtilmiştir (131). Mcwilliams ve ark.'nın çalışmasında (2011), uygunsuz başvurulara neden olan durum ve semptomlar sıklığına göre karın ağrısı, ÜSYE semptomları ve baş ağrısı şeklinde sıralanmıştır (19). Bu sonuçlar araştırma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları tarafından en sık ifade edilen uygunsuz kullanım nedenleri “Acilin her türlü sağlık sorunu için hizmet veren bir birim olarak görülmesi, polikliniklerde muayene sırası beklemek istenmemesi ve acilde tetkik işlemlerinin kısa sürede yapılıyor olması” şeklindedir. Ersel ve ark.'nın çalışmasında, 2 114 hastaya acil servisi tercih etme nedenleri sorulmuş ve katılımcıların %39.0'u ulaşım açısından yakın olmasını neden olarak göstermiştir (3). Öztürk ve ark. (2014) acil servise yapılan başvuruların %23.0'ünün aciliyet algısı dışındaki nedenlerle yapıldığını bildirmiştir (1).

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda ise başlıca uygunsuz kullanım nedenleri; mesai saatleri dışında hizmet vermeyişi ve randevu gerektirmesi gibi nedenlerle birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, kısa sürede acil servislere ulaşılabilmesi, acil servislerde günün 24 saati boyunca hizmet veriliyor olması, konsültasyon ve tanı işlemlerinin hızlıca yapılıyor olması, evsizlerin barınak ihtiyacını karşılama isteği şeklinde saptanmıştır (79, 97, 100, 107, 131, 133). Villani ve ark.'nın çalışmasında (2013) mesai saatleri dışında ve bir saatten kısa sürede birinci basamak hizmetlerine ulaşabilmenin acil bakım gerektirmeyen şikayetler için acil servislerin kullanımını azalttığı saptanmıştır (134).

Katılımcıların çoğunluğu uygunsuz kullanımın gerekli hizmetin verilmesinde, acil hastaların tedavisinin uygulanmasında, acil olguların tespit edilmesinde aksaklıklara ve güçlüklerle yol açtığını; uygunsuz kullanımın hareket alanını daraltan bir hasta yoğunluğuna neden olduğunu ve bu durumun güvenlik önlemlerini uygulamayı zorlaştırdığını dile getirdi. Durand ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2012) sağlık çalışanları acil olmayan hastaların, gerçek acil hastaların tanı ve tedavisinin

gecikmesine neden olduğunu ve bakımın kalitesini düşürdüğünü ifade etmiştir (6). Schull ve ark.'nın çalışmasında (2007) ise farklı olarak acil olmayan hasta başvurularının, diğer hastaların bakım için bekleme zamanı üzerinde önemsiz bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (85).

Uygunsuz kullanım acil servislerde kalabalıklaşmanın nedenleri arasındadır (111,112). Serviste etkin iletişimin sürdürülememesi, tıbbi hata riskinin artması, gerekli bakımın ve değerlendirmenin gecikmesi, uygun ağrı kontrolünün sağlanamaması kalabalıklaşmanın hizmet sunumu üzerindeki olumsuz sonuçlarındandır. Ayrıca kalabalıklaşma sağlık çalışanları için önemli bir memnuniyetsizlik kaynağıdır (67, 111, 118-120, 135). Bu sorunlar araştırmamızın bize sunduğu uygunsuz kullanım nedeniyle gelişen sorunlar ile benzerdir.

Uygunsuz kullanımın sağlık çalışanları üzerindeki etkilerine bakıldığında katılımcıların çoğunluğu çalışma motivasyonlarını azalttığını ifade etti. Durand ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2012), benzer olarak sağlık çalışanları, eğitimini almış oldukları acil tıp hizmetlerine yönelik uygulama yapamamanın hüsrânını yaşadıklarını belirtmişlerdir (6).

Katılımcılar uygunsuz kullanımı önlemek için triyaj uygulamalarının etkinleştirilmesini, acil servis ve aile hekimliği işlevlerine yönelik halk eğitimi yapılmasını, yeşil alan hastalarından alınan katılım payının arttırılmasını çözüm önerisi olarak sundu.

Sağlık çalışanlarının görüşlerinin araştırıldığı benzer çalışmalarda sağlık hizmetlerinin uygun kullanımına yönelik halk eğitimi yapılması, mesai saatleri dışında acil olmayan hastalar için hizmet birimlerinin oluşturulması, muayene sonrası acil olmayan hastalardan ücret alınması, acil servislere kabulde birinci basamak kuruluşlarıyla işbirliği yapan yetkililerin görevlendirilmesi uygunsuz başvuruların başka birimlere yönlendirilmesi ve poliklinik hizmetlerine hızlı erişimin sağlanması uygunsuz kullanıma yönelik çözüm önerileri olarak saptanmıştır (6, 84).

Birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servislerin tercih edilmesi, sınırlı olan servis kaynaklarının acil hasta bakımı için kullanımını kısıtlamaktadır. Araştırma, bu durumu sağlık çalışanlarının gözünden ele alarak, uygunsuz kullanımın sıklığı,

nedenleri ve sonuçlarına ilişkin bilgi sağlamaktadır. Dünya genelinde uygunsuz kullanım konusunda çok fazla çalışma yapılmış olmakla birlikte sağlık çalışanlarının konuya ilişkin fikirlerine dair yapılanlar sınırlıdır. Bu bakımdan dünyadaki sayılı araştırmalar arasında olan çalışmamız ülkemizde ise ilk örneği oluşturmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Çalışma acil servis sağlık çalışanlarına göre acil servislerin uygunsuz kullanımının nedenleri ve sonuçlarını belirlemek amacıyla planlandı. Araştırma Trabzon il merkezinde bulunan bir devlet hastanesi, bir özel hastane ve üniversite hastanesi ile üç ilçe devlet hastanesinin acil servislerinde çalışmakta olan 47 hemşire, 24 sağlık memuru, 22 hekim, 29 ATT ve 2 paramedik olmak üzere 124 sağlık çalışanının katılımıyla gerçekleştirildi. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Katılımcıların %52.4'ü erkek, %47.6'sı kadındır. Sağlık çalışanlarının %37.9'u (n= 47) hemşire, %19.4'u (n=24) sağlık memuru, %17.7'si (n=22) doktor, %23.4'ü (n=29) acil tıp teknikeri, %1.6'sı (n=2) paramedik olup katılımcıların %41.1'i lisans ve lisans üstü düzeyinde eğitime sahiptir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 32.4 ± 8.3 'tür. Araştırma kapsamındaki acil servis sağlık çalışanlarının %75.8'i Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı hastanelerde, %15.3'ü üniversite hastanesinde, %8.9'u özel hastanede hizmet vermektedir (Tablo 4). Araştırma kapsamındaki çalışanların mesleki çalışma süreleri ortalama 10.1 ± 7.9 yıl; acil servisteki çalışma süreleri ortalama 5.7 ± 4.3 yıldır.

