TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLELERİN ÇOCUK ACİL KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İbrahim Halil Çaça

DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMANI

Prof. Dr. Günay Saka

DİYARBAKIR-2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLELERİN ÇOCUK ACİL KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İbrahim Halil Çaça

DOKTORA TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMANI

Prof. Dr. Günay Saka

DİYARBAKIR-2020

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı AnabilimDalı Doktora öğrencisi İbrahim Halil Çaça'nın hazırladığı "Ailelerin Çocuk Acil Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Çocuk Acil Servisine Başvuruların Değerlendirmesi" başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek DoktoraTezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: …./…/2020

Danışman Prof. Dr. Günay SAKA _____

Jüri Üyeleri	**İmza**
Jüri Başkanı	..... _____
Üye	..... _____
Üye	..... _____
Üye	..... _____
Üye	..... _____

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun …./…/…. tarih ve ….sayılı kararıyla onaylanmıştır.

…../…../……

Prof. Dr. Hakkı Murat BİLGİN

Dicle Üniversitesi

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

09/07/2020

İbrahim Halil ÇAÇA

TEŞEKKÜR

Tezimde emeği geçen başta danışman hocam Prof. Dr.Günay Saka'ya, Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil Servisinde çalışan doktor, hemşire ve personeline, gece gündüz demeden yanımda olup sorunlarımı paylaşan eşim Dr. Aysel İskender Çaça'ya, kızlarım Hatice Nida Çaça ve Zeynep Zülal Çaça'ya sonsuz teşekkür ederim.

İbrahim Halil ÇAÇA

İÇİNDEKİLER

ONAY ……İ
BEYAN ..... ……. İİ
TEŞEKKÜR ..... ……. İİİ
İÇİNDEKİLER ..... ……. İV
KISALTMALAR ..... ……. Vİ
TABLOLAR ..... ……. Vİİ
1. ÖZET..... ……. 1
1.1 Türkçe Özet ..... ……. 1
1.2. Abstract ..... ……. 3
2. GİRİŞ VE AMAÇ 5
3. GENEL BİLGİLER 6
3.1. Acil Servis ve Önemi 6
3.2. Dünyada Çocuk Acil Tıp …… 7
3.3. Türkiye'de Çocuk Acil Tıp …… 7
3.4. Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetleri …… 8
3.5. Türkiyede Acil Servis Sağlık Mevzuatı ……..... 8
3.6. Acil Servise Başvuru Nedenleri …… 9
3.7. Kritik Hasta …… 9
3.8. Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı……..…… 10
3.9. Acil Servis Sorunlarının Çözüm Yolları……..... 12
3.10. a. Gerçek Acil…… 13
3.10. b. Triaj ……..……. 13
3.10. c. Birinci Değerlendirme ……..…… 17
3.10. d. İkinci Değerlendirme ……..…… 18
3.11. Hasta Memnuniyeti ……..…….. 19
4. GEREÇ VE YÖNTEM 22
4.1.Araştırma Hipotezleri…… 26
4.2. İstatistiksel analiz..... 26
5. BULGULAR 27
5.A.DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ ACİL SERVİSE BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ……..… 27

5.B.SAHA ÇALIŞMASINDAN ELDE EDİLEN BULGULAR…… 42
6.TARTIŞMA ……53
7. SONUÇLAR ..... ……. 60
8. ÖNERİLER…….….63
9. KAYNAKLAR 64
10. ÖZGEÇMİŞ…….…… 73
11. EKLER ..... …….. 74
EK-1..... ……. …….. 74
EK-2……..… 80
EK-3……85
EK-4…….. 86
12. İNTİHAL RAPORU 87

KISALTMALAR

AS. Acil Servis

bkz. Bakınız

böl. Bölüm

bs. Baskı, basım

C. Cilt

DÇHH. Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi

DİE. Devlet İstatistik Enstitüsü

DPT. Devlet Planlama Teşkilatı

DÜ. Dicle Üniversitesi

K. Karar

mad. Madde

No. Numara

s. Sayfa

S. Sayı

vr. Varak

YŞASM. Yenişehir Şehitlik Aile Sağlık Merkezi

yy.Yüzyıl

TABLOLAR

Tablo 1. Triaj kategorileri ve örnekler……..……..14

Tablo 2. Çocuk Acil Servisine Getirilen Çocukların ve Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri……...28

Tablo 3. Hasta ve yakınlarının hastaneye başvurma şekilleri, nedenleri, başvuru öncesi müdahale yöntemleri …… …… …… ……..... ..30

Tablo 4: Çocukların hastaneye başvuru öncesi şikayetleri başlama süresi, acil servise ulaşma süresi, acil serviste bekleme süresi, ev ile acil servis arası uzaklıklar……31

Tablo 5. Ebeveynlerin Çocuk Acil Servis hizmeti değerlendirmeleri……..... 32

Tablo 6. Ebeveynlerin Acil Servisle ile ilgili değerlendirmeleri…… …… …. 33

Tablo 7. Acilde çocukları muayene eden doktorların acile başvuranların aciliyet durumları ile ilgili yaklaşımları …… ……..……..... 35

Tablo 8. Acil servise başvuran çocuklara doktorların koyduğu tanılar……..36

Tablo 9a. Doktora göre çocuğu acil olma durumuna göre başvuranların çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması…….….37

Tablo 9 b. Doktora göre çocuğu acil olma durumuna göre başvuranların çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması…….38

Tablo 10 a. Çocuğunu acile götüren ebeveynlerin çeşitli değişkenlere göre acil hizmetlerinden memnuniyet durumu……..39

Tablo 10 b. Çocuğunu acile götüren ebeveynlerin çeşitli değişkenlere göre acil hizmetlerinden memnuniyet durumu……..41

Tablo 11. Acil servise başvuranların çocuk sayısı ile acile başvuru ortalamasının karşılaştırması…….42
Tablo 12. Araştırmamızda aile hekimliğinde anketi cevaplayan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri……43

Tablo 13. Ankete katılan ebeveynlerin acil konusunda bilgi durumu……....44

Tablo 14. Ankete katılan ebeveynlerin acil konusunda tutum ve davranış durumları…….45

Tablo 15. Ankete katılanların çocuk acille ilgi düşünceleri……..46

Tablo 16. Ankete katılan ebeveynlerin acil telefonunu bilme durumunun bazı değişkenlerle karşılaştırılması…….47

Tablo 17. Ankete katılanların çocuklardaki ateşini doğru bilme durumunun bazı değişkenlere göre karşılaştırılması……..48
Tablo 18. Ankete katılan ebeveynlerin acil durumda çocuklarına müdahale etme durumunu bazı değişkenlere göre karşılaştırılması…….…49
Tablo 19. Ankete katılan ebeveynlerin acil durumda birine danışma durumunun bazı değişkenlere göre karşılaştırılması……..50
Tablo 20. Ankete katılan ebeveynlerin acil hizmetlerinden memnuniyet durumunun bazı değişkenlere göre karşılaştırılması……..51
Tablo 21. Saha araştırmamıza katılan ebeveynlerin cinsiyete göre çocuklarını acil servisine götürme sıklığıyla karşılaştırması……...52
Tablo 22. Ebeveynlerin çocuklarını yaş gruplarına göre son bir yılda acile kaç kez götürmesinin karşılaştırılması…….52

1.ÖZET

1.1. Türkçe Özet

Ailelerin Çocuk Acil Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları ve Çocuk Acil Servisine Başvuruların Değerlendirmesi

Öğrencinin Adı ve Soyadı: İbrahim Halil ÇAÇA

Danışman: Prof. Dr. Günay SAKA

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Amaç:Çocuk Acil Servise (AS)'e gelen çocuk hastaların aciliyet durumlarını, ebeveynlerin çocuk acil konusundaki bilgilerini, memnuniyet durumlarını, ailelerinAS'e başvurmalarını etkileyen faktörleri saptamak ve önerilerde bulunmak. Çocuğu olan ailelerin son bir yıldaAS'i kullanma sıklığını ve acil konusunda bilgi ve tutumlarını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: DiyarbakırÇocuk Hastalıkları Hastanesi**(**DÇHH) AS ve Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezi (YŞASM) de 01.03.2018 -01.06.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Anketler araştırmacı tarafından hastanede 2 ay, sahada 4 ay süreyle uygulanmıştır. Araştırma kesitsel tanımlayıcı tipte olup,etik kurul onayı (15.02.2018 tarih 75 sayı) alınmıştır.

Bulgular: AS'egetirilen çocukların sadece %4,1'i gerçek acil olduğu saptandı. AS'e başvurmayı etkileyen en sık faktörler; %61,2'si mesai saatleri dışında hastalanması, %27,5'i AS'te hizmetlerin daha hızlı olması idi. Ebeveynlerin AS konusundaki bilgileri; %60'ı ambulans telefon numarasını, %25'i çocukların normal ateşlerinin ne kadar olması gerektiğini doğru cevaplayabildiler. Memnuniyet durumları; %90'ı AS de verilen hizmetin genel olarak iyi olduğunu bildirdi. Çocuklu ailelerin tamamına yakını en az yılda bir kez çocuğunu AS'e götürmekte idi. Ebeveynler son bir yılda çocuklarını ortalama 4,36±2,35 defa AS götürmüşlerdi. Kız çocukları son bir yılda 4,18±2,36 defa, erkek çocukları 4,63±2,31 defa AS götürülmüştü .. Çoçuklu ailelerin

acil konusunda tutumları; Ebeveynlerin hastanede %78.5'i; sahada %92'si AS'e başvurmadan önce kimseye danışmamış, hastanede %96,6'sı; sahada %85.5'i AS'e başvurmadan herhangi bir müdahalede bulunmamışdı.

Sonuç: AS'e gelen hastaların %95,9'u gerçek acil değildi. Sağlık bilgi düzeylerinin düşük, memnuniyet durumlarının yüksektir.Polikliniklerin kalabalık olduğu, randevu alınamadığı, AS'de hızlı bakıldığı için sık başvurulmaktadırlar.Önemli bir kısmı AS'e başvurmadan önce kimseye danışmamış ve müdahalede bulunmamıştır.

Anahtar kelimeler: Çocuk Acil Servis, aile hekimliği, ebeveyn, hasta aciliyeti.

1.2. Abstract

Knowledge, attitudes and behaviors of families about children emergency services and evaluotion of the applications to the pediatric emergency department.

Student's Surname and Name: ÇAÇA İbrahim Halil

Adviser of Thesis: Prof. Dr. SAKA Günay

Department: Department of Public Health

Aim: To determine the urgency of pediatric patients coming to the Emergency Service (ES), the parents 'knowledge about the child emergency, their satisfaction, the factors that affect the families'application to the ES and make recommendations. To determine the frequency of the families with children using the ES in the last year and their knowledge and attitudes towards emergency.

Material and Method: It was conducted between 01.03.2018 -01.06.2020 in Diyarbakır Pediatric Diseases Hospital (DPDH) ES and Yenişehir Şehitlik Family Health Center (YŞFHC). The questionnaires were applied by the researcher for 2 months in the hospital and 4 months in the field. The research is a cross-sectional descriptive type and ethics committee approval (75 number dated 15.02.2018).

Results: Only 4.1%of the children brought to the ES were found to be real emergencies. The most frequent factors affecting the ES; 61.2%of them were ill outside working hours, 27.5%of them were faster services in the ES. Parents'information about the ES; 60%of them were able to correctly answer the ambulance phone number, 25%of the normal fever of the children. Satisfaction situations; 90%said that the service provided in the ES was generally good. Almost all families with children took their children to the ES at least once a year. Parents had taken their children to the ES an average of 4.36 ± 2.35 times in the past year. Girls were taken to the ES 4.18 ± 2.36 times, and boys 4.63 ± 2.31 times in the past year. Children's attitudes towards emergency; 78.5%of the parents in the hospital;

92%in the field did not consult anyone before applying to the ES, 96.6%in the hospital; 85.5%in the field did not make any intervention without applying to the ES.

Conclusion:95.9%of the patients coming to the ES were not real emergencies. Their health knowledge level is low and their satisfaction level is high. They are frequently used because the polyclinics are crowded, the appointment cannot be made, and they are quickly looked at in the ES. As the number of children increases, the age of children decreases and easy transportation, the frequency of application increases. A significant number of people did not consult and intervene before applying to the ES.

Keywords: Child Emergency Service, family medicine, parent, patient urgency.

2.GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servisler sağlık sisteminin en önemli halkalarından biridir ve en yoğun olduğu bölümlerdir. Acil servisler hayati fonksiyonları tehdit altında olan hastaların acil müdahalesi için başvurması gereken yerler olması gerekirken, günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi olabilecek hastalarında başvurduğu yerler haline gelmişlerdir (1). Ülkemizde acil servise başvuranların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Acil olmadığı halde acil servise başvuranhastalar, acil servislerin işleyişinde gecikmelere, sağlık çalışanların iş yükünün artmasına, gerçek acil hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmeklere, mortalite ve morbiditede artışa sebep olmaktadır(2)**.**Acil servisler tüm dünyada, hastalara kesintisiz hizmet veren ve hastaların en fazla başvurduğu birimdir. Başvuran olguların büyük kısmında acil tedavi gerekliliği durumundan acil tıp birimlerinin diğer polikliniklerden farklı olmasına neden olmaktadır(3,4).Acil servis hastanenin aynasıdır. Acil servis hizmetleri hastaneninde çehresini yansıtır. Hastalar acil serviste tedavi olurken, zamanlarının büyük kısmını burada geçirirler (5). Bu nedenle acil serviste verilen hizmet hastalar üzerinde önemli bir etkiye sahip olup, hastaların hastane hakkında düşüncelerinin değişmesine neden olabilir (6)**.**Acil servisini amacı dışında uygunsuz kullanımı günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından biri haline gelmiştir. Bu Acil servisin kalabalığını arttırdığı gibi, gerçek acil hastaya zamanında müdahaleyi geciktirmekte ve bunun sonucu hayatı tehdit eden durumlara sebep olabilmektedir(4).

Bu çalışmanın amacı; Diyarbakır il merkezinde çocuğu olan ailelerin acil servisi kullanma ve acil konusundaki bilgi ve tutumlarını saptamak, DÇHHAS'e gelen çocuk hastaların aciliyet durumlarını saptamak, başvuranların acil servisten memnuniyet durumlarını saptamak, Ailelerin acil servise başvurmalarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

3. GENEL BİLGİLER:

3.1.Acil Servis ve Önemi

Tıbbi olarak acil; şahsın fiziksel ya da ruhsal açıdan sıkıntı içinde bulunması nedeni ile ihtiyacı olan tıbbi tedavinin hızlıca verilmesidir. Acil servisler, durumu acil olan hastaların ilk müdahalelerinin hızlıca yapıldığı çeşitli şikayetleri olan bir çok hastaya hizmet veren birimlerdir. Sağlık sisteminin en önemli bölümlerinden birini meydana getiren acil servisler, toplumun sağlık sorunlarıyla en fazla yoğunlaşan alanlardan biridir (7,8). Hayatı tehdit eden kritik durumdaki hastalık ya da yaralanmaların tanı ve tedavisi acil servislerin işlevlerinin önemli bir bölümünü oluşturur(9). Acil serviste görevli sağlık çalışanlarının birinci önceliği, hastanın hayati fonksiyonlarını kontrol altına almak ve sağlığına kavuşturmaktır(10).

Acil servisler,bireylerin sağlıklarının risk altında oldukları veya kendilerini bu şekilde hissettikleri bir durumda gittikleri yerlerdir. Başka bir tanımla acil servisler; kaza ve travma gibi yaşamı tehlike altında bulunan şahıslara acil müdahale ile bu hastaların takip edilmesi için planlanmış sağlık birimleridir(11). Acil servisler; hastalığın hızla değiştiği, zamanın kısıtlı olduğu, uzun süreli hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin olmadığı yerlerdir (12).Acil servisler, morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu, acil müdahale gereken hastaların tanı ve tedavisini yapabilecek bilgi ve tercübeye sahip sağlık çalışanı bulundurmalıdır. Acil servislerde günün 24 saati hizmet verebilecek hastaların tanı ve tedavisi konusunda tercübeli, acil müdahale hizmetleri konusunda eğitilmiş doktor ve diğer sağlık personellerinin hazır durumda bulunması gereken yerlerdir(13). Acil servislerde hızlı ve etkili tedavinin yapılabilmesi için birbirleri ile uyum içinde çalışan üyeler arasında iletişim ve işbirliği sağlanmalıdır. Acil servis çalışanlarının hepsi birlikte uyum içinde çalışarakmortalite oranını düşürüp, hastaya en iyi tedaviyi vermeye çalışan yerlerden biridir(1).

3.2.Dünyada Çocuk Acil Tıp

Günümüzde yeni mezun tabipler yetişkin hastalarla ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip iken pediatrik hastalarla ilgili olarak yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarından kendilerini çocuk hastalar karşısında yeterince güvende hissedemeyerek, tanı ve tedavide tereddüte düşmektedirler. Bunun sonucunda pediatrik hasta tanı ve tedavisinde sıkıntılar meydana gelmektedir. Bu nedenle Çocuk Acil servislerinin kurulup yönetilmesi daha fazla önem kazanmıştır. Bu bölümde çalışacak hekimlerin Çocuk Hastalıkları konusunda uzman olmaları önemlidir. Dünyada ilk olarak Amerika Birleşik Devletlerinde Phıladelphia Pediatri Hastanesi 1855 de kurulmuş olup, 1970 yılında ise ilk defa Çocuk Acil servisten sorumlu bir doktor çalışmaya başlamıştır. Bu süreç sonrasında başasistan alınarak bu hastanede ilk defa resmi olmamakla birlikte Çocuk Acil eğitimine başlanıldı(14). İlk resmi Çocuk Acil Tıp Eğitimi ise 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri Pensilvanya Pediatri Hastanesinde başlamıştır(15). İlk defa 1992 senesinde ise Amerika Birleşik Devletlerinde Çocuk Acil Tıp resmi olarak bir yan dal uzmanlık alanı olarak belirlendi(14).ABD'de pediatri bölümünde çocuk acil tıp uzmanlık yan dalı en çok istenilen üçüncü yan dal birimidir. Günümüzde ABD, Avrupa ülkeleri, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, İsrail gibi pek çok ülkede çocuk acil tıp yan dal uzmanlık eğitimi verilmektedir (16).

3.3.Türkiyede Çocuk Acil Tıp

Ülkemizde ilk defa 1980 senesinde İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dal'ında bir çocuk acil servis kurulmuştur. Bu bölümde 3 oda mevcut olup, 1 çocuk uzman hekim ve 1 asistan hekim görevlendirildi. 1998 yılında ikinci olarak Çukurova Tıp Fakültesinde, çocuk acil tıp'tan sorumlu, 2 çocuk sağlığı uzmanının bulunduğu Çocuk Acil Tıp bölümü kuruldu. 2002 senesinde ise İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde 2 Çocuk uzmanı doktor çocuk acil ile ilgilenen uzman doktorlar olarak göreve başladılar(17).Ülkemizde 26 yerde çocuk acil tıp yandal uzmanı hizmet verebilmektedir. Bu yerlerden 11 tanesi eğitim veren birimlerdir. Ülkemizde 100.000 çocuk için "çocuk acil yan dal uzmanı" 0,13'dür. Bu oran ABD'de 2,23 olmuştur. Ülkemizde her 800.000 çocuk için 1 çocuk acil yan dal uzmanı bulunmaktadır.

100.000 çocuk için çocuk acil yan dal uzman oranı açısından ülkemiz ile ABD ile arasındaki fark 19 kat olmuştur(16).

