

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, TRİYAJ UYGUNLUKLARI VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DURUMLARININ DAĞILIMI

HAZIRLAYANLAR:

DR. Onur ÇAKMAK

UZMANLIK TEZİ

ANKARA

EYLÜL 2018

T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN
DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, TRİYAJ UYGUNLUKLARI VE SAĞLIK
OKURYAZARLIĞI DURUMLARININ DAĞILIMI**

HAZIRLAYAN:

DR. ONUR ÇAKMAK

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ:

PROF.DR. AHMET DEMİRCAN

ANKARA

EYLÜL 2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ	ii
1.GİRİŞ	9
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1.Acil Tıp Tanımı	11
2.2.Uygunsuz Başvuru ve Gerçek Acil Tanımı.....	12
2.3.Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri ve Sonuçları	14
2.4. Acil Servis Kalabalığı Tanımı.....	14
2.5. Acil Servis Kalabalığının Nedenleri	17
2.6. Acil Servis Kalabalığının Neden Olduğu Sorunlar	19
2.7. Acil Servis Kalabalığı Ölçümü	20
2.7.1. Acil Servis Kalabalıklığında Input-Throughput-Output Modeli.....	20
2.8. Triaj Tanımı, Triajın Tarihçesi Ve Acil Servislerde Triaj	24
2.9. Triajın Uygulanma Sahaları	25
2.9.1. Savaş Alanı Triajı.....	25
2.9.2.Sahada ve Acil Serviste Afet.....	25
2.9.3.Rutin Acil Servis Triajı.	26
2. 10. Acil Servis Triaj Sistemleri.....	26
2. 10.1 Klasik Triaj Sistemleri.	27
2.10.1.1.Profesyonel Olmayan Triaj	27
2.10.1.2 Hızlı Bakı/Spot Check.....	27
2.10.1.3 Geniş Kapsamlı Triaj	27
2. 10.2 Triaj Skalaları	27
2. 10.2.1.Start (Simple Triage and Rapid Treatment)	28
2. 10.2.2.Üç Basamaklı Triaj.....	28

2. 10.2.3. Dört Basamaklı Triaj	29
2. 10.2.4. Beş Basamaklı Triaj Sistemleri	29
2.11. Triaj Uygulayıcıları.....	38
2.12. Sağlık Okuryazarlığı.....	39
2.12.1 Tanım.....	39
2.12.2 Sınıflandırma.....	39
2.12.3. Dünya'daki ve Türkiye'deki Durumu.....	40
2.12.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri.....	40
2.12.4.1 REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini).....	41
2.12.4.2. TOFHLA: Test of Functional Literacy Adults (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi).....	42
2.12.4.3. TSOY32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği).....	42
2.13 Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sağlık çıktıları.....	43
2.14 Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Acil Servis Başvurularına Etkisi.....	43

3. GEREÇ VE YÖNTEM	44
3.1. Araştırmanın Kapsamı.....	44
3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı.....	44
3.3. Araştırmanın Tipi	45
3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı	45
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	45
3.5.1. AraştırmanınBağımsızDeğişkenleri	45
3.5.2. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri.....	46
3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı	46
3.7. Araştırmada Kullanılan Terimler	47
3.8. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli	47
3.9. Araştırmanın Uygulama Süresi	47
3.10.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi.....	47
4. BULGULAR	51
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	70
7. ÖZET.....	71
8. KAYNAKLAR.....	73
9. EKLER	80

TEŞEKKÜR

Acil tıp uzmanlık eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen, eğitimimde çok büyük katkıları olan başta Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN olmak üzere Doç. Dr. Fikret BİLDİK'e, Doç. Dr. Ayfer KELEŞ'e, Doç. Dr. İsa KILIÇASLAN'a ve Doç. Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN hocalarıma;

Tüm asistanlık serüvenim boyunca en güzel ve en zor zamanlarımda hep yanımda olan Dr. Sezer EŞFER'e, geriye dönüp baktığım zaman acil servisin emin ellerde olacağına inandığım asistan arkadaşlarımdan Dr. Rıdvan ALGAN'a, Dr. Emre KOYUNCUOĞLU'na, Dr. Ümit Saruhan YÜCE'ye bu inancı bana tattırdığı için, beraber çalışmaktan keyif aldığım, acısıyla tatlısıyla birer aile olmayı başarabilmiş ve her şeye beraber göğüs germiş olan bütün asistan arkadaşlarıma, acil servis hemşireleri, paramedik, ATT ve diğer personele;

Üniversite yıllarında öğrencilikten itibaren her daim yanımda olan, her konuda yardımını esirgemeyen ve tez çalışmamda büyük yardımlarını sunan değerli arkadaşım Dr. Ali Kadir KOÇ'a;

Yemeden yedirip, içmeden içirip beni bugünlere kadar bir kere bile yalnız bırakmadan getiren çok değerli aileme;

Hiç şüphesiz acil tıp asistanlığımın bana en güzel hediyesi olan ve bu süreçte verdiği sözü harfiyen yerine getiren, iyi günde ve kötü günde beni hiç yalnız bırakmayan sevgili eşim, can yoldaşım ELİF KILIÇ ÇAKMAK'a ;

Sonsuz saygılarımı sunmayı borç bilir, teşekkür ederim.

Onur ÇAKMAK

Ankara, 2018

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Acil Servis Kalabalığı Faktörleri.....	13
Tablo 2. Input-Throughput-Output Modeli.....	19
Tablo 3. 5 Basamaklı Triaaj Sistemleri ve Kullanıldığı Ülkeler.....	24
Tablo 4. Simple Triage And Rapid Treatment (START).....	28
Tablo 5. Manchester Triaaj Algoritması.....	29
Tablo 6. ESI Algoritması.....	30
Tablo 7. ESI Hayat Kurtarıcı Girişimler.....	31
Tablo 8. ESI Kaynaklar.....	31
Tablo 9. Sağlık Bakanlığı Triaaj Algoritması.....	32
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.....	45
Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.....	46
Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.....	47
Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Acil Servis Kullanımıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.....	48
Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Triaaj Durumlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.....	50
Tablo 15a. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Kendi Değerlendirdikleri İlk Triaajın Uygunluk Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.....	52
Tablo 15b. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kendi Değerlendirdikleri İlk Triaajın Uygunluk Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.....	53

Tablo 16. Katılımcıların Kendi Değerlendirdikleri İlk Triajın Uygunsuzluğuna Etki Eden Faktörler, Ankara, 2018.....	54
Tablo 17. Katılımcıların Müdahaleden Olumlu Yönde Etkilenme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.....	55
Tablo 18.Katılımcının Kendi Değerlendirdikleri İlk Triaj Durumları İle Paramediğin Değerlendirdiği Triaj Durumlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2018.....	55
Tablo 19. Katılımcıların Bilgilendirme Sonrası Değerlendirdikleri Triaj ile Paramediğin Değerlendirdiği Triaj Durumlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2018.....	56
Tablo 20a. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.....	57
Tablo 20b. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.....	58

1.GİRİŞ

Acil servisler hizmetin aralıksız verildiği tanı ve müdahale yerleridir. Bu hizmete ihtiyaç duyan kişilere mümkün olan en hızlı biçimde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Ancak yakınmalara acil olmayan kişiler de sıklıkla acil servise başvururlar. Bu kişilerin acil servislere başvuruları birçok acil servisin özellikle büyük şehirlerdeki eğitim hastanelerinde aşırı hasta yoğunluğuna (overcrowding) yol açmaktadır. Bundan dolayı bekleme süreleri uzayabilmekte, sorunu daha ciddi olan kişilerin tanı ve tedavileri gecikmekte, memnuniyet oranı düşmekte, acil serviste genel bir karmaşa ve yetersizlik durumu ortaya çıkmaktadır(1).

Bu karışıklığı önleme konusunda yapılan ilk müdahale triajdır. Fransızca kökenli bir kelime olan triajın anlamı “Ayırmak, seçmek” olarak tanımlanır. Triaj; acile başvuran bireylerin öncelik durumlarını belirleme, mortalite ve morbiditelerini azaltmayı amaçlamaktadır(2, 3). Sağlık Bakanlığı’nın tanımına göre triaj; acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini tanımlar(4). 2015 yılında sağlık bakanlığı verileri incelendiğinde toplam 110.915.407 acil servis başvurusu yapıldığı, bunun 13.584.027’sinin tıp fakültesi acillerine yapıldığı ve toplam başvuru sayısı içinde acil servis başvuru sayısının %30’unu oluşturduğu görülmüştür(5).

Ülkemizde acil servislerin kullanım uygunluğu konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde ülkemizde yapılan bir araştırmada aciliyet uygunluğu, kullanılan triaj kategorilerine göre değerlendirilmiş ve başvuruların %47,2’sinin acil olmayan başvuru olduğu bildirilmiştir(6). Acil tıp asistanları tarafından 3000 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada başvuruların %62,3’ünün acil olmayan hastalar tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır(7).

DSÖ’nün tanımına göre sağlık okuryazarlığı; bireylerin sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla bilgiye ulaşmalarındaki, anlamalarındaki ve kullanmalarındaki motivasyon ve yeterliliklerini tanımlamaktadır Güncellenen yeni tanımına göre sağlık okuryazarlığı; kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek, bireysel ve toplum sağlığını iyileştirmek için harekete geçme konusunda bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyinin elde edilmesini ifade eder(8)

Yapılan çalışmalarda uygunsuz kullanıma yol açan çeşitli etmenler saptanmıştır. Bu nedenlerden biri olarak SOY ile ilgili yapılan bir çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığı olan

hastaların yeterli sağlık okuryazarlığı olan hastalara son 6 ay içinde acil servise başvuru yapma sayısı anlamlı olarak daha fazla görölmüşür(9).

Bu veriler ışığında acil servilerdeki kalabalıklılığın ve karmaşanın büyük oranda uygunsuz kullanımdan kaynaklandığı göz önüne alınarak triaj uygunluğuna etki eden faktörleri değerlendirmek uygun olacaktır. Ülkemizde triaj uygunluğuna etki eden faktörler arasında SOY’u inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hastaların sağlıkla ilgili yazılı ve sözlü materyalleri anlamalarında SOY’un etkisi göz önüne alınarak triajla ilgili eğitim müdahalesinin etkinliğini bu perspektifle değerlendiren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmanın amacı Gazi Üniversitesi Tıp Faköltesi acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri, triaj uygunlukları ve sağlık okuryazarlığı durumlarının dağılımını incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Acil Tıp Tanımı

Tıp literatüründe “acil”, “aciliyet” kavramı hastanın en kısa sürede tıbbi bakım ihtiyacı oluşması anlamına gelmektedir. Herhangi bir nedenle oluşan acil durumda hedef, yaşamı tehdit eden durumu engellemek, organizmanın bütüncül yapısını, hayati faaliyetlerini yapısına uygun hale getirme işlemi ve bu duruma neden olan tehdidi ortadan kaldırmaya çalışmaktır. Acil olmayan hasta ise hemen ya da önümüzdeki birkaç saat içerisinde müdahale edilmediğinde hayati tehlike arz edecek bir durumun gelişmeyeceği popülasyondur(10).

Acil tıbbın temel misyonu ise beklenmeyen bir hastalık veya yaralanma durumunun değerlendirilmesi ve tedavi edilmesidir. Uluslararası Acil Tıp Federasyonuna göre; “Acil Tıp, tüm yaş gruplarındaki hastaları etkileyen ayrıştırılmamış tüm fiziksel ve ruhsal bozuklukların oluşturduğu hastalık ya da yaralanmaların akut ve ivedi şekillerinin önlenmesi, tanısı, tedavisi ve yönetimi için gereken bilgi ve beceriler bütününe kapsayan tıp pratiğidir. Bunun yanında hastane öncesi ve hastane içi acil tıp sistemlerinin anlaşılması ve geliştirilmesi için gerekli becerileri de içerir(11).

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirtildiği şekliyle acil durum; ani gelişen hastalık, kazalar, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın başlangıcından itibaren ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren ve ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığında veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır.

Bu sebeple sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilmektedir(12).

Acil tıp hizmetlerinin kalitesini artırarak tüm dünyada ortak olarak hareket etmek, fikir birliğine varmak için, bu hizmete öncülük yapan ABD gibi ülkelerde çeşitli kılavuzlar hazırlanmıştır. Amerikan Acil Hekimleri Birliği (American College of Emergency Physicians, ACEP)’ne göre acil servis; başvuran tüm bireyleri değerlendirmek için gerekli personel, ekipman ve kaynaklara sahip olmalıdır. Aynı zamanda acil durumu olan hastaların stabilizasyonunu sağlamak için gerekli girişim ve tedavilerin uygulanabilmesi mümkün olmalıdır. Çünkü acil durumlar doğası gereği planlanmamış durumlarla sık karşılaşması nedeniyle günün 24 saatinde hazır deneyimli hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli gerektirmektedir(13, 14).

2.2. Uygunsuz Başvuru Ve Gerçek Acil Tanımı (uygunsuz başvuruyu bence kalabalığın önüne almamız..)

Acil servis kalabalığının en önemli etmeni acil servisin uygunsuz kullanılması ve uygunsuz başvurulardır. ACEP'e göre gerçekten acil olan tıbbi durumlar şöyle tanımlanmıştır (ACEP 1994);

1. 24 saatlik süreçte hastaneye alınması gereken ya da hemşireli bakım evine alınmayı gerektiren durumlar.
2. Yeni gelişen travma durumları,
3. Akut ve şiddetli ağrılar, yeni gelişen enfeksiyon durumları
4. Bilinç durum değişikliği
5. Kanama ya da şok durumlarının olasılığı ya da varlığı,
6. Doğum eylemi veya doğumla ilgili sorunların oluşması,
7. Hayati fonksiyonlarda bozukluk oluşması,
8. Herhangi bir şekilde fiziksel ve ya psikolojik sorun oluşturabilecek kalıcı veya geçici durumların oluşması,
9. İstismar veya madde kullanımı olduğundan şüphelenilen durumların varlığı,

ACEP 1994'e göre hastanın aciliyet durumu yine hastanın kendisi tarafından belirlenmekte olup orta seviyede sağlık bilgisine sahip olan bireylerin, beklenmedik bir rahatsızlık gelişmesi sonrasında tıbbi destek alması gerektiğini düşünmesi ve bir acil servise başvurması durumu gerçek acil olarak tanımlanmaktadır. Bu yüzden de hastaların hastalıkla ilgili durum ve düşünceleri hekimlerden farklılık göstermektedir(1).

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği'nde belirtildiği şekliyle acil durum; ani gelişen kaza, yaralanma veya hastalık durumlarında olayın olduğu andan itibaren 24 saatlik süreçte tıbbi müdahale gerektiren ve hızlı müdahale edilmediğinde veya başka bir sağlık kuruluşuna nakledilmesi halinde yaşamının ve/veya sağlık bütünlüğünün korunamama riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu sebeple verilen sağlık hizmetlerinin bütününe acil sağlık hizmeti denilmektedir. Bu perspektifte, kamu veya özel tüm sağlık kuruluşları tarafından acil hastaların kabulü, gerekirse ilgili başka bir sağlık birimine nakledilmesi ve tedavi masraflarının karşılanmasına ilişkin durumlar 26.6.2008 tarihli 8 ve 26918

sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2008/13 sayılı Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ile ilgili Başbakanlık Genelgesi ile düzenlenmiştir.

Bütün bu belirtilenlerden de anlaşılacağı üzere hayati tehlike içeren durumlar ve kritik durumlar açıkça tanımlanmıştır. Ancak herhangi bir acil yakınması olmadan da hastalar acil servise başvurabilmektedir (15). Dünyanın dört bir yanındaki çalışmalarda acil sağlık hizmetlerinin ‘uygunsuz kullanımı’ farklı kriterler ile tanımlanmıştır. Acil servislerin kullanım uygunluğu için yapılan çalışmalar çok sınırlı sayıda olmakla birlikte acil tıp hekimleri tarafından 3000 hasta üzerinden yapılan bir çalışmada toplam başvurunun %62.3 ünün acil olmayan durumlar üzerinden olduğu tespit edilmiştir(7). Başka Bir çalışmada “acil olmayan” hastalar “herhangi bir yaşamı tehdit edici durumlar olmaksızın tıbbi muayenede en az iki saat bekleyebilen ve sağlık sisteminin diğer sağlık birimlerinde daha iyi değerlendirilebilecek kişiler” olarak değerlendirilmiştir(16). Acil servise başvuran ancak acil müdahale tanımına uymayan hasta profili acil servis kalabalığı nedenlerinden biri olup talep karşısında varolan kaynakların yetersiz kalmasına yol açmaktadır (17-19). Yapılan bazı çalışmalarda acil servislerde yoğunluk olduğu için normalde acil servis hizmeti alması gereken hastaların gereken kaliteli hizmeti alamadığı ve hasta memnuniyetlerinin azaldığı vurgulanmıştır(1, 20, 21). Acil servise acil olmayan durumların da başvurusu, acildeki personel ve ekipmanın bu hasta popülasyonuna da ayrılmasına da sebep olmakta ve kritik bakıma ihtiyacı olan hastaya ihtiyacı olan sağlık hizmetinin verilmesini güçleştirmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu durum acil servisteki hasta yükünü arttırıp, acil hizmeti verilmesi gereken gruba sunulan hizmet kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (22, 23).

2015 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’nin yayımladığı raporda da belirtildiği gibi, ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ çerçevesinde oluşturulmuş olan ‘Aile Hekimliği’ sisteminde henüz sevk zinciri oluşturulamadığı için kişilerin acil olarak kabul ettiği sağlık sorunları ile ilgili ilk başvuru yerleri genellikle hastaneler olmaktadır. Belirtilen raporda acil servislerin uygunsuz kullanımının, hasta yükünü arttırdığı ve acil hizmet verilmesi gereken hastalara sunulması gereken hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilediği, acil servisteki hasta kalabalığı yüzünden, hastaların muayene olmak için uzun süreler beklediği, durumu ciddiye almayan hastaların bakımlarının ertelendiği ve hasta güvenliğinin tehlikeye girdiğine dikkat çekilmektedir. Ayrıca acil servis çalışanları üzerinde olan aşırı iş yükü çalışan memnuniyetinde ciddi azalmalara neden olmakta ve acil servislerin sağlık çalışanları tarafından tercih edilmeyen bir alan olmasına sebep olduğu vurgulanmaktadır (23).

2.3 Acil Servislerin Uygunsuz Kullanım Nedenleri Ve Sonuçları

Çeşitli faktörler, hastaların acil bakım gerektirmeyen sağlık sorunları için hastane acil servislerini seçmelerine neden olmaktadır. Bu faktörler arasında erişilebilirlik, birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimliliği ve toplumun bu hizmetler hakkındaki farkındalığı bulunmaktadır(24). Aynı zamanda acil servislere daha iyi bakım ve tedavi verilebiliyor olması, şikayetlerinin acil olduğu hissiyatları ve acil servise 24 saat ulaşım kolaylığının olması acil servislere uygunsuz başvuruların artmasına sebep olmaktadır(15). Uygunsuz başvuruların artması ve dolayısıyla başvuran hasta sayısının artması personelin iş yükünü artırırken uzamış hasta bekleme sürelerine sebep olmakla birlikte hastaların tıbbi değerlendirme, tanı ve tedavi süreçlerini uzatmaktadır(25). Daha önceden de belirtildiği üzere kronik hastalıklara sahip olan hastaların akut alevlenmelerinin acil serviste tedavi edilmeye çalışılması bu hastalıklar için gerekli olan uzmanlaşmış, önleyici ve sürekli tedaviye erişimini engelleyebilir(26). Ayrıca uygunsuz kullanım sağlık hizmetlerinde artan maliyetlere sebep olmuştur. Yapılan çalışmalar hastaların birinci basamak sağlık hizmetleriyle tedavi edilebilecek hastalıklar için acil servisleri kullanmaması durumunda sağlık harcamalarında %69-86 tasarruf sağlanabileceğini göstermiştir(27). Uygunsuz kullanım hizmet kalitesini düşürür, maliyetleri artırır ve acil servis çalışanına aşırı yük getirir(28).

2.4. Acil Servis Kalabalığı Tanımı

Acil servis Kalabalıklığı (ASK) evrensel olarak kabullenilmiş bir tanım olmamakla birlikte Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Medicine- ACEP) 2002 yılında acil servis kalabalıklığını ‘acil hastaların temel ihtiyaçlarının mevcut kurumsal kaynaklarla karşılamada ortaya çıkan yetersizlik’ şeklinde tanımlamıştır (18, 19, 22). ASK için birden fazla sebep gösterilse de esas sebebin toplumdaki hastalıkların şiddetinin ve hastaneye yatması gerekenlerin sayısının artmasına rağmen hastaları yatırmak için yeterli yatağın olmaması olarak görülmüştür(17, 29).

ASK’nın bir diğer tanımı da acil servisin ilgili muayene ve tedavi odalarında yer alan hasta sayısının fazla olması ve bu durum karşısında acil servisin kapasite dışında çalışmaya zorlanmasıdır(30). Bu kalabalık durumu ise acil serviste triaj alanı ve koridorda hasta bakılması, hemşire başına düşen hasta sayısının artması, acil servis çalışanlarının kendilerini tükenmiş hissetmesi ve gelen ambulansların başka merkeze yönlendirilmeleri ile ilişkili bulunmuştur(31, 32).