2. Sağlık çalışanlarına göre:

- Çalıştıkları acil servisler uygunsuz kullanılmaktadır (%100.0).
- Bir günde yapılan başvuruların %75.0-100.0'ünü uygunsuz başvurular oluşturmaktadır (%48.4) (Tablo 5).
- Uygunsuz başvurular en sık 19.01-01.00 saatleri arasında yapılmaktadır (%83.0) (Tablo 6).
- Reçete yenilemek (%96.8), ağrı (92.7), ÜSYE semptomları (%86.3), halsizlik (%83.9), IV/IM ilaç uygulamaları (%80.6) uygunsuz kullanıma neden olan durum ve semptomlar arasındadır (Tablo 7).
- Her türlü sağlık sorunu için hizmet verildiğine inanılması (%99.2), polikliniklerde muayene için beklemek istenmemesi (%97.6), tüm tetkik işlemlerinin acilde polikliniklere göre daha kısa zamanda sonuçlanması (%93.5), hastaların yaşadıkları sağlık sorunu için serum ya da enjeksiyon tedavisi gerektiğini düşünmeleri (%90.3), tüm gün hizmet sunuluyor

olması ve hasta refakatçilerinin muayene olma talepleri (%80.6) en sık karşılaşılan uygunsuz kullanım nedenleridir (Tablo 8).

- Uygunsuz kullanım acil servis hizmetlerinin gerektiği gibi sunulmasının zorlaşmasına (%94.4), kalabalıklaşmaya neden olarak hareket alanının daralmasına ve acil olan hastaların tedavisinin aksamasına (%84.7), acil olguların tespitinde güçlük yaşanmasına (%79.8) “kesinlikle” yol açmaktadır (Tablo 9).
- Uygunsuz kullanım; çalışma motivasyonunun azalmasına (%73.4), tahammülün azalmasına (%68.5), sıkıştırılmış ve baskı altına alınmış hissedilmesine (%66.9) neden olmaktadır (Tablo 10).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir.

- Acil servislerde kaliteli hizmet sunulabilmesi için etkin triyaj uygulanmalıdır. Buna yönelik olarak hastane yönetimleri gereken düzenlemeleri sağlamalıdır.
- Acil servislerin işleyişinde triyajın önemi, bu çerçevede yeşil alan hastalarının bekletilebileceği konusunda halk bilgilendirilmelidir.
- Aile hekimliklerinin ileri tetkik ve tedavi gerektirmeyen durumlar ve sağlık eğitimi/yaşam tarzı değişiklikleriyle kontrolü sağlanabilecek sağlık sorunlarına yönelik verdiği hizmetler konusunda halk eğitimi yapılmalıdır.
- Medyada yayınlanan sağlık bilgileri aciliyet algısının şekillenmesinde, bireylerde tedavi ve tanı uygulamalarına ilişkin beklentilerin gelişmesinde rol oynamaktadır. Bu nedenle yayınlanan sağlık bilgilerinin doğruluğunun kontrolünde yetkililerce hassasiyet gösterilerek halkın uygun bakım için uygun birimleri tercih etmesine katkı sağlanmalıdır.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin acil servislerden beklenilmesi, bu servislerin sınırlı kaynaklarla, acil sağlık hizmetleri çerçevesinde yürüttüğü hayati rolü aksatmaktadır. Bu konuda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Çalışma sonuçları İl Sağlık Müdürlüğüne Bildirilmelidir.
- Acil servisleri tercih eden yeşil alan hastalarının sayıları, bu tercihin sağlık harcamaları üzerindeki yükü konusunda çalışmalar yapılmalıdır.
- Çalışma acile başvuran hastaların görüşleri ile tekrarlanabilir.

9. KAYNAKLAR

1. Öztürk Y (2014). Acil servise başvuran olguların aciliyet konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Tıp Araştırmaları Dergisi 12(1):20-25.
2. Polat O, Kabaçam G, Güler İ, Ergişi K, Yıldız A (2005). İbn-i Sina Hastanesi acil servisine başvuran hastaların sürveyans analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 5(2):78-81.
3. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktürkmen A, Sever M, Tunç MA (2006). Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 6(1):25-35.
4. Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW (2008). National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. National Health Statistics Reports 6(7):31-38.
5. Health & Social Care Information Centre. (2014) *Accident and Emergency Attendances in England 2012-13* [online]. Available from <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB13464>. [Accessed 27 Şubat 2015].
6. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S (2012). Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. BMC Research Notes 5:525-533.
7. He J, Hou X, Toloo S, Patrick JR, FitzGerald G (2011). Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. World J Emerg Med 2(4):253-261.
8. Kaldırım Ü, Tuncer SK, Ardiç Ş, Tezel O, Eyi YE, Arzıman İ, Durusu M, Yıldırım AO, Eroğlu M (2013). Acil servise ambulans ile müracaat eden geriyatrik olguların analizi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 13(4):161-165.
9. 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.