3.4.Türkiyede Acil Sağlık Hizmetleri

Çocuk acil hastaların en önemli özelliği, vital bulgularının stabil olmayışı, hastanın prognozunun önceden kestirilememesi nedeniyle morbidite ve mortalite oranı yüksektir. Busebeple çocuk acil tıp uzman hekimi, özel ve kapsamlı bir eğitim almalı, bu konuda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır. 2017 yılında Türkiyede toplam muayene sayısı 357.748.167'dir. Bu dönemde acil servslere başvuru birinci sırada olup, 91.991.243 olup tüm başvuruların %25,7'ine denk gelmekte idi. İkinci sırada başvuruDahiliye olup 32.467.981 (%9) dur. Çocuk acil servislere başvuru ise 9.482.499 (%2,6) idi. Çocuk acil hastalarının bildirimi yalnızca çocuk acil servis polikliniği olan hastahanelerin bildirimi olduğundan, ilk sıradaki acil servis başvurularından büyük bir kısmının da pediatrik hastaların başvurduğu olduğu düşünülmelidir(18). Türkiyede Çocuk Acil Yoğun Bakım Derneği tüm acil servis başvurularının yaklaşık olarak %30'unu pediatrik hasta oluşturduğunu bildirmiştir(17). ABD'de ise bu oran %4 ile %10 arasında olduğu bildirilmiştir(19). Hastalar daha hızlı tedavi olabilmek için, randevu almadan muayene olabilmek için, tetkikler daha kısa sürede sonuçlandığı için, konsültasyonlar daha hızlı sonuçlandığı için, acil servislere başvurular artmaktadır. Bu sorunlar acil servisin çalışmasını zorlaştırmaktadır(17).

3.5.Türkiyede Acil Sağlık Servis Mevzuatı

Ülkemizde Acil servise başvuran hastaların kabul edilmesi ve yatış muamelesi; Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ'in 14. Maddesinin 1. bendinde "Kamu ve özel tüm sağlık tesisleri ve kuruluşları kendilerine başvuran veya ambulans ve sevkle getirilen tüm acil vakaları sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakmaksızın kabul etmek, 112 acil ambulansları tarafından getirilecek vakalar için komuta kontrol merkezi talimatlarına göre acil servislerini hazırlamak, ilk değerlendirme ve gerekli tıbbi müdahaleyi yapmak ve stabilizasyonu sağlamakla yükümlüdür." , 3. bendinde

“Acil servislerde hasta takibinin 24 saati geçmemesi esastır. Bu süre içerisinde kesin tanısı konulamamış veya yatış endikasyonu belirlenememiş hastalar ile yatış endikasyonu bulunan ve birden fazla kliniği ilgilendiren hastalar acil servis sorumlu tabibi veya nöbetçi uzman tabibince değerlendirilir ve tıbbi durumunun gerektirdiği en uygun uzmanlık dalına ait kliniğe yatışı yapılarak ilgili klinik şefi veya sorumlu uzman tabibine bilgi verilir. Yatışına karar verilen klinikte boş yatak bulunmaması halinde boş yatak bulunan uygun kliniklerden birisine yatırılarak hastanın takibi, bakım ve tedavisi ilgili olduğu klinik tarafından yapılır. Acil serviste kliniklere yatış bekleyen hastalara yatış önceliği verilir.” uygulaması ile yürütülmektedir(20).

3.6. Acil Servise Başvuru Nedenleri

Acil servisler haftanın her günü sürekli hizmet veren sağlık birimleridir. Başvuran hastaların büyük kısmında hemen tanı ve tedavi gerektirdiği için, çalışma sistemi diğer klinik hizmetlerinden farklı olması gerekir (1). Acil servise hastaların en sık başvuru nedenleri: Enfeksiyon hastalıkları, travma, zehirlenmeler, allerjik hastalıklar, kardiyolojik hastalıklar, endokrinolojik hastalıklar, yenidoğan hastalıkları, nörolojik hastalıklar olarak sıralanmaktadırlar(2).

3.7.Kritik Hasta

Acil serviste acil bakıma ihtiyaç duyan hasta oranı giderek artmaktadır. Son yıllarda acil servise başvuran hastaların yaklaşık %25-40’ı acil bakıma gerçekten ihtiyaç duyan ve kritik hasta kapsamındaki hastalardan oluşmaktadır(21). Kritik hasta; çokluorgan veya sistem yetmezliği olan, yaşamsal fonksiyonların stabil olmadığı, vital fonksiyonların bozulma olasılığı yüksek olan hastalara denir. Bu gruptaki hastaların, acil servis veya yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi gerekir(22). Kardiak arrest, travma, kalp krizi, göğüs ağrısı, kalp yetmezlikleri, astım, yanık ve Akutastım atakları, serebrovasküler hastalıklar ve şok gibi akut gelişen, yaşamı tehdit eden acil müdahale edilmesi gereken kritik hastalıklar acil servislerde sık karşılaşılan klinik tablolardır. Bu acil durumların önemli bir kısmı herhangi bir uyarı vermeden gelir ve hasta ve yakınlarının üstesinden gelebileceği bir durumun çok ötesinde bir travma ile yüz yüze bırakır. Bu nedenle acil servislerde

hem hasta hem de yakınları tanı ve tedavinin bir parçası olarak düşünülmeli ve hasta bakımına etkin şekilde katılımı sağlanmalıdır(9,23,24).

AmericanCollege of EmergencyPhysicians (ACEP)'e göre Acil Tıp Hizmeti:

• Toplumdaki her şahıs erişebilmeli,

• Hastanenin acil servis ve diğer birimleri arasında tam bir uyum olmalı,

• Tanı ve tedavinin ivedilikle yapılması gerekir,

• Hastalar için tanı ve tedavide gerekli tüm ekipmanlar acil servis birimlerinde bulunabilmeli,

• Acil servis çalışanları kendi arasında ve diğer birimler arasında iş birliği içinde olması gerekir,

• Acil serviste görevli hekimler; her gün 24 saat hazır durumda olmalı,

• Acil serviste görevli ekip zamanı dikkatli ve iyi kullanmalı,

• Tıbbi olarak acil; engelleme, tedbir, teşhis ve uygulama olarak 4 kısma ayrılır.

• Acil servislerde kilit nokta; ne zaman neyi yapacağını bilmek, panik yapmamak ve yapılması gereken müdahaleyi yapmaktır(25,26).

3.8.Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımı

Çocuk Acil servislerine gelen her hasta her zaman gerçekten acil değildir. Çocuğun aciliyetini genellikle ebeveynleri belirler(27).

Çocuk Acil servislerin uygunsuz kullanımı sonucunda tanı koyma sürecin uzamakta, tedavi süreci gecikmekte ve gerçekten acil olup tedavi ihtiyacı olan hastaların tedavisinde gecikmelere sebep olmaktadır(28). Acil servislerin uygunsuz kullanılması sonucunda bilimsel temelden uzaklaşılır ve çalışanların psikolojilerinin olumsuz etkilenme görülür(29).Uygun olmayan başvuruların artışı ile hasta ve çalışan memnuniyeti azalmakta, acil servisteki iletişimi etkileyerek tıbbi hata yapılmasına neden olmaktadır (30).

Acil servislerin uygunsuz kullanımı; genellikle acil sağlık hizmeti gerekmeyen, kaza ya da yaralanma olmadan ortaya çıkan sağlık problemleri için acil servislerin kullanılması şeklinde kabul edilir ve bu sağlık sorunlarının büyük bir kısmı birinci basamak sağlık birimlerinde tedavi edilebilmektedir(31). Yapılan çalışmalarda, acil servislerin uygunsuz kullanımı farklı kriterlere göre tanımlanmıştır ve acil servislerin %10-90 arasında değişen farklı oranlarda kullanıldığı bulunmuştur. Pek çok nedenle hastalar acil servis hizmeti gerekmeyen sağlık sorunları nedeniyle hastanelerin acil servislerini seçmelerine neden olmaktadır. Bu sebeplerin büyük kısmı birinci basamak sağlık hizmetlerine erişilebilirlik ve bu hizmetler konusunda toplumun farkındalığının eksikliğidir(32).Acil servislerin yakınında birinci basamak sağlık kuruluşlarının yer alması ve hekimlere ulaşılabilirlik, acil servislerin uygunsuz kullanılmasını azaltır, ayrıca bu uygulama hasta ve çalışan memnuniyetini ve sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesini de artırmaktadır(33). Acil servislerin ulaşım açısından yakın olması başlıca başvuru nedenlerinde ilk sırada gelmektedir (34). Aile Sağlık Hizmetlerinin veriliş şekli ve sağlık güvencesi kapsamı acil birimlerinin uygunsuz kullanımını etkilemektedir. Hastaların sağlık sigortasının olmaması nedeniyle diğer kuruluşlardan yararlanılamaması acil servisleri tıbbi bakım konusunda hedef haline getirmektedir. Acil servisler bireyin sağlık güvencesi olmasa bile başvuran bireyin durumu düzelinceye kadar gerekli tanı ve tedaviyi sunmak zorundadır.(35).

Çocuk acil servislere başvuruda son yıllarda belirgin bir artış olmuştur (36). Çocuk acil servislerine başvuran bireylerin büyük bir kısmı acil olmadığı ve buraya başvurmaması gerektiği halde başvurmaktadır. Afilalove arkadaşları yaptığı çalışmada çocuk acil servis tercih nedeninin, ailenin çocuklarındaki hastalığın ciddiyetini abarttığı, bu nedenle tercih edildiğini bildirilmektedirler (37). Prince ve Worth çocuk acil servise başvuran çocukların ebeveynlerinin 1/3 ünün çocuklarındaki hastalığın şiddetini abarttıklarını bildirmişlerdir (38). Çocuk acil servisleri 24 saat sürekli hizmet vermektedir. Burada aciliyet durumunda ihtiyacı olana hızlı tanı konup acil tedavi vermesi temel amaçtır. Fakat acil ihtiyacı olmayan hastaların çocuk acil servise başvurmaları, çocuk acil servislere başvuran hasta sayısını artırmakta, gerçek acil hastaların tanı ve tedavi sürelerini uzatmakta,

mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır. Bunların sonucunda hastaların memnuniyetini azaltmaktadır (39).

Çocuk acil servislere başvuruların artmasının nedenlerinde biri hastalara tanı ve tedavinin birinci basamak sağlık kurumlarında yeterli yapılmamasıdır. Birinci basamak sağlık kurumlarının geliştirilmesi, tanı ve tedavi imkanlarının artırılması, burada görevli sağlık görevlilerinin bilgi ve tecrübelerinin artırılması acil olmayan hastaların başvurularını azaltmakta önemli etken olacaktır (40). Çocuk acil servislerinin kalabalığının diğer nedenleri arasında nüfus yoğunluğunun çok olması, buna bağlı olarak hasta sayısının çok olması ve çocuk acil servislerin uygunsuz kullanımı yer almaktadır.(41). Ayrıca çocuk acil servislerde laboratuar ve radyolojik tetkiklere hızlıca ve hemen ulaşılabilmesi de ebeveynlerin başvurularını artırmaktadır. Çocuk Acil servislere acil olmayan hastaların başvurması sonucunda gerçek acil hastaların tanı ve tedavilerinde gecikmesiyle mortalite ve morbidite artışa neden olmaktadır (42).

3.9. Acil Servis Sorunlarının Çözüm Yolları

Bu ciddi halk sağlığı sorununu azaltmak için multidisipliner bir yaklaşım gerektiği belirtilmektedir. Acil servislerin uygunsuz kullanımı konusunda çözüm önerileri üç başlık altında toplanabilir: Kaynakların artırılması, artan hizmet talebinin yönetilmesi ve araştırma çalışmalarıdır. Kaynakların artırılması ek tıbbi ve yardımcı sağlık personeli alımı, gözlem ünitelerinin çoğaltılması ve yatak sayısının ve tıbbı malzeme sayısının artırılması şeklinde olmaktadır. Talebin yönetilmesi, acil olmayan başvuruların tespit edilmesi, ambulanslarla vakanın değerlendirilme aşamasında hekim tarafından yerinde kontrolün sağlanması ve yetkilerinin artırılması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verildiği sosyal müdahaleler sayılabilir. Araştırma çalışmaları konusunda, acil servislerin uygunsuz kullanımı ile ilgili nedenlere yönelik bu sorunun nasıl çözülebileceği hakkında fikir üretilmektedir. Hekim sayısının artırılması, hastaların kalış sürelerinin kısaltılması, hastaların acil olmayanlarının polikliniklere yönlendirilmesi gibi hastane politikalarının geliştirilmesi ve yardımcı sağlık personeli sayısının artırılması da ek öneriler arasındadır(30).

3.10.a.Gerçek Acil

Ortalama sağlık bilgisine sahip bireyin, hiç ummadığı bir rahatsızlığının gelişmesi nedeni ile kendisine ivedi şekilde tıbbi müdahale yapılmasını düşünerek, acil servise başvurması durumuna gerçek acil denilir. Bu durumda hastanın aciliyetini bireyin kendisi belirlemektedir. Acil servise başvuran tüm hastalar bir hekim tarafından değerlendirilmelidir. Acil serviste tıbbi öncelikler triaj ile belirlenir. Triaj ile gerçekten acil bir durum olduğu saptanan hastaların ivedilikle tedaviye başlanılması gerekir. Hastada gerçekten acil bir sağlık durumu yoksa, acil servis doktoru hastayı uygun gördüğü bir tedavi ile veya hastanın tedavisini düzenleyecek başka bir polikliniğe yönlendirmelidir(25,26)**.**

3.10.b.Triaj

Acil servisleregelenbireylerden, durumu ciddiolanhastaların erken tespit edilip, hızlı bir şekilde tedavi uygulanabilmesi için triaj gerekmektedir. Acil servise gelen hastaların bir kısmı gerçek acildir ve hızlı tanı ve tedavi gerektirir (çoklu travma, şok, miyokart infarktüsü, serebral hemoraji, ani bilinç kaybı, status epileptikus gibi).Acil servise başvuran hastaların bir kısmı ise daha az acil olup, bunlara kısa bir süre içerisinde tanı ve tedavi gerektirir (yüksek ateş, hipertansiyon, pnömoni, GİS kanaması, dehidratasyon, başağrısı, gibi). Acil servise başvuran bireylerin bir kısmı ise acil olmayan hastalıklardır. Bunlar acil değerlendirme gerektirmeyen sinizüt, konjonktivit, sırt ağrısı gibi durumlardır. Triaj ile gerçekten acil olan hastalar tespit edilip,bu hastaların öncelikli tanı ve tedavileri yapılmalıdırlar(27).

Fransızca'dan gelen 'Triaj', seçip, sınıflandırarak öncelik vermek anlamına gelir(43,44).

Dünya genelinde acil servislerin fonksiyonel farklılıkları bulunması nedeniyle çeşitli triaj skalaları hizmet vermektedir. Triaj ile acil servise başvuran hastaların klinik önceliklerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesinde kullanılan bir metotdur;

Tablo1. Triaj kategorileri ve örnekler.

Triaj	Alan ve Vaka Niteliği	Örnek Durumlar
YEŞİL	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle 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
SARI	**Kategori 1:** Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	* Diastolik>110 mmHg, Sistolik>180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği * 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 * Şiddetli karın ağrısı olan hasta * Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremite yaralanması
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiyet potansiyeli taşıyan durumlar.	* 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 ekstremite 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

Tablo1. Triaj kategorileri ve örnekler.(Devamı)

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.	* 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
	Kategori 2: Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	* 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 ampütasyon gibi ciddi lokalize travma * Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı

Aşırı kalabalık nedeniyle oluşabilecek zararları en aza indirmek ve acil bakım ihtiyacı olan hastaları belirleyebilmek amacıyla oluşturulmuştur. Hastalar, sağlık durumlarının ciddiyeti, hastalığın derecesi ve riskine göre sınıflandırılmaktadır. Bu şekilde hastalara daha hızlı tedavi verebilmek için tesisin en uygun bir biçimde organize edilmesini sağlayan dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır(45). Genel olarak çok acil sağlık sorunlarını, hayatı tehdit eden durumları, en kısa süre içinde

tedavisi yapılması gerekenleri, tedavi edilmediği takdirde morbidite ve mortalitesi riski yüksek olan durumları içine almaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde acil servisler genellikle üç seviyeli triaj sistemi kullanmakta iken, beş seviyeli triaj sisteminin daha güvenilir olduğu bildirilmektedir. Kanada, İspanya, İngiltere ve Avustralya gibi ülkeler, acil servisler için beş seviyeli triaj sistemini kullanmaktadırlar (46).

Triaj uygulamalarında temel maksadımız, hastaların şikayetlerine göre, aciliyet önceliği belirleyip sınıflandırarak, acil birimlerde ivedilikle tedavi etmektir. Burada hedefimiz potansiyel olarak en acil ve ciddi vakaların diğerlerine göre daha önce tedavilerini almalarını sağlamak için yapılan bir sınıflamadır. Kaynaklar her hastayı tedavi etmek için yeterli iken, durumu daha az ciddi hasta ve yaralılar acil vakalara göre daha uzun süre beklemelidirler(43).

Acil servisler yoğun olduğunda triaj değerlendirmesi ile acil olmayan hastalar tespit edilip hastane içinde veya dışında ayaktan tedavi hizmeti veren polikliniklere gönderilebilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın yürürlükteki tebliği'ne göre acil birimlerde etkili ve verimli bir hizmet verilebilmesi için renklere göre kodlama uygulanmaktadır. Başvuru sırasında triaj işlemi yapılmakla birlikte sağlık problemleri açısından aciliyet durumuna göre yeşil, kırmızı ve sarı renkler kullanılmıştır. Triaj uygulamasını doktorlar, acil tıp teknisyenleri, hemşireler, sağlık memurları ve benzer niteliğe sahip sağlık personeli tarafından yapılabilir. Buna göre;

Kırmızı renk kodu alan hastalar; hayatı tehdit eden ve hemen değerlendirilerek acil tedavi verilmesi gereken kritik hasta grubunu,

Sarı renk kodu verilen hastalar; çok acil hastalara görebir süre bekleyebilecek hasta grubunu,

Yeşil renk kodu alan hastalar ise; gerçek acil olmayan sağlık problemleri ile başvuran, ayaktan tetkik ve tedavileri yapılabilen hasta grubunu oluşturmaktadır. (Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama ve Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009).

Acil Servis Biriminde Görev Alan Personeller;

Yan dal eğitimi almış acil tıp uzmanı, diğer tıp alanında eğitim almış uzmanlar, acil tıp eğitimi alan asistanlar, diğer branşta eğitim gören asistanlar, pratisyen hekim, hemşir/hemşire ve sağlık memurları, idari sorumlular, sosyal hizmet uzmanları, çevirmenler, sekreterler, teknisyenler, hasta bakım/taşıma elemanları, temizlik personeli, güvenlik görevlileridir .

Çocuk hastalar, acil servislere başvuran hastaların %25'ini meydana getirmektedir. Çocuklarda hastalık seyri genellikle öngörülemez. Sıklıkla hastaneye yatırılmaları gerekebilir. Çocuk hastalarda mortalitenin %80'inden fazlası hızlı gelişen acil hastalıklara bağlıdır. Bu nedenle çocuk acil servislerde hastaların ayrıntılı bir araştırılmanın yapılması gerekir (47).Acil servis doktoru hasta ve yakınlarından yeterli anamnez alamadığı durumlarda sıkıntı yaşayabilmektedir. Bu durumda hekim gereken müdahaleleri yapması gerekir (48).Acil servise başvuran her hasta hekim tarafından muayene edilmek ister. Hastaların gerçekten acil olup olmadığı muayene edilmeden anlaşılmayabilir. Bu sebeple, hastayı değerlendirmeden acil değildir demek yanlış bir yaklaşımdır (49). Acil servis hekimi, bazı çok acil durumlarda herhangi bir tetkik ve danışma hizmeti almadan direkt tedaviye yönelik girişimde bulunması gerekebilir.

Çocuk Acil servislere başvuruların önemli bir kısmı birinci basamak sağlık kurumlarında tanı konulup tedavi edilebileceği belirtilmiştir. A. 15 dakikadan kısa sürede tedavi gerekenler ‘‘ÇOK ACİL’’; B. 15–60 dakika süresi içinde müdahale yapılması gerekenler ‘‘ACİL’’; C. 60–120dakika içerisinde sağlık hizmeti alması gerekenler ‘‘YARI ACİL’’; D. 121 dakika–24 saat içerisinde sağlık hizmeti alması gereken durumlar ‘‘ACİL OLMAYAN’’olarak sınıflandırılmaktadır(50).