ASK tanımlanırken bütün hastaneler için aynı tanımı yapmak yanlış olur. Çeşitli özellikleri sebebiyle hastaneler birbirinden ayrılır. Büyük şehir hastaneleri, kırsal kesimdeki hastaneleri, özel hastaneler ve eğitim araştırma hastaneleri, tıp fakülteleri ve travma hastaneleri gibi spesifik branşlaşmış hastaneler birçok konuda farklılık göstermektedirler (33). Genel olarak ASK faktörleri, hastane faktörleri ve dış faktörler olmak üzere üç ayrı grupta toplanmaktadırlar (TABLO1)(31).

Tablo 1. Acil Servis Kalabalığı İle İlişkili Faktörler

1	ACİL SERVİSLE İLGİLİ FAKTÖRLER
	Gerçek zamanlı bilgisayar tabanlı elde edilen bekleme zamanı, tedavi zamanları ve AS'de tedavi edilmekte olan ve görülmek için bekleyen asıl hastaların sayımı
	Hasta başvuru sayısı > 120 / gün (840>hafta)
	Gözlem alanında kapasite kalmaması
	* ASK hakkında hemşire ve doktorların düşünceleri ve tükenmiş hissetmeleri
	AS yatak oranı, aciliyet oranı, sağlayıcı oranı, talep değeri
	*Hastaların >30 dk beklemesi veya tüm AS yataklarının > 6 saat/gün doluluğu veya AS koridorlarında bekletilen hastalar, çok hızlı çalıştırılmaya zorlanmış hissedenden doktorlar
	*Hastaların >30 dk beklemesi, hastaların >60 dk, tüm AS yataklarının > 6 saat/gün doluluğu veya AS koridorlarında >6 saat/gün bekletilen hastalar, bekleme odasının >6saat/gün doluluğu, > 6 saat/gün, çok hızlı çalıştırılmaya zorlanmış hissedenden doktorlar
	*Doktor görmek için> 60 dk bekleyen hastalar, AS yataklarının >6saat/gün doluluğu, AS koridorlarında> 6 saat/gün bekleyen hastalar, >6saat/gün, acil doktorlarının çok hızlı çalıştırılmaya zorlanmış hissetmesi
2	HASTANE İLE İLGİLİ FAKTÖRLER
	AS' den yatırılan hastalar için uygun hastane yatağının olmaması
	‡AS hastaları hazır olduğu ancak bir kata veya yoğun bakım hastane yatağına yatırılmadığı ve AS' de tutulduğu zaman ASK meydana gelmesi.
	Hastane yatağı sayısının azalması ve sağlık bakım profesyonellerinin kritik kısıtlılığı
	‡Tüm personeli olan yatan hasta ve yoğun bakım hastane yataklarının dolu olması ve transfer için yakın kurumlarda uygun yatak olmaması nedeniyle yatırılan hastanın AS' den ayrılamaması
	Saatlerden günlere kadar AS' de tutulan hastaneye yatırılmış hastalar
	Yatan hasta yatağının uygun olmaması nedeniyle yatışı gereken hastaların AS' den ayrılamaması
	‡Hastanedeki tüm personeli olan yatan hasta ve yoğun bakım yataklarının dolu olması ve transfer için yakın kurumlarda uygun yatak olmaması nedeniyle yatırılan hastanın AS' den ayrılamaması
	Akut bakım yataklarının dolu olması
	Yatırılan hastanın hastane yatağına transferinin 4 saatten daha uzun zaman alması
	Yatırılan hastanın AS' de bir gece geçirmesi
	Çok fazla sayıda kötü hasta, çok fazla yatırılan hasta olması
3	DIŞ FAKTÖRLER
	Ambulans geri çevirmeleri
4	FAKTÖRLERİN KOMBİNASYONU
	Hastaların >90 dk beklemesi, AS yataklarının > 6 saat/gün, AS yataklarının %30' unun yatan hastalar tarafından doldurulması, koridorlarda> 6 saat/gün hasta olması, > 6 saat/gün bekleme odasının doluluğu
	Görülmekten ayrılan kayıtlı hasta ve ambulans yönlendirme sıklığı ve uzunluğu
	Personel kısıtlılığı, uygun yatak olmaması, zayıf işlemsel işleyiş, bakım ihtiyacı olan hastaların sayısının artması, hastane yatağı kısıtlılığı ve hastane kapatılması.

2.5. Acil Servis Kalabalığının Nedenleri

ASK'nın nedenleri çok çeşitlidir. Bu sebeplerin ilki acil servise başvuran hastaların daha fazla ek hastalığının olması ve daha komplike olmalarıdır. Modern tıbbın giderek gelişmesi, tedavi seçeneklerinin artması ve yeni ilaçların ortaya çıkması kronik hastalıkları olan hastaların daha uzun süre yaşamalarına ve bizlerin daha fazla kronik hastalığı olan, daha yaşlı hastalarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Kronik hastalıkları olan hastalar bazen varolan kronik hastalıklarının akut alevlenmeleri ile başvururken, bazen de komorbid hastalıklar olarak hastanın başka sorunlarını daha da kötüleştirir. Bu hastaların acil serviste kalış süreleri diğer hastalara oranla daha uzun olmaktadır. Atipik göğüs ağrısı ile gelen hastanın aynı zaman da diabetes mellitus hastalığı varsa, bu hasta acil serviste daha dikkatli ve daha uzun sürede değerlendirilmektedir(34).

ASK'nın bir diğer nedeni de giderek artan başvuru sayılarıdır. Bu artış hem nüfusun artması hem de sağlık güvencesi olan hastaların acil servisleri tercih etme eğilimlerinden kaynaklanmaktadır(34, 35). 2002 yılında Türkiye'de toplam hastane başvuru sayısı 124.313.659 iken, bu sayı 2016 yılında 447.648.830 olmuştur. Türkiye'de toplam yatak sayısı 2002 yılında 164.471 iken, 2016 yılında bu sayı 217.771 olmuştur. Bu verilere göre bu yıllardaki hastane başvuru sayısı % 260 oranında artarken, hastane yatağı artışı ise sadece %32 oranında kalmıştır (36). Oranlardaki dengesizlik ise acil serviste yatış bekleyen hastaların ilgili servislere yatışının yapılarak acil servis drenajının sağlanmasının ne kadar zor olacağının göstergesidir.

Başka bir neden de hastaların birinci basamak sağlık hizmeti ve aile hekimlerinden yeterince yararlanamamalarından kaynaklanmaktadır. Hiperglisemi ile seyreden bir diabetes mellitus hastasına aile hekimliğinde bir hafta sonraya randevu verilmesi halinde bu hastanın acil servise başvurması kaçınılmaz olacaktır. Bazı çalışmalarda yine sağlık sigortası olmayan hastaların ASK'nı arttırdığını söylemiştir (34). Ancak bu durumun tersini söyleyen, acil servise başvuran sağlık sigortası olmayan hastaların küçük bir grup oluşturduğunu beyan eden çalışmalar da mevcuttur (37, 38).

Gelişen teknolojiler ve acil servis uzmanlığının yaygınlaşması da acil serviste daha nitelikli hasta bakılmasını sağlamıştır. Bu sebeple daha önceden hastane yatışı gerektiren hastalıklar artık acil servisten detaylı tetkik ve tedavi edilip taburcu edilebilmektedir. Pyelonefrit, kapsamlı Bilgisayarlı Tomografi isteyen travma hastaları, pnömoni ve göğüs ağrısı hastaları acil servislerde

tetkik ve tedavi edilip taburcu edilebilmektedir. Bu durum ise hastaların acil servislerde kalış sürelerini arttırmıştır (34).

ASK nedenleri(34);

- AS'lere başvuran hasta sayılarında artış gözlenmesi
- Komorbiditesi olan, komplike hastaların sayısında artış olması
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği
- Hastane yatak sayılarının yetersizliği
- Hastane yatış endikasyonları ve yoğun bakım kavramlarının değişmesi dolayısıyla AS'lerdeki tıbbi bakım pratiğinin değişmesi
- Tektik hizmetlerindeki yavaşlık
- Yardımcı personel sayılarının yetersizliği
- Konsültan doktorun olmaması veya ulaşmada güçlük
- AS'lerin fiziki şartlarının yetersizliği
- Artan kültürel çeşitlilik sebebiyle hastalarla kurulan iletişimin zorlaşması
- Evde bakım hizmetlerinin yetersizliği
- Medikal kayıt tutma zorunluluğunun sonucu artan sayıda evrak iş yükü
- Sigortası olmayan hastaların AS'lere başvurusu

Sağlık hizmetlerine ihtiyacın giderek artması, artan hasta sayılarına yetecek yatak kapasitesinin yokluğu, poliklinik servislerinin giderek yetersiz konuma gelmesi sebebiyle acil servise başvuran hasta sayısı artmıştır(39-41). Ayrıca hastaların başvurduğu polikliniklerin verdikleri randevu tarihlerinin geç olması, birinci basamak hastanelere yapılan yönlendirmelerin yetersiz kalması ve hastaların birinci basamak hastanelerde yapılan incelemelerin yetersiz kaldığını düşünmesi acil servise olan başvuruları arttırmaktadır(42-44).

2.6. Acil Servis Kalabalığının Neden Olduğu Sorunlar

Genellikle acil servis kalabalığı artması sonucunda meydana gelebilecek durumlar şunlardır (34);

- Daha kötü hasta bakımı
- Mortalitede artış
- Ambulans reddetme sayısında artış
- Tıbbi hatalarda artış
- Bekleme süresince hastaların daha fazla ağrı duyması
- Sağlık çalışanlarının üretkenliğinde azalma
- Hasta maliyetlerinde artış
- Sağlık çalışanlarının toleransında belirgin düşüş

ASK arttıkça hastaların acil serviste kalış süreleri daha da artmakta ve bu şekilde devam eden kısır döngü yukarıda belirtilen sorunların daha da artmasına neden olmaktadır. Özellikle ASK'nın eğitim hastanelerinde eğitim görevi üzerine olumsuz etkileri olduğu belirtilmektedir. Eğitime ayrılan zamanın azalması nedeniyle eğitim hastanelerinde pratik ve teorik eğitimlerde aksaklık yaşanmaktadır. Bütün bu olumsuzluklara bakıldığında ASK'nın önemi daha da net anlaşılmaktadır(34, 45-48).

Kalabalık ve yoğun acil servislerde erken müdahale gerektiren hastalıklar atlanabilir, gözden kaçabilir. Bekleme süresinin uzaması hastanın sıkılarak ayrılmasına ya da hastanın memnuniyetsizliğine sebebiyet verebilir. Sıkılarak ayrılan, beklemek istemeyen hastalar sonrasında daha kötü bir hastalık tablosu ile acil servise tekrar başvurabilir. Bekleme süresinin bu kadar uzun olması hastaların şikayetlerini daha çok yaşamalarına sebebiyet verir. Aynı şekilde uzun süre bekleyen hastaların ve hasta yakınlarının sinirlenmeleri nedeniyle şiddete başvurmaya eğilimleri artabilir. Fazla sayıda hasta bakan ve bu hastalara müdahale etmek için daha az zamana sahip olan doktor doğru tanıyı koymakta zorlanabilir ve tanı atlayabilir. Dolayısıyla doktordan alınabilecek verim azalır. Kalabalık arttıkça yapılabilecek yanlış istemlerin sayısı artabilir, hastaların örneklerinin etiketlenmesi karışabilir, sonuçlar yanlış değerlendirilebilir, hastaya uygulanacak tedavi için hemşireye verilen bilgiler yanlış olabilir. Acil servis doluluğu sebebiyle ambulans aracılığıyla gelen hastanın kabulünde sıkıntı yaşanabilir ve ambulanslar farklı hastanelere yönlendirilmek zorunda kalınabilir(34, 47). Acil serviste oluşan kalabalık sebebiyle

hastalar muayene olmak için uzun süreler beklemekte, ciddi durumda olan hastaların bakımları beklemekte ve hasta güvenliği tehlikeye girmektedir (5, 30).

2.7. Acil Servis Kalabalığı Ölçümü

ASK tanımlanırken bütün hastaneler için aynı tanımı yapmak yanlış olur. Çeşitli özellikleri sebebiyle hastaneler birbirinden ayrılır. Büyük şehir hastaneleri, kırsal kesimdeki hastaneleri, özel hastaneler ve eğitim araştırma hastaneleri, tıp fakülteleri ve travma hastaneleri gibi spesifik branşlaşmış hastaneler birçok konuda farklılık göstermektedirler (33).

ASK ölçümü yapılırken sebep olan sorunlar iyi belirlenmeli ve ölçümler mümkün oldukça çoğu hastanenin ortak özelliklerine dayandırılmalıdır. Başvuran hasta miktarı, AS'in karşılama kapasitesi, başvuruların aciliyetleri ve hastaların AS'de kalma süreleri veya hastanenin diğer bölümlerine yatış yapılabilme kabiliyeti ASK'nın belirleyici faktörleridir.

ASK belirlenmesindeki en büyük zorluk teorik bir yapıya dayandırılmaması, tüm hastanelerde uygulanılabilecek bir ölçüm metodunun geliştirilmesindeki zorluktur. Bu konuda bazı modeller çeşitli çalışmalar aracılığıyla geliştirilmiştir. Fakat çalışmada sadece ambulans retleri ASK için esas ölçüt olarak alınmış ve Kanada sağlık sisteminin işleyiş dinamiklerine göre dizayn edilmiştir. Asplin ve ark.'nın ortaya koymuş olduğu 'input-throughput-output kavramsal modeli' (I/T/O modeli) ile araştırma, politika ve eylemsel yönetim organizasyonu açısından temel bir çerçeve oluşmuştur. Asplin ve ark.'nın ortaya koydukları bu model Schull ve ark.'nın modeli ile kıyaslandığında genele daha çok hitap eden bir model olduğunu savunmaktadırlar(49, 50).

Acil Servis Kalabalıklığında Input-Throughput-Output Modeli

Bu sistemde ASK daha iyi anlaşılacak istenip AS ve hastane kapasitesinin monitörize edilmesi amaçlanmıştır. Bu sayede yöneticiler ve araştırmacıların daha etkili bir sağlık modeli geliştirilmesine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

I/T/O modelinde ASK'nın sadece AS değerlendirilerek çözülemeyeceği düşünülüp tüm sistem kapasitesinin düzenli kontrol edilmesi ve güvenilir metotlar aracılığıyla tüm sistem içinde ASK'nın değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu model aracılığıyla birbirinden bağımsız 3 bölüm oluşturulmuştur(31)(Tablo 2). Bu sayede problemin sistemik olarak değerlendirilmesine yardımcı olacak bir modelin sunulması amaçlanmıştır(49).

Acil servise başvuran gerçekten acil olan hastalar akut tedaviye ihtiyaç duyar. Bu hastalıklar akut olarak gelişebileceği gibi kronik hastalıkları olan hastaların akut alevlenmeleri de

olabilir. Bu iki grubun da şikayetleri akut geliştiği için başvuruları planlanmadan AS üzerinden yapılır(49).

Input kavramında AS'e yapılan başvuruları etkileyen tüm AS dışı durumları ve sistem özellikleri faktörlerini incelemektedir. Input modelini 3 bölümde incelemek daha açıklayıcı olacaktır.

- **Çok acil durumlar için bakım**

AS'lerin en önemli görevi ciddi şekilde yara alan veya hastalanan grupların müdahalesini ve tedavisini yapmaktır (51). AS'ler çoğu zaman sağlık bakımı veren diğer birimlerin hastanın stabilize edilmesine ya da servis yatışına ihtiyaç duyduğunda hastayı sevk ettikleri yerlerdir. Bu birimler arasında bakımevleri, poliklinikler, diğer hastaneler ve tıp merkezleri yer almaktadır. AS'lerdeki gelişen teknoloji sonrasında tanı ve tedavi seçenekleri arttığından gün geçtikçe sevkler daha da artmaktadır. Bu durum ASK'nı olumsuz yönde etkilemektedir (49).

- **Randevusuz olan acil durumlar için bakım**

AS'ler dışındaki diğer sağlık birimleri hastalarının akut problemlerini ya da kronik hastalıkların akut alevlenmelerini hızlı düzeltemedikleri için genellikle AS'lere yönlendirirler. Bunun sebebi AS dışı birimlerinin kapasitesinin az olmasından ve mesai dışı saatlerde ulaşılamıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bunun yanında hastalar ilgili poliklinikten randevu aldıkları halde randevu tarihine kadar semptomlarının artması üzerine AS'lere başvurabilir. Hastalar triajda beklemeleri ihtimaline rağmen hem mesai saati dışında başvurabilmeleri hem de aynı gün tedavi olabilmeleri düşüncesi ile AS'lere başvurabilmektedir (49).

- **Güvenlik ağına bağlı bakım**

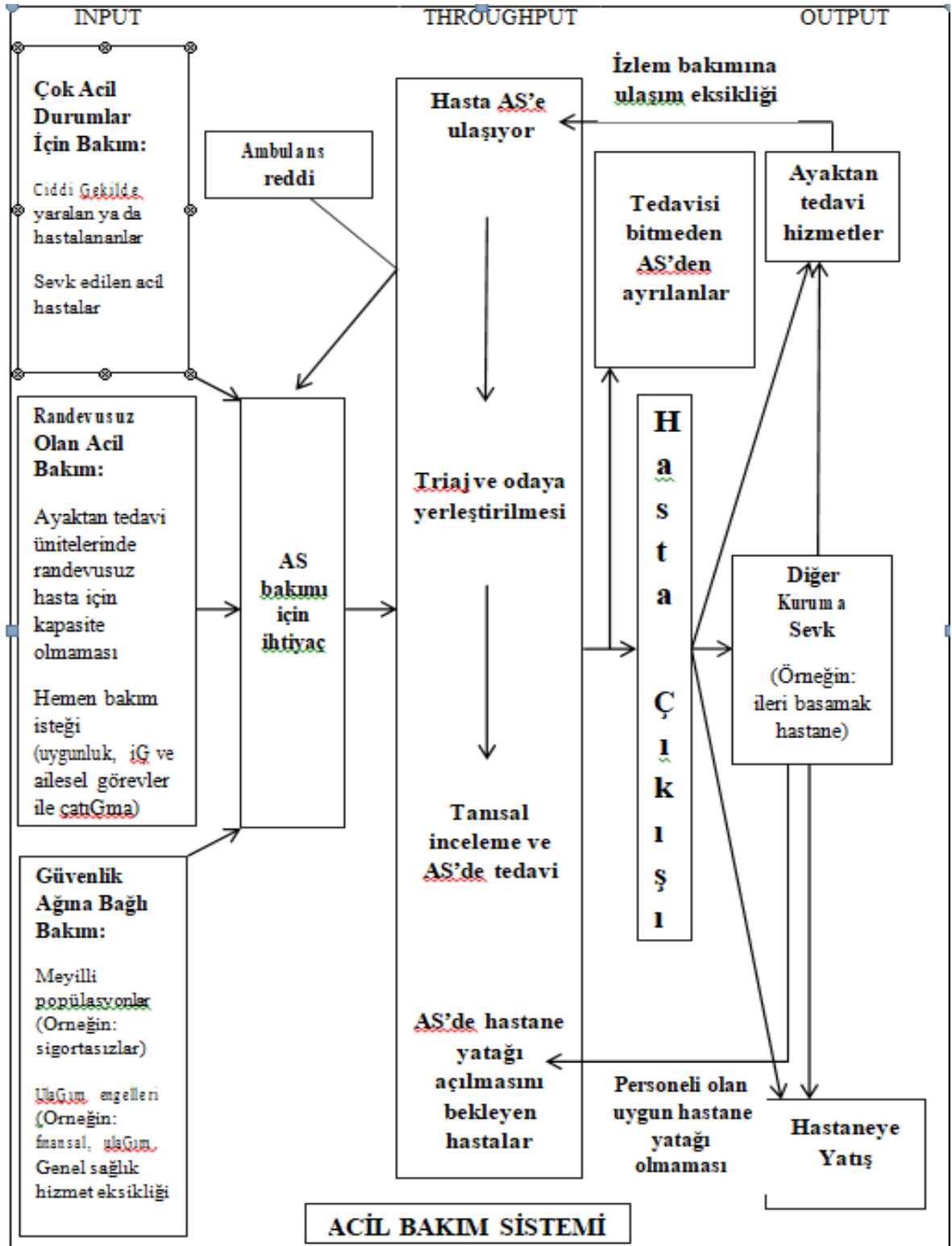
Herhangi bir sebepten diğer sağlık birimlerine başvuramayan hastalar için AS'ler tek tercih olmaktadır. Sağlık güvencesi olmayan hastalar için en sık tercih edilen sağlık birimi

AS'lerdir. Sağlık güvencesi olmayan hastaların çoğunlukta olduğu yerlerde ASK'nın daha fazla olduğu gösterilmiştir(49, 52).