10. Köse A, Köse B, Öncü MR, Tuğrul F (2011). Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi* 17: 57-62.
11. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR (2009). Inappropriate use of emergency services: A systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 25:7-28.
12. Robert Wood Johnson Foundation. (2013) *Quality field notes: Reducing inappropriate emergency department use* [online]. Available from: <http://www.rwjf.org/en/library/research/2013/09/quality-field-notes--reducing-inappropriate-emergency-department.html> . [Accessed 6 Mart 2015].
13. Morgans A, Burgess S (2012). Judging a patient's decision to seek emergency healthcare: clues for managing increasing patient demand. *Australian Health Review* 36:110–114.
14. Lega F, Mengoni A (2008). Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. *Health Policy* 88:326–338.
15. Hoot NR, Aronsky D (2008). Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions *annals of emergency medicine* 52:126-136.
16. Asplin BR (2006). Measuring crowding: time for a paradigm shift. *Acad Emerg Med*.13:459-461.
17. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ (2008). Emergency department crowding, part-1 concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine* 53:605-611.
18. Hoot NR, Zhou C, Jones I, Aronsky D (2007). Measuring and forecasting emergency department crowding in real time. *Annals of Emergency Medicine* 49(6):747-755.

19. McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M (2011). Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. *NC Med J* 72(4):265-271.
20. Wikipedia. (2015) *Emergency department* [online]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_department. [Accessed 6 Mart 2015].
21. Wan C (2010). The role of the emergency department: beyond gatekeeping. *Hong Kong Med J* 16(1):4-5.
22. Wikipedia. (2015) *Emergency service* [online]. Available from: http://en.wikipedia.org/wiki/Emergency_service. [Accessed 6 Mart 2015].
23. Hallikainen J, Castrén M, Saari A (2014). Emergency medical services in rural areas of Finland. *Notfall Rettungsmed* 17:199–201.
24. Graham CA, Cheung CSK, Rainer TH (2009). EMS systems in Hong Kong. *Resuscitation* 80:736–739.
25. Schuur JD, Venkatesh AK (2012). The growing role of emergency departments in hospital admissions. *NEJM* 367: 391-393.
26. Med Box Public Health. (2008) *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and the International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Public Health Guide in Emergencies* [online]. Available from: <http://www.medbox.org/public-health/the-johns-hopkins-and-red-cross-red-crescent-public-health-guide-in-emergencies/preview>. [Accessed 3 Şubat 2015].
27. Moineddin R, Meaney C, Agha M, Zagorski B, Glazier RH (2011). Modeling factors influencing the demand for emergency department services in ontario: a comparison of methods. *BMC Emergency Medicine* 11:13doi: 10.1186/1471-227X.11:13.
28. Brown C, Milke M, Seville E (2011). Disaster waste management: A review article. *Waste Management* 31(6): 1085–1098.

29. Popovich MA, Boyd C, Dachenhaus T, Kusler D (2012). Improving stable patient flow through the emergency department by utilizing evidence-based practice: one hospital's journey. *J Emerg Nurs* 38(5):474-478.
30. Exadaktylos AK, Evangelopoulos DS, Wullschleger M, Bürki L, Zimmermann H (2008). Strategic emergency department design: An approach to capacity planning in healthcare provision in overcrowded emergency rooms. *Journal of Trauma Management & Outcomes* 2:11-18.
31. Nasir, S. L. S. (2014). Quality of emergency departments in Amman evaluated by the availability of essential emergency equipment. *SIT Digital Collections* [online]. Available from: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1802/ [Accessed 2 Şubat 2015].
32. GOV UK. (2013) *Planning and designing accident and emergency departments (HBN 15-01)* [online]. Available From: <https://www.gov.uk/government/publications/hospital-accident-and-emergency-departments-planning-and-design>. [Accessed 2 Şubat 2015].
33. Mesleki ve Teknik Eğitim Programlar ve Öğretim Materyalleri. (2011) *Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı* [online]. Available from: <http://megep.meb.gov.tr/?page=moduller>. [Accessed 2 Şubat 2015].
34. Türkiye Acil Tıp Derneği. (2014) *Acil servis planlaması ve standartları* [online]. Available From: http://www.tatd.org.tr/tatdData/Document/2642013102822acil_servis_planlamasi_ve_standartlari.pdf [Accessed 10 Temmuz 2014].
35. American College of Emergency Physicians (2005). Emergency Department Planning and Resource Guidelines. *Annals of Emergency Medicine* 45:231-238.
36. Iserson KV, Moskop JC (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine* 49(3):275-281.
37. Mesleki ve Teknik Eğitim Programlar ve Öğretim Materyalleri. (2011) *Acil Sağlık Hizmetleri TRİAJ* [online]. Available from: <http://megep.meb.gov.tr/Default.aspx?page=moduller>. [Accessed 3 şubat 2015].

38. Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, Sawchuk P, Thompson DA, Travers DA, Bonalumi N, Suter RE (2005). TexFive-level triage: a report from the acep/ena five-level triage task force. *Journal of Emergency Nursing* 31:39-50.
39. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdz MF (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency Medicine Journal* 27(2):86-92.
40. Tekşam Ö (2009). Çocuk acil servislerinin kalabalığına genel bakış ve çözüm önerisi olarak triyaj. *Hacettepe Tıp Dergisi* 40:125-132.
41. Wikipedia. (2015) *Triage* [online]. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Triage>. [Accessed 6 Mart 2015].
42. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Göransson KE (2011). Emergency department triage scales and their components: A Systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine* 30:19:42.
43. Qureshi NA (2010). Triage systems: A review of the literature with reference to Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal* 16(6):690-698.
44. Chan TC, Killeen JP, Kelly D, Guss DA (2005). Impact of rapid entry and accelerated care at triage on reducing emergency department patient wait times, lengths of stay, and rate of left without being seen. *Ann Emerg Med* 46:491-497.
45. Han J.H, France DJ, Levin SR, Jones ID, Storrow AB, Aronsky D (2010). The effect of physician triage on emergency department length of stay. *Journal of Emergency Medicine* 39(2): 227-233.
46. Deniz Şanlı (2013). Triyaj protokolleri. II. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi, Kuşadası, 19-21 Nisan 2013, 20-21.
47. Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü. (2014) *Acil servislerde renk kodlaması ve triyaj uygulaması* [online]. Available From: <http://sakaryasm.gov.tr/detay/161/acil-servislerde-renk-kodlamasi-ve-triyaj-uygulamasi.aspx>. [Accessed 8 Haziran 2014].