3.10.c.Birincil Değerlendirme

Travma veya travma dışı sebeplerle meydana gelen hayati fonksiyonları tehlikeye koyan bireyin ilk değerlendirilmesini içerir. Bu durumda resüsitasyon ve hastanın durumunun kontrol altına alınması önceliğimiz olmalıdır. Birincil değerlendirme 30 sn'de yapılmalıdır. Birinci değerlendirmenin basamakları;

Birincil Değerlendirme (ABCDE)

1. Airway / Hava yolunu açmak ve açık tutmak,
2. Breathing / Solunumu sağlamak,
3. Circulation / Dolaşımı kontrol altına almak, kanama kontrolünü sağlamak,
4. Disebility / Nörolojik olarak değerlendirmek,
5. Exposure / Gözlemlemek,

Hızlı soluk alıp verme, çarpıntı, solunum yetmezliği, siyanoz, bilinç bozukluğu, havale geçirme, yüksek ateş, geniş yanık, majör travma vakaları acil serviste hemen değerlendirmesi gerekir (27,51).

3.10.d.İkincil Değerlendirme

Hastanın detaylı öyküsünü ve ayrıntılı sistemik fizik muayeneyi içerir. Bununla birlikte, travma öyküsü olup olmadığı, allerji öyküsü olup olmadığı, daha önce almış olduğu tedavilerin olup olmadığı, en son almış olduğu gıda ve içeceği içeren ayrıntılı anemnez alınması gereklidir. Bununla birlikte laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri yapılmaya başlanmalıdır.

Detaylı fizik muayene yapılmalıdır;

1. Anamnez (öykü),
2. Görüntüleme ve laboratuvar değerlendirmeler,
3. İzlem ve kontrol, konsültasyon.

Acil servislerde konsültasyonlara sıklıkla başvurulur. Konsültasyon istenen doktorlara hemen ulaşılmalı, hızlıca hasta muayene edilip, yarım saat sonunda hastanın tanı ve tedavi protokolü belirlenmeldir(27,51).

ABD'nde acil servise gelen 55 milyon hastanın %25'inin çocuk olduğu saptanmıştır. Bu hastaların en büyük kısmın ise travmalar, alt ve üst solunum yolu hastalıkları oluşturmakta idi. Travmalar genellikle ileri yaştaki çocuklarda, solunum yolu hastalıkları ise genellikle daha erken yaştaki çocuk hastalarda saptandı.

Yatırılarak tedavi edilen hastalar arasında en sık neden solunum yolu hastalıkları idi. İleri yaş çocuklarda ise apandist ve psikolojik bozukluklar daha sık görülmekte idi(52).Frank ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada çocul acil servislerde, en çok görülen hastalıkların üst solunum yolu enfeksiyonları (%37.4), başka enfeksiyonlar (%34.2), astım /bronşit (%11,7), travmalar ve yanık (%11,2) olduğunu bildirmiştir(53). Yapılan başka bir araştırmada ise acil servise en çok travmaların (%26.9) başvurduğu saptanmıştır. Diğer başvuru nedenleri iseyüksek ateş, nefes darlığı ve gastroenterit idi. (54).Kraussve arkadaşları yaptığı çalışmada ateş, üst solunum yolu enfeksiyonları ve travmaları en çok saptanan nedenler olarak bildirmişlerdir (55).Ülkemizde Ayvaz ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; çocuk acil servise en çok geliş sebepleri; kız çocuklarda üst solunum yolu hastalıkları ile travma, erkek çocuklarda ise üst solunum yolu enfeksiyonları ve kesici alet yaralanmaları olarak bildirilmiştir. Travmanın nedenleri ise ,yüksekten düşme, trafik kazaları ile ve yanık oluşturmakta idi(56). Keskin ve arkadaşları Cerrahpaşa Tıp Fakültesi çocuk acil servisinde yaptığı bir araştırmada, acil müdahale gereken nedenlerin %60'ı alt solunum yolu enfeksiyonları (astım, bronşit, bronkopnömoni), %26'sı ishal olupacil olarak yaşam desteği ihtiyacı olanların %30'u ise epilepsi, %27'si ise zehirlenmeler olduğunu tespit etmiştir (57).

3.11.Hasta memnuniyeti

Memnuniyet, hastanınaldığı tedavi ve hizmet karşısında gösterdiği değerlendirmenin bir bölümüdür. Bu bakımdan aldığıtedavi ve hizmetten memnun ayrılan hasta, ileride tekrar hastalandığında aynı hastaneye başvuracak ve yakınlarına da bu hastaneyi önerecektir (1,58).Memnuniyetin artması hasta bakımını güçlendirir. Memnun hastaların kurallara daha dikkat ettikleri ve önerilere daha fazla uydukları belirtilmiştir. (59).Hasta memnuniyetinin arttırılması acil servis personeli ve doktorlarının iş memnuniyetini arttırır. Hastalar acil servisten memnun ayrıldıklarında, bu memnuniyetlerini diğer davranış ve tutumlarına da yansıtırlar. Aynı zamanda çalışanların motivasyonunun artmasını ve acil serviste pozitif çalışma ortamı oluşmasını sağlar (60).Yüksek kaliteli pediatrik bakım, sağlıkla ilgili hizmetlerin geliştirilmesinde, sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasında ve tedavinin planlanmasında temel yapı taşını oluşturmaktadır. Çocuk hastalığı

polikliniği gibi primer olarak hastaların çocuk olmaları nedeniyle değerlendirmenin tam olarak yapılamayacağı durumlarda ise hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmuş ve ebeveyn memnuniyeti ön plana çıkmıştır (61).

Ülkemizde hastaların önemli bir kısmının acil servislerde verilen tedavi ve hizmetten mutlu olmadıkları bilinmektedir. Bunun pek çok nedeni vardır, en sık nedenler uzun bekleme süresi, hekimlerin hasta hakkında yeterince bilgi vermemesi ve acil servis personelinin davarnışlarıdır (62).Hastaların büyük bir kısmı tanı konusunda yeterince bilgi alamadığı için yapılacak tedavi konusunda şüphe içinde kalarak, tedaviye direnç göstermektedirler.Bunun sonucunda hasta bu hastaneye bir daha başvurmamakta, hastanın tedavisi aksamakta, iyileşme süreci uzamaktadır(7).

Hasta memnuniyetinin önemi oldukça açıktır. Hasta memnuniyeti, hastaları çekmeye ve iyi bir doktor kadrosuna sahip olmaya bir alt yapı oluşturur. Bu da hastanenin gelirini arttırır. Risk yönetim meselelerini azaltır. Bunları sağlamak için hasta memnuniyeti programlarının planlanması gerekir. Hasta memnuniyet programlarının uygulanması pahalı bir iş değildir. Sadece sorumlu bir kişiye ihtiyaç duyar(63).

Hall ve arkadaşları yaptığı araştırmada, hastaya tanı ve tedavi konusunda daha fazla bilgi verilmesinin, hekimin hastası ile daha fazla ilgilenmesinin hasta memnuniyetini arttırdığını bulmuşlardır. Genç yaştaki doktorlar, yaşlı doktorlara oranla daha fazla beğenilmektedir. Memnun olan hastalar ise tedavilerine daha fazla uyum göstermektedirler (64).Yapılan başka araştırmada ise, başvuran bireylerin daha fazla olduğu acil servislerde ve üniversite hastanesi acil servislerde hastaların memnuniyetlerinin daha az olduğu bildirilmiştir. Kasabalarda ve küçük yerleşim yerlerindeki hastanelerde hasta memnuniyetinin ise daha fazla olduğu tespit edilmiştir (65). Acil servistetanı ve tedavi öncesi bekleme zamanının fazla olması hoşnutsuzluğa neden olur(66).Ciddi yaralanma yakınması veya hastalığı olan hastaların beklemeden değerlendirildikleri için acil müdahalelerden daha memnun oldukları tespit edilmiştir (67).Hangasi ve arkadaşları, hasta yakınlarının kaygı düzeyindeki azalma acil servisdeki memnuniyeti artıracağı saptanmıştır.(1).

Hastanın memnuniyeti, acil biriminde hastaya sunulan tedavinin kalitesinin bir göstergesidir. Günümüzde pek çok sağlık kuruluşu hastaları daha fazla memnun etmek için neler yapılması gerektiğini araştırmaya başlamıştır. Hasta hoşnutluğunun artması; daha fazla kazanmaya, başvuran hastaların oranında artmaya, hastaların tedaviye daha fazla uyum göstermelerine, moral ve motivasyonda artmaya, çalışan personelin işine daha fazla ilgi göstermesine, daha fazla çalışmaya, hata oranlarında azalmaya, yaptığı işten zevk almanın artmasına neden olur (68).

Bursch ve ark (69) yaptıkları araştırmada, acil servislerde muayene olmak için uzun süre beklemek, hasta memnuniyetini azaltmaktadır.Ayrıca hastalara acil serviste niçin bekledikleri, ne kadar bekleyecekleri konusunda bilgi vermek hastaların memnuniyetini artırmaktadır. Acil servislerde uzun süre beklemenin en sık nedenleriiletişim eksikliği, giriş ve taburculuk işlemlerinde gecikme, görevli personel eksikliğidir (70). Pekçok acil serviste hastalar yeterince bilgi alamamakta ve acil servislerde uzun süre beklemektedirler. Doktorların ve görevli sağlık personellerinin düzenli periyotlarda hastaları muayene edip tedavileri hakkında bilgi vermeleri hasta memnuniyetini artırır. Bazı acil servislerde yazılı belgeler ile hasta ve yakınları bilgilendirilmektedir. Bu method hasta memnuniyetini artırmada oldukça faydalıdır(59). Chande ve ark.(70) çocuk acil acil servislerde yaptığı çalışmada ensık şikayet nedenininuzun bekleme süresi, görevli personeller ile diyaloğ eksikliği, doğru tanı ve uygun tedavi hakkında hasta yakınlarının endişe etmesi olarak bildirmişlerdir. Araştırmacılar bu problemlerin diyalog ile çözülebileceğini tavsiye etmişlerdir**.**

Acil serviste muayene edilmiş memnun hastalar, gelecekte acil servisten hizmet alacak diğer potansiyel hastalara tavsiyede bulunacak olmalarından ötürü önemlidirler (62).Memnuniyetin artması hasta bakımını güçlendirir. Memnun hastaların kurallara daha fazla itaat ettikleri ve önerilere daha fazla uydukları belirtilmiştir (59).

Hastanın memnuniyetini yükselten nedenler; bireyin karar verebilmesi, bireyin hastalığından haberdar edilmesi, birey ve hekim arasında diyaloğ olması, psikolojik destek alması, hastanın ağrısının azaltılması, hastalıkla ilgili gerekli önerilerde bulunmak, taburcu olduktan sonrası gerekli tavsiyelerde bulunmaktır (71). Hastanın memnuniyetini azaltan nedenler; hastanın tanı ve tedavisinin yetersiz yapılması,

yeterli hijyenin olmaması, hekim ile hasta diyalogunun yeterli olmaması, hastanın yiyeceklerinin yetersiz olması, hastane giderlerinin yüksek olması, mahremiyete dikkat edilmemesi, her zaman hekime ulaşamama, hekimin hasta ve yakınlarına yeterince vakit ayıramaması ve bilgi verememesidir (71).

4.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi

Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi 18 Mart 1991 tarihinde kurulmuştur. Aynı yıl çocuk acil tıp hizmetleri başlamıştır. İlk çocuk yandal uzmanı 2004 yılında, ilk çocuk acil uzmanı 19 Nisan 2015 tarihinde göreve başlamıştır. Şu anda 74 çocuk uzman doktoru, 22 çocuk yandal uzmanı, 5 çocuk cerrahi uzmanı, 16 pratisyen hekim olmak üzere toplam 762 sağlık personeli mevcuttur. Toplam yatak sayısı 442 dir. 4 odalı ameliyathanesi mevcuttur. 2019 yılında yapılan toplam poliklinik müracaat sayısı 503.499 dur. Toplam acil müracaat sayısı 254.639 dur. 2019 yılında toplam 28.340 kişi yatırılarak tedavi edilmiştir.

Yıl	Poliklinik Muayene Sayısı	Acil Muayene Sayısı	Toplam Muayene Sayısı
2015	374.954	185.232	560.186
2016	453.463	184.820	628.283
2017	525.165	196.579	721.744
2018	524.036	209.799	733.835

Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezi

Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezi 2011 yılında faaliyete başlamıştır. 5 pratisyen hekim, 5 hemşire, 1 acil tıp teknisyeni, 1 tıbbi sekreter ile çalışmaktadır. Aile sağlık merkezi 12 odalı'dır, 1 emzirme odası, 1aşı odası, 1 RİA odası mevcuttur. 2019 yılında toplam 3900 hanede,19.500 nufusa bakmıştır.

Saha araştırmamızda araştırma tipi kesitsel tanımlayıcı idi. Araştırma sahamız Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezi idi. Diğer araştırmamız Diyarbakır Çocuk Hastanesi acil servisine başvuran ebeveynlere yapılmıştır. Bu araştırmanın tipi ise kesitsel tanımlayıcı idi. Hipotezimiz çocuk acil servisine başvuran ebeveynlerde çocukları gerçekte acil olanların oranı %10'dan fazla olmamasıdır.

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.02.2018 tarihinde 75 sayı ile etik kurul onayı alındıktan sonra Diyabakır Çocuk Hastalıkları Acil Servisinde ve Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı. Çalışmaya 01.03.2018 tarihinde başlandı. Kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Veri kaynağı anketlerden oluşmaktadır. Anket araştırmacı tarafından yüz yüze uygunlanmıştır. Çocuk Acil Servisinde yapılan anket 2 ay, Saha araştırması 4 ay sürmüştür. Anket esnasında Acil Servis yoğunluğu nedeni ile ebeveynler zaman konusunda bazen zorluk çıkarmışlardır.

Araştırmanın birinci bölümü Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yürütüldü. Acil Servise çocuğunu getiren ebeveynler ile görüşüldü. Ortalama başvuru sayısı 200000/yıl alınarak minimum örneklem hacmi openEpi programında %95 güven aralığı ve %50 hasta memnuniyeti ve %5 yanılma payıyla %95 güven aralığında 384 olarak hesaplandı, %10 fazlasına ulaşılması amaçlandı, toplam 418 kişiye ulaşılma hedeflendi. Hafta içi - hafta sonu ortalama günlük başvuru sayıları dikkate alınarak (500 hafta içi, 800 hafta sonu), etik kurul onayı alındıktan sonra kurayla belirlenecek bir hafta içi ve bir hafta sonu gününde başvuran her üç hasta yakınından biri örneğe alındı. Bu yolla hafta içi gününde 150, hafta sonu gününde ise 250 bireye ulaşılma hedeflendi.

Saha araştırması bölümü Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezi(ASM) yapıldı. Şehrin merkezinde olması, farklı sosyoekonomik yapıdaki bireylere hizmet veriyor olması nedeniyle Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezi tercih edildi. ASM'nin toplam nüfusu 19500, hane sayısı 3900 idi. Araştırmanın evreni ASM'deki 18 yaş altı çocuk nüfusu idi. Bu da 7519 idi. Her aileden bir ebeveyn ile görüşüldü. Örneklem hacmi openEpi ile (n = [DEFF*Np(1-p)]/ [($d^2/Z^2_{1-\alpha/2}$*(N-1)+p*(1-p)]), beklenen frekans %50 ± 5, desen etkisi 1 alınarak %95 güven aralığında 350 olarak hesaplandı, %10 fazlasına ulaşması amaçlandı, toplam 380 kişiye ulaşılması hedeflendi. ASM de görev yapmakta olan 5 aile hekiminden çocuklu ailelerin listesi

elde edildi. Çocuklu aile sayılarına göre aile hekimlerine göre ağırlıklandırılacak olup örneğe alınacak bireyler sistematik örneklemle belirlendi. Örneğe çıkan aile çalışmaya katılmayı kabul etmezse sonraki kişi yedek olarak alındı. Araştırmacı tarafından geliştirilen 27 sorudan oluşan anket, araştırmacı tarafından yüz yüze uygulandı.

Başvuran hasta yakınlarına araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgilendirildi. Araştırmacı tarafından geliştirilen 26 sorudan oluşan anket formu katılımcılara yüz yüze uygulandı. Hastaların aciliyet durumunun değerlendirilmesi muayene eden hekim tarafından Sağlık Bakanlığının 16.10.2009 tarih 23378 sayılı resmi gazetedeki acil hizmetlerinin uygulama usul ve esasları tebliğinde belirtilen triyaj uygulamasına göre yapıldı.

Çalışmaya Dahil Olma Koşulları

1. Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuk hasta yakınları,

2. Çocuk acil servisine müracaat eden ayaktan sağlık hizmeti alanlar,

3. Araştırmaya katılmayı kabul eden çocuğu olan ebeveynler.

Çalışma Dışı Bırakılma Kriterleri

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler

a:Hastane Çalışması

Bağımlı Değişkenler:

1-Çocuğun Aciliyet durumu(Sağlık Bakanlığının 16.10.2009 tarih 23378 sayılı resmi gazetedeki acil hizmetlerinin uygulama usul ve esasları tebliğinde belirtilen triaj uygulamasına göre muayene eden hekim tarafından yapılacaktır).

2- Acil servis hizmetlerinden memnuniyet durumu

Bağımsız Değişkenler:

1-Yaş, (çocuğun yaşı ve anketi dolduranın yaşı),

2-Cinsiyet,

3- Eğitim durumu,

4-Ebeyvnlerin gelir durumu,(aileye göre),

5-Meslek,

6-Ailenin acilde bekleme süresi dakika (aileye göre),

7-Ailenin acilde bekleme süresi, dakika (doktora göre),

8-Yakınlık (anketi dolduran),

9- Şikâyetlerin başlama zamanı-saat(aileye göre),

10-Şikâyetlerin başlama zamanı –saat (doktora göre),

11- Evden Acil Servise ulaşma zamanı(dakika ve km),

12-Acile gelmeden önce başka yere başvurma durumu,

b: Saha Çalışması

Bağımlı Değişkenler:

1-Son 1 yılda acil servise başvurma (Acile gitme sıklığı)

2- Acil telefonunu bilme durumu

3- Normal ateşi bilme durumu

4-Acil hizmetlerinden memnuniyet durumu

5-Acile gitmeden önce birine danışma durumu

6-Acile gitmeden önce müdahale durumu

Bağımsız Değişkenler:

1-Cinsiyet durumu

2-Annenin eğitim durumu

3- Babanın eğitim durumu

4-Sağlık güvencesi

5-Ailenin ekonomik durumu

Hem saha anketinde hemde acil servise başvuran ebeveynlere uygulanan anketlerde örnek hacminde belirlenen sayılara ulaşılmıştır.

4.1.Araştırma Hipotezleri

Gerçek olmayan acil durumlar fazladır.

Memnuniyet durumları düşüktür.

Çok çocuklu aileler acil servisleri daha sık kullanmaktadır.

Eğitim seviyesi düşük olan aileler acil servisi daha sık kullanmaktadır.

Ailelerin eğitim düzeyi yükseldikçeacil ambulans telefonunu bilme durumu artmaktadır.

Normal ateşin ne kadar olduğunu bilme durumu düşüktür.