I/T/O modelinde 'throughput kavramı acil servislerde geçirdikleri süreyi kapsar. AS işleyiş ve kaynaklarını inceleyip, işlemlerin etkinliklerini ve hastaların AS'de kalış sürelerine etkilerini anlamaya yardım eder. Böylece kullanılan kaynakların etkinliğinin arttırılarak hastaların AS'de kalış süresini azaltıp ASK'nın azaltulmasını amaçlar (49).

Throughput kavramı iki bölümden oluşmaktadır. Birincisi hastanın önce triaja, oradan da odalara alınıp ilk değerlendirilmesinin yapıldığı süreci kapsar. Standardize edilmiş bir triaj sistemi AS'in iş yükünün ortak dilde anlaşılmasına yardımcı olur. Bu alandaki süreci hızlandırmak için birçok AS hızlı bakım birimi için çeşitli stratejiler oluşturmuşlardır (49). Hastanın gelişinden itibaren ilk 10 dakikada triaj tarafından değerlendirilip takip eden 10 dakikada ise uygun olan odada ilk değerlendirilmesinin yapılması acil servisin başarılı olduğunu gösterir(53). Kavramın ikinci bölümü ise AS'de uygulanan tanı ve tedavi testlerini içine alır. Bu süreci etkileyen çok çeşitli faktörler vardır. AS'in fiziki yeterliliği, sağlık ekibinin tecrübesi, sağlık personelinin sayısal yeterliliği, tanısal testlere ulaşım kolaylığı, konsültan doktorlara ulaşılabilirlik , kayıt ve iletişim sistemindeki kalite gibi faktörler bu sürecin belirleyicileridir(49).

I/T/O modelindeki output kavramı ise hastanenin hastaları AS'dışına alabilme kabiliyetini ifade etmektedir. Hastane yatak sayısındaki yeterlilik, bakacak olan personel sayısının yeterliliği, hasta taburculuğu sonrasındaki bir başka hasta için yatağın hazırlanma süreci, tanısal tetkiklerin ulaşılabilirliği gibi faktörler bu sürecin belirleyicileridir. Bu faktörler ne kadar iyi seviyedeysse şüphesiz hastalar acil servislerde o kadar az kalacaklardır ve dolayısıyla ASK azalacaktır. Hastaların taburculuğu sonrası devam eden medikal işlemleri için verilen randevular ve desteklerin kalitesi de output sürecine etkilidir. Bu hastaların taburculuğu sonrasında yeterli takip yapılmazsa tekrar acil servise başvurmaları kaçınılmaz olacaktır(49).



Tablo 2: Input-throughput-output modeli

Asplin ve ark. I/T/O modelinin ASK belirlenmesinde, bu konu üzerine araştırma yapılmasında ve genel sağlık sistemi için uygulanılacak politikalara temel bir çerçeve oluşturacağını iddia etmektedirler. Bu model baz alınarak gelecekte yapılması gereken çalışmaların 4 ana konu üzerine olması gerektiğini belirtmektedirler. Birincisi ASK ölçümü için daha güvenilir yöntemler geliştirmek, ikincisi kalabalığa neden olan her faktörün etki derecesinin belirlenmesini içermektedir. Üçüncü konu hasta bakım kalitesinin düzeyi ve nasıl geliştirilebileceğinin incelenmesi iken dördüncü konu ise ASK'nı azaltacak çözüm yöntemleri üzerine çalışma yapılıp etkin yöntemler bulunmasıdır(49).

Asplin ve ark. I/T/O modelini oluşturmuş oldukları çalışmanın kısıtlılığı olarak da az sayıda araştırmacı ile çalışmanın yapıldığını göstermektedir. Daha fazla sayıda merkez ve daha çok araştırmacı ile ASK'na etki eden faktörler genele daha çok uyarlanabilir bir modelle ortaya konabileceğini belirtmektedirler. Ayrıca ASK'na etki eden bütün faktörlere değinmemekle birlikte en yaygın olanları çalışmaya kattıklarını belirtmektedirler (49).

Acil tıp literatüründe ASK ölçümü için 4 skorlama sistemi bulunmaktadır. Bu skorlama sistemlerinin amacı klinik bilgi sistemine işleyen ve gerçek zamanlı olarak kullanılabilir, AS meşguliyetinin basit, nicel, geçerli ve tekrarlanması kolay bir ölçüm şekli olmaktır. Bütün bu çalışmaların bileşenleri I/T/O modelindeki bileşenleri içermektedir ve hiçbirisi prospektif olarak onaylanmamıştır. Bu skorlama sistemi ise; 'The Real Time Emergency Analysis of Demand Indicators (READI)', 'The Emercengy Department Work Index (EDWIN)', 'The National Emergency Department Crowding Study (NEDOCS)' ve 'The Emergency Department Crowding Scale (EDCS)'(50, 54).

2.8. Triaaj Tanımı, Triaajın Tarihçesi Ve Acil Servislerde Triaaj

Acil servislere uygunsuz başvurular düşünüldüğünde uygun bir triaajın bulunması acil müdahale gerektiren hastayı diğer hastalardan ayırmamıza yardımcı olur. Triaaj ve ayırma hastalara verilecek olan tıbbi kaynağın dağıtımı amacı ile kullanılan yaygın bir terimdir. Fransızca bir kelime olan 'trier' den günümüze kadar değişerek gelmiş olan 'triaaj' öncelikle tarımsal gıdaların tanımlanması için kullanılmıştır(55, 56). İlerleyen süreç içerisinde Napolyon Bonapard'ın baş cerrahı Baron Domonique Jean Larrey tarafından daha iyi durumda olan yaralı askerlerin savaşa geri gönderilmesi için kullanılmış olmakla birlikte günümüzde bu terim neredeyse sadece sağlık alanında kullanılmaktadır(57, 58). Acil servislerde uygulanan triaaj sisteminin amacı ise, en acil ve

en ciddi vakaların diğerk hasta gruplarından daha önce farkedilip, tedavilerini almalarını sağlamaktır.

2.9. Triağın Uygulanma Sahaları

Triağ acil servisler haricinde sağlıkta başka alanlarda da kullanılır.

2.9.1. Savaş Alanı Triağı

Askeri triağın amacı hızlı tedavi olup savaş alanına tekrar geri dönebilecek yaralı askerlerin tanınmasıydı (59). Birçok bireyi içeren hafif yaralanan vakaların dışında kalanlar hariç kitlesel olaylar esnasında kardiyopulmoner resüsitasyonun yeri yoktur (60). Kitlesel olaylar sırasında önlenebilir ölümleri en aza indirecek olan triağın başarısı ilk bakıdaki ölü sayısını hızlıca tanıyabilmesine bağlıdır(60). Verilebilecek olan tıbbi destek ölecek olanlara değil yaşama olasılığı yüksek olan hastalara yoğunlaştırılır (60).

2.9.2.Sahada ve Acil Serviste Afet

Sahada Afet

‘Afet’in kurumların başına gelen olağan dışı yanıtlar ve sonuçlar karşısında yetersiz kaldığı zamanlarda meydana geldiği belirtilmiştir(60). Sahip olunan medikal kaynaklar kazaya maruz kalanlar için yetersiz olduğunda tedavi ve nakil öncelikleri sınırlı sağlık kaynaklarının etkili kullanımını garantiye almak için bireyleri belirlemeye gereksinim duyar (60). Afet triağı kitlesel kazalar için çok önemli bir tıbbi prosedürdür ve doğru yapılmış bir triağ bireylerin sağ kalımının başlıca belirleyicisidir (60).

Triağ genellikle acil servis personelinin sorumluluğu altındadır. Bir felaket durumunda ilgili alanın triağı en deneyimli personel tarafından yapılır. Uygulayıcının rolü savaş alanındaki triağ uygulamasına benzerdir. Alanda yapılan tüm müdahaleler hayatta kalacak olanların sayısını arttırmaya yönelik, etkili ve mümkün olan en hızlı şekilde ölümden döndürülebileceklerle sınırlıdır(61). Çok sayıda yaralının olduğu bir afet ortamında triağın amacı kimin acil, kimin bekleyebilir ve kimin ölmüş olduğunu belirlemek olmalıdır (62).

Acil Serviste Afet

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre dışardan yardım ihtiyacı doğuran ani ekolojik felakete afet denir (63). Bu durum acil servis için daha farklı tanımlanır. Acil servis için normal günde olması gereken hastalık ya da yaralanmanın şiddetinden veya hastalığın sayısından daha fazla sayıda başvuru olduğunda afet mevcut olur (63). Başka bir deyimle verilen bir zaman aralığında gelen hasta sayısının dışardan yardım alınmadan bakılamaması durumudur (63). Ancak afeti sadece hasta sayısı ile ilişkilendiremeyiz. Bir üniversite hastanesi iki kimyasal kontaminasyona uğamış hastayla baş edecek ortama sahip olmayabilir (63).

Acil servisteki afet triajı hastane ve bölümler tarafından ayrı ayrı ele alınır. Afet triajı doktor/hemşire takımı , sadece hemşire ya da sadece doktor tarafından yönetilebilir. Afet triajının öncelikli görevi her gelen hastanın hızlıca bakım önceliğini belirlemektir. Kurbanların tedavisi açısından alanda uygulanan afet triajı ile acil serviste uygulanan afet triajı benzerlik gösterir. Afet sürecinde yapılan triaj normal zamanda yapılan triajdan farklı özelliklere ve kazançlara sahiptir (61).

2.9.3.Rutin Acil Servis Triajı

En gelişmiş triaj sistemi olup sıklıkla kullanılır(61). Triaj artık acil serviste hasta değerlendirilmesinin bir parçası haline gelmiştir. Triajın kilit görevi erken müdahale ihtiyacı olanların tedavi önceliğini belirlemektir. Eğer triaj hatalı veya yanlış olursa erken müdahale ihtiyacı olan hastalar bekleyebilir ve ciddi sonuçlar doğurabilir(64). Acil servis triajında hasta acil servise başvurduğunda hemen değerlendirilir ve ne kadar acil olduğunun, müdahale için ne kadar bekleyebileceğinin ve müdahale için hangi bölgeye alınması gerektiğinin kararı verilir (65).

2.10. Acil Servis Triaj Sistemleri

Doğru ve güvenilir, standardize edilmiş triaj sınıflandırma yöntemlerinde Yeni Zelanda ve Avustralya dünyaya öncü olmuştur (66). Hastanın durumunun önceliği hemşirelerin aciliyet kararına dayandırılmıştır (67). Bunun sonucunda Australasian College for Emergency Medicine tarafından 1993 yılında National Triage Scale (NTS) adındaki 5 basamaklı triaj sistemi dizayn edilmiştir(66). Avustralya'nın hemen her yerinde kullanılan bu triaj sistemi 2000'lerin başlarında yerini Avustralya Triaj Skalası (ATS) almıştır (68). Kanada ve İngiltere de benzer çalışmalar sonucunda Kanada Triaj Skalası ve Manchester Triaj Skalası geliştirmiştir (69). Bu triaj

skalalarına ek olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde Wuerz ve Eitel tarafından Emergency Severity Index (ESI) kullanıma girmiştir (70).

2.10.1 Klasik Triaaj Sistemleri

Klasik triaaj sistemleri içerisinde 3 sistemden genellikle bahsedilir. Profesyonel olmayan triaaj, hızlı bakı ve geniş kapsamlı tiraj (61).

Profosyonel Olmayan Triaaj

Sekreter veya güvenlik görevlisi tarafından yapılır. Esas şikayetler sorgulanıldıktan sonra hasta veya hasta değil şeklinde sınıflandırılıp tedavi odasına veya bekleme salonuna hastalar alınır (61).

Hızlı Bakı\spot check

Hızlı bakı, hastanın şikayetinden yola çıkılarak 2 dakika içerisinde sınıflandırılmasıdır(71). Bu sistem üzerinde hastalar doktor, hemşire ve paramedik tarafından değerlendirilip çok acil, acil veya acil değil şeklindeki 3 basamaklı bir triaaj skalasına sokulur(61, 72). Bu değerlendirmenin amacı acil servise ulaşan hastanın profesyonel sağlık ekibi tarafından birkaç dakika içerisinde görülmesini amaçlar (72).

Geniş Kapsamlı Triaaj

Emergency Nursing Association (ENA) uygulaması geniş kapsamı tirajdır. Standartlara göre triaaj, hastanın fiziksel ve psikososyal ihtiyaçlarını bölümün hasta sirkülasyonunun yanında değerlendiren tecrübeli, özel lisanlı hemşire tarafından uygulanmalıdır (72). Bu triaaj sisteminde hastanın bakısı 2-5 dakika içerisinde tamamlanmalıdır ancak bu süreç yaşlı popülasyonda ve çocuk hastalarda daha uzayabilmektedir (73, 74).

2.10.2 Triaaj Skalaları

Triaaj dökümanı esas şikayeti, değerlendirme zamanını tarih ve saat şeklinde, triaaj yapanın ismini, kısa bir hikayeyi, vital bulguları, eski medikal öyküsünü, ilaçlarını, triaaj skorlamasını ve değerlendirme amacıyla alınmış olduğu yeri kapsamalıdır (65, 75). Triaaj alanında değerlendirme yapılması hastanın ileri değerlendirme için bekleme süresini uzatabiliyor olmasına rağmen, bazı

tanı testlerine (düz grafi, idrar tahlili) başlamanın bekleme süresini azaltmış olduğunu ve ileri değerlendirme yapacak olan doktorlar tarafından istenecek testlerle benzer oldukları gösterilmiş (65).

Uygulanılmakta olan bütün triaj sistemlerinde yapılan ilk basamak hayati tehlike yaratabilecek ya da bir organ kaybına sokabilecek yaralanmaları ve hastalıkları tespit etmektir (72). Triajı yapılmış ve beklemekte olan bir hastanın durumu değişirse ya da hastanın aciliyetini değiştirebilecek yeni bir bilgi saptanırsa hastanın triajı tekrar yapılmalıdır. Bu ‘retriay’ olarak isimlendirilir. Retriaj yapılan hastalarda değiştirici faktör kaydedilmeli ve eski ile yeni triaj skorları kaydedilmelidir (61).

2.10.2.1.Start (Simple Triage and Rapid Treatment)

Hoag Hospital and the Newport Beach Fire Department tarafından geliştirilmiş olan START sistemi, çok sayıda yaralıyı içeren acil durumlarla başa çıkmak için kaynakları hızlıca organize etmede acil personeline yardım eder . Ciddi bir afet durumunda tüm yaralıları kurtarmak pek mümkün olmamaktadır. Önemli ola nokta kurtarılabildiği kadar çok yaralı için başka kurtarıcılarla birlikte çalışmaktır. START bunu gerçekleştirebilmek için en iyi fırsatı sunar(76). Triajın gösterimi renk sistemine dayanmaktadır. Değerlendirilen her yaralının üstüne triaj kartı koyulup uygun olan renge kadar yırtılır. Ayrıca değerlendirme saatinin de yazılması önerilir (76).

2.10.2.2.Üç Basamak

Hastalar çok acil, acil ve acil olmayan şeklinde 3 grupta sınıflandırılır. Hayati tehdit eden durumlar çok acil olarak değerlendirilir. Acil durumlar oldukça kısa süre içerisinde tedavi gerektirir. Acil olmayan durumlar ise tedavi gecikmesinde hayati tehlikenin ortaya çıkmayacağı düşünülen durumlardır (65). Çok acil durumlara örnek olarak ciddi nefes darlığı, göğüs ağrısı , durdurulamayan ciddi kanamalar, amputasyonlar, göğüs ağrısı, multitravma, şok, aktif doğum eylemi gösterilebilir. Acil durumlara örnek olarak açık kırıklar, şiddetli karın veya baş ağrısı, laserasyonları kapsar. Acil olmayan durumlar ise yara bakımı, anafaksi yaratmamış böcek ısırıkları, uzun süreli eklem ağrıları, minör izole ekstremite travmaları olarak örneklendirilebilir (65). Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servisler genellikle 3 basamaklı triaj sistemini kullanırken yapılan araştırmalar 5 basamaklı triaj sisteminin daha güvenilir olduğunu göstermiştir (70, 77).

2.10.2.3. Dört Basamak

Çok acil, acil, yarı acil ve acil olmayan olarak sınıflandırılır (71). Çok acil durumlara örnek olarak göğüs ağrısı, acil duruma örnek olarak nefes darlığı yaratan alt solunum yolu enfeksiyonları, yarı acil duruma örnek olarak uzun ekstremite kırıkları ve acil olmayan durumlara örnek basit üst solunum yolu enfeksiyonlar örnek gösterilebilir (71).

2.10.2.4. Beş Basamak

Tablo 3: 5 Basamaklı Triaj Sistemleri ve Kullanıldığı Ülkeler

TRİYAJ SİSTEMİ	KULLANILDIĞI ÜLKE/ÜLKELER
Manchester Triaj Sistemi (MTS)	İngiltere, İrlanda, Portekiz, Hollanda
Avusturalya Triaj Sistemi (ATS)	Avusturalya, Yeni Zelanda
Kanada Triaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS)	Kanada
Aciliyet Şiddeti İndeksi (ESI)	Amerika
Güney Afrika Triaj Sistemi (CTS)	Güney Afrika
Fransa Triaj Sistemi (FRENCH)	Fransa

Beş basamaklı triaj sistemlerinde hastalar hemen, çok acil, acil, yarı acil, acil olmayan olarak kategorilendirilir. Hemen müdahale edilmesi gereken grup hiç bekletilmeden (0 dakika içerisinde) içeri alınmalıdır. Çok acil hastaların 10 dakika içerisinde, acil hastaların yarım saat içerisinde, yarı acil hastaların 60 dakika içerisinde ve acil olmayan hastaların 2 ile 4 saat içerisinde

değerlendirilmesi gerekmektedir (65). Hemen içeri alınması gereken hasta grubu içerisinde kardiyak arrest olan hastalar, şoktaki hastalar, uzamış aktif nöbet geçiren hastalar ve solunum yolunda akut tıkanıklık gelişmiş olan hastalar yer alır. Çok acil hastalar için örnek şiddetli solunum sıkıntısı olanlar, kardiyak kaynaklı olduğu düşünülen göğüs ağrıları, majör multitravma hastalarıdır. Acil hastalara örnek şiddetli ağrılı durumlar veya immunsupresyonun eşlik ettiği ateş durumları gösterilebilir. Yarı acil durumlara orta şiddette karın ağrıları ve komplikasyonu olmayan uzun kemik kırıkları örnek gösterilebilir. Acil olmayan durumlara ise yara bakımları ve minör izole ekstremitte kırıkları ve mevcut stabil hastalığın minör semptomları örnek olarak gösterilebilir.

Avustralya Triaaj Skalası (ATS) :

Box Hill Triaaj Skalası olarak ilk defa 1977 yılında Pink ve Brentnall tarafından Avustralya’da tanımlanmıştır (78). Zaman üzerinden belirli bir tanım yapılmadan hastaları hemen, acil, acele, acil olmayan ve rutin olmak üzere 5 sınıfa ayırmışlardı(78). 1989 yılında Fitzgerald bu skalayı modifiye edip hastaları saniyeler, dakikalar, 1 saat, saatler, günler içinde değerlendirilmesi gerekenler olarak değiştirmiştir(78). Bu ulusal skala Avustralya’da geliştirilen ilk standart 5 basamaklı triaj skalası olmuştur(71). Avustralya College for Emergency Medicine tarafından 1994 yılında Avustralya Triaaj Skalası şekillendirilmiştir. 5 gruba ayrılan bu triajın kategorileri hemen, 10 dakika, 30 dakika, 1 saat ve 2 saat içerisinde alınması gerekenler olarak belirlenmiştir (78, 79).

ATS’de triaj değerlendirmesi hastanın fizyolojik belirteçleri ile birlikte hastanın genel görünümünü ve mevcut sorunun bir kombinasyonunu içermektedir (80). ATS, hastanın klinik aciliyet durumu ile orantılı bir zamanda değerlendirilmesini sağlayan bir sistemdir ve yalnızca aciliyeti belirlemek için kullanılmalıdır. Şiddeti, karışıklığı, bakım kalitesini, personel sayısını ve iş yükünü tanımlamak için farklı ölçütler gerekmektedir (75).

Manchester Triaaj Algoritması:

1977’den itibaren İngiltere’nin çoğu acil servisinde kullanılmaktadır. 5 kategori içeren bir skaladır. Sık başvuran şikayetlere göre 52 adet akış şeması oluşturulmuştur. Bu sistem Manchester Triaaj Grubu tarafından desteklenmiştir. Bu triaj grubu acil servis doktorları ile acil servis hemşireleri arasında bir standart prosedür sağlamak amacıyla kurulmuştur. Bu amaçlar;

1. Ortak bir terminoloji geliştirmek
2. Ortak tanımlamalar yapabilmek
3. Güçlü bir triaj sistemi yaratabilmek
4. Bir eğitim paketi geliştirmek
5. Tiraj için resmi kurallar saptamak

Manchester Triaj Grubu hastaların klinik önceliklerini 3 temel ilkeye göre belirler.

1. Hem hasta hem de acil servis için klinik yaklaşım geliştirmek
2. Hastaların varolan durumları kötüleşmeden önce değerlendirilmelerini sağlamak
3. Hastanın triaj bölümünde klinik önceliğine karar verebilmek.