48. Lindberg SØ, Lerche la Cour J, Folkestad L, Hallas P, Brabrand M (2011). The use of triage in Danish emergency departments. *Danish Medical Bultein* 58(10):A4301.
49. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E (2008). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. *CIEM* 10(2):136-142.
50. Dean Vlahaki D, Milne WK (2009). Meeting Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale benchmarks in a rural emergency department. *Canadian Journal of Rural Medicine* 14 (3):101-104.
51. Karaçay P, Sevinç S (2007). Acil servislerde triyaj uygulaması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 4(2):9-15.
52. Çınar O, Çevik E, Salman N, Cömert B (2010). Emergency Severity Index Triaj Sistemi ve bir üniversite hastanesi acil servisinde uygulama deneyimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 10(3):126-131.
53. Lowe RA, Fu R (2008). Can the Emergency Department Algorithm detect changes in access to care? *Academic Emergency Medicine* 15(6):506-516.
54. NYU Wagner. (2014) *NYU ED Algorithm: background* [online]. Available from: <http://wagner.nyu.edu/faculty/billings/nyued-background>. [Accessed 12 Temmuz 2014].
55. Raven M, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY (2013). Comparison of presenting complaint vs. discharge diagnosis for identifying “non-emergency” emergency department visits. *JAMA* 309(11): 1145–1153.
56. York New York State Conference of Blue Cross and Blue Shield Plans. (2011) *The Fact About Potentially Avoidable Emergency Room Visits in Upstate New* [online]. Available from: http://www.nysblues.org/pdf/ERVVisitsFSEXFINAL_Fall2011.pdf. [Accessed 12 Temmuz 2014].

57. Ballard DW, Price M, Fung V (2010). Validation of an algorithm for categorizing the severity of hospital emergency department visits. *Medical Care Journal* 48(1):58–63.
58. Pines JM, Hilton JA, Weber EJ, AlkemadeAJ, Al Shabanah H, Anderson PD, Bernhard M, Bertini A, Gries A, Ferrandiz S, Kumar VA, Harjola VP, Hogan B, Madsen B, Mason S, Öhlén 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.
59. 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* 18:1278–1282.
60. Australian Policy Online. (2014) *Australian Hospital Statistics 2013-14: emergency department care* [online]. Available from: <http://apo.org.au/research/australian-hospital-statistics-2013-14-emergency-department-care> [Accessed 9 Mart 2015].
61. Lowthian JA, Curtis AJ, Cameron PA, Stoelwinder JU, Cooke MW, McNei JJ (2011). Systematic review of trends in emergency department attendances: an Australian perspective. *Emerg Med J* 28:373-377.
62. Health & Social Care Information Centre. (2013) *Focus on Accident & Emergency 2013* [online]. Available from: <http://www.hscic.gov.uk/article/2021/Website-Search?productid=13713&q=Focus+on+Accident+%26+Emergency&sort=Relevance&size=10&page=1&area=both#top> [Accessed 3 Şubat 2015].
63. Rodriguez RM, Fortman J, Chee C, Food, Ng V, Poon D (2009). Shelter and safety needs motivating homeless persons' visits to an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 53:598-602.
64. Moore G, Gerdtz M, Manias E (2007). Homelessness, health status and emergency department use: An integrated review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal* 10:178-185.

65. Greene J (2007). Serial inebriate programs: What to do about homeless alcoholics in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 49(6): 791-793.
66. Hwang S.W., Henderson, M.J. (2010). Health care utilization in homeless people: Translating research into policy and practice. Agency for Healthcare Research and Quality Working Paper No. 10002. *Agency for Healthcare Research and Quality* [online]. Available from: http://gsa.meps.s-3.net/search?q=Health+Care+Utilization+in+Homeless+People%3A+Translating+Research+into+Policy+and+Practice.+Agency+for+Healthcare+Research+and+Quality+Working+Paper+No.+10002.+&SimpleSearchButton1=Search&site=PUBS_PROD&client=meps&output=xml_no_dtd&proxystylesheet=meps&filter=0. [Accessed 3 Şubat 2015].
67. Hoot NR, LeBlanc LJ, Jones I, Levin SR, Zhou C, Gadd CS, Aronsky D (2008). Forecasting emergency department crowding: a discrete event simulation. *Ann Emerg Med.* 52:116-125.
68. Centers for Disease Control and Prevention. (2014) *National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2010 Emergency Department Summary Tables* [online]. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/ahcd/nhamcs_emergency/2010_ed_web_tables. [Accessed 15 Temmuz 2014].
69. Office For National Statistics. (2014) *Statistical Bulltein: Estimates of the Very Old (including Centenarians) for the United Kingdom, 2002-2012* [online]. Available from: <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/mortality-ageing/estimates-of-the-very-old--including-centenarians-/2002---2012--united-kingdom/stb-2002-2012-uk.html>. [Accessed 15 Kasım 2014].
70. Türkiye İstatistik Kurumu. (2014) *İstatistiklerle Yaşlılar, 2013* [online]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16057> [Accessed 9 Mart 2015].
71. 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.

72. 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* 51:69-774.
73. Lowthian J, Curtis A, Stoelwinder J, McNeil J, Cameron P (2012). Emergency demand and repeat attendances by older patients. *Internal Medicine Journal* 43(5): 554–560.
74. 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.
75. Dent A, Hunter G, Philip A (2010). The impact of frequent attenders on a UK emergency department. *Websterb European Journal of Emergency Medicine* 17:332–336.
76. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, Southerland RJH, Schultz CW, 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* 20:1101–1111.
77. Walker L, Jamrozik K, Wingfield D, Lawley G (2005). Increased use of emergency services by older people after health screening. *Age and Ageing* 34: 480–485.
78. Hodgson C, Lindsay P, Rubini F (2007). Can mass media influence emergency department visits for stroke ? *Stroke* 38:2115-2122.
79. Callen JL, Blundell L, Prgomet M (2008). Emergency department use in a rural Australian setting: are the factors prompting attendance. *Australian Health Review* 32(4):710-20.
80. Rust, G, Baltrus, P, Ye J, Daniels E, Quarshie, A, Boumbulian P, Strothers H (2009). Presence of a community health center and uninsured emergency department visit rates in rural counties. *Journal of Rural Health* 25(1): 8-16.