4.2.İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS15.0 da değerlendirildi. Değişkenlerin ortalama ve sıklık dağılımı bulundu. Kategorik verilerin karşılaştırmasında kikare testi uygulanırken, numerik verilerin karşılaştırmasında normal dağılanlarda independedsamples t testi ve normal dağılmayanlarda Mann Whitney U testi uygulandı. İkiden fazla bağımsız numerik verilerin karşılaştırmasında ise One Way ANOVA testi uygulanmıştır. $p<0,05$ istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

5.BULGULAR

Çalışmamız iki ayrı anketten oluştuğu için ilk önce çocuk acil servisinde uyguladığımız anket bulgularını, arkasından aile hekimliğinde uyguladığımız anket sonuçları;

5.A.DİYARBAKIR ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ ACİL SERVİSE BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma kapsamına alınan kişilerin 196 ‘sı (%46,9) u kadın, 222 si(%53,1) erkek idi. Yaş ortalaması 37,53±6,33(13-61 yıl) idi. Araştırma kapsamına alınan kişilerin 166’sı(%39,7) si anne, 146’sı(%34,9) u baba, 100(%23,9)u yakın akraba idi.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin 111’i (%26,6) sı okur yazar değil idi, 251’i (%60,0) ı ilkokul, 19’u (%4,5) i ortaokul, 15’i (%3,6) sı lise, 22 (%5,3) ü üniversite mezunu idi.

Annelerinin mesleği 401’i (%95,9) u ev hanımı, 17 (%4,1) çalışan idi.

Çocukların babalarının meslekleri incelendiğinde; 68(%16,3) işsiz, 39(%9,3)memur, 23(%5,5)işçi, 141(%33,7) yevmiyeli işçi, 4 (%1,0) emekli olduğu belirlendi.

Çocukların ebeveynlerinin 295 i (%77,6) sıSGK’lı, 85(%22,4) ise sağlık güvencesi yok idi.Çocukların cinsiyeti 190(%45,5) i kadın, 228’i(%54,5) i erkek idi.

Anketi dolduranların ortalama yaşı 37,53±6,33 (13-61) yıl idi.

Evde yaşayan ortalama kişi sayısı5,82±1,47(3 – 15 kişi) hesaplanmıştır.

Evde 18 yaşın altında yaşayan kişi sayısı ortalama 3,48±1,32 (1-10 kişi) idi.

Acil servise getirilen çocukların yaş ortalaması4,76±3,26 (1ay-16 yaş) idi (Tablo 2).

Tablo 2:Çocuk Acil Servisine GetirilenÇocukların ve Ailelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.

SORULAR	Sayı	%
Görüşülen kişinin yakınlık derecesi		
Anne	166	39,7
Baba	146	34,9
Yakın akraba	100	23,9
Diğer	6	1,5
Anketi Dolduranın Cinsiyeti		
Kadın	196	46,9
Erkek	222	53,1
Anketi Dolduranın Öğrenim Durumu		
Okuryazar Değil	111	26,6
İlkokul	251	60,0
Ortaokul	19	4,5
Lise	15	3,6
Üniversite	22	5,3
Çocuğun Annesinin Mesleği		
Ev Hanımı	401	95,9
Çalışan	17	4,1
Çocuğun Babasının Mesleği		
İşsiz	68	16,3
Memur	39	9,3
İşçi	23	5,5
Yevmiyeli işçi	141	33,7
Emekli	4	1,0
Diğer	143	34,2
Ailenin Ekonomi Durumu		
İyi	12	2,9
Orta	145	34,7
Kötü	230	55,0
Çok kötü	31	7,4
Sağlık Güvencesi		
SGKVar	295	77.6
Yok	85	22.4
Çocuğun Cinsiyeti		
Kadın	190	45,5
Erkek	228	54,5

Hasta ve yakınlarının 192 si (%45,9)'u hastaneye toplu taşım araçları ile, 178'i (%42,6)'sıözel araç ile, 18'i (%4,3)'ü ambulans ile,15'i (%3,6)'sı taksi, 15'i (%3,6)'sı yürüyerek geldiği belirtilmiştir(Tablo 3).

Hasta ve yakınlarının acil servise başvuru nedeni olarak 256'sı (%61,2)'si mesai saatleri dışında hastalandığı için, 115 (%27,5)'i acil serviste hizmetler daha hızlı olduğu için, 65'i (%15,6)'sıgündüz poliklinik kalabalık olduğu için, 108'i (%25,8)'i aile hekimine gittim düzelmediği için, 48'i (%11,5)'i randevu olmadığı için, 4'ü (%1,0)'i acil serviste katılım payı az olduğu için, 6'sı (%1,4)'ü eşi ve kendisi gündüz çalıştığı için başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Hastaların 328'i (%78,5)'i acil servise gitmeden önce çocuğun hastalığı ile ilgili olarak herhangi bir kişiye danışmamıştır. 29'u (%6,9)'u sağlık personeli ile görüştüğünü, 22 si (%5,3)'ü aileden birisi ile görüştüğünü, 36 sı (%8,6)'sı komşu, arkadaş ile görüştüğünü, 3'ü (%0,7)'si internete baktığını bildirmişlerdir(Tablo 3).

Hastaların 403'üne (%96,6)'sı acil servise başvurmadan herhangi bir müdahalede bulunmamış. 8'i (%1,9)'u ilaç ve buhar vermiş, 3'ü (%0,7)'si duş aldırmış, kusturmuş, tampon yaptırmış. 2'si (%0,4)'ü pozisyon verilip, hava yolu açıklığını sağlamaya çalışmıştır (Tablo 3).

Hastaların 330'u (%78,9)'u acil servise gelmeden başka bir yere başvurmamış, 88'i (%21,1)'i acil servise gelmeden başka bir yere başvurmuştur. Başvuranların 66'sı (%75)'i aile hekimine, 22'si (%25)'i çocuk hastanesine başvurmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta ve yakınlarının hastaneye başvurma şekilleri, nedenleri, başvuru öncesi müdahale yöntemleri.

SORULAR	Sayı	%
Hastaneye Nasıl Ulaştınız ?		
Toplu Taşım Araçları	192	45,9
Özel Araç	178	42,6
Ambulans	18	4,3
Taksi	15	3,6
Yürüyerek	15	3,6
Acil servise Başvuru Nedeniniz ?*		
Mesai saatleri dışında hastalandığı için	256	61.2
Acil serviste hizmetler daha hızlı olduğu için	115	27.5
Randevu olmadığı için,	48	11.5
Acilde katılım payı az olduğu için,	4	1.0
Eşim ve kendimin gündüz çalıştığımdan dolayı,	6	1.4
Gündüz poliklinik kalabalık olduğu için	65	15.6
Aile hekimine gittim, düzelmedi	108	25.8
Acile Gitmeden Önce Çocuğunuzun hastalığı ile ilgili KimseyeDanıştınız mı?		
Hayır	328	78,5
Sağlık Personeline	29	6,9
Aileden Birine	22	5,3
Komşu/Arkadaşa	36	8,6
İnternete Baktım	3	0,7
Çocuğunuzun şikayeti için herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?		
Hayır, durumunu takip ettim, acil servise götürdüm	403	96,6
Pozisyon / hava yolu açıklığı sağlamaya çalıştım	2	0,4
İlaç / buhar verdim	8	1,9
Duş aldırdım / Kusturdum / Tampon yaptı	3	0,7
Diğer	2	0,4
Acil servise gelmeden önce başka bir yere başvurdunuz mu?		
Hayır	330	78,9
Evet	88	21,1
Kime başvurdunuz ?		
Aile Hekimi	66	75,0
Çocuk Hastanesi	22	25,0

*. Birden fazla seçenek işaretlenmiş

Hastaların evlerinin çocuk acil servise uzaklığı incelendiğinde 220'si (%52,6)'sı 0-4 km, 165'i (%39,5)'u 5-10 km, 21'i (%5)'i 11-20 km, 12'si (%2,9)'u 20 km'den fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Çocukların acil servise başvuru öncesinde 390'ı (%93,3)'ü bir aile hekimi tarafından takip ediliyordu, 28'i (%6,7)'si herhangi bir aile hekim tarafından takip edilmiyor idi.

Ebeveynlerin 365'i (%87,3)'ü çocukların acil sorunlarının en iyi Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil servislerinde bakıldığını, 48'i (11,5)'i Özel hastanede bakıldığını ifade etmişlerdir.

Çocuğun şikayetlerinin başlama süresi 1 ile 168 saat arasındaolup, ortalama (16,58±24,10) saat arasında başlamıştır.

Acil Servise ulaşma süresi 5 ile 120 dakika arasında olup, ortalama (20,62±9,39) dakika sürmüştür.

Muayene olmak için acil serviste bekleme süresi 1 ile 30 dakika olup, ortalama (7,10±3,48) dakikadır.

Son bir yıl içinde ortalama (3,98±1,54) defa Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil Servise başvurmuşlardır(Tablo 4).

Tablo 4:Çocukların hastaneye başvuru öncesi şikayetleri başlama süresi, acil servise ulaşma süresi ve bekleme süresi, ev ile acil servis arası uzaklıklara göre dağılımı.

SORULAR	**Sayı**	**%**
Çocuk Acilin Eve Uzaklığı		
0-4 km	220	52,6
5-10 km	165	39,5
11-20 km	21	5,0
20km'den fazla	12	2,9
Çocuğunuzu takip eden bir hekim varmı?		
(Aile Hekimi) Evet	390	93,3
Hayır	28	6,7
Çocukların acil sorunları en iyi nerede bakılıyor ?		
Çocuk hastanesi acil servis	365	87,3
Özel Hastane	48	11,5
Diğer	5	1,2
Toplam	**418**	**100**

Çocuk ebeveynlerinin 335'i (%80.2)'si acil serviste herhangi bir problem ile karşılaşmadığını, 20'si (%4,8)'i doktor ilgisinin azlığından ve bilgilendirme yapılmadığını, 17'si (%4)'ü personel davranışının olumsuz olduğunu, 9'u (%2,1)'i çok fazla beklediğini, 5'i (%1,2)'si fiziki şartların kötü olduğunu, 32'si (%7,7)'si temizlik sorunları olduğunu ifade etmiştir. Ebeveynlerin 239'u (%57,2)'si çocuk acil serviste sağlık hizmetini iyi, 62'si (%14,8)'i orta, 117'si (%28)'içok iyi olarak değerlendirmiştir. Hiçbir hasta kötü veya çok kötü olarak tanımlamamıştır(Tablo 5).

Tablo 5. Ebeveynlerin Çocuk Acil Servis hizmeti ile ilgili değerlendirmeleri.

SORULAR	**Sayı**	**%**
Acilde problemle karşılaştınız mı?		
Hayır hiç problem yaşamadım	335	80.2
Doktor ilgisi azdı bilgilendirme yapılmadı	20	4,8
Personel davranışı olumsuzdu	17	4,0
Çok fazla bekledim	9	2,1
Fiziki şartlar kötüydü	5	1,2
Temizlik sorunları vardı	32	7,7
Çocuk Acil Servisinde Sağlık Hizmeti		
Orta	62	14,8
İyi	239	57,2
Çok İyi	117	28,0
TOPLAM	418	100

Ebeveynlerin %92,1'i hastanede kalış süreleri hakkında kendilerine bilgi verildiğini, %87,3'ü karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetinin genel olarak iyi olduğunu, %92,1'i bekleme salonlarının rahat olduğunu, %75,8'i tüm personelin ilgili olduğunu, %79,7'si acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime özen gösterdiğini ifade etti (Tablo 6).

Ebeveynlerin %92,3'ü muayene eden doktorun bilgi verdiğini, %61,0'i ihtiyaç halinde sağlık personeline kolaylıkla ulaştığını, %50,2'si acil servisin genel olarak temiz olduğunu, %90,0'ı acil serviste verilen hizmetin genel olarak iyi

olduğunu, %93,5'i acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verildiğini bildirdi (Tablo 6).

Tablo 6. Ebeveynlerin Acil Servisle ile ilgili değerlendirmeleri.

SORULAR	Evet %	Kısmen %	Hayır %
Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.	92,1	7,7	0,2
Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.	87,3	12,2	0,5
Bekleme salonları rahattı.	92,1	7,7	0,2
Tüm personel bana karşı ilgiliydi.	75,8	23,4	0,7
Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.	79,7	20,3	0,0
Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.	92,3	6,5	1,2
İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.	61,0	38,5	0,5
Acil servis genel olarak temizdi.	50,2	46,9	2,9
Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.	90,0	10,0	0,0
Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.	93,5	5,5	1,0

Çocukların şikayetlerinin başlama zamanı 291'i (%69,6)'sı 24 saatten fazla, 86'sında(%20,6)'sında 12-24saat, 18'inde (%4,3)'ünde 6-12 saat, 8'i (%1,9)'unda 2-6 saat, 7'sinde (%1,7)'si 60-120 dakika, 5'inde (%1,2)'si 15-60 dakika, 3'ünde (%0,7)'sinde 15 dakikadan az idi(Tablo 7).

Hastaların aciliyet durumu Sağlık Bakanlığının acil hizmetler uygulama usul ve esaslarına göre belirlenmiş olup; 314' ü (%75,1)'inin muayenesi güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilecek düzeyde idi. 73'ü (%17,5)'i 121 dakika ile 12

saat arasında müdahale edilmeliydi. 18'i (%4,3)' ü 61-120 dakika arasında müdahale edilmeli idi. 8'i (%1,9)'u 15-60 dakika arasında müdahale edilmeliydi. 5'i (%1,2)'si 15 dakikadan az süre içinde müdahale edilmeliydi (Tablo 7).

Hastaların 11'i (%2,6)'sı önerilerde bulunup eve gönderildi. 137'si (%32,8)'i ne semptomatik tedavi verildi. 203'ü (%48,6)'sına tetkik ve tedavi yapıldı. 8'ine (%1,9)'u tetkik ve tavsiyede bulunuldu. 23'üne (%5,5)'i tetkik ve konsültasyon istenilmiş. 22'si (%5,3)'üne tetkik ve gözlem istenilmiştir. 14'ü (%3,3)'üne tetkik ve yatırma işlemi yapılmıştır (Tablo 7).

Hastaların neden acil servise başvurdukları sorusuna en sık cevap, 261'i (%62,4)'ü gündüz polikliniğin kalabalık olması, 211'i (%50,4)'ü mesai saatleri dışında hastalanması, 116'sı (%27,8)'i randevusuz acile gelinebilmesinden dolayı, 54'ü (12,9)' u eşi veya kendisinin çalışması nedeni ile gündüz evde olmamasından dolayı, 33' ü (%7,9)' u acil hizmetlerinin daha iyi sunulması nedeni ile acil servise başvurmuşlardır. (Tablo 7)

Muayene eden hekim tarafından Sağlık Bakanlığının triaj uygulamasına göre hastaların aciliyet düzeyi 401'i (95,9)'u yeşil, 17'si (%4,1)'i sarı idi. Aciliyet düzeyi hiçbir hastada kırmızı değildi (Tablo 7).

Tablo 7. Acilde çocukları muayene eden doktorların acile başvuranların aciliyet durumları ile ilgili yaklaşımları.

Doktora Göre Çocuğunuzun şikayetleri ne zaman başladı ?	**Sayı**	**%**
15 dk az	3	0,7
15-59 dk	5	1,2
60-119 dakika	7	1,7
2 saat-5saat 59 dakika	8	1,9
6 saat-11 saat 59 dakika	18	4,3
12-24 saat	86	20,6
24 saatten fazla	291	69,6
Hastanın aciliyet durumunu sınıflandırır mısınız ?		
15 dakikadan az süre içinde müdahale edilmeli	5	1,2
15-60 dakika arasında müdahale edilmeli.	8	1,9
61 -120 dakika arasında müdahale edilmeli.	18	4,3
121 dakika – 12 saat arasında müdahale edilmeli.	73	17,5
Muayene güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilir.	314	75,1
Bu hasta için muayene sonrası belirlediğiniz karar ne oldu?		
Önerilerde bulunulup eve gönderildi.	11	2,6
Semptomatik tedavi	137	32,8
Tetkik - tedavi	203	48,6
Tetkik - tavsiye	8	1,9
Tetkik - konsültasyon	23	5,5
Tetkik - gözlem	22	5,3
Tetkik – yatırma	14	3,3
Hasta hangi nedenle acil servise gelme ihtiyacı duymuştur ? (Birden çok işaretleyebilirsiniz)		
Mesai saatleri dışında hastalanması	211	50.4
Gündüz polikliniğin kalabalık olması	261	62.4
Eşi veya kendisinin gündüz evde olmamasından dolayı	54	12.9
Randevusuz acile gelinebilmesinden dolayı	116	27.8
Acil hizmetlerinin daha iyi sunulmasından dolayı.	33	7.9
Aciliyet düzeyi		
Kırmızı	0	0,0
Sarı	17	4,1
Yeşil	401	95,9

Acil servise başvuran çocuklar arasında en sık neden 112'si (%26,8)'i akut gastroenterit idi. 77'si (%18,4)'ü akut bronşit, 72'si (%17,2)'si akut tonsilit, 19'u (%4,5)'i idrar yolu enfeksiyonu, 16'sı (%3,8)'i ürtiker, 12'si (%2,9)'u infantil kolit, 11'i (%2,6)'sı akut sinüzit, 10'u (%2,4)'iirritabl barsak sendromu, 9'u (%2,2)'si konstipasyon, 8'i (%2,0)'si diğer ÜSYE, 7'si (%1,6)'si akut otit, 7'si (%1,6)'sı yumuşak doku enfeksiyonu / travması, 6'sı (%1,4)'ükonversiyon, 5'i (%1,2)'si konvülziyon, 5'i (%1,2)'si ilaç entoksikasyonu, 4'ü (%1,0)'iepistaksis, 4'ü (%1)'i mantar/cilt hastalıkları, 4'ü (%1,0)'i birinci derece yanık, 3'ü (%0,7)'sisenkop, 3'ü

(%0,7)'si gıda entoksikasyonu, 3 ü (%0,7)'siyenidoğan semptomları, 3'ü (%0,7)'sisuçiçeği/zona idi(Tablo 8).Acil servise başvuranlarda doktora göre gerçekten acil olanların oranı %4.1 (17 kişi) olup hipotezimizi doğrulamıştır (%10'un altı).

Tablo8. Acil servise başvuran çocuklara konulan tanılar.

TANILAR	Sayı	%
Akut GastroEnterit	112	26,8
Akut Bronşit	77	18,4
Akut Tonsillit	72	17,2
İdrar Yolu Enfeksiyonu	19	4,5
Ürtiker	16	3,8
İnfaltilKolit	12	2,9
Akut Sinüzit	11	2,6
İrritablBarsak Sendromu	10	2,4
Konstipasyon	9	2,2
Diğer Üsye	8	2,0
Akut Otit	7	1,6
Yumuşak Doku Enfeksiyonu/travması	7	1,6
Konversiyon	6	1,4
Konvülzyon	5	1,2
Diğer karın semptomları	5	1,2
İlaç entoksikasyonu	5	1,2
Epistaksis	4	1,0
Mantar/cilt hastalıkları	4	1,0
1. derecede yanık	4	1,0
Kas	3	0,7
Senkop	3	0,7
Gıda entoksikasyonu	3	0,7
Yenidoğansemptomları	3	0,7
Suçiçeği/zona	3	0,7
Diğer	10	2,5
Toplam	**418**	**100.0**

Doktora göre çocuğu gerçekten acil olan (triyaja göre sarı) ve olmayan (triyaja göre yeşil) başvuranları çeşitli değişkenlere göre karşılaştığımızda; çocuğu doktora göre acil olmayanların ailelerin belirttiğine göre şikâyeti 6,6±0,8 saat önce başlamışken, doktora göre acil olanlar ise 3,9±2,4 saat önce başlamıştı ve bu istatistik olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$). Aynı şekilde çocuğu doktora göre acil olmayanların muayene eden doktorun tahminine göre göre şikâyeti 17,2±25,8 saat önce başlamışken, doktora göre acil olanlar ise 7,3±11,9 saat önce başlamıştı ve bu istatistik olarak anlamlı saptandı ($p<0.001$) (Tablo 9 a).

Doktora göre acil olmayanlar; ailelerin belirttiğine göre acilde ortalama 7,2±3,4 dakika beklerken, doktora göre çocuğun durumu acil olanlar 3,9±3,3 dakika beklemiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0,001)(Tablo 9 a).