Manchester Triaj Algoritması 4 basamaktan oluşmaktadır:

1. Varolan şikayeti tanımlamak ve 52 seçenekten uygun olan akış şemasını seçmek
2. Öncelik seviyesini belirleyebilmek adına 6 anahtar kelime kullanılarak bilgilerin toplanıp analiz edilmesi
 - a. Hayati tehlike (hava yolu, solunum, dolaşım)
 - b. Kanama
 - c. Bilinç düzeyi
 - d. Vücut sıcaklığı
 - e. Olayın yeni gelişip gelişmediği (7 gün içerisinde oluşmuş ya da giderek kötüleşmiş)
3. Hastanın genel akut durumunun akış şeması içindeki yerinin genel ve özel terimler kullanılarak değerlendirilmesi, seçilmesi
4. Dökümantasyonun basit tutulması

Dezavantajları ise ;

1. Akış şeması çok spesifik durumlara odaklanmıştır.
2. Vital bulguların değerlendirilmesi zordur.
3. Medikal problemleri olan ya da 1 yaşından küçük çocukların değerlendirilmeleri zor olduğundan son yıllardaki çalışmalarının çoğunluğu pediatrik hastalara da kullanılacak bir algoritmaya yöneliktir (56, 81, 82). (TabloY4)

Emergency Severity Index (Aciliyet Şiddet İndeksi) (ESI) :

1999 yılında geliştirilmiş olan bu 5 basamaklı triaj skalasının mimarları Richard Wuez ve Deivid Eitel'dir. Triaj hemşireleri öncelik belirlerken iki soru üzerinde dururlar, 'İlk önce kim değerlendirilecek?' ve eğer bu sorunun cevabına uyan birden fazla hasta varsa 'Kim daha uzun süre bekleyebilir?'(72). Semptomun gelişme süresi ve kaynak tüketimi ESI'nın temelini oluşturur. Hayati tehlikeye sokan durumlar hakkındaki ilk karardan sonra seviye 2'nin belirleyicileri yüksek risk, mental durum değişiklikleri, şiddetli ağrı ya da anormal vital bulgulardır. Şiddetli ağrı hasta veya hemşire tarafından 10 üzerinden 7 ve üzeri değerlerin gösterilmesidir. Sonrasında sistem öngörölmüş kaynak kullanımlarının farklı tiplerini birleştirir (71). Farklı düzeylerdeki büyük hastanelerde çalışan klinisyenler, idareciler ESI'nın, 3 basamaklı triaj sistemine üstün birçok yararını tanımlamışlardır (72). ESI triajının odak noktası sınırlı kaynakla daha hızlı hasta ayırıştırabilmektir (72). ESI triaj seviyesi ile bir kez değerlendirildikten sonra hastanın tahmini kaynak ihtiyacı ve akut durumuna göre tam değerlendirmeye, kayda, başlangıç tedavisine ya da bekleme salonuna yönlendirilebilir (72).

ESI 1: hayat kurtarıcı müdahalelerin gerektiği hasta gruplarıdır. Bunların içerisine kardiyak arrest, bilincin kapalı olduğu travma hastaları, anafilaktik şok, hemodinami bozukluğu yaratan ritm bozuklukları örnek verilebilir.

ESI2: bekleyemeyecek durumdaki hastaları kapsar. Ani bilinç değişiklikleri, inme, şiddetli ağrısı olan hastalar, pnömotoraks bu grup içerisine girer. 10 dakika içerisinde üdahale edecek doktorun başında olması amaçlanır.

ESI3: Vital bulgularında bozukluğun olmadığı ve tedavi için birden fazla kaynağın kullanılması gereken hasta gruplarıdır. Akciğer enfeksiyonları, bulantı-kusmalar, karın ağrıları bu grup içerisine girer. Boş muayene odası varsa değerlendirilebilecek ancak eğer yoksa bekleme salonunda bekletilebilecek hasta gruplarıdır.

ESI4: tek çeşit kaynak kullanımı ile hastanın sorununun çözülebildiği durumları kapsamaktadır. Basit kesiler, idrar yolu enfeksiyonları, kulak ağrısı, sinüzit ya da basit yanıklar bu gruba girer.

ESI 5: teşhisleri için kaynak kullanımına gerek olmadan, muayene ile karar verilebilen üst solunum yolu enfeksiyonları, aşı, pansuman gibi ciddi hastalık belirtileri olmayan hastalardır (YŞEKİL 1).

ESI 4 ve 5 grubu olan hastalar yoğunluk durumunda gerekirse saatlerce bekleyebilir veya hastane hızlı bakı birimi varsa orada değerlendirilebilirler. Türkiye’de acil servislerin kalabalıklığı göz önüne alındığı zaman hayatı tehdit eden durumlara daha fazla kaynak ve zaman ayırmak adına birçok hastanede triaj sonrasında durumları acil olmayan hastalar hastane içi veya dışı başka ayaktan tedavi verilebilen sağlık kuruluşlarına yönlendirilmektedir (83, 84).

Türkiye Sağlık Bakanlığı Triaj Skalası :

Ülkemizdeki pek çok acil servisin girişinde Sağlık Bakanlığı’nca düzenlenmiş panolar mevcut olup, renk dağılımları hastalıkların şiddetine göre uluslararası normlara uygun olacak şekilde açıklamalar eklenerek sınıflandırılmıştır (85). ABD’de 3 basamaklı triaj sistemleri kullanılırken Kanada, İspanya, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde 5 basamaklı triaj sistemi kullanılır (57). Ülkemizde ise 3 basamaklı ve kendi içerisinde 5 farklı sınıfı olan triaj modeli uygulanmaktadır (86).

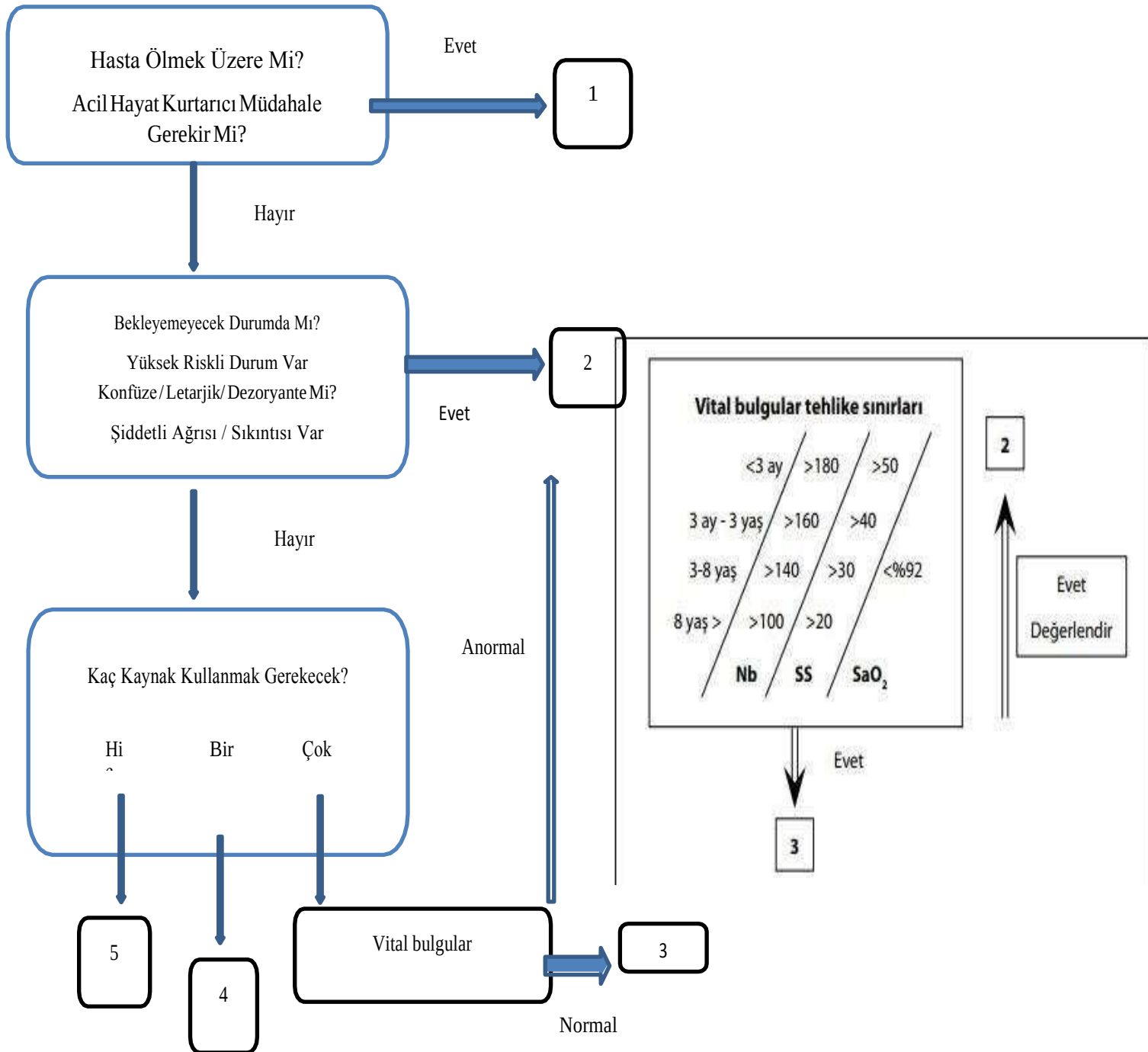
Tablo 4. Simple Triage And Rapid Treatment (START)

RENK	Aciliyet Durumu	Müdahale Süresi	Örnek
Siyah	Solunum ve nabız yokluğu	Sahada bırakılır	Dekapitasyon Silahla kalpten yaralanma
Kırmızı	Hayati tehlike yaratan yaralanma	Acil müdahale gerekir	Kısmi havayolu darlığı Abdomen laserasyonu Femur kırığı
Sarı	Ciddi ancak hayatı tehdit etmeyen durumlar	Tedavisi geciktirilebilecek olanlar	Omuz çıkığı Minör ekstremitte kırıkları
Yeşil	Bekleyebilecek durumdakiler	Acil müdahale gerektirmeyenler	Elde minör kesi Ekstremitede basit kesiler

Tablo 5. Manchester Triage Algoritması

Triage Dereceleri	Doğruluk Dereceleri (acuity)	Tanımlar	Tedavi ve yeniden değerlendirme için hedef süre	Örnekler	RENK
Düzey 1	Resüsitasyon	Derhal tedavi gerektiren,hayatı tehdit eden yaralanma veya hastalık durumları	Hemen ve 1-5 dk	Kardiyak arrest Aktif nöbet Şok	kırmızı
Düzey 2	Çok acil	Hayatı tehdit edebilme potansiyeli olan hastalar	<30 dk	Göğüs ağrısı Ciddi travma Majör kırıklar	turuncu
Düzey 3	Acil	Derhal tedavi gerektirmeyen ciddi sağlık problemi olanlar	30-60 dk	Basit kırık Laserasyonlar	Sarı
Düzey 4	Yarı acil	Acilde değerlendirilecek olan ancak stabil durumda olanlar	60-120 dk	Boğaz ağrısı Döküntü	Yeşil
Düzey 5	Acil olmayan	Durumu stabil ve değerlendirilmesi hasta adına yararlı	Ne zaman mümkünse	Dikiş alınması Pansuman İm enjeksiyon	Mavi

Tablo 6. ESI Algoritması



Tablo 7. ESI hayat kurtarıcı girişimler

ACİL HAYAT KURTARICI GİRİŞİMLER		
	Hayat Kurtarıcı	Hayat Kurtarıcı Değil
Havayolu/ Solunum	Balon Maske Ventilasyon Entübasyon Cerrahi Havayolu Acil CPAP Acil BİBAP	Oksijen Uygulaması 8kanül/ Maske)
Elektriksel Tedavi	Defibrilasyon Acil Kardiyoversiyon External Pacing	Monitorizasyon
Girişim	İğne Torokostomi Perikardiyosentez Torakotomi İntraosseöz Girişim	Tanısal Testler EKG Laboratuvar
Hemodinami	Belirgin Sıvı Resüsitasyonu Kan Verme Majör Kanama Kontrolü	Damaryolu
İlaçlar	Nalosan Dopamin Atropin Dextroz %50	Aspirin Nitrogliserin Heparin Antibiyotik Ağrı Kesici

Tablo 8. ESI Kaynaklar

ESI KAYNAKLAR	
Kaynak Sayılanlar	Kaynak Sayılmayanlar
Laboratuvar (Tam Kan, Rutin İdrar, Tam İdrar)	Anamnez Ve Fizik Muayene
EKG, Direkt Grafi, USG,BT	
İv Sıvılar	
Enjeksiyon (IV/İM) Nebul	Oral Tedavi, Tetanoz, Reçete Yazma
Konsültasyon	
Basit Girişim=1(Sutur, Foley) Komplike Girişim=2(Sedasyon)	Pansuman, Atel Uygulama

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
Yeşil	Ayaktan başvuran, genel durumu itibarıyla stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı * Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü * Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti * Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler * Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar
Sarı	Kategori 1: Hayati tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği * Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı * Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) * Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta * İnatçı kusma * Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta * Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı * 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta * Şiddetli karın ağrısı olan hasta * Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremité yaralanması * Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk * Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta * Basit kanamalar * Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları * Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu * Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları * Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller * Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı * Minör ekstremité travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular * Şiddetli olmayan karın ağrısı * Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar
Kırmızı	Kategori 1: Hayati tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kategori 2: Hayati tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	* Kardiyak arrest * Solunumsal arrest * Havayolu tıkanıklığı riski * Major çoklu travma * Solunum sayısı < 10/dakika * Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar * Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtsız olan hastalar * Devam eden veya uzamış nöbet * İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması * Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin<%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar * Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı * Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı<50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon * Akut hemiparazi/disfazi * Letarji ile birlikte ateş (her yaş) * İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması * Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma * Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı -Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı * Davranışsal/Psikiyatrik -Şiddet içeren agresif davranışlar -Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

Tablo 9. Sağlık Bakanlığı Triage Değerlendirmesi

2.11 Triaaj Uygulayıcıları

Birçok hastane lisanssız personel kullanımının hastaların bekleme süresine ya da hastanın memnuniyeti üzerine olan etkiler hakkında kanıtların eksikliğine rağmen triaj yapmaları için lisanssız sağlık personeli kullanmaktadır (87-90). ABD’de triaj için eğitimli hemşireler kullanılır (65). Avustralya’da triaj işlemi ise hemşireler tarafından yapılmaktadır (78).

Triaaj için özel eğitim verilmesinin performans üzerine olumlu yansıdığına dair kanıtlar olmasına rağmen, özel eğitimin gerekmediğine dair birçok rapor vardır (65). Lisanslı uygulama hemşireleri, asistanlık eğitimi alan doktorlar ve deneyimli hemşireler triaj için sıklıkla görevlendirilmektedir (65). Özellikle doktorlar tarafından kullanılan algoritmalar kullanan eğitilmiş sağlık dışı personellerin verdiği kararlar doktorlar tarafından yeniden değerlendirildiğinde yüksek seviyede etkinlik ve tutarlılık gözlenmiştir (65). ACEM tarafından yapılmış bir çalışma sonrasında triaj görevi yapabilmek için gereken tecrübe süresi geniş sınırlarda olsa da birçok hastanede 12 aylık bir acil servis tecrübesinin yeterli olduğu görülmüştür (78).

16/10/2009 tarihli ve 27378 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ’de”; triaj uygulamasında çalışacak sağlık çalışanlarının özelliklerine ilişkin , “tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılır. Acil bakım ve triaj uygulamasına ilişkin verilmesi gereken eğitimler, eğitimlerin müfredatı ve süresi ile eğitim verilecek merkezler Yükseköğretim Kurulu

Başkanlığının ve ilgili diğer kurumların da görüşü alınarak Bakanlıkça belirlenir” düzenlemeler belirtilmiştir(12, 55, 85).

İlk yardımcılar, paramedikler ve acil tıp teknisyenleri acil durumlarla başa çıkmak için eğitilmiş olsalar dahi acil bakım ihtiyacı olan birçok hasta bulunduğu kolayca şaşkınlığa düşebilirler (76). Triaajın etkin yapılabilmesi için hasta ile ilk karşılaşıldığı noktada uyumlu ve güvenli bir ilişki içerisinde değerlendirme yapılmalıdır(61).

2.12 Sağlık Okuryazarlığı (SOY)

2.12.1 Tanım

DSÖ sağlık okuryazarlığını; bireylerin sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla bilgiye ulaşmalarındaki, anlamalarındaki ve kullanmalarındaki motivasyon ve yeterlilik olarak tanımlamaktadır(8). Güncellenen yeni tanıma göre ise sağlık okuryazarlığı; kişisel yaşam tarzlarını ve yaşam koşullarını değiştirerek, bireysel ve toplum sağlığını iyileştirmek için harekete geçme konusunda bir bilgi, kişisel beceri ve güven düzeyinin elde edilmesini ifade eder(8).

Bir başka tanımda sağlık okuryazarlığı “kişilerin sağlıklarıyla ilgili mesajları okuyabilmesi, sağlık çalışanlarının söylediklerini anlayıp uygulayabilmesi, ilaç kutularının üzerinde yazanları okuyup anlaması” şeklinde tanımlamıştır(91).

2.12.2 Sınıflandırma

IOM (Institute of Medicine)’a göre sağlık okuryazarlığı 4 alanda incelenmektedir(92):

- 1) Kültürel bilgi ve kavramsal bilgi,
- 2) Okuma ve yazma becerileri ile yazılı okuryazarlık,
- 3) Konuşma ve dinleme becerileri ile sözlü okuryazarlık,
- 4) Hesaplama\matematik beceri.

Nutbeam ise yaptığı çalışmada (93) sağlık okuryazarlığının üç seviyesini tanımlamıştır:

- Fonksiyonel: Temel yeterliliklerl
- İnteraktif
- Kritik

2.12.3. Dünya'daki ve Türkiye'deki Durumu

2012'de yayınlanan 8 Avrupa Birliği üyesi ülkede yürütülen bir çalışmada katılımcıların yaklaşık%12'sinin yetersiz okuryazarlığına ve üçte birinden fazlasının (%35) sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, yani neredeyse her iki katılımcıdan birinin sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür(94).

Kutner ve ark. Amerika'da US Department of Education tarafından yürütülen National Assessment of Adult Literacy (NAAL) 2003 araştırmasının sonuçlarını incelediği bir çalışmaya göre yetişkinler sağlık okuryazarlığı açısından “temel altı, temel, orta, yeterli” olmak üzere 4 grupta incelenmiştir. Bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde Amerika'da yaşayan yetişkinlerin %12'sinin yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %36'sının sınırlı düzeyde sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve bunun %14'ünün temel altı ve %22'sinin temel düzey sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu görülmüştür(95).

İngiltere'de 2.000 yetişkin üzerinde sağlık okuryazarlığı üzerine yapılan bir çalışmada, her beş kişiden birinin, daha iyi sağlığa yol açabilecek basit bilgilerin anlaşılması için gerekli temel beceriler konusunda zorluk yaşadığını ortaya koymuştur(96).

Ülkemizde sağlık okuryazarlığı durumunu ele alan çalışmalar incelendiğinde Tanrıöver ve ark. tarafından 2014 yılında yapılan bir çalışmada toplumun %64,6'sının “yetersiz” veya “sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu saptanmıştır(97). Okyay ve ark tarafından 2016 yılında yapılan Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri çalışmasında ise %27,2 yetersiz, %42,2 sorunlu, %24,8 yeterli ve %5,8 mükemmel olarak görülmüştür(98).

2.12.4. Sağlık Okuryazarlığı Ölçüm Yöntemleri

Aşağıda bazı sağlık okuryazarlığı ölçüm yöntemleri yer almaktadır.

- Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)
- Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine - Revised (REALM-R)
- Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)
- Short Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA)

- Brief Estimate of Health Knowledge and Action – HIV Version
- HLSQMs
- eHealth LiteracyScale (eHEALS)
- ABLE (Adult Basic Learning Examination)
- LAD (Literacy Assessment for Diabetes)
- REALD (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry)
- TABE (Test of Adult Basic Education)
- Health Activities Literacy Scale (HALS)
- Functional Communicative and Critical Health Literacy (FCCHL)
- TSOY32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için birçok ölçüm aracı geliştirilmiştir. Bunlardan TOFHLA (The Test of Functional Health Literacy in Adults) ve REALM (The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine) en sık kullanılan ölçeklerdir (99, 100).

2.12.4.1 REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığının Hızlı Tahmini)

Bu ölçek 66 tıbbi kelimenin anlanması ve doğru söylenişini değerlendirmektedir. Uygulama süresi yaklaşık 3-6 dakikadır. Anlama ve sayısal beceriyi ölçmez(101).

Testin uygulandığı katılımcı listeyi okur, değerlendiren kişi doğru telaffuz edilen her bir kelimeye bir puan verir. Puanlar toplanarak:

- 0-44 puan; Yetersiz SOY
- 45- 60 puan; Düşük SOY
- 61-66 puan; Yeterli SOY olarak sınıflandırılır(102).