81. American College of Emergency Physicians Advancing Emergency Care. (2015) *The uninsured: Access to medical care* [online]. Available from: <http://www.acep.org/News-Media-top-banner/The-Uninsured--Access-To-Medical-Care/>. [Accessed 6Mar 2015].
82. Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R (2010). Trends and characteristics of us emergency department visits, 1997–2007. *Journal of the American Medical Association* 304(6): 664–670.
83. Brim C (2008). A descriptive analysis of the non-urgent use of emergency departments. *Journal of Nursing Research* 15(3):72-88.
84. Breen BM, McCann M (2012). Healthcare providers attitudes and perceptions of ‘inappropriate attendance’ in the Emergency Department. *International Emergency Nursing* 21:180–185.
85. Schull MJ, Kiss A, Szalal JP (2007). The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Annals of Emergency Medicine*, 49(3):257-264.
86. 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* 11:258.
87. Jones D (2011). How GPs can help reduce inappropriate attendance. *Journal of Emergency Nursing* 19(4):20-23.
88. Liggins K (1993). Inappropriate attendance at accident and emergency departments: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 18:1141-1145.
89. Field S, Lantz A (2006). Emergency department use by CTAS Levels IV and V patients. *CJEM* 8:317-322.
90. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: Systematic literature review. *The American Journal of Managed Care* 19(1):47-59.

91. Bruni, M.L., Mammi, I., Ugolini, C. (2013). Does the extension of primary care practice opening hours reduce inappropriate use of emergency services? An IV approach. *Ideas* [online]. Available from: <https://ideas.repec.org/p/bol/bodewp/wp978.html>. [Accessed 2 Şubat 2015].
92. Bullard MJ, Chan T, Brayman C, Warren D, Musgrave E, Unger B and Members of the CTAS National Working Group (2008). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines. *CJEM* 10(2):136-42.
93. Carret MLV, Anaclaudia G Fassa AG, Kawachi I (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research* 7:131. doi:10.1186/1472-6963-7-131
94. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K (2005). Primary care patients in the emergency department: Who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department *Emergency Medicine Australasia* 17:472–479.
95. Durand AC, Gentile S, Devictor B , Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, Sambuc R (2011). ED Patients: How nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine* 29:333–345.
96. Northington WE, Brice JH, Zou B (2005). Use of an emergency department by nonurgent patients. *American Journal of Emergency Medicine* 23:131–137.
97. Howard MS, Davis BA, Anderson C, Cherry D, Koller P, Shelton D (2005). Patients' perspective on choosing the emergency department for nonurgent medical care: A qualitative study exploring one reason for overcrowding. *Journal of Emergency Nursing* 31:429-435.
98. Kamal N, Barnard DK, Christenson JM, Innes GD, Aikman P, Grafstein E, Marsden J (2014). Addressing emergency department overcrowding through a systems approach using big data research. *J Health Med Informat* 5:148. doi:10.4172/2157-7420.1000148

99. Erenler AK, Akbulut S, Güzel M, Çetinkaya H, Karaca A, Türköz B, Baydın A (2014). Acil serviste aşırı kalabalığın nedenleri: Bir eğitim araştırma hastanesinin deneyimleri ve önerileri. *Turk J Emerg Med* 14(2):59-63.
100. Van Der Linden MC, Lindeboom R, Van Der Linden N, Van Den Brand CL, Lam RC, Lucas C, Haan R, Goslings JC (2014). Self-referring patients at the emergency department: appropriateness of ED use and motives for self-referral. *International Journal of Emergency Medicine* 16:7-28.
101. Harris MS, Patel B, Bowen S (2011). Primary care access and its relationship with emergency department utilisation: an observational, cross-sectional, ecological study. *British Journal of General Practice* 61(593): 787–793.
102. Kim E, Tranquada KE, Kurt R, Denninghoff KR, King ME, Davis SM, Rosen P (2010). Emergency department workload increase: dependence on primary care? *The Journal of Emergency Medicine* 38(3):279–285.
103. Ragin DF, Hwang U, Cydulka RK, Holson D, Haley Jr LL, Richards CF, Becker BM, Richardson LD (2005). Reasons for using the emergency department: results of the EMPATH Study. *Academic Emergency Medicine Journal* 2(12):1158-1166.
104. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, Middleton R, Eagar K, (2007). Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: Reasons given by patients and clinicians differ. *Emergency Medicine Australasia* 19:333–340.
105. Hsia RY, Brownell J, Wilson S, Gordon N, Baker LC (2013). Trends in adult emergency department visits in California by insurance status, 2005-2010. *JAMA* 310(11):1181-1183.
106. Penson R, Coleman P, Mason S (2012). Why do patients with minor or moderate conditions that could be managed in other settings attend the emergency department? *Emergency Medicine Journal* 29(6):487-491.

107. Tsai JCH, Liang YW, Pearson WS (2010). Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: Patient preference and emergency department convenience. *J Formos Med Assoc* 109:533–542.
108. Bamezai A, Melnick G, Nawathe A (2005). The cost of an emergency department visit and its relationship to emergency department volume. *Ann Emerg Med* 45:483-490.
109. The Network for Excellence in Health Innvation. (2014) *A Matter of urgency: reducing emergency department overuse. A NEHI Research Brief – March 2010* [online]. Available from: <http://www.nehi.net/publications/6-a-matter-of-urgency-reducingemergency-department-overuse/view>. [Accessed 16 Kasim 2014].
110. Gammons, W. (2014). State of emergency: ER overuse is costly. *Massachusetts Municipal Association* [online]. Available from: <http://www.mma.org/labor-and-personnel/13398-state-of-emergency-er-overuse-is-costly> [Accessed 16 Kasim 2014].
111. Olshaker JS (2009). Managing emergency department overcrowding. *Journal Emergency Medicine Clinics of North America* 27:593–603.
112. Pascasie K, Mtshali NG A (2014). A descriptive analysis of emergency department overcrowding in a selected hospital in Kigali, Rwanda. *Afr J Emerg Med* <http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2013.10.001>.
113. Richardson DB, Mountain D (2009). Myths versus facts in emergency department overcrowding and hospital access block. *MJA* 190: 369–374.
114. Mumma BE, McCue JY, Li CS, Holmes JF (2014). Effects of emergency department expansion on emergency department patient flow. *Academic Emergency Medicine* 21:504–509.
115. Crawford K, Morphet J, Jones T, Innes K, Griffiths D, Williams A (2014). Initiatives to reduce overcrowding and access block in Australian emergency departments: A literature review. *Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice* 21(4):359-366.