Aynı şekilde Doktora göre acil olmayanlar; doktorun sistem üzerinden kendisi muayne ettiği süre üzerinde baktığına göre acilde ortalama 7,3±3,34 dakika beklerken, doktora göre çocuğun durumu acil olanlar 4,4±3,3 dakika beklemiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı (p<0,001)(Tablo 9 a).

Tablo 9a. Doktora göre çocuğu acil olma durumuna göre başvuranların çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması.

N=418	**Doktora göre acil değil (yeşil) Ort.±S.D.**	**Doktora göre acil (sarı) Ort.±S.D.**	**p**
Çocuğun yaşı (yıl)	4,8±3,3	4,2±2,3	0,592
Evden Acile ulaşma zamanı (dakika)	20,8±9,5	17,5±25,8	0,250
Çocuğun şikâyeti başlama zamanı (saat) (aileye göre)	17,2±25,8	7,3±11,9	**<0,001**
Çocuğun şikayeti başlama zamanı-saat (doktora göre)	6,6±0.8	3,9±2,4	**<0.001**
Acilde bekleme süresi (dakika) (aileye göre)	7,2±3,4	3,9±3,3	**<0,001**
Acilde bekleme süresi (dakika) (doktora göre)	7.3±3.3	4.4±3.3	**0.001**

Doktora göre acil olan ve olmayanlara göre karşılaştırıldığında cinsiyetin, anketi dolduranın yakınlık derecesinin, anketi dolduranın eğitim durumunun, ailenin ekonomik durumunun ve babanın çalışma durumunun çocuğun acil olup olmaması hususunda bir fark saptanmamıştır (Tablo 9 b).

Tablo 9 b. Doktora göre çocuğu acil olma durumuna göre başvuranların çeşitli değişkenlere göre karşılaştırılması.

	Doktora göre acil değil (yeşil) Sayı (%)	**Doktora göre acil (sarı) Sayı (%)**	**p**
Yaş gruplarına göre			
<20-29 yaş	52 (98,1)	1 (1,9)	
30-39 yaş	181 (95,3)	9 (4,7)	0,648
40 yaş ve üstü	168 (96,0)	7 (4,0)	
Cinsiyet			
Kadın	96,4	3,6	0.630
Erkek	95,5	4,5	
Yakınlık derecesi			
Anne	96,4	3,6	0.857
Baba	95,2	4,8	
Akraba	96,2	3,8	
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	97,3	2,7	0.660
İlkokul	95,6	4,4	
Ortaokul ve üstü	94,6	5,4	
Aileye göre ekonomik durum			
Orta-İyi	96,2	3,8	0.844
Kötü-Çok kötü	95,8	4,2	
Babanın çalışma durumu			
Çalışıyor	95,7	4,3	0.608
İşsiz	97,1	2,9	
Acile gelmeden önce başka bir yere başvurma			
Evet	21,4	11,8	0,543
Hayır	78,6	88,2	

Çocuğun yaşının ortalaması ile ailenin memnuniyet durumu arasında bifark saptanmadı (p=0.428). Aileye göre çocuğun şikâyetinin başlama zamanı ortalaması ile ailenin acil hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak fark yok idi (p=0.307). Doktora göre şikâyet başlama zamanı uzun olan ebeveynler, şikayet başlama zamanı daha kısa olan ebeveynlere göre daha az memnun idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.030) (Tablo 10 a).

Aileye göre acil serviste bekleme süresi ile doktorun kayıtlarına göre acil serviste bekleme süresinin ailenin acil memnuniyet durumu ile karşılaştırdığımızda; acilde bekleme süresi azaldıkça ailelerin acilden memnuniyeti artmakta idi bu istatistiksel olarak anlamlı idi (aileye göre p=0.014, doktor kaydına göre p=0.033) (Tablo 10 a).

Tablo 10 a. Çocuğunu acile götüren ebeveynlerin çeşitli değişkenlere göre acilhizmetlerinden memnuniyet durumu

	Çocuğunu Acil Servise Götüren Ebeveynlerin Memnuniyet Durumu			
N=418	**ORTA Ort.±S.D.**	**İYİ Ort.±S.D**	**ÇOK İYİ Ort.±S.D**	**P**
Çocuğun yaşı (yıl)	5,1±3,7	4,8±3,4	4,5±2,6	**0,428**
Çocuğun şikâyeti başlama zamanı (saat, aileye göre)	17,2±25,5	18,1±26,7	13,7±22,4	**0,307**
Çocuğun şikayeti başlama zamanı (saat, doktora göre)	6,8±0,6	6,4±1,1	6,4±1,1	**0,030**
Acilde bekleme süresi (dakika, aileye göre)	8,3±4,1	,0±3,5	6,7±2,8	**0.014**
Acilde bekleme süresi (dakika, doktora göre)	8,2±3,3	7,1 ±3,3	6,8±2,7	**0,033**

Acilin eve uzaklığı arttıkça aile memnuniyeti azalmakta idi (p=>0.001). Çocuğu acile götüren ebeveynlerin acil hizmetlerinin çeşitli değişkenlere göre karşılaştırdığımızda; memnuniyet durumu yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001).

Acile başvurmadan daha önce hastane polikliniği ya da aile hekimliğine başvurunlar, direkt acile başvuranlara göre acil hizmetlerinden memnuniyetleri daha fazla olup bu anlamlı idi (p<0.001).

Ailenin ekonomik durumu orta-iyi olanlar, ekonomik durumu kötü-çokkötü olanlara göre acilden daha az memnundular ve bu istatistiksel olarak oldukça anlamlı idi (p<0.001).

Çocuğu acile götüren anne ve babalar çocuğu acile götüren yakın akrabaya göre daha az memnundu ve bu anlamlı idi (p<0.001).

Cinsiyet durumu, babanın mesleği ve çocuğu acile götürenin eğitim seviyesi acil hizmetlerinden memnuniyet durumu arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo 10b).

Tablo 10 b. Çocuğunu acile götüren ebeveynlerin çeşitli değişkenlere göre acil hizmetlerinden memnuniyet durumu

Çocuğunu Acile Götüren Ebeveynlerin Acil Hizmetlerinden Memnuniyet Durumu				
	ORTA Sayı (%)	**İYİ** Sayı (%)	**ÇOK İYİ** Sayı (%)	**p**
Yaş grupları				
29 yaş ve altı	12 (22,6)	37 (69,9)	4 (7,5)	**<0.001**
30-39 yaş	39 (20,5)	113 (59,5)	38 (20,0)	
40 yaş ve üstü	11 (6,2)	89 (50,9)	75 (42,9)	
Cinsiyet				
Kadın	30 (15,3)	122 (62,2)	44 (22,4)	0.056
Erkek	32 (14,4)	117 (52,7)	73 (32,9)	
Yakınlık dereceniz				
Anne	28 (16,9)	107 (64,5)	31 (18,7)	**0.001**
Baba	25 (17,1)	78 (53,4)	43 (29,5)	
Akraba	9 (8,5)	54 (50,9)	43 (40,6)	
Eğitim durumu				
Okuryazar değil	18 (16,2)	69 (62,2)	24 (21,6)	0.120
İlkokul	32 (12,7)	138 (55,0)	81 (32,3)	
Ortaokul ve üstü	12 (21,4)	32 (57,1)	12 (21,4)	
Ailenin ekonomik durumu				
Orta-İyi	28 (17,8)	108 (68,8)	21 (13,4)	**<0.001**
Kötü-Çok kötü	34 (13,0)	131 (50,2)	96 (36,8)	
Baba çalışma durumu				
Çalışıyor	55 (15,7)	205 (58,6)	90 (25,7)	0.054
İşsiz	7 (10,3)	34 (50,0)	27 (39,7)	
Acilin eve uzaklığı (km)				
0-4 km	28 (12,7)	106 (48,2)	86 (39,1)	**<0.001**
5-10 km	30 (18,2)	108 (65,5)	27 (16,4)	
11 kmve üzeri	4 (12,1)	25 (75,8)	4 (12,1)	
Acile gelmeden önce başka bir yere başvuranlar				
Hayır	52 (15,8)	201 (60,9)	77 (23,3)	**<0.001**
Evet	10 (11,4)	38 (43,2)	40 (45,5)	

Çocukların sayısı arttıkça hastaların acil servise başvuru oranları artmakta idi (p:0,001) (Tablo 11).

Tablo 11. Acil servise başvuran ailelerin çocuk sayısı ile acil servise başvuru oranlarının karşılaştırması.

Çocuk Sayısı	N	Ortalama Başvuru	S.D.	F; p	Grup içi	p
1-2 çocuk	95	3,44	1,46	23,828 <0,001	1-2 çocuk 3-4 çocuk	0,059
					1-2 çocuk 5 ve üzeri	<0,001
3-4 çocuk	230	3,85	1,36			
					3-4 çocuk 5 ve üzeri	<0,001
5 ve üzeri çocuk	93	4,85	1,68			
Toplam	418	3,98	1,54			

5.B. SAHA ÇALIŞMASINDAN ELDE EDİLEN BULGULAR

Bu bölüm Yenişehir Şehitlik Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan ve çocuğu olan ailelerden elde edilen bulguları içermektedir.

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %45'i okuryazar değildi, %36.1'i ilkokul mezunu iken, sadece %8'4'ü lise ve üzerinde eğitim görmüştü. Babaların %18.9'u okuryazar değilken, %53.4'ü ilkokul mezunu iken, sadece %13.4'ü lise ve üzerinde eğitim görmüştü. Anketi cevaplayanların babalarının mesleğine göre, %42.6'sı serbest meslek, %33.7'si yevmiyeli işçi iken %5.8'i çalışmıyordu. Annelerinin mesleği ise %98.9'u ev hanımı iken sadece %1.1 'i çalışıyordu. Anketi cevaplayanların ekonomik durumu sorduğumuzda; %49.8'i kötü, %46.1'i orta iken sadece %4.2 'si iyi olduğunu belirtmişti. Anketi cevaplayanların anne yaşı ortalaması 36.5±6.67, baba yaş ortalaması 40.1±7.06, evde bulunan kişi sayısı ortalaması 5.49±1.41 iken evde 18 yaş altında kalan kişi sayısı ortalaması da 3.06±1.18 idi. Anketi cevaplayanlarda sorduğumuzda %3.2'si de çocuklarında kronik hastalık/engellilik olduğunu belirtmişti (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırmamızda aile hekimliğinde anketi cevaplayan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri.

Sorular	Sayı	%
Annenin eğitim durumu		
Okur yazar değil	171	45.0
Okur Yazar	17	4.5
İlkokul	137	36.1
Ortaokul	23	6.1
Lise	27	7.1
Üniversite	5	1.3
Babanın eğitim durumu		
Okur yazar değil	72	18.9
Okur yazar	9	2.4
İlkokul	203	53.4
Ortaokul	45	11.8
Lise	40	10.5
Üniversite	11	2.9
Annenin Mesleği		
Maaşlı memur-işçi	4	1.1
Ev hanımı	376	98.9
Babanın Mesleği		
İşveren	4	1.1
Ücretli işçi	36	9.5
Maaşlı memur	20	5.3
Yevmiyeli işçi (mevsimlik)	128	33.7
Emekli	8	2.1
Çalışmıyor	22	5.8
Serbest	162	42.6
Ailenin Ekonomik durumu		
Çok İyi	0	0.0
İyi	16	4.2
Orta	175	46.1
Kötü	153	40.3
Çok Kötü	36	9.5
Sağlık Güvencesi		
SGK	295	77.6
Yok	85	22.4
Çocuklarda kronik hastalık/engellilik		
Yok	368	96.8
Var	12	3.2
Toplam	380	100

Ankete cevap verenlerin acil ambulans telefon numarasını sorduğumuzda sadece %59.7'si doğru cevap vermişlerdir. Ebeveynlerin sadece %25.5'i çocukların ateşlerinin ne kadar olması gerektiğini doğru cevaplamışlardır. Ebeveynlerin yüzde 40.0'ı çocuk ateşlenir ateşlenmez hemen sağlık kuruluşuna başvururken, %69.5'i ilk ateş düşürücü verdiğini söylemişlerdir. (Tablo 13).

Tablo 13. Ankete katılan ebeveynlerin acil konusunda bilgi, tutum ve davranışları.

SORULAR	Sayı	%
Acil Ambulans telefon numarası hangisidir?		
111	44	11.6
112	227	59.7
114	14	3.7
118	19	5.0
155	76	20.0
Çocuğunuzda ateşin normal olduğunu söyleyebilmek için ateşinin kaç derece olması gerekir?		
34-35 arası	111	29.2
36-37 arası	97	25.5
38-39 arası	105	27.6
40 ve üstü	67	17.6
Çocuğunuz ateşlendiğinde ilk ne yaparsınız? *		
Sağlık kuruluşuna başvururum	152	40.0
Hemen ılık duş aldırırım	82	21.6
Üzerindekileri çıkarırım	48	12.6
Odayı soğuturum	9	2.4
Ateş düşürücü veririm	264	69.5
Ilık uygulama yaparım	39	10.3
Sirkeli suyla silerim	20	5.3
Bol su içiririm	16	4.2

*Birden çok şık işaretlenmiş

Aile hekimliğinde ankete cevap verenlerin ebeveynlerin %47.6'sı çocuğa en iyi aile hekimliğine bakıldığını belirtirken, %39.5'u ise devlet hastanesi diye cevaplamışlardır. Acile gitmeden önce ebeveynlerin %92.1'i hiç kimseye danışmadıklarını belirmişlerdir. Ailelerin %97.1 'i çocuğun acil olduğu için acil servise başvurduklarını söylemişlerdir. Ailelerin %50.5'i çocukları ilk rahatsızlandıklarında çocuk hastanesine, %44.2 'si ise aile hekimine başvurduklarını belirtmiştir. Ebeveynlerin %53.7'si çocukların acil sorunu olduğunda ilk çocuk hastanesine, %37.9'u aile hekimine götürdüklerini belirtmiştir. Ailelerin %85.5'i

çocuğun şikayeti üzerine hiçbir müdahale bulunmadan acil servise götürdüğünü belirtmiştir. (Tablo 14).

Tablo 14. Ankete katılan ebeveynlerin acil konusunda tutum ve davranış durumları.

SORULAR	Sayı	%
Sizce çocuğunuzun bakımı için en iyi yer hangisidir?		
Aile hekimi	181	47.6
Özel hastane	39	10.3
Devlet hastanesi	150	39.5
Üniversite	3	0.8
Acil	7	1.8
Acile gitmeden önce çocuğunuzun durumu hakkında herhangi birine danışır mısınız?		
Hayır	350	92.1
Sağlık personeli	17	4.5
Aileden biri	10	2.6
Komşu/Arkadaş /İnternet	3	0.8
Çocuğunuzun rahatsızlığı için acil servisi tercih etmenizin sebebi nedir? *		
Acil olduğu için	369	97.1
Aile hekimi kapalı olduğundan	108	28.4
Hastanede sıra beklemek istemediğimden	48	12.6
Gündüz çalıştığımdan	40	10.5
Acilde daha iyi bakıldığı için	19	5.0
Çocuğunuz rahatsızlandığınızda ilk nereye başvuruyorsunuz?		
Aile hekimi	168	44.2
Devlet hastanesi	12	3.2
Çocuk hastanesi	192	50.5
Özel hastane	8	2.1
Üniversite	0	0.0
Çocuğunuz sorunu olduğunda ilk nereye gidersiniz?		
Aile hekimi	144	37.9
Çocuk hastanesi	204	53.7
Devlet hastanesi	18	4.7
Özel hastane	12	3.2
Üniversite	2	0.5
Çocuğunuzun şikâyeti için herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?		
İlaç / buhar verdim	6	1.6
Hayır, önce takip ettim, hemen acil servise götürdüm	325	85.5
Pozisyon / hava yolu açıklığı sağlamaya çalıştım	10	2.6
Duş aldırdım / Kusturdum / Tampon yaptım	29	7.7
Diğer	10	2.6

***Birden çok şık işaretlenmiş

Tablo 15. Ankete katılanların çocuk acille ilgi düşünceleri**.**

SORULAR	Sayı	%
Hangi durumlarda çocuğunuzu acile götürürsünüz? *		
Ateş	251	66.1
Kusma / İshal	190	50.0
Karın ağrısı	246	64.7
İştahsızlık / Beslenememe	74	19.5
Öksürük / Nefes darlığı	61	16.1
Göğüs ağrısı / Çarpıntı	242	63.7
Alerjik reaksiyon / Döküntü	82	21.6
Bayılma-Havale	237	62.4
Bilinç değişikliği/ Genel durumbozulması	220	57.9
Kanama-Travma	221	58.2
Zehirlenme	224	58.9
Hangi acil servise gittiniz?		
Özel	13	3.4
Kamu	367	96.6
Özel-Kamu seçme nedeniniz nelerdir? *		
Maddiyattan dolayı	188	49.5
Daha hızlı bakılıyor	197	51.8
Daha iyi bakılıyor	123	32.4
Uzman doktor bulunduğundan dolayı	112	29.5
Girişimsel müdahale şartları daha iyi	29	7.6
Diyarbakır'daki Çocuk Acil Hizmetlerinden memnuniyetiniz ne kadardır?		
Çok iyi	26	6.8
İyi	183	48.2
Orta	111	29.2
Kötü	54	14.2
Çok kötü	6	1.6
İleride herhangi bir acil durumunda acil servise tekrar gitmeyi veya yakınlarınıza gitmeyi tavsiye edermisiniz?		
Evet	349	91.8
Hayır	31	8.2
Acil servisteki doktorlar çocuğunuzun durumu ile ilgili sizi bilgilendirmeleri nasıldı?		
Kötü	132	34.7
Normal	104	27.4
İyi	144	37.9

*Birden çok şık işaretlenmiş

Ailelerin hangi durumlarda çocuklarını acile götürdüklerini sorduğumuzda; %66.1'i ateş, %64.7'si karın ağrısı, %63.7'si göğüs ağrısı-çarpıntısı olduğunda, %50.0'si ishal kusma, %62.4 bayılma-havale, %58.9 zehirlenme, %58.2 kanama-travma olduğunda diye cevaplamışlardır. Ebeveynlerin %96.6'sı kamuya ait

acili tercih etmiştir. Bunun nedeni olarakta; %49.5 maddiyattan dolayı, %51.8'i hızlı bakılıyor diye belirtmiştir. Ailelerin %55.0'i çocuk acil hizmetinden memnun olduklarını belirtirken, %15.8'i memnun olmadıklarını ifade etmiştir. Ebeveynlerin %91.8'i acil servisi tekrar gitmeyi ve tanıdıklarına da tavsiye edeceğini ifade etmiştir. Ailelerin %34.7'i acildeki doktorların kendilerini bilgilendirmede sorun yaşadıklarını ifade ederken, %37.9'u ise doktorların iyi bilgilendirme yaptığını belirtmiştir (Tablo 15).

Ankete katılan ebebeynlerden babaların eğitimi arttıkcaacil telefonu bilme durumu arttıyor olup bu istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0,002). Annelerin eğitim seviyesi arttıkça acil telefonunu bilme oranı artmaktaydı ve bu istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0,001). Ekonomik durumu orta ve iyi olanların acil telefonunu bilme oranları %75.9 iken ekonomik durumu kötü olanların %43,4 olup bu istatistiksel olarak anlamlı idi (<0,001). SGK güvencem var diyenlerin acil telefonunu bilme durumu yok diyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,007) (Tablo 16)

Tablo 16. Ankete katılan ebeveynlerin acil telefonunu bilme durumunun bazı değişkenlerle karşılaştırılması.