2.12.4.2. TOFHLA: Test of Functional Literacy Adults (Erişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi)

İki ana bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcılara bilgi verilip sorular sorulmakta, ikinci bölümde ise katılımcıların sağlıkla ilgili konularda paragrafa uygun kelimeleri seçmesi istenmektedir. Uygulaması yaklaşık 22-26 dakika sürmektedir. Bu ölçeğin güçlü yönü, katılımcının sağlıkla ilişkili metinleri ve bazı sayısal verileri okuyup anlamasının ölçülmesidir. Zayıf yönleri ise uzun uygulama süresi ve okuma yeteneğine dayanmasıdır(101).

Katılımcı TOFHLA'dan aldığı puan seviyesine üç sağlık okuryazarlığı kategorisine ayrılır(103):

- I. Yetersiz sağlık okuryazarlığı
- II. Düşük (Marjinal) sağlık okuryazarlığı
- III. Yeterli sağlık okur-yazarlığı

2.12.4.3. TSOY32 (Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32; HLS-EU çalışması temel alınarak geliştirilen 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4'luk bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bunun için aşağıdaki formül kullanılmıştır(98).

$$\text{İndeks} = (\text{ortalama}-1) \times (50/3)$$

Yine, HLS-EU çalışmasında olduğu şekilde, elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır(98).

2.13 Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Sağlık çıktıları

Birçok çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık sorunları için bağımsız bir risk faktörü olarak davrandığını göstermiştir(104-106). Ayrıca sağlık okuryazarlığı; hastalık ve tedavilerin iyi anlaşılmasında da önemli bir rol oynar(107).

Sağlık okuryazarlığı ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkin incelendiğinde, sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık, hastaneye yatış, küresel sağlık önlemleri ve bazı kronik hastalıklarla ilgili bilgiler de dahil olmak üzere sağlıkla ilgili çeşitli değişkenlerle bağlantılı olduğu sonucu görülmektedir(108).

Eichler ve ark. 2009 yılında yaptıkları bir çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığının ek maliyetlerinin, yıllık toplam sağlık bakım maliyetinin %3 ila %5'i arasında olduğunu göstermişlerdir(109). Baker ve meslektaşları, sınırlı sağlık okuryazarlığı olan hastaların, sağlık okuryazarlığı yeterli olanlara göre daha fazla hastaneye yatma oranına sahip olduklarını ve bu artan yatış süresinin daha fazla kaynak kullanımı ile ilişkili olabileceği sonucuna varmışlardır(110).

2.14 Yetersiz Sağlık Okuryazarlığının Acil Servis Başvurularına Etkisi

Yapılan birçok çalışmada daha düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerinin acil servisi daha sık kullanma ile ilişkili olduğu gösterilmektedir(111-113). Bir başka çalışmada sınırlı sağlık okuryazarlığı olanların poliklinikte daha az muayene olduğunu ve daha fazla acil servis kullandığını göstermiştir(9). Yine aynı çalışmada acil servis kullanım nedenleri incelendiğinde sağlık okuryazarlığı sınırlı olan hastaların en sık başvuru sebepleri olarak “acil serviste her zaman hizmet almayı”, “acil serviste daha iyi bakım olmasını” ve “acil servisin ortamının daha iyi olmasını” gösterdikleri görülmüştür(9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Kapsamı

Araştırma, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi'nin Acil Servisi Polikliniği'ne 01.06.2018-01.07.2018 tarihleri arasında başvuran hastaların katılımıyla yürütülmüştür.

3.2. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Yenimahalle ilçesi Ankara'nın kuzeyinde Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. 2017 yılı yıl ortası nüfusu 659.603'dür. Nüfusun %48,88'i erkek, %51,12'si kadındır. Nüfusun %20,21'i 15 yaş altı, %71,50'si 15-64 yaş arası, %8,29'u 65 yaş üstüdür. Bölgede yaşayan 15 yaşından büyük halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %1,81, lise altı bir okulda eğitim gören %35,49, lise mezunu %29,11, yükseköğrenim mezunu %32,86 ve %0,71'i bilinmemektedir.

Çankaya ilçesi Ankara metropolünün merkez ilçelerinden biridir. 2017 yılı yıl ortası nüfusu 921.999'dur. Nüfusun %48,03'ü erkek, %51,97'si kadındır. Nüfusun %14,78'i 15 yaş altı, %67,64'ü 15-64 yaş arası, %17,58'i 65 yaş üstüdür. Bölgede yaşayan 15 yaşından büyük halkın eğitim düzeyleri; okur-yazar olmayan %1,10, lise altı bir okulda eğitim gören %21,74, lise mezunu %27,86, yükseköğrenim mezunu %48,21 ve %1,06'sı bilinmemektedir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Ekim 1979 yılında Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi'ne bağlı olarak kurulmuştur. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gazi Hastanesi; 26 Mart 1979 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında imzalanan bir protokol ile Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi'nde, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak hizmete girmiştir.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi bünyesinde yaklaşık; 373 öğretim üyesi, 14 öğretim görevlisi, 23 uzman, 613 araştırma görevlisi, 764 hemşire ve 1150 idari personel görev yapmaktadır. 1028 yatak kapasitesine sahip olan hastanede, 2016 yılında; yaklaşık 1 milyonun üzerinde hastaya ayaktan, 65.000 hastaya yatarak tedavi hizmeti verilmiştir.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Yenimahalle ve Çankaya ilçelerinin sınırında konumlanmıştır. Hastaneye Türkiye'nin her yerinden sevsiz olsa dahi yapılan başvurular kabul edilmektedir.

Hastanenin sınırında yer aldığı iki ilçe olan Yenimahalle ve Çankaya Ankara'nın ilçeleri içerisinde 15 yaş üstü nüfusta lise ve üstü öğrenim görmüş kişi yüzdesinin en çok olduğu iki ilçedir. Çankaya'nın %62 ve Yenimahalle'nin %53'tür. Hastanenin bu ilçelerde yaşayan kişiler tarafından da sıklıkla ilk başvuru yeri olarak kullanıldığı düşünülmektedir.

3.3. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma esnasında kişilere Sağlık Bakanlığı triaj sistemi ile ilgili bilgi veren bir kaynak gösterilmesi ile müdahale araştırması niteliği de taşımaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni, Örneklem Büyüklüğü ve Katılım Oranı

. Araştırmanın evrenini; Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Acil Servis Polikliniklerine 01.06.2018-01.07.2018 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın yapılacağı tarihten önce araştırma yapılacak acil serviste Nisan 2018'de bir aylık toplam başvuru sayısı 7328 olarak hesaplanmıştır. %50 bilinmeyen sıklık alınarak α değeri %5, etki büyüklüğü 1, power %80 ve güven aralığı %95 alınarak toplamda 366 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem yöntemi olarak sistematik örneklem kullanılmıştır. Evren büyüklüğü örneklem büyüklüğüne bölünerek ($7328 / 366 = 20,02$) sağlık kurumuna başvuran yirmi kişiden biri araştırmaya alınmıştır. Bu kişilerden araştırmaya katılmak istemeyen olursa, sonraki kişi alınmış ve sonraki kişi şeklinde devam edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.5.1 Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Katılımcıların ilk kendi triaj değerlendirmelerinin paramediğin triaj değerlendirmesine uygun olma durumu
- Katılımcıların bilgilendirme sonrası kendi triaj değerlendirmelerinin paramediğin triaj değerlendirmesine uygun olma durumu
- Katılımcıların Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumu

3.5.2 Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Medeni Durumu
- Öğrenim Durumu
- Çalışma Durumu
- Hane Halkı Geliri
- Çalışma Durumu
- Kronik Hastalık Varlığı
- Sigara Kullanım Durumu
- Alkol Kullanım Durumu
- Sosyal Güvence Varlığı
- Sağlık Okuryazarlığı Durumu

3.6. Araştırmanın Veri Kaynağı

Araştırmada veri kaynağı olarak “**Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri, Triaj Uygunlukları Ve Sağlık Okuryazarlığı Durumlarının Dağılımı**” anket formu kullanılmıştır. Anket formu araştırmayı yürüten ekip tarafından hazırlanmıştır.

Anket 4 bölüm ve 48 sorudan oluşmaktadır. Anketin birinci bölümü 14 sorudan oluşmakta ve katılımcıların demografik özellikleri ve bazı sağlık özellikleri ilgili sorular içermektedir. Anketin ikinci bölümünde, katılımcıların triaj ile ilgili kendi değerlendirmesini değerlendiren 2 soru ve Sağlık Bakanlığı triaj sistemi ile ilgili bilgi verici yazı bulunmaktadır. Üçüncü bölüm ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)’den oluşmaktadır. Üçüncü bölüm 5’li likert tipi 32 sorudan oluşmaktadır. Likert çok kolay, kolay, zor, çok zor, fikrim yok seçeneklerinden oluşmaktadır. Dördüncü bölümde ise paramediğin triaj değerlendirmesini içeren bir soru bulunmaktadır. Araştırmada kullanılan TSOY32 ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sağlık bakanlığı tarafından yürütülmüş olup geçerli ve güveniliridir. (Cronbach Alfa=0.927)(98)

Kullanılan anket formu ektedir

3.7.Araştırmada Kullanılan Terimler

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TSOY32: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

ACEP: American College of Emergency Physicians

ASK: Acil Servis Kalabalığı

AS: Acil Servis

ESI: Emergency Severity Index

3.8. Araştırmayı Uygulayanlar ve Uygulama Şekli

Araştırma, Gazi Üniversitesi Acil Servis Anabilim Dalında görev alan Dr.Onur ÇAKMAK tarafından uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Uygulama Süresi

Anketler 01.06.2018-01.07.2018 tarihleri arasında ve yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bir anketin uygulama süresi ortalama 15 dakikadır.

3.10.Araştırma Verisinin Düzenlenmesi ve Analizi

İstatistiksel Analiz

Araştırma verisi SPSS 24,0 istatistik paket programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama($\pm$)standart sapma, ortanca (min; maks), frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Çıkarımsal istatistikte, Pearson ki kare testi, yates düzeltmeli ki kare testi, Fisher's Exact Testi ve logistik regresyon analizi kullanılmıştır. Katılımcıların ve paramediklerin triaj değerlendirmelerinin uyumluluk düzeyinin değerlendirilmesinde sadece yeşil ve sarı kategorileri değerlendirmeye alınarak Cohen's Kappa analizi uygulanmıştır. Tüm değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Logistik regrasyon analizinden önce “Katılımcıların Kendi Değerlendirdikleri İlk Triajın Uygunsuzluğu “üzerine etkili olduğu düşünölen değışkenlerin etkisi univariate analizlerle değerdendirilmiştir. Backward LR modeline alınan değışkenler 0.05 anlamlılıkla modele alınmıştır.

Araştırma Verisinin Düzenlenmesi

Eğitim durumu analize alınırken “okuryazar değil”, “okuryazar”, “ilkokul mezunu”, “ortaokul mezunu” ve “lise mezunu” grubu birleştirilerek “lise mezunu ve altı”, “yüksekokul-üniversite mezunu” ise değıştirilmeden “yüksekokul-üniversite mezunu” olarak gruplandırılmıştır.

Çalışma durumu analize alınırken “diğder” içerisinde “öğrenci” yazılanlar tekrar kodlanarak yeni bir grup oluşturulmuştur. “Öğrenci”, “ev hanımı” ve “işsiz” grubu birleştirilerek “para getiren bir işte çalışmıyor” olarak ve “memur”, “işçi”, “esnaf”, “diğder” grupları birleştirilerek “para getiren bir işte çalışıyor” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Yaş değışkeni, “25 yaş ve altı”, “25-44 yaş”, “45-64 yaş” ve “65 yaş ve üzeri” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

Medeni durum analize alınırken “bekar” ve “dul” grubu birleştirilerek “bekar-dul” ve “evli” grubu değıştirilmeyecek şekilde gruplanmıştır.

Hane geliri analize alınırken “1603 TL ve altı”, “1604-3206 TL” ve “3207-4809 TL” grupları birleştirilerek “4810 TL’nin altı olarak ve “4810 TL ve üzeri” grubu değıştirilmeyecek şekilde gruplanmıştır.

Sigara kullanma durumu analize alınırken “Evet” ve “Hayır,bıaktım” grupları birleştirilerek “Kullanıyorum\Kullandım Bıaktım” olarak ve “hayır hiç kullanmadım” grubu değıştirilmeyecek şekilde gruplanmıştır.

Alkol kullanma durumu ; “Evet, ayda beş günden fazla ve 4 kadehten fazla” grubu “Ağır alkol kullanıcısı” olarak ve “Hayır, hiç içmedim”, “Evet, ayda beş günden fazla ve 4 kadehten az” ve “Evet, ayda beş günden az” grupları birleştirilerek “Kullanmayan\Normal Kullanıcı” olarak birleştirilerek analize alınmıştır.,

Sigara kullanımı paket yıl durumu “Evet” ve “Hayır bıraktım” seçeneklerini işaretleyen tüm katılımcıların verisi ile hesaplanmış ve “5 Paket\Yıl ve daha az”, “6-14 Paket\Yıl” ve “15 Paket\Yıl ve üzeri” şeklinde gruplandırılmıştır.

Katılımcıların bir yılda acile başvuru sayıları; “Yılda 1 Kez”, “2-4 Kez” ve “5 Kez ve Üzeri” şeklinde gruplandırılmıştır.

Katılımcıların bir yılda toplam muayene sayıları; “Yılda 1 Kez”, “2-4 Kez” ve “5 Kez ve Üzeri” şeklinde gruplandırılmıştır.

Katılımcıları “Şu anki başvurunuzla ilgili aciliyet durumunuza birden beşe kadar puan veriniz” sorusuna cevapları “1”\”Yeşil” olarak, “2” ve “3” “Sarı olarak” ve “4” ve “5” “ Kırmızı” olarak tekrar gruplandırılarak “Katılımcıların İlk Triaj Değerlendirmeleri” adıyla yeni bir değişken oluşturulmuştur.

“Katılımcıların İlk Triaj Değerlendirmeleri” ve “Paramediğin Triaj Değerlendirilmesi” karşılaştırılarak paramedikle aynı triaj kategorisinde yer alan hastalar “Uygun” ve paramedikle farklı triaj kategorisinde yer alan hastalar “Uygun değil” olarak gruplandırılmış ve “Geliş Triajı Uygunluk Durumu” adıyla yeni bir değişken oluşturulmuştur.

“Size okuttuğumuz\okuduğumuz form sonrası şu anki başvurunuzun aciliyet durumu size göre aşağıdaki seçeneklerden hangisine uygun olduğunu belirtiniz” sorusu ve “Paramediğin Triaj Değerlendirilmesi” karşılaştırılarak paramedikle aynı triaj kategorisinde yer alan hastalar “Uygun” ve paramedikle farklı triaj kategorisinde yer alan hastalar “Uygun değil” olarak gruplandırılmış ve “Katılımcıların Bilgilendirme Sonrası Triaj Değerlendirmelerinin Uygunluk Durumu ” adıyla yeni bir değişken oluşturulmuştur.

Katılımcıların “Geliş Triajı Uygunluk Durumu” ve “Katılımcıların Bilgilendirme Sonrası Triaj Değerlendirmelerinin Uygunluk Durumu ” karşılaştırılarak geliş triajı uygunsuz olarak nitelendirilen ve bilgilendirme sonrası uygun olarak nitelendirilen katılımcılar “Olumlu”; geliş triaj değerlendirme uygun olup bilgilendirme sonrası triaj değerlendirme uygun olan katılımcılar, geliş triaj değerlendirme uygun olup bilgilendirme sonrası triaj değerlendirme uygunsuz olan katılımcılar ve geliş triaj değerlendirme uygunsuz olup bilgilendirme sonrası triaj değerlendirme uygunsuz olan katılımcılar “Olumsuz\Etkisiz” olarak nitelendirilerek “Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumu” adıyla yeni bir değişken oluşturulmuştur.

Katılımcıların TSOY32 ölçeğinde yer alan sorulara verilen cevaplar “1-4”, “2-3”, “3-2”, “4-1” ve “5-0” şeklinde dönüştürülerek aşağıdaki formül uygulanmış ve TSOY32 puanları elde edilmiştir.

Formül=İndeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3]

Elde edilen TSOY32 puanları (0-25) puan : yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33) : sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42) : yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50) : mükemmel sağlık okuryazarlığı şeklinde gruplanmıştır. Analize alınmadan önce tekrar gruplama yapılarak “yetersiz sağlık okuryazarlığı” ve “sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı” grupları birleştirilip “yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığı” ve “yeterli sağlık okuryazarlığı” ve “mükemmel sağlık okuryazarlığı” grupları birleştirilip “yeterli-mükemmel sağlık okuryazarlığı” grupları oluşturulmuştur.

4.BULGULAR

4.1 Demografik Veriler

Araştırmaya 366 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $35,53 \pm 15,15$, ortancası 31 (min: 18 maks:94)'dir.

Tablo 10. Araştırmaya Katılan Bireylerin Demografik Verilerinin Dağılımı, Ankara, 2018.

	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=366)		
Erkek	178	48,6
Kadın	188	51,4
Yaş Grupları (n=366)		
25 Yaş Altı	111	30,3
25-44 Yaş	166	45,4
45-64 Yaş	70	19,1
65 Yaş ve Üzeri	19	5,2
Medeni Durum (n=366)		
Evli	177	48,5
Bekar	163	44,7
Dul\Boşanmış	25	6,8
Öğrenim Durumu (n=366)		
Okuryazar Değil	8	2,2
Okuryazar	10	2,7
İlkokul Mezunu	49	13,4
Ortaokul Mezunu	34	9,3
Lise Mezunu	103	28,1
Yüksekokul- Üniversite Mezunu	162	44,3
Çalışma Durumu (n=366)		
Ev Hanımı	71	19,4
Memur	59	16,1
İşsiz	26	7,1
Esnaf	68	18,6
İşçi	48	13,1
Emekli	28	7,7
Öğrenci	45	5,7
Diğer**	21	12,3
Sosyal Güvence (n=366)		
Var	341	93,4
Yok	24	6,6

*Sütun yüzdesi

** Diğer seçeneği içinde en sık belirtilen “asker” olmuştur.

Tablo 10’de katılımcıların demografik verileri sunulmuştur. Katılımcıların %48,6’sı erkek, %51,4’ü kadındır. Katılımcıların %45,4’ü 25-44 yaş grubunda, %30,3’ü 25 yaş altında, %19,1’i 45-64 yaş aralığında ve %5,2’si 65 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %48,5’i evli, %44,7’si bekar ve % 6,8’i dul\boşanmıştır. Katılımcıların %44,3’ü üniversite mezunu, %28,1’i lise mezunu, %9,3’ü ortaokul mezunu, % 13,4’ü ilkokul mezunu, %2,7’si okuryazar ve %2,2’si okur yazar değil şeklindedir. Çalışma grupları içinde en sık %19,4 ev hanımı ve bunu izleyerek %18,6 esnaf ve %16,1 memurdur. Katılımcıların %93,4’ü sosyal güvencesi olduğunu ve %6,6’sı sosyal güvencesi olmadığını ifade etmiştir.

4.2 Sağlıkla İlgili Genel Özellikler

Araştırmaya katılan sigara kullanımı öyküsü olan bireylerin paket\yıl ortalaması $12,79 \pm 13,10$, ortancası 10 (min: 0,4 maks:70,0)'dur.

Tablo 11. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.

		Sayı	(%)*
Kronik Hastalık (n=366)			
	Yok	269	73,5
	Var	97	26,5
Kronik Hastalıklar (n=93)**			
	DM	24	25,8
	Hipertansiyon	21	22,5
	Kardiyak Hastalıklar	12	12,9
	Tiroid Hastalıkları	11	11,8
	Astım	10	10,7
	FMF	4	4,3
	Mide Hastalıkları	4	4,3
	Cilt Hastalıkları	4	4,3
	Karaciğer Hastalıkları	3	3,2
	Kronik Böbrek Yetmezliği	3	3,2
	Migren	3	3,2
	Malignite	3	3,2
	Diğer	22	23,6
Sigara Kullanım Durumu (n=366)			
	Evet, Şu An Kullanıyorum	137	37,4
	Hayır, Hiç Kullanmadım	170	46,4
	Hayır, Bıraktım	59	16,1
Sigara Kullanım Öyküsü Olanlarda Paket\Yıl Miktarı (n=192)			
	5 Paket\Yıl Ve Daha Az	82	42,7
	6-14 Paket\Yıl	47	24,5
	15 Paket\Yıl ve Üzeri	63	32,8
Alkol Kullanım Durumu			
	Hayır, Hiç Kullanmıyorum	260	71,0
	Evet, Ayda 5 Günden Fazla ve 4 Kadehten Fazla	21	5,7
	Evet, Ayda 5 Günden Fazla ve 4 Kadehten Az	10	2,7
	Evet, Ayda 5 Günden Az	75	20,5

*Sütun yüzdesi

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 11’de katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların %73,5’inin kronik hastalığı yok, %26,5’inin kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olanlarda en sık görülen ilk üç hastalık sırasıyla %25,8 DM, %22,5 hipertansiyon ve %12,9 kardiyak hastalıklardır. Katılımcıların %46,4’ü hiç sigara kullanmamış, %37,4’ü halen sigara kullanıyor ve %16,1’i sigarayı bırakmıştır. Katılımcıların %42,7’si 5 Paket\Yıl ve daha az sigara kullanmış, %24,5’i 6-14 Paket\Yıl sigara kullanmış ve %32,8’i 15 Paket\Yıl ve üzeri sigara kullanmıştır. Katılımcıların %71,0’i hiç alkol kullanmamış, %5,7’si ayda 5 günden fazla ve 4 kadehten fazla alkol kullanmış, %2,7’si ayda 5 günden fazla ve 4 kadehten az alkol kullanmış ve %20,5’i ayda 5 günden az alkol kullanmıştır.