116. Handel DA, Ginde AA, Raja AS, Rogers J, Sullivan AF, Espinola JA, Camargo CA (2010). Implementation of crowding solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding. *Int J Emerg Med* 3:279–286.
117. O'Connor E, Gatien M, Weir C, Calder L (2014). Evaluating the effect of emergency department crowding on triage destination *International Journal of Emergency Medicine* doi: 10.1186/1865-1380-7-16.
118. McCarthy ML, Zeger SL, Ding R, Levin SR, Desmond JS (2009) . Crowding delays treatment and lengthens emergency department length of stay, even among high-acuity patients. *Ann Emerg Med* 54: 492-503.
119. Bullard MJ, Villa-Roel C, Bond K, Vester M, Holroyd BR (2009). Tracking emergency department overcrowding in a Tertiary Care Academic Institution. *Healthcare Quarterly* 12: 99-106.
120. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, McCreath H, Asch SM (2013). Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med*. 61(6):605-611.
121. Abu-Laban R (2006). The junkyard dogs find their teeth: addressing the crisis of admitted patients in canadian emergency departments. *Can J Emerg Med* 8: 388-391.
122. Richardson DB (2006). Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 184:213-216.
123. Sprivulis PC, DaSilva JA, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA (2006). The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australian emergency departments. *Med J Aust* 184: 208-212.
124. Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA (2011). Association between waiting times and short-term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 342: d2983. doi: 10.1136/bmj.d2983.

125. Garcia T.C., Bernstein, A.B., Bush, M.A. (2010). Emergency department visitors and visits: who used the emergency room in 2007? *Centers for Disease Control and prevention* [online]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db38.htm> [Accessed 27 Şubat 2015].
126. Michelen W, Martinez J, Lee A, Wheeler DP (2006). Reducing frequent flyer emergency department visits (2006). *J Health Care Poor Underserved* 17:59-69.
127. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E (2005). Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 5(1):5-13.
128. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal O, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M (2010). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 9(4):163-8.
129. Doty MM, Holmgren AL (2006). Health care disconnect: gaps in coverage and care for minority adults: findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey 2005. *Issue Brief (Commonw Fund)* 21:1-12.
130. Nagree Y, Camarda VJ, Fatovich DM, Cameron PA, Dey I, Gosbell AD, McCarthy SM, Mountain D (2013). Quantifying the proportion of general practice and low-acuity patients in the emergency department. *MJA* 198: 612–615.
131. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P (2010). Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. *BMC Health Services Research* 10:66. doi:10.1186/1472-6963-10-66
132. Civaner M (1999). Bir devlet hastanesinin acil servisine başvuran hastaların analizi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1:3-7.
133. Rudge GM, Mohammed MA, Fillingham SC, Girling A, Sidhu K, Stevens AJ (2013). The combined influence of distance and neighbourhood deprivation on emergency department attendance in a large english population: A retrospective database study. *PLoS One*. 8(7). doi: 10.1371/journal.pone.0067943.

134. Villani J, Mortensen K (2013). Nonurgent patients in the emergency department? A french formula to prevent misuse nonemergent emergency department use among patients with a usual source of care. *J Am Board Fam Med* 26:680–691.
135. Rondeau KV, Francescutti LH (2005). Emergency department overcrowding: the impact of resource scarcity on physician job satisfaction. *J Health Manag.* 50:327-340.

10. EKLER

10.1.EK 1. Onam Formu

Merhaba benim adım Perihan Şimşek, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Acil servislerin uygunsuz (acil olmayan hastalar tarafından) kullanım nedenlerini ve bu durumun servis çalışanlarını nasıl etkilediğini tanımlamayı amaçlayan bir araştırma yürütmekteyim. Tarafımdan yapılacak bu araştırmaya katılmanız araştırmanın başarısı açısından önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek isterim. Bu bilgileri okuyarak anlamadığınız yeri lütfen sorunuz, katılmayı kabul ediyorsanız lütfen formu imzalayınız.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, size acil servislerin uygunsuz kullanımına ilişkin görüşlerinizi belirlemeye yönelik bir anket uygulanacaktır. Anket formuyla sizden alınan bilgiler, kimlik belirtmeden sağlık alanında, eğitimde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bilgileriniz kullanılmayacak ve başkasına verilmeyecektir. Çalışmaya katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı reddetmeniz durumunda ise size karşı olumsuz bir tutum sergilenmeyecektir. Çalışmaya katılmayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada görüşmeyi sonlandırabilirsiniz. Teşekkürler.

Katılımcının Beyanı: Ben,, katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Görüşülen Kişinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Tanık adı/soyadı:

İmzası:

10.2. EK 2. Soru Formu

Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşlerini Belirleme Soru Formu

Merhaba benim adım Perihan ŞİMŞEK, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD' nda yüksek lisans öğrencisiyim. Bu çalışmayı yüksek lisans tezim için yapıyorum. Çalışmanın amacı; Acil servislerin uygunsuz (acil olmayan hastalar tarafından) kullanım nedenlerini ve bu durumun servis çalışanlarını nasıl etkilediğini belirlemektir.

Vereceğiniz tüm bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacaktır. Çalışmaya ilişkin sorunuz olursa iletişim bilginizi aşağıda yer almaktadır. Katkınız için teşekkür ederim.

İletişim: p_simsek19@hotmail.com

SORU FORMU

Soru Formu No:.....

Adı ve Soyadı:

İletişim bilgileri: Tel:..... e-posta:.....@.....com

1- Yaşınız

2- Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3- Mesleğiniz.....

4- Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar

5- Eğitim durumunuz:

() Lise () Önlisans

() Lisans () Lisans üstü

6- Mesleğinizdeki çalışma süreniz.....