	112 acil telefonunu bilme						
	Doğru Sayı	**%**	**Yanlış Sayı**	**%**	**Toplam Sayı**	**%**	**p**
Baba eğitim							
Okuryazar değil	35	43,2	46	56,8	81	21,3	
İlkokul-ortaokul	157	63,3	91	36,7	248	65,3	**0,002**
Lise ve üstü	35	68,6	16	31,4	51	13,4	
Anne eğitim							
Okur yazar değil	83	44,1	105	55,9	188	49,5	
İlkokul-ortaokul	115	71,9	45	28,1	160	42,1	**<0,001**
Lise ve üstü	29	90,6	3	9,4	32	8,4	
Ekonomik durum							
Kötü	82	43,4	107	56,6	189	49,7	**<0,001**
Orta-iyi	145	75,9	46	24,1	191	50,3	
SGK güvence							
Var	187	63,4	108	36,6	295	77,6	**0,007**
Yok	40	47,1	45	52,9	85	22,4	
Cinsiyet							
Kadın	165	62.7	98	37.3	263	69,2	0.074
Erkek	62	53.0	55	47.0	117	30,8	

Ankete katıların eğitim düzeyleri ile çocuklarda normal ateşi doğru bilme durumu hiçbir değişkende istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 17).

Tablo 17. Ankete katılanların çocuklardaki ateşini doğru bilme durumunun bazı değişkenlere göre karşılaştırılması.

	Çocuktaki vücut sıcaklığını bilme		
	Doğru	**Yanlış**	**X^2,**
	Sayı (%)	**Sayı (%)**	**p**
Baba eğitim			
Okur yazar değil	18 (22,2)	63 (77,8)	3,137
İlkokul-ortaokul	61 (24,6)	187 (75,4)	
Lise ve üstü	18 (35,3)	33 (64,7)	0,208
Anne eğitim			
Okur yazar değil	46 (24,5)	142 (75,5)	0,663
İlkokul-ortaokul	44 (27,5)	116 (72,5)	
Lise ve üstü	7 (21,9	25 (78,1)	0,718
Ekonomik durum			
Orta-iyi	49 (25,7)	142 (74,3)	0,003
Kötü	48 (25,4)	141 (74,6)	0,954
SGK güvence			
Var	78 (26,4)	217 (73,6)	0,580
Yok	19 (22,4)	66 (77,6)	0,446
Cinsiyet			
Kadın	65 (24.7)	198 (75.3)	0,296
Erkek	32 (27.4)	85 (72.6)	0.586

Ankete katılanların acil durumda müdahale etme durumunu karşılaştırdığımızda; baba eğitiminde istatistiksel farklılık olmadığı (p=0,141), anne eğitimi seviyesi arttıkça müdahale yapıldığı bununda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,001). Ekonomik durumu iyi olan ebeveynlerin acil durumlarda müdahale ettiği saptandı (p=0,001) (Tablo 18).

Tablo 18. Ankete katılan ebeveynlerin acil durumda çocuklarına müdahale etme durumunu bazı değişkenlere göre karşılaştırılması.

	Acil bir durumda müdahale ediyormusunuz?		
	Müdahale ediyorum Sayı (%)	**Müdahale etmiyorum direkt acile götürüyorum Sayı (%)**	**X^2, p**
Baba eğitim			
Okur yazar değil	11 (13,6)	70 (86,4)	3,925
İlkokul-ortaokul	32 (12,9)	216 (87,1)	0,141
Lise ve üstü	12 (23,5)	39 (76,5)	
Anne eğitim			
Okur yazar değil	16 (8,5)	172 (91,5)	**23,49**
İlkokul-ortaokul	26 (16,3)	134 (83,7)	**<0,001**
Lise ve üstü	13 (40,6)	19 (59,4)	
Ekonomik durum			
Orta-iyi	39 (20,4)	152 (79,6)	**10,965**
Kötü	16 (8,5)	173 (91,5)	**0,001**
SGK güvence			
Var	37 (12,5)	258 (87,5)	**3,946**
Yok	18 (21,2)	67 (78,8)	**0,046**
Cinsiyet			
Kadın	43 (16.3)	220 (83.7)	2,429
Erkek	12 (10.3)	105 (89.7)	0.119

Ankete katılanların acil bir durumda birine danışanlar ile danışmayıp direkt acile götürenler arasında hiçbir değişkende istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo 19).

Tablo 19. Ankete katılan ebeveynlerin acil durumda birine danışma durumunun bazı değişkenlere göre karşılaştırılması.

	Acil durumda birine danışıyor musunuz		
	Hayır	**Evet**	
	Sayı (%)	**Sayı (%)**	**X^2, p**
Baba eğitim			
Okur yazar değil	72 (88.9)	9 (11.1)	5,263
İlkokul-ortaokul	234 (94.4)	14 (5.6)	0.072
Lise ve üstü	44 (86.3)	7 (13.7)	
Anne eğitim			
Okur yazar değil	175 (93.1)	13 (6.9)	0,849
İlkokul-ortaokul	145 (90.6)	15 (9.4)	0.654
Lise ve üstü	30 (93.8)	2 (6.3)	
Ekonomik durum			
Orta-iyi	171 (89.5)	20 (10.5)	3,506
Kötü	179 (94.7)	10 (5.3)	0.061
SGK güvence			
Var	270 (91.5)	25 (8.5)	0,610
Yok	80 (94.1)	5 (5.9)	0.435
Cinsiyet			
Kadın	241 (91.6)	22 (8.4)	0,260
Erkek	109 (93.2)	8 (6.8)	0.610

Aile hekimliğinde ankete katılan ebeveynlerin acil hizmetlerinden memnuniyet durumu baba eğitimi, anne eğitimi, sosyal güvence durumu, cinsiyet ve ailenin ekonomik durumu gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Ankete katılan ebeveynlerin acil hizmetlerinden memnuniyet durumunun bazı değişkenlere göre karşılaştırılması.

	Acil hizmetlerinden memnuniyet durumu			
	İyi	**Orta**	**Kötü**	**X^2, p**
	Sayı (%)	**Sayı (%)**	**Sayı (%)**	
Baba eğitim				
Okur yazar değil	43 (53.1)	23 (28.4)	15 (18.5)	1,144
İlkokul-ortaokul	140 (56.5)	71 (28.6)	37 (14.9)	0.887
Lise ve üstü	26 (51.0)	17 (33.3)	8 (15.7)	
Anne eğitim				
Okur yazar değil	101 (53.7)	60 (31.9)	27 (14.4)	3,652
İlkokul-ortaokul	93 (58.1)	42 (26.3)	25 (15.6)	0.455
Lise ve üstü	15 (46.9)	9 (28.1)	8 (25.0)	
Ekonomik durum				
Orta-iyi	97 (50.8)	61 (31.9)	33 (17.3)	0,756
Kötü	112 (59.3)	50 (26.5)	27 (14.3)	0.252
SGK güvence				
Var	170 (57.6)	28.8)	40 (13.6)	5,880
Yok	39 (45.9)	30.6)	20 (23.5)	0.053
Cinsiyet				
Kadın	136 (51.7)	84 (31.9)	43 (16.3)	4,027
Erkek	73 (62.4)	27 (23.1)	17 (14.59	0.134

380 ebeveynin 18 yaş altında 1163 çocuğu vardı. Bu çocukların yaş ortalaması 9,55±4,31 idi. Bu çocuklar son bir yılda ortalama 4.36 ±2,35 defa çocuk acile götürülmüştü.Kız çocukları son bir yıldır 4,18±2,36 defa acile götürülmüşken, erkek çocukları 4,63±2,31 defa acile götürülmüştü ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,001) (Tablo 21).

Tablo 21. Ebeveynlerin cinsiyete göre son bir yılda çocuklarını acil servisine götürme sıklığıyla karşılaştırması.

Cinsiyet	N	Mean	Std. Deviation	p
Kadın	687	4,18	2,36	0,001
Erkek	476	4,63	2,31	

Yaş grupları arttıkça ebeveynler çocuklarını daha az acile götürüyorlardı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı p<0,001 (Tablo 22).

Tablo 22. Ebeveynlerin çocuklarını yaş gruplarına göre son bir yılda acile kaç kez götürmesinin karşılaştırılması.

Yaş grupları	N	Mean	S.D.	Std. Error	95%Confidence Interval for Mean		Min.	Max.
					Lower Bound	Upper Bound		
1-3 yaş	126	**5,60**	2,55	,227	5,15	6,05	1	12
4-6 yaş	146	**5,34**	2,09	,173	5,00	5,68	1	12
7-9 yaş	273	**5,18**	2,26	,137	4,91	5,45	1	20
10-12 yaş	299	3,91	1,95	,113	3,69	4,13	0	20
13-15 yaş	212	3,35	2,31	,159	3,04	3,66	0	20
16-18 yaş	107	2,78	1,51	,146	2,49	3,07	0	10
Total	1163	**4,36**	2,35	,069	4,23	4,50	0	20

6.TARTIŞMA

Topluma hizmet veren Acil birimler hastanelerin halka açılan pencereleri olup, hastanelerin halkla irtibatının en çok görüldüğü yerlerdir. Çocuk acil servis birimleri, acil sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını oluşturur. Çocuk acil servise başvurmaması gerektiği halde çocuk acil servise başvuran hastalar, bir yandan gerçekten acil olan hastaların tanı ve tedavisini engellemekte, diğer yandan tedavi kalitesini azaltmaya vegiderleri artırmaktadır (39,51).

Hastalara verilen hizmet kalitesinin artması sonucunda alınan sağlık hizmetinden hoşnut olan hasta, tekrar hastalandığında aynı sağlık merkezine gelecektir (72,73) .

İyi bir acil servis için kaliteli hekim, hemşire ve personelin olması, fiziksel şartların yeterli olması, hijyenik koşullar bulunması gerekir. Bu şartlar yerine getirildiğinde hasta memnuniyetinde artma görülebilir (74). Acil servis çalışanlarının hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi, hasta hoşnutluğunu artıran en önemli etmendir (75,76).Hastalara durumları hakkında bilgi verilmemesi, hastaların endişelerini arttırır (77). Yapılan çalışmalarda hastaların tanı, tedavi süreçleri ve bekleme nedenleri hakkında bilgi verilen hastaların memnuniyetlerinin arttığı saptanmıştır (67). Çalışmamızda acil serviste tedavileri devam ederken hastalara durumları hakkında doktor ve hemşireler tarafından bilgi verilmiştir. Çalışmamızda ebeveynlerin %92,3'ü muayene eden doktor tarafından kendilerine bilgi verildiğini, %87,3'ü karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetinin genel olarak iyi olduğunu, %92,1'i bekleme salonlarının rahat olduğunu, %75,8'i tüm personelin ilgili olduğunu, %79,7'si Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime özen gösterdiğini,%61,0'i ihtiyaç halinde sağlık personeline kolaylıkla ulaştığını, %93,5'i Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verildiğini bildirdi.

Bununla birlikte, hastaları bilgilendirme hastaların ihtiyaç duyduğu şeylere göre yapılmalıdır. Tanının ne olduğu, tedavi de ne yapılacağı, acil serviste neden ve ne kadar bekleyeceklerinin açıklanması daha önemlidir. Thompson ve arkadaşları (78) acil servistekendilerine yapılan tetkik ve tedavi hakkında bilgi verilen bireylerin daha hoşnut olduklarını saptamışlardır. Ayrıca, hastaneye yatırılan hastaların, niçin yatırıldığı, hastaneden eksterne edilen hastaların tedavi ve takipleri konusunda

bilgilendirilmelerinin bireyleri daha hoşnut ettiğini bildirmişlerdir. Hedges ve arkadaşları (79) ise hastaların beklemesebeplerini bilmelerinin önemli olduğunu; tanı, tetkik, konsültasyon, tedavi ve yatış süreçlerinden kaynaklanan gecikmelerin hastaya anlatılmasının memnuniyeti arttırdığını bildirmişlerdir. Sun ve arkadaşları (80) ise yaptığı çalışmada muayene ve bekleme ortamının hijyeni gibi çevresel faktörlerin hasta hoşnutluğu üzerine önemli bir etkisi olmadığını saptamışlardır. Cleary ve arkadaşları (81) isetemizlik, yiyecek, park gibi imkanların hasta memnuniyeti üzerine önemli bir etkisi olmadığını bildirmişlerdir. Topaçoğlu (82) iseyaptığı çalışmada hastanenin teknik donanım ve temizliğinin memnuniyet üzerine olumlu etkisi olduğunu saptamıştır. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin%90'0 ı Acil serviste verilen hizmetin genel olarak iyi olduğunu, %80.2'si Acil serviste herhangi bir problem ile karşılaşmadığını, %50,2'si Acil servisin genel olarak temiz olduğunu bildirmiştir. Ebeveynlerin %7,7'si temizlik sorunları olduğunu, %4,8'i doktor ilgisinin az olduğunu ve bilgilendirme yapılmadığını, %4'ü personel davranışının olumsuz olduğunu, %2,1'i çok fazla beklediğini, %1,2'si fiziki şartların kötü olduğunu ifade ettiler. Ebeveynlerin %57,2'si Çocuk Acil Serviste Sağlık Hizmetini İyi, %14,8'i Orta, %28'i Çok iyi olarak değerlendirmiştir. Hiçbir hasta kötü veya çok kötü olarak tanımlamamıştır. Aile hekimliğinde yaptığımız çalışmada ise ebeveynlerin %48,2'si Çocuk acil hizmetinin iyi olduğunu, %29,2'si orta, %14,2'si kötü, %6,8'i çok iyi, %1,6'sı ise çok kötü olarak tanımlamıştır. Ebeveynlerin %91.8'i acil servise tekrar gitmeyi ve tanıdıklarına da tavsiye edeceğini ifade etmiştir. Yine Aile hekimliğinde yaptığımız çalışmada ebeveynlere Acil servisteki doktorların çocuğunuzun durumu ile ilgili size bilgi verildi mi? Sizi bilgilendirmeleri nasıldı? sorusuna %37,9'u iyi, %34,7'si kötü, 27,4'ü ise normal cevabını vermiştir.

Karagün (83) yaptığı araştırmada hastaların hasta ayrımı yapıldıktan sonra, %75,1'inin ilk 10 dakika içerisinde acil hekimi tarafından muayene edildiğini, hastaların muayene için bekleme süresini, 0-70 dakika arasında (ortalama 8,7 ± 9,5 dakika) olduğunu bildirmiştir. Topaçoğlu(82) ise yaptığı çalışmada ise, hastaların acil serviste muayene için bekleme süresinin 0-60 dakika arasında olduğunu, hastaların %60,2'sinin ilk 10 dakika içerisinde muayene edildiğini bildirmiştir.

Lambe ve arkadaşlarının (84) yaptığı çalışmada ise, California eyaletindeki acil servisteki hastaların muayene için bekleme süresini ortalama 56 dakika olarak

tespit etmiş ve hastaların %42'sinin ise doktor muayenesi için 1 saatten fazla beklediği saptamıştır. Boudreaux ve arkadaşları (85) yaptığı bir çalışmada hastaların doktor muayenesi için bekleme süresi ortalama 21 dakika, Hedges ve arkadaşlarının (79) yaptığı çalışmada ortalama 13 dakika bekledikleri bildirilmiştir. Patel ve arkadaşlarının (86) yaptığı çalışmada ise hastaların acil serviste ortalama 71,3 ± 7,0 dakika bekledikleri, hastaların %56,3'ü 1 saat içinde muayene edilirken, %17,8'i ise doktor muayenesi için 3 saatten fazla bekledikleri saptanmıştır. Çalışmamızdaki doktor bekleme süreleri, diğer çalışmaların önemli kısmından daha kısa bulunmuştur. Bunun nedeni, hastanemizde hasta ayrımı doktorlar tarafından yapılırken, çalışmalardaki hastanelerde hasta ayrımının büyük kısmı hemşireler tarafından yapılmıştır. Bizim çalışmamızda çocuğun muayene olmak için acil serviste bekleme süresi 1 ile 30 dakika (7,10±3,48) idi.

Ayaz ve arkadaşlarının (87) acil servise başvuran hastaların özelliklerini incelediği çalışmada, ailelerin acile gelmeden önce çocukların durumları hakkında ailelerin çevresindeki insanlara danışarak geldiklerini belirtmişlerdir. Gevrek (88) ise yaptığı çalışmada ebeveynlerin çevrelerine danıştıklarını ve bu danışılan kişilerin büyük çoğunluğunun doktor veya sağlık çalışanı olduğunu tespit etmiştir. Çalışmada ebeveynlerin yarısının müdahalede bulunduğunu, özelikle de sağlık personeline danışarak duş aldırdıklarını, ailelerin bir kısmının da ilaç vererek belli süre çocuğu takip ettiklerini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin %78,5'i acil servise gitmeden önce çocuğun hastalığı ile ilgili olarak herhangi bir kişiye danışmamıştır. %6,9'u sağlık personeli ile görüştüğünü, %5,3'ü aileden birisi ile görüştüğünü, %8,6'sı komşu, arkadaş ile görüştüğünü, %0,7'si internete baktığını belirtmişlerdir. Ebeveynlerin %96,6'sı acil servise başvurmadan herhangi bir müdahalede bulunmamış, %1,9'u ilaç ve buhar vermiş, %0,7'si duş aldırmış, kusturmuş, tampon yaptırmış, %0,4'ü pozisyon verip, hava yolu açıklığını bildirmiştir. Aile hekimliğinde yapılan çalışmada ise ebeveynlerin %92,1'i acil servise gitmeden önce çocuğunun durumu hakkında herhangi bir kişiye danışmadığını, %4,5'i sağlık personeline danıştığını, %2,6'sı aileden birisine tanıştığını, %0,8'i ise komşu, arkadaş ve internetten araştırma yapatığını ifade etmiştir.

Ebeveynlerin %85.5'i çocuğun şikayeti üzerine hiçbir müdahale bulunmadan acil servise götürdüğünü, %7,7'si duş aldırdığını, kusturduğunu, tampon yaptığını, %2,6'sı pozisyon verdiğini, hava yolunu açtığını, %1,6'sı ilaç ve buhar verdiğini bildirmiştir.

Kalidindi (89) yaptığı çalışmada ebeveynlerin çocuklarının acil olduklarını, 15 dakika içinde doktor tarafından muayene edilmesi gerektiğini bildirdiklerini, doktorların ise muayene sonrasında çoğunlukla hastaları acil bulmayıp ertesi günde çocukların muayene edebileceklerini bildirmişlerdir. Ayaz ve arkadaşlarının (87) yaptığı çalışmada acil servise tekrar başvuruların gerçek acil servis yoğunluğu meydana getirdiği ve bunların gerçek acil hasta olma durumunun az olduklarını bildirmişlerdir. Gevrek (88) ise yaptığı çalışmada son bir yılda 2 ve daha fazla acil servise başvurma oranının %86 olduğunu, bunların %35'inin 5 ve daha fazla acil servise başvurduklarını vegerçek acil hastaların sıklıkla acil servise iki defa geldiklerini bildirmiştir. Ayrıca araştırmacı ailelerin bir kısmınınacil servisi birinci basamak hizmet veren birim olarak gördüğünü ve iyi bir sağlık hizmetinin acil servislerde verilebileceğini düşündüklerini saptamıştır. Civaner ve arkadaşlarının(90) yaptığı bir araştırmada devlet hastanesi acil birimine başvuranlar içinde gerçek acil olanlarının oranı %52,3 olarak tespit edilmiştir. Edirne ve arkadaşları (91) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Araştırma Hastanesi Acil birimine gelen olguların %19,5'inin ayaktan tedavi edilebileceğini tespit etmişlerdir. Gürsoy ve arkadaşları (92) tarafından yapılan araştırmada üniversite acil servisine başvuran olgular arasında ayaktan tedavi gören hastaların oranını %80,8 olarak saptamışlardır. Atabek ve arkadaşları (93) acil servise başvuran çocuk hastaların %52'sinin gerçekten acil, %11'i acil olduğu düşünülerek getirilenler ve %37'sinin acil olmayan hastalardan oluştuğunu bildirmiştir. Bizim hastaların aciliyet durumu bakımından hastaların %75,1'inin muayenesi güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilecek düzeyde idi. %17,5'i 121 dakika ile 12 saat arasında müdahale edilmeli. %4,3'ü 61-120 dakika arasında müdahale edilmeli. %1,9'u 15-60 dakika arasında müdahale edilmeli. %1,2'si 15 dakikadan az süre içinde müdahale edilmeli idi.