4.3 Sağlık Okuryazarlığı

Tablo 12. Araştırmaya Katılan Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018.

	Sayı	(%)*
Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi (n=366)		
Yetersiz Sağlık Okuryazarlığı	77	21,0
Sorunlu-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	97	27,0
Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	107	29,2
Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	83	22,7

*Sütun yüzdesi

Tablo 12’de katılımcıların sağlık okuryazarlığı durumlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %21,0’ı yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %27,0’ı sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyinde, %29,2’si yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde ve %22,7’si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyindedir.

4.4 Acil Servis Kullanımıyla İlgili Özellikler

Araştırmaya katılan bireylerin tüm muayeneler içinde acil başvurularının yüzdesinin ortalaması $67,17 \pm 27,47$, ortancası 66,66 (min: 3,3 maks:100,0)'dır.

Tablo 13. Araştırmaya Katılan Bireylerin Acil Servis Kullanımıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.

		Sayı	(%)*
Yeni Gelişen Sağlık Sorununda İlk Başvurduğu Yer (n=342)			
	Devlet Hastanesi Acili	122	35,7
	Devlet Hastanesi Polikliniği	84	24,6
	Tıp Fakültesi Acili	72	21,1
	Tıp Fakültesi Polikliniği	26	7,6
	Özel Hastane Acili	12	3,5
	Özel Hastane Polikliniği	9	2,6
	Aile Sağlığı Merkezi	17	5,0
Genel Olarak Acili Tercih Etme Sebebi (n=356)**			
	Şikayetim Acil Olduğu İçin	256	71,9
	Yakın Olduğu İçin	50	14,0
	Tetkik Yapmanın Kolaylığı	42	11,8
	Zamanım Yok	38	10,7
	Randevu Alamadığım İçin	31	8,7
	Sosyal Güvencem Yok	4	1,1
Bir Yılda Acile Başvuru Sayısı (n=366)			
	1 Kez	117	32,0
	2-4 Kez	184	50,3
	5 Kez ve Üzeri	65	17,8
Bir Yılda Toplam Muayene Sayısı (n=366)			
	1 Kez	45	12,3
	2-4 Kez	168	45,9
	5 Kez ve Üzeri	153	41,8
Tüm Muayeneler İçinde Acil Başvurularının Yüzdesi			
	%0,00-%24,99	21	5,7
	%25,00-%49,99	59	16,1
	%50,00-%74,99	139	38,0
	%75 ve Üzeri	147	40,2

*Sütun yüzdesi

** Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 13’de Araştırmaya Katılan Bireylerin Acil Servis Kullanımıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı sunulmuştur. Yeni gelişen bir sağlık sorununda katılımcıların %35,7’si Devlet Hastanesi Acilini, %24,6’sı Devlet Hastanesi Polikliniğini, %21,1’i Tıp Fakültesi Acilini, %7,6’sı Tıp Fakültesi Polikliniğini, %3,5’i Özel Hastane Acilini, %2,6’sı Özel Hastane Polikliniğini ve %5,0’i Aile Sağlığı Merkezini tercih ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların acil servisi tercih etme sebepleri incelendiğinde ilk üç sırayı sırasıyla %71,9 “Şikayetim Acil Olduğu İçin” diyenler, %14,0 “Yakın Olduğu İçin” diyenler ve %11,8 Tetkik Yapmanın Kolaylığı” diyenler oluşturmaktadır. Katılımcıların bir yılda acile başvuru sayıları %17,8 “5 Kez ve Üzeri”, %50,3 “2-4 Kez” ve %32,0 “1 Kez” olarak görülmektedir. Katılımcıların yılda toplam muayene sayıları %41,8 “5 Kez ve Üzeri”, %45,9 “2-4 Kez” ve %12,3 “1 Kez” olarak görülmektedir. Katılımcıların tüm muayeneler içinde acil başvurularının yüzdesi %5,7 “%0-24,9”, %16,1 “%25-49,9”, %38,0 “50-74,9” ve %40,2 “%75-100” şeklinde sıralanmıştır.

4.5 Katılımcıların Kendi Triaj Algıları ve Kendi Triaj Algılarını Etkileyen Faktörler

Tablo 14. Araştırmaya Katılan Bireylerin Triaj Durumlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı, Ankara, 2018.

	Sayı	(%)*
Katılımcıların Kendi Triaj Durumlarını İlk Puanlandırmaları (n=366)		
1	34	9,3
2	50	13,7
3	119	32,5
4	100	27,3
5	63	17,2
Katılımcıların Kendi Triaj Durumlarını Bilgilendirme Sonrası Değerlendirmeleri (n=366)		
Yeşil	175	47,8
Sarı	162	44,3
Kırmızı	29	7,9
Katılımcıların Paramedik Tarafından Değerlendirilen Triaj Durumları (n=366)		
Yeşil	206	56,3
Sarı	160	43,7
Kırmızı	0	0,0
Katılımcıların İlk Triaj Değerlendirmelerinin Uygunluk Durumu (n=366)		
Katılımcı ve Paramedik Aynı Derecede Değerlendirmiş	101	27,6
Katılımcı Daha Düşük Derecede Değerlendirmiş	2	0,5
Katılımcı Daha Yüksek Derecede Değerlendirmiş	263	71,9
Katılımcıların Bilgilendirme Sonrası Triaj Değerlendirmelerinin Uygunluk Durumu (n=366)		
Katılımcı ve Paramedik Aynı Derecede Değerlendirmiş	279	76,2
Katılımcı Daha Düşük Derecede Değerlendirmiş	16	4,4
Katılımcı Daha Yüksek Derecede Değerlendirmiş	71	19,4
Katılımcının İlk Triaj Değerlendirmelerinin Uygunluk Durumu ile Bilgilendirme Sonrası Triaj Değerlendirmelerinin Uygunluk Durumu (n=366)		
Daha Yüksek Derecede-Daha Yüksek Derecede	66	18,0
Daha Yüksek Derecede- Daha Düşük Derecede	6	1,6
Daha Yüksek Derecede- Uygun	191	52,2
Daha Düşük Derecede- Uygun	2	0,5
Uygun- Daha Yüksek Derecede	5	1,4
Uygun- Daha Düşük Derecede	10	2,7
Uygun-Uygun	86	23,5

*Sütun yüzdesi

Tablo 14'te Araştırmaya Katılan Bireylerin Triaaj Durumlarıyla İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların gelişlerinde aciliyet durumlarına verdikleri puan incelendiğinde %9,3'ü "1 puan", %13,7'si "2 puan", %32,5'i "3 puan", %27,3'ü "4 puan" ve %17,2'si "5 puan" şeklindedir. Katılımcıların kendi triaaj durumlarını bilgilendirme sonrası değerlendirmeleri %47,8'i "yeşil", %44,3'ü "sarı" ve %7,9'u "kırmızı" şeklindedir. Katılımcıların paramedik tarafından değerlendirilen triaaj durumları %56,3'ü "yeşil" ve %43,7'si "sarı" şeklindedir. Katılımcıların ilk triaaj değerlendirmelerinin paramedikle uygunluk durumu %27,6 aynı derecede, %0,5 paramedikten daha düşük derecede ve %71,9 paramedikten daha yüksek derecede şeklindedir. Katılımcıların bilgilendirme sonrası triaaj değerlendirmelerinin paramedikle uygunluk durumu %76,2 aynı derecede, %4,4 paramedikten daha düşük derecede ve %19,4 paramedikten daha yüksek derecede şeklindedir. Katılımcının ilk triaaj değerlendirmelerinin uygunluk durumu ile bilgilendirme sonrası triaaj değerlendirmelerinin uygunluk durumu karşılaştırması incelendiğinde %18,0 "Daha Yüksek Derecede-Daha Yüksek Derecede", %1,6 "Daha Yüksek Derecede- Daha Düşük Derecede", %52,2 "Daha Yüksek Derecede- Uygun", %0,5 "Daha Düşük Derecede- Uygun", %1,4 "Uygun- Daha Yüksek Derecede", %2,7 "Uygun- Daha Düşük Derecede" ve %23,5 "Uygun-Uygun" şeklindedir.

Tablo 15a. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Kendi Değerlendirdikleri İlk Triajın Uygunluk Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018

		Geliş Triajı Uygunluk Durumu			
		Uygun		Uygun Değil	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=366)					
	Erkek	53	29,8	125	70,2
	Kadın	45	23,9	143	76,1
		$\chi^2=1,590$	p=0,207		
Yaş Grubu (n=366)					
	25 Yaş Altı	26	23,4	85	76,6
	25-44 Yaş	45	27,1	121	72,9
	45-64 Yaş	18	25,7	52	74,3
	65 Yaş ve Üzeri	9	47,4	10	52,6
		$\chi^2=4,795$	p=0,187		
Medeni Durum (n=366)					
	Evli	48	27,1	129	72,9
	Bekar\Dul	50	26,6	138	73,4
		$\chi^2=0,013$	p=0,910		
Öğrenim Durumu (n=366)					
	Lise ve Altı	42	20,6	162	79,4
	Yüksekokul ve Üzeri	56	34,6	106	65,4
		$\chi^2=9,000$	p=0,003		
Gelir Durumu (n=366)					
	4809 TL ve Daha Az	63	23,3	207	76,7
	4810 TL ve Daha Fazla	35	36,5	61	63,5
		$\chi^2=6,222$	p=0,013		
Sosyal Güvence Varlığı (n=365)**					
	Var	96	28,2	245	71,8
	Yok	2	8,3	22	91,7
		p=0,033			
Çalışma Durumu (n=366)					
	Para Getiren Bir İşte Çalışıyor	30	21,1	112	78,9
	Para Getiren Bir İşte Çalışmıyor	68	30,4	156	69,6
		$\chi^2=3,777$	p=0,052		

*Satır yüzdesi

**Fisher's Exact Test uygulanmıştır.

Tablo 15a’da katılımcıların demografik özelliklerine göre kendi değerlendirdikleri ilk triajın uygunluk durumlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların öğrenim durumuna göre, sosyal güvence varlığı durumuna göre ve gelir grubuna göre geliş triajının uygunluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$) Cinsiyete, yaş grubuna, medeni duruma ve çalışma durumuna göre geliş triajının uygunluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. ($p>0,05$)

Tablo 15b. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Kendi Değerlendirdikleri İlk Triajın Uygunluk Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018

		Geliş Triajı Uygunluk Durumu			
		Uygun		Uygun Değil	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Kronik Hastalık Varlığı (n=366)					
	Yok	71	26,4	198	73,6
	Var	27	27,8	70	72,2
$\chi^2=0,076$ p=0,783					
Sigara Kullanım Durumu (n=366)					
	Kullanıyorum\Kullandım Bıraktım	64	32,7	132	67,3
	Hiç Kullanmadım	34	20,0	136	80,0
$\chi^2=7,434$ p=0,006					
Alkol Kullanım Durumu (n=366)**					
	Kullanmayan\Normal Kullanıcı	89	25,8	256	74,2
	Ağır Alkol Kullanıcısı	9	42,9	12	57,1
$\chi^2=2,938$ p=0,144					
Sağlık Okuryazarlığı Durumu					
	Yetersiz-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	33	18,8	143	81,3
	Yeterli-Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	65	34,2	125	65,8
$\chi^2=11,139$ p=0,001					

*Satır yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki Kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 15b’de katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre kendi değerlendirdikleri ilk triajın uygunluk durumlarının dağılımı sunulmuştur. Sigara kullanma durumu ve sağlık okuryazarlığına göre geliş triaj uygunluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$) Kronik hastalık varlığı ve alkol kullanma durumuna göre geliş triaj uygunluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 16. Katılımcıların Kendi Değerlendirdikleri İlk Triaajın Uygunsuzluğuna Etki Eden Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi, Ankara, 2018

Etkili Faktörler		RR*	95% CI	P
Sağlık Okuryazarlığı Durumu				
	Yeterli-Mükemmel (ref)	1,000		
	Yetersiz-Sınırlı	2,231	1,325-3,487	0,001
Gelir Durumu				
	4810 TL ve Daha Fazla (ref)	1,000		
	4809 TL ve Daha Az	1,856	1,114-3,093	0,018

*RR:Odds oranı ile gösterilen tahmini rölatif risk, %95 güven aralığında

Tablo 16’de katılımcıların kendi değerlendirdikleri ilk triajın uygunsuzluğuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizi sunulmuştur. Sağlık okuryazarlığı durumu ve gelir durumu istatistiksel olarak anlamlı yordayıcılar olarak tespit edilmiştir. ($p<0,05$) Sağlık okuryazarlığı azaldıkça (RR:2,231) ve gelir durumu azaldıkça (RR:1,856) katılımcının kendi değerlendirdiği ilk triajdaki uygunsuzluğun arttığı görülmüştür.

4.6 Bilgilendirmenin Etkinliğinin Değerlendirilmesi ve Bilgilendirmenin Etkinliği ile İlgili Durumların Dağılımı

Tablo 17. Katılımcıların Müdahaleden Olumlu Yönde Etkilenme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018

		Sayı	(%)*
Müdahaleden Olumlu Yönde Etkilenme Durumu (n=366)			
	Olumlu Yönde Etkilenmiş	193	52,7
	Etkilenmemiş\Olumsuz Yönde Etkilenmiş	173	47,3

*Sütun yüzdesi

Tablo 17’de katılımcıların müdahaleden olumlu yönde etkilenme durumlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların %52,7’si müdahaleden olumlu yönde etkilenmiş ve %47,3’ü müdahaleden etkilenmemiş\olumsuz yönde etkilenmiştir

Tablo 18. Katılımcının Kendi Değerlendirdikleri İlk Triaj Durumları İle Paramediğin Değerlendirdiği Triaj Durumlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2018

İlk Gelişinde Değerlendirdiği Triaj	Paramedik Tarafından Değerlendirilen Triaj		Toplam n (%)	Test Değer (p)
	Yeşil	Sarı		
Yeşil	32	2	34 (17,0)	Kappa 0,158 (<0,001)
Sarı	100	66	166 (83,0)	
Toplam n (%)	132 (66,0)	68 (34,0)	200 (100,0)	

*%=Yüzde işareti

Tablo 18’da katılımcıların kendi değerlendirdikleri ilk triaj durumları ile paramediğin değerlendirdiği triaj durumlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Hastanın gelişinde değerlendirdiği triaj ile paramedik tarafından değerlendirilen birbirleriyle karşılaştırıldığında gözlemler arasındaki uyumun Kappa değeri 0,158 ve “Önemsiz düzeyde uyum” olarak nitelendirildi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı. ($p<0,001$)

Tablo 19. Katılımcıların Bilgilendirme Sonrası Değerlendirdikleri Triaj Durumları ile Paramediğin Değerlendirdiği Triaj Durumlarının Karşılaştırılması, Ankara, 2018

Bilgilendirme Sonrası Değerlendirdiği Triaj	Paramedik Tarafından Değerlendirilen Triaj		Toplam n (%)	Test Değer (p)
	Yeşil	Sarı		
Yeşil	109	10	119 (59,5)	Kappa 0,649 (<0,001)
Sarı	23	58	81 (40,5)	
Toplam n (%)	132 (66,0)	68 (34,0)	200 (100,0)	

*%=Yüzde işareti

Tablo 19’da katılımcıların bilgilendirme sonrası değerlendirdikleri triaj durumları ile paramediğin değerlendirdiği triaj durumlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Hastanın bilgilendirme sonrası değerlendirdiği triaj ile paramedik tarafından değerlendirilen birbirleriyle karşılaştırıldığında gözlemler arasındaki uyumun Kappa değeri 0,649 ve “İyi düzeyde uyum ” olarak nitelendirildi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı. ($p<0,001$)

Tablo 20a. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018

		Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumu			
		Olumsuz\Etkisiz		Olumlu	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Cinsiyet (n=366)					
	Erkek	84	47,2	94	52,8
	Kadın	89	47,3	99	52,7
$\chi^2=0,001$ p=0,977					
Yaş Grubu (n=366)					
	25 Yaş Altı	47	42,3	64	57,7
	25-44 Yaş	78	47,0	88	53,0
	45-64 Yaş	33	47,1	37	52,9
	65 Yaş ve Üzeri	15	78,9	4	21,1
$\chi^2=8,736$ p=0,033					
Medeni Durum (n=365)					
	Evli	82	46,3	95	53,7
	Bekar\Dul	91	48,4	97	51,6
$\chi^2=0,158$ p=0,691					
Öğrenim Durumu (n=366)					
	Lise ve Altı	96	47,1	108	52,9
	Yüksekokul ve Üzeri	77	47,5	85	52,5
$\chi^2=0,008$ p=0,928					
Gelir Durumu (n=366)					
	4809 TL ve Daha Az	123	45,6	147	54,4
	4810 TL ve Daha Fazla	50	52,1	46	47,9
$\chi^2=1,211$ p=0,271					
Sosyal Güvence Varlığı (n=365)**					
	Var	163	47,8	178	52,2
	Yok	9	37,5	15	62,5
$\chi^2=0,586$ p=0,444					
Çalışma Durumu (n=366)					
	Para Getiren Bir İşte Çalışıyor	63	44,4	79	55,6
	Para Getiren Bir İşte Çalışmıyor	110	49,1	114	50,9
$\chi^2=0,784$ p=0,376					

*Satır yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki Kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 20a’da katılımcıların demografik özelliklerine göre bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumlarının dağılımı sunulmuştur. Yaş grubuna göre bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$) Cinsiyete, medeni duruma, öğrenim durumuna, gelir durumuna, sosyal güvence varlığına ve çalışma durumuna göre bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 20b. Katılımcıların Sağlıkla İlgili Bazı Özelliklerine Göre Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2018

		Bilgilendirmeden Olumlu Yönde Etkilenme Durumu			
		Olumsuz\Etkisiz		Olumsuz\Etkisiz	
		Sayı	(%)*	Sayı	(%)*
Kronik Hastalık Varlığı (n=366)					
	Yok	122	45,4	147	54,6
	Var	51	52,6	46	47,4
$\chi^2=1,493$ p=0,222					
Sigara Kullanım Durumu (n=366)					
	Kullanıyorum\Kullandım Bıraktım	102	52,0	94	48,0
	Hiç Kullanmadım	71	41,8	99	58,2
$\chi^2=3,857$ p=0,050					
Alkol Kullanım Durumu (n=366)**					
	Kullanmayan\Normal Kullanıcı	160	46,4	185	53,6
	Ağır Alkol Kullanıcısı	13	61,9	8	38,1
$\chi^2=1,343$ p=0,247					
Sağlık Okuryazarlığı Durumu					
	Yetersiz-Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	93	52,8	83	47,2
	Yeterli-Mükemmel Sağlık Okuryazarlığı	80	42,1	110	57,9
$\chi^2=4,225$ p=0,040					

*Satır yüzdesi

**Yates Düzeltmeli Ki Kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 20bde katılımcıların sağlıkla ilgili bazı özelliklerine göre bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumlarının dağılımı sunulmuştur. Sağlık okuryazarlığı durumuna göre bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$) Kronik hastalık varlığına, sigara kullanma durumuna ve alkol kullanma durumuna göre bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$)

5.TARTIŞMA

5.1.Acil Servislerin Kullanımı

Bu çalışmada “yeni gelişen bir sağlık sorununda nereyi tercih edersiniz” sorusunda katılımcıların yarısından fazlası acil servisleri tercih ettiğini belirtmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde İzmir’de yapılan bir çalışmada da benzer şekilde en çok acil servislere güven duyulduğu gösterilmiştir. Murat ERSEL ve ark. tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise bir sağlık sorunu olduğunda nereyi tercih edersiniz sorusuna en sık iki cevap tıp fakültesine bağlı poliklinikler ve acil servisler olmuştur(1, 114). Bu durum, katılımcıların birinci basamağın yeni gelişen sağlık sorunlarını çözmesine yeterli güveni duymadığı ve özellikle acil servislerin kişilerin sağlık sorunlarına birincil çözüm aradığı yerler olarak görüldüğü şeklinde yorumlanabilir. Bu durumda acil servislerdeki aşırı kalabalıklığın nedenlerini incelerken neden acil servislerin tercih edildiğini araştırmak doğru bir yaklaşım olacaktır.