7- Acil servisteki çalışma süreniz.....

8- Çalıştığınız hastanenin adı:

.....

Uygunsuz Kullanım Tanımı: Hiçbir hayati risk olmaksızın doktor muayenesi için en az iki saat bekleyebilecek olan veya sağlık sisteminin başka bir basamağında değerlendirilebilecek olan hasta grubu acil olmayan hastalar olarak kabul edilmektedir (Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale). Acil olmayan hastaların sağlık hizmeti almak için acil servislere başvurmaları acil servislerin uygunsuz kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Bu durumla ilgili olarak lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

9- Çalıştığınız acil servisin uygunsuz kullanıldığını düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır ()

10- Size göre uygunsuz kullanım olarak kabul edilebilecek durum ve semptomları (X) işareti ile işaretleyiniz.

- Reçete yenilemek ()

- Halsizlik ()

- İştahsızlık ()

- Genel vücut ağrısı ()

- Tansiyon takibi yaptırmak ()

- Kan şekeri takibi yaptırmak ()

- Pansuman yaptırmak ()
- Kaşıntı- cilt döküntüleri ()
- Vajinal kanama ()
- Eklem / ekstremitte ağrıları ()
- Baş ağrısı ()
- Kulak ağrısı/kulak akıntısı ()
- Burun tıkanıklığı/ akıntı ()
- Yüzde basınç hissi/ağrı ()
- Midede yanma, hazımsızlık ()
- Konstipasyon ()
- İlaç uygulaması yaptırmak ()
- İdrar yapmada güçlük, idrar yaparken yanma hissi ()
- Duygusal duruma ilişkin şikayetler (sinirliyim, üzgünüm, heyecanlıyım vb) ()
- Özel bakım gerektiren duruma müdahale (trakesotomi-gastrostomi-kolostomi) ()
- Enjeksiyon yaptırmak ()
- Basit kesik-ezik tarzı yaralanma ()
- Rektal kanama ()
- Boğaz ağrısı, yutma güçlüğü ()
- Karın ağrısı ()
- Göz ağrısı, gözde sulanma, yanma ()
- Öksürük/hapşırık ()
- 38.5 Derecenin altında ateş ()
- Mide bulantısı ()
- Yüzeyel sıyrıklar ()
- Kusma ()

Diğer:.....

11- Size göre uygunsuz başvuruların en fazla olduğu zaman dilimi aşağıdakilerden hangisidir?

- a) 07.01-13.00 () b) 13.01-19.00() c) 19.01-01.00 () d) 01.01-07.00 ()

12- Size göre çalıştığınız acil servise yapılan başvuruların yüzde kaçını uygunsuz kullanım başvurusudur?

13- Çalıştığınız servisin hastalar tarafından uygunsuz kullanımına neden olduğunu düşündüğünüz durumları çarpı işareti (X) ile işaretleyiniz.

Acil servislerin uygunsuz kullanım nedenleri	
1.Acil servislerin acil olsun ya da olmasın her türlü sağlık ihtiyacı için hizmet veren bir birim olduğuna inanılması.	
2.Hastaların yaşadığı semptomların gerçekten acil müdahale gerektirdiğini düşünmesi.	
3.Yaşanan sağlık sorunu için serum ve/veya enjeksiyon tedavisi gerektiğine inanılması.	
4.Tetkik işlemlerinin polikliniklere göre daha kısa sürede yapılıyor olması.	
5.Polikliniklerde muayene sırası beklemek istenmemesi.	
6.Günün 24 saati hizmet veriliyor olması.	
7.Acil servisin ulaşımı kolay, merkezi bir konuma sahip olması.	
8.Narkotik ilaç bağımlılarının narkotik ilaç temin etmek istemeleri.	
9.Acil servislerin sosyalleşme alanı olarak görülmesi.	
10.Sağlık hizmeti veren herhangi bir kurumdan alınan tedavinin yetersiz görülmesi	
11.Hastasını acil servise getiren refakatçinin kendisinin de muayene olma talebi.	
12.Evindeki fiziki koşulların yetersiz olması nedeniyle geceyi acilde geçirme isteği.	

Bunların dışında belirtmek istediğiniz bir neden varsa ekleyiniz.

14- Uygunsuz kullanımın sonuçlarına ilişkin ifadelerden sizin için uygun olan değerlendirmeyi işaretleyiniz.

Uygunsuz kullanımın sonuçları	Kesinlikle katılıyor	Kısmen katılıyor	Fikrim yok	Kısmen katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
1.Gerekli hizmetin verilmesini güçleştiriyor.					
2.Tıbbi hata gelişmesine zemin hazırlıyor.					
3.İş kazası riskini arttırıyor.					
4.Asepsi ve sterilizasyon kurallarının ihlal edilmesine neden oluyor.					
5.Acil olan hastaların tespit edilmesinde güçlüğü neden oluyor.					
6.Acil olan hastaların tedavisinin aksamasına neden oluyor.					
7.Hastalarla etkin iletişim kurulmasında sorunlara yol açıyor.					
8.Servis çalışanlarının işbirliği kurmasını engelliyor.					
9.Uygun tıbbi atık yönetiminin sağlanmasında sorun yaşanmasına neden oluyor.					
10.Sağlık çalışanlarının şiddete uğramasına zemin hazırlıyor.					
11. Hasta ve/veya yakınlarına tedavi süreciyle ilgili bilgi verme işlevinin yerine getirilmesini güçleştiriyor.					
12. Takip gerektiren hastaların takibinin sürdürülmesini zorlaştırıyor.					
13. Serviste kalabalıklaşmaya neden olarak hareket alanını daraltıyor.					
14. Serviste kalabalıklaşmaya neden olarak hasta transferinin gecikmesine yol açıyor.					
15. Serviste kalabalıklaşmaya neden olarak güvenlik önlemlerinin uygulanmasını zorlaştırıyor.					
16. Hasta mahremiyetinin korunmasını güçleştiriyor.					

Bunların dışında belirtmek istediğiniz bir sonuç varsa ekleyiniz:

15- Acil servisin uygunsuz kullanımının sizin üzerinizdeki etkileri ile ilişkili olarak uygun olan değerlendirmeyi işaretleyiniz.