Bu çalışmada katılımcıların acil servisi tercih etme sebepleri incelendiğinde ilk üç sırayı sırasıyla “Şikayetim Acil Olduğu İçin”, “Yakın Olduğu İçin” ve Tetkik Yapmanın Kolaylığı” diyenler oluşturmaktadır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde Amerika’da yapılan bir çalışmada en sık sebebin “durumunun aciliyeti” olduğu ve İngiltere’de yapılan başka bir çalışmada ise en sık iki sebebin “mümkün olan en hızlı biçimde doktoru görmek” ve “yakınlık” olduğu görülmektedir(9, 115). Konuyla ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise en sık sebebin “yakınlık” olduğunu gösteren birçok çalışma görülmüştür(1, 116-118). İnsanların şikayetlerinin acil olduğunu düşünerek en yakın sağlık kuruluşuna başvurması beklenen bir sonuçtur. Bu durum, uygunsuz kullanım çerçevesinden incelenirse insanların gerçekten ne kadarının sorununun acil olduğunu tespit etmek ve sorunu acil başvuru kriterlerine uymasa dahi acile başvuran bireylerin bu algısını nelerin etkilediğini incelemenin önemini göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların yarısının bir yılda acile başvuru sayıları 2-4 kez olarak görülmektedir. Katılımcıların yarıya yakınının ise toplam muayene sayıları “2-4 Kez” olarak görülmüştür. Katılımcıların tüm muayeneler içinde acil başvurularının yüzdesi incelendiğinde katılımcıların yarıya yakını neredeyse tüm muayene başvurularını acil servise yapmıştır. Avustralya’da yapılan başka bir çalışmada geliş muayenesi de eklenerek katılımcıların son 6 ay içinde yarıya yakınının acil serviste bir kez muayene olduğu ve üçte birinin de 2-3 kez muayene olduğu görülmektedir(119). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların acil servise başvuru sayılarının yarısından fazlasının “2-4 kez” aralığında olduğu görülmektedir(114).

Kişilerin acile başvuru sayılarını tek başına acil servisin uygunsuz kullanımına dair bir gösterge olarak kullanmak doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Fakat tüm muayeneler içinde acil başvurularının dağılımının ne kadar olduğu yol gösterici olabilir. Bu çalışmada belirgin olarak kişilerin büyük çoğunluğunun muayenelerinin tamamına yakını acil serviste olduğunu ve katılımcıların acil servisi kullanma sebebi olarak en sık şikayetlerinin acil olduğunu belirtmesi göz önüne alınırsa kişilerin aciliyet algılarının acil servislerin kullanımında ne kadar önemli olduğu görülecektir.

5.2 Triaaj Uygunluğu

Bu çalışmada katılımcıların ilk triaj değerlendirmelerinin paramedikle uygunluk durumu incelendiğinde dörtte birinin paramedikle aynı kategoride olduğu ve dörtte üçe yakınının ise paramedikten daha yüksek derecede değerlendirdiği görülmektedir. Ayrıca kappa analizinde de aradaki uyumluluk “Önemsiz düzeyde uyum” seviyesinde görülmektedir. Bu konuyla ilgili Avustralya’da yapılan başka bir çalışmada katılımcıların yine dörtte birinin aciliyet durumunu paramedikle aynı kategoride değerlendirdiği görülmüştür(119). İzmir’de yapılan bir çalışmada ise 1281 katılımcının 715’inin (%55,8) kendilerini acil olarak değerlendirdiği ve altın standart test tarafından acil değil şeklinde değerlendirildiği görülmüştür(116). Bu durum kişilerin aciliyet algısının uygunsuz acil servis başvurularında ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada hastaların kendi değerlendikleri triaj ile paramedikin değerlendirdiği triaj arasındaki uyumsuzluğa sosyal güvencenin, gelir durumunun ve öğrenim durumunun etki ettiği görülmektedir. Univariante analizlerde sosyal güvencenin olmamasının ve öğrenim durumunun lise ve altında olmasının uyumsuzluğu artırdığı ve hem univariate hem de multivariate analizlerde gelir durumunun 4810 TL’nin altında olmasının uyumsuzluğu artırdığı görülmektedir.

Literatürde bu konuyu inceleyen çalışmalara bakıldığında düşük eğitim düzeyinin aciliyetin uygunsuzluğunu artırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur(1, 116). Eğitim durumunun gerek doğrudan etkisiyle gerekse de sağlık okuryazarlığına etkisi ile dolaylı olarak kişilerin acil servise uygunsuz başvurularında önemli bir rol oynamakta olduğu söylenebilir.

Acil servislerde yoğunluğu inceleyen bir çalışmada sosyal güvencenin olmaması ile acil servis başvuruları arasında ilişki gösterilmiş(120), başka bir çalışmada ise bu ilişkinin anlamlı olmadığı gösterilmiştir(1). Ülkemizde genel sağlık sigortası uygulamasının devreye girmesi ile sigortasız kişi sayısı oldukça düşmekle birlikte sigortasız kişilerin poliklinik ücretini ödememek amacıyla acil servislere başvurması anlaşılabilir bir durumdur.

Gelir durumu ile acil başvurularının uygunluğunun incelendiği bir çalışmada gelir durumu ve başvuru uygunluğu arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir(1). Bununla beraber yine aynı çalışmada gelir durumunun hastanın aciliyet algısı üzerine etkili olduğu gösterilmiştir. Başka bir çalışmada ise gelir durumunun aciliyet durumu ile ilgisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır(116). Bu çalışmada ise gelir durumu önemli bir belirleyici olarak görülmektedir. Bu etki, yüksek gelir durumunun daha yüksek okuryazarlık seviyesi ile ilişkili olması ve başka bir etki olarak da özel hastane tercihini artırmasına etkisi olacağı ile yorumlanabilir.

5.3 Bilgilendirme

Bu çalışmada katılımcıların bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenme durumları incelendiğinde katılımcıların yarısından fazlasının bilgilendirmeden olumlu yönde etkilendiği görülmektedir. Yapılan kappa analizlerinde de bilgilendirme öncesi triaj değerlendirmesinin paramedikle uyumu “Önemsiz düzeyde uyum” seviyesinde iken bilgilendirme sonrası değerlendirmede bu uyum “İyi düzeyde uyum” seviyesine gelmiştir. Bilgilendirme acilde geçen süre içerisinde yapıldığından dış etkenlerden büyük oranda bağımsız olduğu söylenebilir. Bilgilendirmeden olumlu yönde etkilenmeyi nelerin etkilediği incelenirse yaş grubunun ve sağlık okuryazarlığının etkili olduğu görülmektedir. Özellikle 65 üstü yaş grubunun bilgilendirmeden daha az fayda gördüğü ve sağlık okuryazarlığı düzeyi “yeterli-mükemmel” olan katılımcıların bilgilendirmeden daha çok fayda gördüğü görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde Amerika’da yapılan bir çalışmada yaştaki artışla sağlık okuryazarlığının düştüğü görülmektedir(121). Ülkemizde yapılan TSOY32 ölçeğinin geçerliliği ile ilgili çalışmada da özellikle ileri yaşlarda benzer sonuçlar görülmektedir(98). Bu durumda yaş değişkeninin sağlık okuryazarlığı seviyesi üzerine etkisi de göz önüne alınarak bilgilendirmenin etkinliğinde özellikle sağlık okuryazarlığının etkisi öne çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığının bir alt boyutu olan sağlıkla ilgili bilgiyi anlamının bu etkide büyük rolü bulunmaktadır.

5.4 Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Okuryazarlığının Triaaj Uygunluğu Üzerine Etkisi

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı durumlarının dağılımı incelendiğinde katılımcıların yarıya yakını “yetersiz-sınırlı” sağlık okuryazarlığı düzeyinde görülmektedir. TSOY32’nin geçerliliğini gösteren çalışmada genel popülasyonun sağlık okuryazarlığı durumu yarısından fazlası “yetersiz-sınırlı” şeklindedir(98). Bu fark araştırma bölgesinin öğrenim durumunun genel popülasyona oranla daha yüksek olması (katılımcıların yarıya yakınının yüksekokul ve üzeri mezunu olması) ve bunun sağlık okuryazarlığı durumuna etkisi ile yorumlanabilir. Literatürde acil servise başvuran bireylerin sağlık okuryazarlığı durumları incelendiğinde TOFHLA ölçeği ile yapılan iki çalışmada (113, 122) %25 “sınırlı” sağlık okuryazarlığı ve REALM ölçeği ile yapılan bir başka çalışmada(9) ise %34 “sınırlı” sağlık okuryazarlığı şeklinde dağıldığı görülmektedir. Araştırma ölçeklerinin farklılığı ve çalışmaların farklı ülkelerde yapılması dağılımdaki farklılığı açıklayabilir.

Bu çalışmada katılımcıların triaj değerlendirmelerinin uygunsuzluğuna etki eden faktörler arasında sağlık okuryazarlığı gerek univariate analizlerde gerekse de multivariate analizde anlamlı bir değişken olarak görülmüş ve “yetersiz-sınırlı” sağlık okuryazarlığı uygunsuz başvuru ile ilişkilendirilmiştir. Konuyla ilgili diğer çalışmalar incelendiğinde yapılan iki çalışmada(9, 123) düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerinin daha sık ve uygunsuz acil servis başvurularına yol açtığı ve başka bir çalışmada(111) da düşük sağlık okuryazarlığı seviyesinin acil servisi kullanma ihtimalini artırdığı görülmektedir. Bu verilere dayanarak sağlık okuryazarlığına yapılacak olumlu müdahalelerin acil servislerdeki yoğunluğun ana nedenlerinde biri olarak görülen uygunsuz başvuruyu ve dolayısıyla da acil servislerdeki yoğunluğu azaltabileceği söylenebilir. Ayrıca bu çalışmada yapılan bilgilendirme sonrası katılımcıların yarısından fazlasındaki uygunluktaki olumlu dönüş ve bu olumlu dönüşle sağlık okuryazarlığı durumunun da tek değişkenli analizlerde anlamlı etkisi göz önüne alınırsa bu konuda yapılacak müdahalelerin önemi daha da fazla görülmektedir.

5.5. Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Çalışma üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran kişiler üzerinden yürütüldüğü için sonuçlar birinci ve ikinci basamaktan farklılık gösterebilir.
- Anket uygulaması muayene sonrası kişilere yapıldığı için işi biten kişiler veya tetkik yaptırması gereken kişilerin bir kısmı bir an önce oradan ayrılmak istedikleri için anketi kabul etmemişlerdir.
- Çalışmaya geliş durumlarından dolayı paramedik tarafından kırmızı triaj kategorisinde değerlendirilen hastalar dahil edilmemiştir.
- Çalışmada gerçek triaj ölçütü olarak başvuru şikayetleri ele alınmıştır. Ancak hastaların aldıkları son tanımlar değerlendirmeye alınsa daha objektif sonuçlar elde edilebilirdi.

6.SONUÇ ÖNERİLER

Bu çalışmada SOY düzeyinin acil servis kalabalığı ve uygunsuz başvuruları üzerine etkisini araştırdık. Günümüzde acil servislerin kalabalığının en önemli sebepleri içerisinde hastaların aciliyet algıları olduğu düşünülmektedir. Aciliyet algılarının acil servis triaj uygulayıcıları tarafından acil olarak değerlendirilen durumlarla benzerliğini ve SOY ile ilişkisini tanımlamayı amaçladık. Bu amaçla yapılan çalışma sonucunda katılımcıların triaj değerlendirmeleri üzerine uygunsuzluğunun düşük SOY düzeyi ile ilişkili olduğu sonucuna vardık.

Çalışma süresince katılımcılara verdiğimiz bilgilendirici formlardaki müdahale ile katılımcıların aciliyet algılarının paramedik tarafından yapılan triaj ile önemli ölçüde benzer düzeye geldiğini gördük. Çok basit bir müdahale ile araya girilmesine rağmen başvuruların triaj algılarında ciddi ve anlamlı derecede yükselme görülmesi bu konuda yapılacak olan eğitimlerin önemini ön planda çıkarmaktadır. Acil servis kalabalığının hastane, devlet ekonomisi ve uygun sağlık hizmeti üzerine olumsuz etkileri göz önüne alındığında bu konuda yapılabilecek uygun politikaların SOY düzeyini yükselteceğini düşünmekteyiz. Böylelikle hastalar tarafından aciliyet algılarının daha doğru değerlendirileceğine, dolayısıyla acil servislerin kalabalığı üzerine uzun dönemde olumlu yönde etki edeceğini düşünmekteyiz.

Acil servis kalabalığının sebeplerinden bir diğeri ise ilk başvuru yeri olarak acil servislerin tercih edilmesidir. Yapmış olduğumuz bu çalışma ülkemiz 3. Basamak acil servisinde sağlık bakanlığı triaj algoritmasında yeşil ve sarı alan olarak değerlendirilen hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yarıya yakınının ilk başvuru merkezi olarak acil servisleri tercih ettiği görülmüştür. Basit sorunları olan yeşil alan hastalarının daha düşük basamaklı hastanelerde veya aile sağlığı merkezlerinde değerlendirilmesi aynı şekilde ASK'nı azaltacağını düşünmekteyiz. Bu konu üzerine yapılabilecek olan sağlık politikaları şüphesiz acil servis başvurularını gözle görülür seviyelerde düşürecektir. Ancak yapmış olduğumuz çalışmanın tek merkezli olması nedeniyle bu konu üzerinde daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

7.ÖZET

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, TRIYAJ UYGUNLUKLARI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMLARININ DAĞILIMI

Amaç: Bu çalışmanın amacı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri, triaj uygunlukları ve sağlık okuryazarlığı durumlarının dağılımını incelemektir.

Materyal ve Metod: Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 01.06.2018-01.07.2018 tarihleri arasında başvuran 366 hastanın katılımıyla yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmada 4 bölüm ve 48 sorudan oluşan anket ile hastaların demografik verileri elde edilip aciliyet algıları ve SOY düzeyleri 5'li Likert ölçeği ile sorgulandı. Çıkarımsal istatistikte, Pearson ki kare testi, Yates düzeltmeli ki kare testi, Fisher's Exact Testi ve logistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların öğrenim durumları, sosyal güvenceleri ve gelir grupları incelendiğinde geliş triajının uygunluk durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p<0,05$). Katılımcıların kendi değerlendirdikleri ilk triajın uygunsuzluğuna etki eden faktörlerin lojistik regresyon analizinde, sağlık okuryazarlığı durumu ve gelir durumu istatistiksel olarak anlamlı yordayıcılar olarak tespit edilmiştir($p<0,05$). Sağlık okuryazarlığı azaldıkça (RR:2,231) ve gelir azaldıkça (RR:1,856) katılımcının kendi değerlendirdiği ilk triajdaki uygunsuzluğun arttığı görülmüştür. Hastanın bilgilendirme sonrası değerlendirdiği triaj ile paramedik tarafından değerlendirilen birbirleriyle karşılaştırıldığında gözlemler arasındaki uyumun Kappa değeri 0,649 olarak saptandı ve uyum "İyi düzeyde uyum " olarak nitelendirildi. Bu durum istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı. ($p<0,001$)

Sonuç olarak hastaların aciliyet algılarının, acil servis triaj uygulayıcıları tarafından acil olarak değerlendirilen durumlarla karşılaştırmayı ve uygunsuzluğun SOY ile ilişkisini tanımlamayı amaçladık. Katılımcıların triaj değerlendirmeleri üzerine, uygunsuzluğunun düşük SOY düzeyi ile ilişkili olduğu sonucuna varıldı. Çok basit bir müdahale ile araya girilmesine rağmen başvuranların triaj algılarında ciddi ve anlamlı derecede yükselme görülmesi bu konuda yapılacak olan eğitimlerin önemini ön planda çıkarmaktadır.

DISTRIBUTION OF DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, TRIAGE SUITABILITY AND HEALTH LITERACIES OF THE PATIENTS APPLIED TO GAZI UNIVERSITY FACULTY OF EMERGENCY SERVICE

Aim: The aim of this study is to investigate the distribution of demographic characteristics, triage suitability and health literacies of the patients applied to Gazi University Faculty of Medicine Emergency service.

Material and Method: This study is a cross-sectional one which is carried out by the attendance of 366 patients applied to Gazi University Faculty of Medicine Emergency service between 01.06.2018 and 01.07.2018. In this study, patients' urgency perceptions and health literacies were questioned by Likert scale, after obtaining patients' demographic data by a survey containing 4 sections and 48 questions. Pearson's Chi-Square test, Yates corrected Chi-Square test, Fisher's Exact test and logistic regression analysis were used in deductive statistics.

Results: Considering educational status, social insurance and income status of the patients, a significant difference between triage suitability (actual and self-assessment) is determined ($p < 0,05$). In logistic regression analysis of the factors affecting triage insuitability, health literacy and income status were identified as significant predictors. An increase in insuitability between actual triage and self-assessment-triage was seen, as the health literacy and income decreased. When actual triage (assessed by paramedic) and self-assessed triage by the patient (after informing the patient about the triage system) were compared, the Kappa value of the accordance between the assessments was found as 0,649, and this accordance was defined as "good level".

Conclusion: We aimed to compare the patients' urgency perceptions with the situations determined as "urgent" by the emergency service triage providers, and to define the correlation between insuitability and health literacy. Based on the triage assessments of the patients', we concluded that insuitability and low health literacy are related with each other. Observing a significant improvement in patients' triage perceptions -even with a simple intervention-, highlights the importance of education about triage system.

8.KAYNAKLAR

1. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Bir acil servisin kullanım özellikleri ve başvuran hastaların aciliyetinin hekim ve hasta açısından değerlendirilmesi. Turkish Journal of Emergency Medicine. 2006;6(1):025-35.
2. Moll HA. Challenges in the validation of triage systems at emergency departments. Journal of clinical epidemiology. 2010;63(4):384-8.
3. Dunn J, Mayer T. Future legal issues in emergency medicine. Emergency medicine clinics of North America. 1993;11(4):933-51.
4. Bakanlık TS. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete. 2009(27378).
5. Sağlık Bakanlığı 2015 yılı Hizmet Bilgileri [Available from: <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php>].
6. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye’de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2005;5(1):5-13.
7. Aydın T, Aydın ŞA, Köksal Ö, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi acil servisine başvuran hastaların özelliklerinin ve acil servis çalışmalarının değerlendirilmesi. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2010;9(4):163-8.
8. Organization WH. Health promotion glossary. 1998.
9. Schumacher JR, Hall AG, Davis TC, Arnold CL, Bennett RD, Wolf MS, et al. Potentially preventable use of emergency services: the role of low health literacy. Medical care. 2013;51(8):654.
10. James SC. Introduction To Management: Definitions, Utilization, And Workforce Issues. Principles And Practice Of Emergency Medicine. 4th. ed: Lippincott, Williams & Wilkins; 1999.
11. International Federation for Emergency Medicine [Available from: <https://www.ifem.cc/>].
12. Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. 2010/16 Sayılı Başbakanlık Genelgesi 27668 Sayılı Resmî Gazete 2010 [Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2528,2010-16-acil-saglik-hizmetlerinin-sunumupdf.pdf?0>].
13. Physicians ACoE. Emergency department planning and resource guidelines. Ann Emerg Med. 2008;51(5):687.
14. Physicians ACoE. Model of the clinical practice of emergency medicine [policy statement]; Approved August 2007. 1822.
15. Northington WE, Brice JH, Zou B. Use of an emergency department by nonurgent patients. The American journal of emergency medicine. 2005;23(2):131-7.
16. Şimşek P, Gürsoy A. Turkish health care providers' views on inappropriate use of emergency department: Who, when and why? International emergency nursing. 2016;27:31-6.
17. Taylor J. Don't bring me your tired, your poor: the crowded state of America's emergency departments. Issue brief (George Washington University National Health Policy Forum : 2005). 2006(811):1-24.
18. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med. 2008;52(2):126-36.
19. Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 1--concept, causes, and moral consequences. Ann Emerg Med. 2009;53(5):605-11.

20. Bezzina AJ, Smith PB, Cromwell D, Eagar K. Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the 'primary care patient' in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2005;17(5-6):472-9.
21. Arslanhan S. Muayene sayısındaki artış, anlamlı bir erişim artışını mı ifade ediyor. TEPAV Politika Notu, Ankara, retrieved on. 2012;15.
22. Karacay P. Emergency department crowding and possible solutions/Acil servis kalabalığı ve çözüm önerileri. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2010;7(2):20-5.
23. Bektemur G. Acil Hizmetler Raporu. *EURASIAN JOURNAL OF EMERGENCY MEDICINE*. 2015;4(1):1-38.
24. Brim C. A descriptive analysis of the non-urgent use of emergency departments. *Nurse Researcher (through 2013)*. 2008;15(3):72.
25. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. 2010;56(3):261-9.
26. Tsai JC-H, Liang Y-W, Pearson WS. Utilization of emergency department in patients with non-urgent medical problems: patient preference and emergency department convenience. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2010;109(7):533-42.
27. McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. 2011.
28. Michael J. Bullard CV-RKBMVBRH, Brian HR. Tracking Emergency Department Overcrowding in a Tertiary Care Academic Institution. *Healthcare Quarterly*. 2009;12(3):99-106.
29. Prince M, Worth C. A study of 'inappropriate' attendances to a paediatric accident and emergency department. *Journal of Public Health*. 1992;14(2):177-82.
30. Kamal N, Barnard D, Christenson J, Innes G, Aikman P. Addressing emergency department overcrowding through a systems approach using big data research. *J Health Med Informat*. 2014;5(148):2.
31. Aksel G, Bildik F, Demircan A, Keles A, Kilicaslan I, Guler S, et al. Effects of fast-track in a university emergency department through the national emergency department overcrowding study. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(7):791-7.
32. Richards JR, Navarro ML, Derlet RW. Survey of directors of emergency departments in California on overcrowding. *Western Journal of Medicine*. 2000;172(6):385.
33. Hwang U, Concato J. Care in the emergency department: how crowded is overcrowded? *Academic Emergency Medicine*. 2004;11(10):1097-101.
34. Derlet RW, Richards JR. Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Ann Emerg Med*. 2000;35(1):63-8.
35. Mitchell TA, Rummel RJ. Level of uncompensated care delivered by emergency physicians in Florida. *Ann Emerg Med*. 1992;21(10):1208-14.
36. Sağlık Bakanlığı 2016 Yılı Hizmet Bilgileri 2016 [Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>].
37. Weber EJ, Showstack JA, Hunt KA, Colby DC, Callahan ML. Does lack of a usual source of care or health insurance increase the likelihood of an emergency department visit? Results of a national population-based study. *Ann Emerg Med*. 2005;45(1):4-12.
38. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2006;48(1):1-8.
39. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdts MF. Emergency department triage revisited. *Emerg Med J*. 2010;27(2):86-92.
40. Lynn SG, Kellermann AL. Critical decision making: managing the emergency department in an overcrowded hospital. *Ann Emerg Med*. 1991;20(3):287-92.

41. Bruijns S, Wallis L, Burch V. A prospective evaluation of the Cape triage score in the emergency department of an urban public hospital in South Africa. *Emerg Med J*. 2008;25(7):398-402.
42. Rubin MA, Bonnin MJ. Utilization of the emergency department by patients with minor complaints. *The Journal of emergency medicine*. 1995;13(6):839-42.
43. Arkun A, Briggs WM, Patel S, Datillo PA, Bove J, Birkhahn RH. Emergency department crowding: factors influencing flow. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2010;11(1):10.
44. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? Issue brief (Commonwealth Fund). 2000(433):1-5.
45. Physicians ACoE. Emergency department crowding: high-impact solutions. ACEP task force report on boarding. 2008.
46. Schull MJ, Szalai JP, Schwartz B, Redelmeier DA. Emergency department overcrowding following systematic hospital restructuring trends at twenty hospitals over ten years. *Academic Emergency Medicine*. 2001;8(11):1037-43.
47. Redelmeier DA, Blair PJ, Collins WE. No place to unload: a preliminary analysis of the prevalence, risk factors, and consequences of ambulance diversion. *Ann Emerg Med*. 1994;23(1):43-7.
48. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, Hughes DM. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *Emerg Med J*. 1998;15(4):262-5.
49. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo Jr CA. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003;42(2):173-80.
50. Bernstein SL, Asplin BR. Emergency department crowding: old problem, new solutions. *Emergency Medicine Clinics*. 2006;24(4):821-37.
51. Kellermann AL. Too sick to wait. *Jama*. 1991;266(8):1123-5.
52. Institute of Medicine Committee on the Consequences of U. A Shared Destiny: Community Effects of Uninsurance. Washington (DC): National Academies Press (US)

Copyright 2003 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.; 2003.

53. Hoffenberg S, Hill MB, Houry D. Does sharing process differences reduce patient length of stay in the emergency department? *Ann Emerg Med*. 2001;38(5):533-40.
54. Jones SS, Allen TL, Flottemesch TJ, Welch SJ. An independent evaluation of four quantitative emergency department crowding scales. *Academic Emergency Medicine*. 2006;13(11):1204-11.
55. B. Y. Hastanelerde sunulan acil sağlık hizmetlerinin yönetim ve organizasyonu: beykent üniversitesi; 2015.
56. Acil Triage Eğitim Rehberi: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Tesisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire

Başkanlığı; [Available from:

<http://azkurs.org/acil-triaj-egitim-rehberi-ocak-2015-icindekiler.html>.

57. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. 2007;49(3):275-81.
58. Williams RM. The costs of visits to emergency departments. *New England Journal of Medicine*. 1996;334(10):642-6.
59. Fernandes CM, Price A, Christenson JM. Does reduced length of stay decrease the number of emergency department patients who leave without seeing a physician? *J Emerg Med*. 1997;15(3):397-9.

60. Nocera A, Garner A. An Australian mass casualty incident triage system for the future based upon triage mistakes of the past: the Homebush Triage Standard. *Australian and New Zealand journal of surgery*. 1999;69(8):603-8.
61. Somerson S, Markovchick V. Development of the triage system. *Emergency Department Management Principles and Applications* 2nd ed St Louis, Mo: Mosby. 1997:179-92.
62. Ford JK, Schmidt AM. Emergency response training: strategies for enhancing real-world performance. *Journal of hazardous materials*. 2000;75(2-3):195-215.
63. Hendrickson RG, Horowitz BZ. Disaster Preparedness. In: Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Yealy DM, Meckler GD, Cline DM, editors. *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 8e. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2016.
64. J Murray M. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. *Emergency Medicine*. 2003;15(1):6-10.
65. Berner A. Triage. *The Clinical Practice of Emergency Medicine* 2nd ed New York, NY: Lippincott-Raven. 1996:1525-7.
66. Considine J, Ung L, Thomas S. Triage nurses' decisions using the National Triage Scale for Australian emergency departments. *Accident and emergency nursing*. 2000;8(4):201-9.
67. Van Gerven R, Delooz H, Sermeus W. Systematic triage in the emergency department using the Australian National Triage Scale: a pilot project. *Eur J Emerg Med*. 2001;8(1):3-7.
68. Yousif K, Bebbington J, Foley B. Impact on patients triage distribution utilizing the Australasian Triage Scale compared with its predecessor the National Triage Scale. *Emerg Med Australas*. 2005;17(5-6):429-33.
69. Physicians ACoE. A uniform triage scale in emergency medicine. Information Paper Developed by the Subcommittee on National Triage Scale Emergency Medicine Practice Committee. 1999.
70. Travers DA, Waller AE, Bowling JM, Flowers D, Tintinalli J. Five-level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2002;28(5):395-400.
71. Zimmermann PG. The case for a universal, valid, reliable 5-tier triage acuity scale for US emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*. 2001;27(3):246-54.
72. Gilboy N, Travers D, Wuerz R. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive look at the need for standardization and quality. *Journal of Emergency Nursing*. 1999;25(6):468-73.
73. Keddington RK. A triage vital sign policy for a children's hospital emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 1998;24(2):189-92.
74. Travers D. Triage: How long does it take? How long should it take? *Journal of Emergency Nursing*. 1999;25(3):238-40.
75. Medicine ACfE. Guidelines on the implementation of the Australasian triage scale in emergency departments. 2000.
76. Super G, Groth S, Hook R. START: simple triage and rapid treatment plan. Newport Beach, CA: Hoag Memorial Presbyterian Hospital. 1994;199.
77. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Kyriacou DN, Adams JG. Reliability and validity of scores on The Emergency Severity Index version 3. *Academic emergency medicine*. 2004;11(1):59-65.
78. Beveridge B, Kelly A, Richardson D, Wuerz R. The science of Triage. The Society for Academic Emergency Medicine San Francisco, California en [www saem org] May. 2000;25.
79. Akıncı Ö. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi Triage Skalası'nın oluşturulması ve uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.

80. USLU NŞ. Meral BAYAT. 2016.
81. Review of the MANCHESTER TRIAGE SYSTEM (MTS) Cascade Training across the five HSC
- Trusts 2014 [Available from: www.nipec.hscni.net.
82. Amthauer C, Cunha MLCd. Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. Revista latino-americana de enfermagem. 2016;24.
83. Çelikten OS. Bir üçüncü basamak hastane acil servisine başvuran hastaların demografik özellikleri ve acil servis klinik hizmetlerinin değerlendirilmesi: beş yıllık analiz: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
84. Emergency Department Planning and Resource Guidelines. Ann Emerg Med. 2014;64(5):564-72.
85. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ 2015 [Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11321/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-teblig.html>.
86. Adaş G, Sarvan F, Küpelioglu R. Hastanelerde acil ve kaza servislerinin planlanması ve fiziksel organizasyonu. 1998.
87. Bernreuter ME, Cardona S. Survey and critique of studies related to unlicensed assistive personnel from 1975 to 1997, part 2. Journal of Nursing Administration. 1997;27(7/8):49-55.
88. Cadwell VS, Perkins P, Yates K. Use of registered nurse versus non-registered-nurse triage in seventy-six California hospitals: an informal survey. Journal of emergency nursing: JEN: official publication of the Emergency Department Nurses Association. 1994;20(6):21A.
89. Krainovich-Miller B, Sedhom L, Bidwell-Cerone S, Campbell-Heider N, Malinski V, Carter E. A review of nursing research on the use of unlicensed assistive personnel (UAP). The Journal of the New York State Nurses' Association. 1997;28(3):8-15.
90. Krapohl GL, Larson E. The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. Nursing Economics. 1996;14(2):99-112.
91. Parker RM, Williams MV, Weiss BD, Baker DW, Davis TC, Doak CC, et al. Health literacy-report of the council on scientific affairs. Jama-Journal of the American Medical Association. 1999;281(6):552-7.
92. Nielsen-Bohlman L, Panzer A, Hamlin B, Kindig D. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
93. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000;15(3):259-67.
94. Consortium H-E. Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European health literacy survey HLS-EU. 2012.
95. Kutner M, Greenburg E, Jin Y, Paulsen C. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483. National Center for Education Statistics. 2006.
96. Saranjit S, Lennard L. Health literacy: being able to make the most of health: National Consumer Council; 2004.
97. TANRIÖVER MD, YILDIRIM HH, READY FND, ÇAKIR B, AKALIN HE. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARAŞTIRMASI. 2014.
98. Okay P, Abacıgil F. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması (ASOY-TR) Mayıs. 2016;24-41.

99. Kirsch IS. The international adult literacy survey (IALS): Understanding what was measured. ETS Research Report Series. 2001;2001(2):i-61.
100. Safer RS, Keenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. *Am Fam Physician*. 2005;72(3):463-8.
101. Çopurlar CK, Kartal M. What is Health Literacy? How to measure it? Why is it important? *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*. 2016;10(1):40-5.
102. McCarthy DM, Waite KR, Curtis LM, Engel KG, Baker DW, Wolf MS. What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Medical care*. 2012;50(4):277.
103. Bass SW, Caitlin & Mora Rovito, Gabriella & Gordon, Thomas & Ward, Lawrence. Use of REALM-R vs. S-TOFHLA in an urban African American clinic population to assess health literacy: Practical implications. 138st APHA Annual Meeting and Exposition 20102010.
104. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. Health literacy and the risk of hospital admission. *Journal of general internal medicine*. 1998;13(12):791-8.
105. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of internal medicine*. 2005;165(17):1946-52.
106. Sudore RL, Yaffe K, Satterfield S, Harris TB, Mehta KM, Simonsick EM, et al. Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *Journal of general internal medicine*. 2006;21(8):806-12.
107. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of internal medicine*. 1998;158(2):166-72.
108. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*. 2009;124(Supplement 3):S265-S74.
109. Eichler K, Wieser S, Brügger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. *International journal of public health*. 2009;54(5):313.
110. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American journal of public health*. 2002;92(8):1278-83.
111. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American journal of medicine*. 2005;118(4):371-7.
112. Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, et al. Health literacy and use of outpatient physician services by Medicare managed care enrollees. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(3):215-20.
113. Griffey RT, Kennedy SK, McGownan L, Goodman M, Kaphingst KA. Is low health literacy associated with increased emergency department utilization and recidivism? *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(10):1109-15.
114. Umut P. Acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri, aciliyet algıları, bu algıyı etkileyen faktörler ve acil servise bakış açıları 2015.
115. Land L, Meredith N. An evaluation of the reasons why patients attend a hospital Emergency Department. *International emergency nursing*. 2013;21(1):35-41.
116. Mustafa Z. Acil servis hızlı bakı alanına gelen hastaların aciliyet durumlarının hasta ve hekim tarafından değerlendirilmesi ve acil servislerin uygunsuz kullanımı 2017.
117. Çiğdem KE. Acil servise başvuran hastalarda memnuniyet düzeyi üzerine etkili faktörlerin araştırılması 2014.
118. İsmail T. Acil serviste hasta memnuniyeti 2008.

119. Toloo G-S, Aitken P, Crilly J, FitzGerald G. Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2016;24(1):126.
120. Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *American Journal of Public Health*. 1993;83(3):372-8.
121. Baker DW, Gazmararian JA, Sudano J, Patterson M. The association between age and health literacy among elderly persons. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2000;55(6):S368-S74.
122. Ginde AA, Weiner SG, Pallin DJ, Camargo Jr CA. Multicenter study of limited health literacy in emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*. 2008;15(6):577-80.
123. Morrison AK, Chanmugathas R, Schapira MM, Gorelick MH, Hoffmann RG, Brousseau DC. Caregiver low health literacy and nonurgent use of the pediatric emergency department for febrile illness. *Academic pediatrics*. 2014;14(5):505-9.

9. EKLER



GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ, TRİYAJ UYGUNLUKLARI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DURUMLARININ DAĞILIMI

Anket Numarası:

Tarih: .../.../2018

Başvuru Saati:

1.BÖLÜM (Katılımcıların Demografik Özellikleri)

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
1. Erkek
2. Kadın
3. Öğrenim durumunuz nedir?
1. Okuryazar değil
2. Okuryazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul-Üniversite mezunu
4. Çalışma durumunuz nedir?
1. Ev Hanımı
2. Memur
3. İşsiz\Çalışmıyor
4. Esnaf\Özel Sektör
5. İşçi
6. Emekli
7. Diğer.....
5. Aylık toplam hane halkı geliriniz ne kadardır?
1. 1603 TL ya da daha az
2. 1604-3206 TL
3. 3207-4809 TL
4. 4810 TL'den fazla
6. Sizin tanı koyulmuş kronik bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?
1. Hayır
2. Evet (.....)
7. Sigara içiyor musunuz?
1. Evet.....Paket.....Yıl
2. Hayır, daha önce de içmedim
3. Hayır, bıraktım(...Paket....Yıl İçtim)
8. Alkol kullanıyor musunuz?
1. Hayır, hiç içmedim
2. Evet, ayda beş günden fazla ve 4 kadehten fazla
3. Evet, ayda beş günden fazla ve 4 kadehten az
4. Evet, ayda beş günden az
9. Medeni durumunuz nedir?
1. Evli
2. Bekar
3. Boşanmış\Dul
10. Yeni gelişen bir sağlık sorununda genellikle başvurduğunuz yer hangisidir?
1. Devlet Hastanesi Acil Servisi
2. Devlet Hastanesi Polikliniği
3. Tıp Fakültesi Acil Servisi
4. Tıp Fakültesi Polikliniği
5. Özel Hastane Acil Servisi
6. Özel Hastane Polikliniği
7. Aile Sağlığı Merkezi
8. Diğer.....
11. Genel olarak acil servisi tercih etme sebebiniz nedir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
1. Yakın olduğu için
2. Zamanım yok
3. Şikayetimin acil olduğu için
4. Sosyal güvencem yok
5. Tetkik yapmanın kolaylığı
6. Randevu alamadığım için
7. Diğer.....
12. Bir yılda yaklaşık kaç kez acil servise başvurursunuz?
.....
13. Bir yılda toplamda yaklaşık kaç kez muayene olursunuz?
.....
14. Sosyal güvenceniz var mı?
1. Var
2. Yok

2.BÖLÜM

15. Şu anki başvurunuzla ilgili aciliyet durumunuza birden beşe kadar puan veriniz.

(1 daha az acil 5 çok acil)

1	2	3	4	5

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
YEŞİL	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayakta tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	* Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı * Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü * Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti * Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler * Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar
SARI	Kategori 1: Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği * Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı * Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) * Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta * İnatçı kusma * Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta * Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı * 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta * Şiddetli karın ağrısı olan hasta * Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması * Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk * Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta * Basit kanamalar * Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları * Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu * Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları * Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller * Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim * Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular * Şiddetli olmayan karın ağrısı * Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar
KIRMIZI	Kategori 1: Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	* Kardiyak arrest * Solunumsal arrest * Havayolu tıkanıklığı riski * Major çoklu travma * Solunum sayısı < 10/dakika * Sistolik Kan Basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar * Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtız olan hastalar * Devam eden veya uzamış nöbet * İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtsız veya hipoventilasyonda olması * Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı * Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin<%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar * Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski * Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı<50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon * Akut hemiparazi/disfazi * Letarji ile birlikte ateş (her yaş) * İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması * Major fraktür veya amputasyon gibi ciddi lokalize travma * Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı -Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı * Davranışsal/Psikiyatrik -Şiddet içeren agresif davranışlar -Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar

16. Size okuttuğumuz\okuduğumuz form sonrası şu anki başvurunuzun aciliyet durumu size göre aşağıdaki seçeneklerden hangisine uygun olduğunu belirtiniz?

1.Yeşil

2.Sarı

3.Kırmızı

No	Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız <u>aşağıdakileri yapmak</u> sizin için ne derece kolay/zordur?	1.Çok kolay	2.Kolay	3.Zor	4.Çok zor	5.Fikrim yok
29.1	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
29.2	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
29.3	Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
29.4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
29.5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
29.6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
29.7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
29.8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
29.9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
29.10	Sağlıkların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
29.11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
29.12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
29.13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
29.14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
29.15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
29.16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
29.17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
29.18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
29.19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
29.20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
29.21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
29.22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
29.23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					
29.24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
29.25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
29.26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
29.27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
29.28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek					
29.29	Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
29.30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
29.31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
29.32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

Bu kısım paramedik tarafından doldurulacaktır.

17. Hastanın triaj durumu nedir?

1.Yeşil

2.Sarı

3.Kırmızı

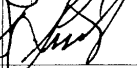
KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
	TELEFON	0312 202 69 58
	FAKS	0312 202 46 73
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Demografik Özellikleri, Triyaj Uygunlukları ve Sağlık Okuryazarlığı Durumlarının Dağılımı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Acil Tıp AD. / G.Ü.T.F.			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları-Uzmanlık Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	03.05.2018	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	03.05.2018	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	Belge Adı			Açıklama		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☒			
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU		☐			
	DİĞER		☐			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 359		Toplantı tarihi:14.05.2018						
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Canan ULUOĞLU							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *		İmza	
Prof. Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Birol DEMİREL BAŞKAN YARD.	Adli Tıp AD.	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Prof. Dr. Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	L ☐	H ☒	E ☐	H ☐	Katılmadı
Prof. Dr. Öznur L. BOYUNAGA ÜYE	Radyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Prof. Dr. Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya A.D.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	Katılmadı
Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU ÜYE	Psikiyatri AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji	COMMAT Ltd.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. Mutlu DOĞAN ÜYE	İç Hast. AD. Tıbbi Onkoloji BD.	Ank. Numune Eğt. ve Araşt. Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. N.Arda DEMİRKAN ÜYE	Genel Cerrahi AD.	A.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. Anıl TAPISIZ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast. AD. Ç. Nör. BD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doç. Dr. Pınar ÖZDEMİR ÜYE	Biyoistatistik AD.	H.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Doktor Öğr. Üyesi Mustafa GÖKSU ÜYE	Hukukçu	G.Ü. Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı
Aysel ÖZER ÜYE	Sivil Temsilci	Emekli Öğr. Üyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmadı

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ÖZGEÇMİŞ FORMU	Doküman Adı: KADB-F.22-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/1
		Onaylayan: Daire Başkanı

A. KİŞİSEL BİLGİLER

A.1.	Adı soyadı: Onur ÇAKMAK
A.2.	Doğum tarihi ve yeri: 01.07.1989-Fatih
A.3.	Yabancı dil bilgisi: İngilizce
A.4.	Görev yeri: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
A.5.	İletişim bilgileri (e-posta adresi / telefon): onrckmk@yahoo.com 05331304511

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

B.1.	Mezun olduğu üniversite / fakülteyi lütfen belirtiniz: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
B.2.	Mezuniyet tarihini lütfen belirtiniz (yıl olarak): 2013
B.3.	Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Araştırma Görevlisi

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

C.1.	Bugüne kadar çalıştığı kurum / kuruluşları lütfen belirtiniz: Ordu Gürgentepe Devlet Hastanesi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
-------------	---

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

D.1.	İyi Klinik Uygulamalar (İKU) konusunda eğitim alınmışsa lütfen tarihi ve alınan kurum / kuruluşun adı ile belirtiniz: Yok
D.2.	Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok
D.3.	Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok
D.4.	Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok
D.5.	Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok

E. ÖZGEÇMİŞ SAHİBİNİN İMZASI

E.2.	Özgeçmiş Sahibi
E.2.1.	El yazısıyla adı soyadı:
E.2.2.	Tarih (gün/ay/yıl olarak):
E.2.3.	İmza:

*Bilgiler, tarih sıralamasına göre, en eski tarihliden yeni tarihliye doğru sıralanmalıdır.

**Sayfa sayısı biden fazla ise, tüm sayfaların imzalanması gerekmektedir.