Uygunsuz kullanımın acil servis sağlık çalışanları üzerindeki etkileri	Kesinlikle katılıyor	Kısmen katılıyor	Fikrim yok	Kısmen katılmıyor	Kesinlikle katılmıyor
1.Kişinin çalışma motivasyonunu olumsuz etkiliyor					
2.Hastaların ifade ettiği semptomların önemsiz olarak algılanmasına neden oluyor					
3.Çalışanın kendisini sıkıştırılmış ve baskı altına alınmış hissetmesine neden oluyor					
4.Sabır gösterme gücünün azalmasına yol açıyor					
5.Asabi ve sinirli hissedilmesine neden oluyor					
6.Empati yapma becerisinin azalmasına neden oluyor					
7.Farklı bir serviste çalışma isteğinin doğmasına neden oluyor					
8.Yapılan işin önemsiz ve anlamsız olarak görülmesine yol açıyor					
9.Kişinin meslekte kendini geliştirme ve araştırma hevesinin kaybolmasına neden oluyor					

Bunların dışında belirtmek istediğiniz bir sonuç varsa ekleyiniz:

16 Acil servislerin uygunsuz kullanımını azaltmak için çözüm önerileriniz nelerdir?

Katılımınız, ilginiz ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

10.3.EK 3. Kurum İzinleri



Sayı: 623
Konu: Araştırma izni.

03.06.2014

T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

İlgi:08/05/2014 Tarih ve 24296458/540/946 Sayılı yazınız

İlgi yazınız gereği; Üniversiteniz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Perihan ŞİMŞEK'in "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri" konulu tez çalışmasını kurumumuzda yapması yönündeki talebiniz başhekimliğimizce uygun görülmemiştir.
Bilgilerinize arz/rica ederim.


Op.Dr. Ömer Fatih ÇELİK
Özel İmperial Hastanesi Başhekimisi
(Mesul Müdür)

Kemerkaya Mah. Devlet Sahil Yolu
No: 27-29 TRABZON - TÜRKİYE
Tel: 0 (462) 444 44 61
Faks: 0 (462) 321 36 30
info@imperialhastanesi.com
www.imperialhastanesi.com

10.3.EK 3. Kurum İzinlerinin devamı



özel
**KARADENİZ
HASTANESİ**

04/06/2014

SAYI : 872

KONU:: Araştırma İzni

T.C

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ : 27/05/2014 tarih, 24296458/540/1009 sayılı yazınız,

İlgi yazınız gereğince Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Perihan ŞİMŞEK'in " Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına ilişkin Görüşler " başlıklı tez çalışmasını hastanemizin ismini kullanmadığı sürece yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm.Dr.Gülbüz YULUG

BAŞHEKİM

10.3.EK 3. Kurum İzinlerinin devamı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Trabzon İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı: 29765155 /
Konu: Araştırma İzni



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi: 08.05.2014 tarih ve 945 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrenciniz Perihan ŞİMŞEK'in "Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri" başlıklı tez çalışmasını 26 Mayıs – 26 Ağustos 2014 tarihleri arasında Birliğimize bağlı birliğimize bağlı Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi, Fatih Devlet Hastanesi Of Devlet Hastanesi ve Vakıfkebir Devlet Hastanesinde uygulama talebi, "Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19/06/2013 tarih ve 4683 sayılı yazıları" doğrultusunda çalışmaların sağlık tesisindeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmalara katılımın gönüllülük esasına dayanması, kişisel verilere/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının bilgimiz dışında ilan edilmemesi koşuluyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mustafa KASAPOĞLU
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Komisyon Onayı (1 sayfa)
- 2- İzin Protokolü (1 sayfa)

İdari Hizmetler Başkanlığı
Telf: (0462) 2341111 Fax: (0462) 2341113
e-posta: khb.61egitim@saglik.gov.tr

Kanuni EAH Numune Kampüsü/TRABZON
Ayrıntılı bilgi için irtibat: Uzm. Elif BABACAN

10.3.EK 3. Kurum İzinlerinin devamı



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Başhekimliği - Sağlık
Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
22/10/2014 11:28 - 48814514/200/4009
00220733

Sayı : 48814514/200/

21/10/2014

Konu: Arş. Gör. Perihan ŞİMŞEK'in Araştırma İzni.

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜNE

- İlgi: a) 10.07.2014 tarihli ve 27863166/000/90 sayılı yazınız,
b) 02.10.2014 tarihli ve 27863166/000/138 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı (a) ve (b) yazılarında adı geçen Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Perihan ŞİMŞEK'in Etik Kurul onaylı "*Acil Servis Sağlık Çalışanların Acil Servisi Uygunuz Kullanımına İlişkin Görüşleri*" başlıklı yüksek lisans tez çalışması kapsamındaki anket çalışmasını hastanemiz Acil Servisinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Başhekim

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90(462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Şef Emine DİNÇ
eminedinc@ktu.edu.tr

Sayfa
1 / 1

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Elektronik imzah suretine <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514/200/4009 ve Barkod Num.:220733 bilgileriyle erişebilirsiniz.

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ KLİNİK
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859-549
Konu:

Tarih:18/09/2014

Sayın; Doç.Dr.Ayla GÜRSOY
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servisin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri” başlıklı etik kurul 2014/28 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

TC Kimlik No : 10743037768
Soyadı, Adı : ŞİMŞEK, Perihan
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 09.03.1981- Trabzon Merkez
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0531 263 34 21
E posta : p_simsek19@hotmail.com
Yazışma Adresi : Yalıncak Mahallesi Lale Sok. No: 26
Ortahisar/TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	KTÜ Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2012
Lise	Trabzon Affan Kitapçıoğlu Lisesi	1998

AKADEMİSYEN/MESLEKİ DENEYİM

Görevi	Kurum	Süre
1. Hemşire	Rize Güneysu Devlet Hastanesi	2012-2013
2. Hemşire	Trabzon Of Devlet Hastanesi	2013-

YABANCI DİL

İngilizce

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Şimşek P, Gürsoy A (2015). Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri. 3. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi, Antalya, 1-4 Nisan, Sözel Bildiri.