Hastaların %2,6'sına önerilerde bulunup eve gönderildi. %32,8'ine semptomatik tedavi verildi. %48,6'sına tetkik ve tedavi yapıldı. %1,9'una tetkik ve tavsiyede bulunuldu. %5,5 tetkik ve konsültasyon istenilmiş. %5,3'üne tetkik ve

gözlem istenilmiş. %3,3 tetkik ve yatırma işlemi yapılmış. Hastaların aciliyet düzeyi 401 (95,9) u yeşil, 17 si (%4,1) i sarı idi. Aciliyet düzeyi hiçbir hastada kırmızı değildi. Son bir yıl içinde 0 – 10 kez (3,98±1,54) acile başvurmuşlardır.Bizim hastalarımızın %78,9'u acil servise gelmeden başka bir yere başvurmamış. %21,1'i acil servise gelmeden başka bir yere başvurmuştur. Başvuranların %75'i aile hekimine, %25'i çocuk hastanesine başvurmuştur. Ebeveynlerin %87,3'ü çocukların acil sorunlarının en iyi çocuk hastanesi acil servislerde bakıldığını, %11,5'i özel hastanede bakıldığını ifade etmişlerdir. Doktora göre çocuğu gerçekten acil (sarı) başvuranları çeşitli değişkenlere göre karşılaştığımızda, çocuğu doktora göre acil olmayanların şikayeti 17,2±25,8 saat önce başlamışken, doktora göre acil olanlar ise 7,3±11,9 saat önce başlamıştı ve bu istatistik olarak anlamlı idi ($p<0.001$). Doktora göre acil olmayanlar acilde ortalama 7,2±3,4 dakika beklerken, doktora göre acil olanlar 3,9±3,3 dakika beklemiş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$).

Acil servislere başvurmaması gereken hastaların acil servise başvurup muayene olmak istemeleri evrensel bir sorun olup, bunun en önemli ölçüsü doktorun müdahale için ön gördüğü en kısa süredir. Carret ve arkadaşları (94) acil servise başvuran uygun olmayan hasta oranını %24,2 olarak saptamıştır. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri yerine acil servislere başvurmalarının pekçok nedeni vardır. Bunlar ebeveynlerin gerçek aciliyet algılarını bilmemeleri, hemen sağlık hizmeti alabilmeleri, laboratuar imkanlarından hızlıca faydalanabilmeleri ve acil servislerin daha kapsamlı ve yeterli imkanları olduğunu düşünmeleridir (88). Ayaz ve arkadaşlarının (87) yaptığı çalışma da ebeveynlerin %40,6'sı gündüz polikliniklerin yoğun olduğu için acil servislere başvurduklarını bildirmişlerdir. Gerçek acil vaka sebebinin en sık nedeni eşin ve kendisinin çalışmasından dolayı acil servise gittiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca ebeveynler %25 oranında acil serviste muayene ve tetkiklerin hızlı olması nedeni ile acil servise başvurduklarını belirtmişlerdir. Gevrek ise acil servise başvuranlar arasında gerçek acillerin oranını %12 olarak bildirmiştir (88).Yapılan çeşitli çalışmalarda hastaların yaklaşık yarısının acil dışısebeplerle çocuk acil servisine başvurduğu saptanmıştır(95,96,97).

Wilson ve Klein acil servislerin daha etkin hizmet verebilmesi için acil olmayan hastaların acil servise başvurularının azaltılması gerektiğini bildirmiştir. Araştırmacılar acil olmayan sebepler ile acil servislerin kullanılması zorunluluğunu etkileyen birçok sosyodemografik faktörün bulunduğunu, aile hekimliği hizmetinin yeterince verilememesi, ileri yaş, düşük sosoyoekonomik durum ve sağlık güvencesinin olmaması gibi etmenlerin acil olmayan başvurular için risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir (98). Bizim hastalarımızın acil servise başvuru nedeni olarak %61,2'si mesai saatleri dışında hastalandığı için, %27,5'i acil serviste hizmetler daha hızlı olduğu için, %15,6'sı gündüz poliklinik kalabalık olduğu için, %25,8'i aile hekimine gittim düzelmediği için, %11,5'i randevu olmadığı için, %1,0'i acil serviste katılım payı az olduğu için, %1,4'ü eşi ve kendisi gündüz çalıştığı için başvurmuştur. Aile hekimliğinde yaptığımız çalışmada ise ebeveynlerin %97,1'i acil olduğu için, %28,4'ü aile hekimi kapalı olduğu için, %12,6'sı hastanede sıra beklemek istemediğinden, %10,5'i gündüz çalıştığından, %5'i acilde hasta daha iyi bakılacağı için acil servisi tercih edeceğini bildirmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda ebeveynler acil servise en sık kendi imkanları ile gelmişlerdir (88,99). Bu sonuçlar bizim çalışmamız ile uyumlu idi. Bizim çalışmamızda hasta ve yakınlarının %45,9'u hastaneye toplu taşım araçları ile, %42,6'sıözel araç, %4,3'ü ambulans ile,%3,6'sıtaksi, %3,6'sı yürüyerek gelmiştir.

Ayaz ve arkadaşları (87)acil servise başvuran hastalarda, şikayetlerin 24 saatten kısa sürede başlayanların oranı %6 iken, Gevrekte (88) bu oran %72,5 olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca araştırmacı gerçek acil vakalar da şikayetlerin 1–2 saat içinde başladığını, doktorlarında bu konuda aynı süreyi tespit ettiklerini bildirmiştir. Bu bize ailelerin çocukların durumunu değerlendirip acil servise gitme kararını aldırmada ilk 1–2 saatin önemli olduğunu düşündürmektedir. Bizim çalışmamızda çocukların şikayetlerinin başlama zamanı %69,6'u 24 saatten fazla, %20,6'sında 12-24saat, %4,3'ünde 6-12 saat, %1,9'unda 2-6 saat, %1,7'sinde 60-120 dakika, %1,2'sinde 15-60 dakika, %0,7'sinde 15 dakikadan az idi.

Hastaların aciliyet durumu bakımından %75,1'inin muayenesi güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilecek düzeyde idi. %17,5'i 121 dakika ile 12 saat arasında müdahale edilmeli. %4,3'ü 61-120 dakika arasında müdahale edilmeli.

%1,9'u 15-60 dakika arasında müdahale edilmeli. %1,2'si 15 dakikadan az süre içinde müdahale edilmeli idi.

Yapılan çalışmalarda acil servise başvuran gerçek acil olarak kabul edilen olguların yaklaşık yarısı yaralanma, acil olmayan olguların ise yaklaşık üçte ikisi enfeksiyon nedeni ile acil birime başvurmuştur. Enfeksiyon tanısı alan hastaların yarısından fazlası üst solunum yolu enfeksiyonu olup, enfeksiyon nedeni acile başvuran hastaların çoğunluğunun aciliyet arzetmediği saptanmıştır. Bu durum gerçekten acil olmayan birey başvurularından kaynaklanan acil servis yoğunluğunun birinci basamak sağlık hizmetleriyle çözülebileceğini göstermektedir (95,96). Frank ve arkadaşları(53) çocuk acil bölümünün, en sık karşılaşılan başvurunun üst solunum yolu enfeksiyonu (%37.4), travma %11,7, yanık %11,2 olduğunu bildirmiştir. Goh ve ark (54) yaptığı çalışmada, çocukların acil servise başvurma nedenlerini araştırmış, en sık gözlemlenen şikayetler; yaralanmalar (%26.9), ateş (%24) ve solunum sıkıntısı (%16.6) olduğunu bildirmiştir. Cerrahpaşa çocuk acil hastalarının değerlendirildiği bir araştırmada, acil müdahale gereken hastaların%60'ı akut alt solunum yolu hastalıkları,%26'sı akut ishallerdi(57).Bizim hastalarımızda acil servise başvuran çocuklar arasında en sık neden %26,8'i akut gastroenterit idi. %18,4'ü akut bronşit, %17,2'si akut tonsilit, %4,5'i idrar yolu enfeksiyonu, %3,8'i ürtiker, %2,9'u infantil kolit, %2,6'sı akut sinüzit, %2,4'üirritabl barsak sendromu, %2,2'si konstipasyon, %2,0'si diğer ÜSYE, %1,6'sı akut otit, %1,6'sı yumuşak doku enfeksiyonu / travması, %1,4'ükonversiyon, %1,2'si konvülziyon, %1,2'si diğer karın semptomları, %1,2'si ilaç entoksikasyonu, %1,0'iepistaksis, %1'i mantar/cilt hastalıkları, %1,0'i birinci derece yanık, %0,7'sisenkop, %0,7'si gıda entoksikasyonu, %0,7'siyenidoğan semptomları, %0,7'si suçiçeği/zona idi.

Son yıllarda toplumda psikiyatrik acillerin hızla arttığı saptanmıştır (100). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada son yıllarda çocuklarda psikiyatrik acil vakaların%59 oranında arttığı bildirilmiştir (101).Christodulu ve ark. (100)acil servise başvuran çocuklar arasında psikiyatrik nedenlerin %5'inin psikiyatrik nedenlerden oluştuğunu bildirmiştir.

Amerika Birleşik Devletlerinde 18 yaş altında psikiyatrik sebepler ile acil servise gelen olguların oranı %1.6 idi (101). Ülkemizde yapılan çalışmalarda suisid

girişimlerin gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında adolesan ölümlerinin çok az görülen bir nedenidir (102,103). Bununla beraber resmi suisid oranlarının gerçek değerinden yaklaşık %40-50 oranında daha az olduğu tahmin edilmektedir (102). Çünkü suisid girişimleri ülkemizde toplumsal olarak onaylanmamakta ve rencide edici bir olay olarak değerlendirilmektedir (102).Bizim hastalarımız arasında %1,2'si ilaç entoksikasyonu mevcut idi.

Yapılan çalışmalarda adolesan acil vakaların %3-8'nin interne edildiği, en sık yatış endikasyonunun ise enfeksiyon ve travma olduğu saptanmıştır (95,96). Tokgöz ise yaptığı çalışmada interne edilen olguların %46.0'sının akut batın olduğunu, acil servise en sık başvuru nedeni olan travma ve enfeksiyonların yatış tanıları içinde oldukça düşük bir orana sahip olduğunu ve tüm yatış tanılarının yaklaşık %12.0'sini oluşturduğunu bildirmiştir (104). Bizim çalışmamızda hastaların %3.3'ü hastaneye yatırılmıştır.

Sonuç olarak çalışmamızda hastaların aciliyet durumu bakımından %75,1'inin muayenesi güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilecek düzeydeydi. %1,2'si ise 15 dakikadan az süre içinde müdahale edilmeliydi. Hastaların %95,9'unda aciliyet düzeyi yeşildi. Acil servislerde hastalara daha iyi bir hizmet verebilmek ve gerçekten acil olan hastalara tanı ve tedavi için yeterli zamanın ayrılabilmesi için ebeveynlerin aciliyet algılarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

7. SONUÇLAR

1- Aileler polikliniklerden randevu alamadıkları ve kalabalık olduğu için, poliklinikler ailelerin isteklerini karşılayamamaktadır. Acil servislerde daha hızlı tetkik ve tedavi yapıldığı için, aileler çocuk acil servislere daha sık başvurmaktadırlar.

2- Ebeveynlerin önemli bir kısmı acil servise başvurmadan önce herhangi bir kimseye danışmamış ve müdahalede bulunmamıştır.

3- Aileler çocuklarına en iyi hizmetin Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Acil Servisinde verildiğini bildirmişlerdir.

4- Ebeveynlerin önemli bir kısmı Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Acil Servisinde verilen hizmetten memnun olduklarını bildirmişlerdir.

5- Hastaların aciliyet durumu bakımından %75,1'inin muayenesi güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilecek düzeyde idi. Hastaların %95,9'unda aciliyet düzeyi yeşil idi. Ebeveynlerin önemli bir kısmı acil olmadığı halde acili gereksiz olarak meşgul etmişlerdir.

6- Çocuk acil servise başvuran çocukların önemli bir kısmına semptomatik tedavi verilip gönderildi. Bu tedavi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de yapılabilirdi. Çocuk acil servise gelen hastaların önemli bir kısmı gerçek acil değildi.

7- Ailelerin ekonomik seviyeleri daha iyi oldukça çoçuklarına acil durumlarda müdahalede bulunmaları artmaktadır.

8- Annenin eğitim seviyesi arttıkça çoçuklarına acil durumlarda müdahalede bulunmaları artmaktadır.

9- Çalışmamıza katılan ebeveynlerin sosyoekonomik düzeyleri düşük ve çok çoçuklu ailelerden oluşmaktadır.

10- Çalışmamızda ebebeynlerin eğitim seviyeleri düşük bulunmuştur.

11- Çoçukların babalarının mesleğinin çoğunun düzensiz ve düşük gelirli oldukları gözlenmiştir.

12- Ebeveynlerin %60'ıacil telefon numarasını, %25'i çocukların ateşlerinin ne kadar olması gerektiğini doğru cevaplayabildiler. Bu bize ebeveynlerin sağlık bilgi düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir.

13- Ebeveynlerin %25'i aile hekimini tanımamaktadır. Bu da birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığını göstermektedir.

14- Ebeveynlerin %48'i çocuğa en iyi aile hekimliğinde bakıldığını bildirdiler.Ebeveynler çocuklarında acil bir sorun olduğunda %38'i aile hekimine giderim diyor. Bu da bize birinci basamak sağlık hizmetlerinin daha az kullanıldığını göstermektedir.

15- Ebeveynlerin %92'si acil servise gitmeden önce kimseye danışmadıklarını belirmişlerdir. Buda bize ebeveynlerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmadığını gösterir.

16- Ebeveynlerin %97'si kamuya ait acil servisi tercih etmişlerdir. Bunun nedeni olarakta ulaşılabilirliğinin kolay olması, maddi nedenler ve hızlı bakıldığı için başvurmuşlardır.

17- Anne ve baba eğitimi arttıkça, ekonomik durum iyi olanlarda acil ambulans telefonu bilme oranı artıyordu.
18- Ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile çocuklarda normal ateşi bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.
19- Ailelerin evlerinin acile uzaklığı arttıkça, acil hizmetinden memnuniyetleri azalmakta idi.
20- Ebeveynler kız çocuklarına göre erkek çocukları daha fazla acil servise götürmektedir.
21- Yaş grupları arttıkça ebeveynler çocuklarını daha az acile götürüyorlardı. Küçük yaşdaki çoçuklar daha sık acili kullanıyorlar.
22- Çocuk sayısı arttıkça Acil Servisi kullanma sıklığı artmaktadır.
23- Acil Servislerin yerleşim yerlerine yakın olması, ulaşımı kolay olması, başvuru sıklığını artırmaktadır.
24- Acile başvurmadan daha önce polikliniği yada aile hekimliğine başvurunlar, direkt acile başvuranlara göre acil hizmetlerinden memnuniyetleri daha fazlaidi.
25- Ailenin ekonomik durumu orta-iyi olanlar, ekonomik durumu kötü-çokkötü olanlara göre acilden daha az memnundular ve bu istatistiksel olarak oldukça anlamlı idi.
26- Çocuğu acile götüren anne ve babalar çocuğu acile götüren yakın akrabaya göre daha az memnundu ve bu anlamlı idi.
27- Gerçek acil olançoçuklar daha erken muayene oluyorlar, daha çabuk acile getiriliyor.
28- Ailelerin acilde bekleme süreleri kısaldıkca memnuniyetleri artmakta idi.
29- Çoçuğunu acile götüren ebebeynlerin yaşları arttıkça memnuniyetleri artmakta idi.
30- Ailelerin çoğunluğu(%59) acilde çoçuklarına bakan hekimin uzman olduğunu belirtmişlerdir.

8.ÖNERİLER

1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi verilmesi, danışma mekanizmasının aile hekimi olması, acil servislerin gereksiz kullanımını azaltır.

2. Acil olmayan poliklinik hizmetlerinin iyileştirilmesi, bekleme sürelerinin azaltılması, muayenenin ve tetkiklerin hızlı yapılması, ebeveynlerin acil servise başvurmalarını azaltacaktır.

3. Poliklinik hizmetlerinin daha işlevsel olması, poliklinik hizmetlerinin daha hızlı olması acil servislerin gereksiz kullanımını azaltır.

4. Topluma yönelik sağlık eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştırılması, servislerin gereksiz kullanımını azaltır.

5. Toplumda oluşturulacak olan sağlık danışma hattı ile bireyler bilgilendirilerek acil servislerdeki yığılmalar önlenebilir.

6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi verilmesi, danışma mekanizmasının Aile Hekimi olması, Acil Servislerin gereksiz kullanımını azaltır.

7. Acil olmayan poliklinik hizmetlerinin iyileştirilmesi, bekleme sürelerinin azaltılması, muayenenin ve tetkiklerin hızlı yapılması, ebeveynlerin Acil Servise başvurmalarını azaltacaktır.

8.Hastalara daha iyi bir hizmet verebilmek ve uygunsuz olarak Acil servise başvuruları azaltabilmek için; Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılması daha etkin hale getirilmesi gerekmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Hansagi H, Carlsson B, Brismar B. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. Health Care Manage Rev. 1992;17:71-5.

2. Aşılıoğlu N, Akkuş T, Baysal K.Çocuk Acil Servisinde Ebeveyn Memnuniyeti ve Etkileyen Etmenlerin Araştırılması. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2009;9:65-72.

3. Yarnold PR, Michelson EA, Thompson DA, Adams SL. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. J Behav Med. 1998; 21:545-563.

4. Matulich E, Finn DW. Determinant criteria in patient satisfaction surveys. J Amb Care Manage. 1989;12:45-51.

5. Booth AJ, Harrison CJ, Gardener GJ, Grray AJ. Waiting times and patient satisfaction in the accident and emergency department. Arch Emerg Med. 1992; 9:162-168.

6. Lewis KE, Woodside RE. Patient satisfaction with care in the emergency department. J Adv Nurs.1992;17:959-64.

7. Bulut H. Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi.2006;12:288-98.

8. Cander B, İkizceli İ, Yıldırım C, Baydın A, Dilsiz A, Kaymakçı A. Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2008;7:9-16.

9. Redley B, Beanland C. Revising the critical care family needs ınventory for the emergency department. Journal of AdvancedNursin, 2004;45:95-104.

10. Yardan T, Eden AO, Baydın A, Genç S, Gönüllü H. Acil serviste hasta yakınları ile iletişim. Akademik Acil Tıp Dergis. 2008;7:9-13.

11. Orr TS, Charney E, Straus J, Bloom B. Emergency room use by low ıncome children with a regular source of health care. Medical Care. 1991;29:283-86.

12. Goldwag R, Berg A, Yuval D, Benbassat J. Predictors of patient dissatisfaction with emergency care**.** Israel Medical Association Journa. 2002;4:603-6.

13. Isır AB, Dülger HE, Yıldırım C. Acil hemşiresinin görevleri ile hukuksal ve

etik sorumlulukları. Türkiye Acil Tıp Dergisi.2006;6:90-6.

14. Committee on Pediatric Emergency Medicine-History. 2007 [cited 2007 2007]; Available from: http://www.aap.org/visit/copemhistory.htm.

15. Li, M., Baker MD, Ropp LJ. Pediatric emergency medicine: a developing subspecialty. Pediatrics, 1989;84:336-42.

16. Yılmaz HL. Dünyada ve Türkiye'de Çocuk Acil Bilim Dalı'nın Gelişimi. Karaböcüoğlu M, Yılmaz HL, Duman M editörler. Çocuk Acil Tıp Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2017;42:12-15.

17. Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri. Mevcut Durum ve Öneriler.Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği. 2008.

18. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı. 'Her Branşta İlk 100 Hastane'2017 Yılı Kamu Hastaneleri Poliklinik, Yatış, Yoğun Bakım, Ameliyat, Acil Servis ve Doğum Sayıları .Mart 2018. Ankara.

19. Bazaraa HM, El Houchi S, Rady HI. Profile of patients visiting the Pediatric Emergency Service in an Egyptian University Hospital. Pediatr Emerg Care2012; 28:148-152.

20. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete: T.C.; 16.10.2009.

21. Yava A, Koyuncu A. Acil Serviste Kritik Bakım. İçinde: Aslan FE, Olgun N (editörler). Erişkinlerde Acil Bakı., 1. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2014: 215-216.

22. Bodur HA. Kritik hastanın transportu. Yoğun Bakım Dergis., 2005;5:36-41.

23. Enç N. Yoğun bakım hemşireliği. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Ensitüsü Dergisi. 2005;4:25-8.

24. Kinrade T, Jackson CA, Tomnay EJ. The pyschosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses" and family members perspectives. Australian Journal of Advanced Nursing. 2010;27:82-8.

25. What to do in an emergency. American College of Emergency Physicians. June 2003. http://www.acep.org (06/05/2010).

26. American College of Emergency Physicians Board of Directors. Duty of emergency physicians to patients. Ann Emerg Med.1993;22:153.

27. Öztürk MA, Güneş T. Acil Hastanın Özellikleri Ve Acil Hastaya Yaklaşım. Pediatri Özel Dergisi. 2004;2:65.

28. Breen BM, McCann M. Healthcare providers attitudes and perceptions of 'inappropriate attendance'in the Emergency Department. International Emergency Nursing 2012;21:180-5.

29. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. BMC Research Notes 2012;5:525-33.

30. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions annals of emergency medicine 2008;52:126-36.

31. Brim, C. A descriptive analysis of the non-urgent use of emergency departments. Journal of Nursing Research. 2008;15: 72-88.

32. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. Cadernos deSaude Publica. 2009;25: 7-28.

33. Jones D. How GPs can help reduce inappropriate attendance. Emergency Nurse. 2011; 19: 20-23.

34. 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. Turk J Emerg Med.2006;6:25-35.

35. Raven M, Lowe RA, Maselli J, Hsia RY. Comparison of presenting complaint vs. discharge diagnosis for identifying "non-emergency" emergency department visits. JAMA. 2013;309: 1145-53.

36. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Overcrowding crisis in our nation's emergency departments: is our safety net unraveling? Pediatrics. 2004;114:878–88.

37. Afilalo M, Guttman A, Colacone A, Dankoff J, Tselios C, Beaudet M, Lloyd J. Emergency Department Use and Misuse. J Emerg Med. 1995;13:259-264.

38. Prince M, Worth C. A Study Of Finappropriate Attendances To A Paediatric Accident and Emergency Department. J Public Health Med. 1992;14:177–182.

39. Ersel M, Karcıoğlu Ö, Yanturalı S, Yürüktümen A, Sever M, Tunç MA. Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi. 2006;6:25-35.

40. Sempere ST, Peiro S, Sendra-Pina P, Martinez-Espin C, Lopez-Aguilera I. Inappropriate Use Of An Accident and Emergency Department: Magnitude, Associated Factors, and reasons an approach with explicit criteria. Ann Emerg Med. 2001;37:568–79.

41. Twanmoh JR, Cunningham GP. When overcrowding paralyzes an emergency department. Manag Care. 2006; 15:54–9.

42. Pines JM, Prabhu A, McCusker CM, Hollander JE. The effect of ED crowding on education. Am J Emerg Med. 2010;28:217–20.

43. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. Ann Emerg Med.2007;49:275-81.

44. SAEM Ethics Committee. Ethics of emergency department triage: SAEM position statement. Acad Emerg Med.1995;2:990-995.

45. Ganley L, Gloster A. An overview of triage in the emergency department. Nursing Standard. 2011;26, 49-57.

46. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Kyriacou DN, Adams JG.Reliability and validity of scores on the emergency severity index version 3. Acad Emerg Med. 2004;11:59-65.

47. Ruddy MR. Evaluation of respiratory emergencies in infants and children. Clin Ped Emerg Med 2002;3:56-62.

48. Soysal DD. Mekanik ventilasyonda monitorizasyon. in: Karaböcüoğlu M, ed. Pediatrik Mekanik Ventilasyon. Ankara: Çağdaş Medikal Kitabevi; 2003: 133-71.

49. Geelhold GG, Macdonald WB. Oral and inhaled steroids in croup: a randomized, placebo-controlled trial. Pediatr Pulmonol 1995; 20: 355-61.

50. 11.05.2000 Tarihli Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (11.05.2000 Tarihli 24046 Sayılı Resmi Gazete).

51. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği. Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri Mevcut Durum ve Öneriler. 2008.

52. Merrill CT, Owens PL, Stocks C. Pediatric Emergency Department Visits in Community Hospitals From Selected States, 2005: Statistical Brief #52. 2008 May. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb–.May 2008.

53. Fank DA, Nicole Roos N, Meyers A, Napoleone M, Peterson K, Cather A, Cupples LA. Seasonal Variation in Weight-for-Age in a Pediatric Emergency Room. Public Health Reports. 1996;111:366-71.

54. Goh AY, Chan TL, Abdel-Latiff ME. Paediatric utilization of a general emergency department in a developing country. Acta Paediatr. 2003;92:965-9.

55. Krauss BS, Harakal T, Şeisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 1991;7:67-71.

56. Ayvaz A, Güngör N, Topbaş M. Trabzon Sürmene Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine Başvuran Çocuk Hastaların Özellikleri C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 29:156-62.

57. Keskin S, Aji DY, Akalp F. Cerrahpaşa çocuk acil'94: Genel değerlendirme. Türk Pediatri Arşivi 1995; 30: 90-94.

58. Hostutler JJ, Taft SH, Snyder C. Patient needs in the emergency department. Nurses'and patients'perceptions. J Nurs Admin. 1999; 29: 43-50.

59. Crane JA. Patient comprehension of doctor patient communication on discharge from the emergency department. J Emerg Med . 1997;15:1-7.

60. Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the emergency department: what does the literature say? Acad Emerg Med, 2000;7:695-709.

61. Forrest CB, Simpson L, Clancy C. Child health services research challenges

and opportunities. JAMA 1997;277:1787-93.

62. Yildirim C, Kocoglu H, Goksu S, Gunay N, Savas H. Patient satisfaction in a university hospital emergency department in Turkey. Acta Medica (Hradec Kralove). 2005;48:59-62.

63. Rhee KJ, Bird J. Perception and satisfaction with emergency departmant care. J Emerg Med. 1996;14:679-83.

64. Hall JA, Dornan MC**.** Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Soc Sci* Med.1988**;**27:935-939.

65. Schwartz LR, Overton DT.The management of patient complaints and dissatisfaction. Emerg Med Clin NorthAm. 1992;10:557-72.

66. Murray MJ, LeBlanc CH. Clinic follow-up from the emergency department: do patients show up? Ann Emerg Med. 1996;27:56-58.

67. Linn BS**.** Burn patients'evaluation of emergency department care. Ann Emerg Med.1982; 11:255-59.

68. Nelson AM, Brown SW, Wood SD. Improving Patient Satisfaction Now: How to Earn Patient and Payer Loyalty. Aspen Publishers, 1997.

69. Bursch B, Beezy J, Shaw R. Emergency department satisfaction: what matters most? Ann Emerg Med. 1993;22:586-591.

70. Chande VT, Bhende MS, Davis HW. Pediatric emergency department complaints: a three-year analysis of sources and trends. Ann Emerg Med. 1991;20:1014-16.

71. Akkaya E. Acil servise başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen faktörler. Uzmanlık Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 2008.

72. Heidegger T, Saal D, Nuebling M. Patient satisfaction with anaesthesia care: What is patient satisfaction, how should it be measured, and what is the evidence for assuring high patient satisfaction? Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2006;20:331-46.

73. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi.2005;5:5-13.

74. Sezgin B. Acil servise başvuran hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetlerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir. 1998.

75. Krishel S, Baraff LJ**.** Effect of emergency department information on patient satisfaction. Ann Emerg Med**.**1993; 22:568-72.

76. Maitra A, Chikhani C**.** Patient satisfaction in an urban accident and emergency department. Br J Clin Pract.1992;46:182-84.

77. Bopp KD. Value-added ambulatory encounters: A conceptual framework. J Ambulatory Care Manage. 1989;12:36-44.

78. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, information delivery and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Ann Emerg Med. 1996;28:657-65.

79. Hedges JR, Trout A, Magnusson AR. Satisfied Patients exiting the emergency department (SPEED) study. Acad Emerg Med. 2002;9:15-21.

80. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin HR. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. Ann Emerg Med. 2000;35:426-34.

81. Cleary PD, Edgman-Levitan S. Health care quality: incorporating consumer perspectives. JAMA.1997;278:1608-12.

82. Topaçoğlu H. Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyetini etkileyen Faktörlerin Analizi. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2002.

83. KaragünÖŞ. Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarda Hoşnutluk Düzeyi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 2006.

84. Lambe S, Washington DL, Fink A, Laouri M, Liu H, Fosse JS, Brook RH, Asch SM. Waiting times in California's emergency departments. Ann Emerg Med. 2003;41:35-44.

85. Boudreaux ED, D'Autremont S, Wood K, Jones GN. Predictors of emergency department patient satisfaction: stability over 17 months.

Acad Emerg Med. 2004;11:51-58.

86. Patel PB, Vinson DR. Team assignment system: expediting emergency department care. AnnEmerg Med.2005;46:499-506.

87. Ayaz A. Trabzon Sürmene Devlet Hastanesi Acil Polikliniğine Başvuran Çocuk Hastaların Özellikleri. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;29:156–162.

88. Gevrek O. Çocuk Acil Servise Başvuran EbeveynlerinVe Doktorların Aciliyet Algıları Ve Bu Durumu Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı, 2012.

89. Kalindindi S. Parental Perception of Urgency of Illness. Pediatric Emergency Care 2010;26:549–53.

90. Civaner M. Bir Devlet Hastanesinin Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi. Sağlık ve Toplum Dergisi.1999;9:3–7.

91. Edirne T, Edirne Y, Atmaca B, Keskin S. Yüzüncü Yıl Tıp Fakültesi Acil Sevis Hastalarının Özellikleri. Van Tıp Dergisi. 2008; 15:107–111.

92. Gürsoy ŞT, Çiçeklioğlu M, Türk M, Sözbilen M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisine Bir Yıl İçinde Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin ve Başvuru Zamanlarının Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi, 1999; 38:109–12.

93. Atabek ME, Oran B, Çoban H, Erkul İ. Çocuk Acile Başvuran Hastaların Özellikleri. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1999;15:89–92.

94. Carret M, Fassa A, Kawachi I. Demand For Emergency Health Service: Factors Associated With İnappropriate Use. BMC Health Serv Res. 2007;7-131.

95. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Emergency department utilization by adolescents in the United States. Pediatrics 1998;101:987-994.

96. Grove DD, Lazebnik R, Petrack EM. Urban emergency department utilization by adolescents. Clin Pediatr 2000;39:479-83.

97. Zimmer KP, Walker A, Minkovitz CS. Epidemiology of pediatric emergency department use at an urban medical center. Pediatr Emerg Care

2005;21:84-89.

98. Wilson KM, Klein JD. Adolescents who use the emergency department as their usual source of care. Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:361-65.

99. Yıldırım G. Acil Serviste Hemşirelik Hizmetlerini Etkileyen Faktörler ve Hastaların Beklentilerinin Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tezi,1994.

100. Chrıstodulu KV, Lıchensteın R, Weıst MD, Shafer ME. Psychiatric emergencies in children. Ped Emerg Care. 2002;18:268-270.

101. Edelsohn GA, Gomez J. Psychiatric emergencies in adolescents. Adolesc Med. 2006;17:183-204.

102. Aktepe E, Kandil S, Topba M. Çocuk ve adolesanlerde intihar davranışı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.2005;4:88-97.

103. Fidaner C, Fidaner H. Türkiye'de çocuk intiharları epidemiyolojisi. Türk Psikiyatri Dergisi 1992;4:255-260.

104. Tokgöz Y. Çocuk Acil Servisine Başvuran Adolesan Hastaların Sosyodemografik Ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2006.

10. ÖZGEÇMİŞ:

Adı	İbrahim Halil	**Soyadı**	Çaça
Doğum Yeri	Gaziantep	**Doğum Tarihi**	01.02.1972
Uyruğu	T.C.	**Tel**	05062864711
E-posta	i.halilcaca@gmail.com		

EĞİTİM DÜZEYİ

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Tıp Fakültesi	Uludağ Üniversitesi	1990-1997
Y. Lisans	Tıp Fakültesi	Uludağ Üniversitesi	1990-1997
Doktora	Halk Sağlığı	Dicle Üniversitesi	2013-

İŞ DENEYİMİ

Görev unvanı	Görev yeri	Yıl
Pratisyen hekim	Diyarbakır Çermik Merkez Sağlık Ocağı	1998-1999
Pratisyen hekim	OHAL Bölge Valiliği Kurum Tabipliği	1999-2002
Pratisyen hekim	Diyarbakır Göğüs Hastalıkları Hastanesi /Acil Servis	2002-2010
Pratisyen hekim	Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi/Acil Servis	2010-

11. EK'LER:

Ek-1.Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil Servisine Başvuruların Değerlendirmesi ve Araştırması Anket Formu

Hasta Bilgi Formu: Bu bilgi formu, çocuk acil servise başvuran kişilerin doldurması için hazırlanmıştır. Bu bilgi formu ile acil servise başvuran çocukların ebeveynlerin aciliyet algılarını incelemek amaçlanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta ve süre olarak 1-2 dakikanızı alacaktır. Ankette yer alan kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve kimseye verilmeyecektir. Bu ankete ve araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Anket no:

Anketi dolduranın Adı soyadı: İmza:

1. Hasta yakınlığınız nedir?

a. Anne- b-Baba c.Yakın akraba d.Bakıcı e.Diğer……

2- Yaşınız……

3. Cinsiyet : 1-Kadın 2-Erkek

4. Eğitim durumunuz nedir ?

a. İlkokul b.Ortaokul c. Lise d. Üniversite e. Okur yazar değil

5. Çocuğun Annesinin mesleği nedir : .....

6- Çocuğun Babasının mesleği nedir: …….

7. Sizce ailenizin ekonomik durumu nasıldır?

a- Çok İyi b-İyi c-Orta d-Kötü e-Çok kötü

8. a-Evde yaşayan kişi sayısı:…….

b-Evde 18 yaş altında yaşayan kişi sayısı……

9. Sağlık güvencesi:……1-SGK 2- Özel 3-Diğer

10. a-Çocuğun yaşı: b-Çocuğun cinsiyeti:

11. **a.** Çocuğunuzun şikâyetleri nelerdir? **(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1-Ateş 7- Alerjik reaksiyon / Döküntü

2-Kusma / İshal 8 -Havale

3-Karın ağrısı 9 -Bayılma

4-İştahsızlık / Beslenememe 10-Bilinç değişikliği/ Genel durumbozulması

5-Öksürük / Nefes darlığı 11-Kanama-Travma

6-Göğüs ağrısı / Çarpıntı -Zehirleme 12-Diğer…….

b.Çocuğun şikayetleri ne zaman başladı ...saat

12. Hastaneye nasıl ulaştınız?

a. Ambulans
b. Özel araç (Kendi ya da yakınının aracı)
c. Taksi
d. Toplu taşım araçları
e. Yürüyerek

13. Neden acil servise başvurdunuz ?**(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

a. Mesai saatleri dışında hastalandığı için,
b. Acil serviste hizmetler daha hızlı olduğu için,
c. Randevu olmadığı için,
d. Acilde katılım payı az olduğu için,
e. Eşim ve kendimin gündüz çalıştığımdan dolayı,
f. Gündüz polikinlik kalabalık olduğu için
g-Aile hekimine gittim, düzelmedi

14.Acile gitmeden önce çocuğunuzun durumu hakkında herhangi birine danıştınız mı?

1- Hayır

2- Evet: -Sağlık personeli -Aileden biri -Komşu/Arkadaş - İnternet - Diğer

15. Çocuğunuzun şikayeti için herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?

1- Hayır, durumunu takip ettim, hemen acil servise götürdüm
2- Pozisyon / hava yolu açıklığı sağlamaya çalıştım
3- İlaç / buhar verdim
4- Duş aldırdım / Kusturdum / Tampon yaptı
5- Diğer:

16- Acil servise gelmeden önce başka bir yere başvurdunuz mu?

1—Hayır 2-Evet:(neresi)……

17.Acil servise ne kadar sürede ulaştınız ?…….

18. Muayene olmak için acil serviste ne kadar beklediniz ?……

19. Evinizin acil servise uzaklığı ne kadar?

a. 0-4 km b. 5-10 km c.11-20 km d.20 km fazla

20. Çocuğunuzu takip eden bir hekim var mı ?

a. Hayır b.Evet 1.Aile Hekimi 2.Uzman Hekim

21. Son 1 yıl içinde kaç kez acil servise geldiniz ?……kez

22. Sizce çocuğunuz acil sorunu olduğunda en iyi nerede bakılıyor ?

a. Çocuk Hast. Acil servis b. Özel hastane c. Üniversite d. Aile Hekimi

23. Acilde karşılaştığınız problem oldu mu?

1-Hayır hiç problem yaşamadım

2-Doktor ilgisi azdı-bilgilendirme yapılmadı

3-Personel davranışları olumsuzdu

4-Çok fazla bekledim

5-Fiziki şartlar kötüydü

6-Temizlik sorunları

24. Acil servisten aldığınız hizmet genel olarak sizce nasıldır?

a. Çok kötü b.Kötü c.Orta d.İyi e.Çok iyi

25. Hastaneye giriş saati: Muayene oluş saati:

26.

	Lütfen aşağıdaki ifadelerle ilgili görüşlerinizi sizin için uygun olan kutucuğu işaretleyerek belirtiniz (x).	**Evet**	**Biraz / Kısmen**	**Hayır**
1	Hastanede bekleme süreleri hakkında bana bilgi verildi.			
2	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti genel olarak iyiydi.			
3	Bekleme salonları rahattı.			
4	Tüm personel bana karşı ilgiliydi.			
5	Acil servis çalışanları kişisel mahremiyetime (muayene edilirken kapının kapanması, aradaki perde ya da paravanın çekilmesi gibi) özen gösterdi.			
6	Beni muayene eden doktor hastalığım ile ilgili bana bilgi verdi.			
7	İhtiyaç halinde gerekli sağlık personeline kolaylıkla ulaştım.			
8	Acil servis genel olarak temizdi.			
9	Acil serviste verilen hizmet genel olarak iyiydi.			
10	Acil servisten ayrılırken taburculuk sonrası süreçle ilgili bana bilgi verildi.			

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulan Anket Bilgileri

1.Çocuğunuzun şikayetleri ne zaman başladı ?

a. 15 dk az b.15-59 dk c.60-119 dakika d.2 saat-5saat 59 dk e.6saat-11 saat 59dk f.12-24 saat g.24 saatten fazla

2. Hastanın aciliyet durumunu sınıflandırırmısınız ?

a. 15 dakikadan az süre içinde müdahale edilmeli

b. 15-60 dakika arasında müdahale edilmeli.

c. 61 -120 dakika arasında müdahale edilmeli.

d. 121 dakika – 12 saat arasında müdahale edilmeli.

e. Muayene güvenli bir şekilde yarına kadar bırakılabilir.

3. Bu hasta için muayene sonrası belirlediğiniz karar ne oldu ?

a. Önerilerde bulunulup eve gönderildi.

b. Semptomatik tedavi

c. Tetkik - tedavi

e. Tetkik - tavsiye

f.Tetkik - konsültasyon

g. Tetkik - gözlem

e.Tetkik – yatırma

4. Hasta hangi neden ile acil servise gelme ihtiyacı duymuştur ? (Birden çok işaretleyebilirsiniz)

a. Mesai saatleri dışında hastalanması

b. Gündüz polikliniğin kalabalık olması

c. Eşi veya kendisinin çalışması nedeni ile gündüz evde olmamasından dolayı

d. Randevusuz acile gelinebilmesinden dolayı

e. Acil hizmetlerinin daha iyi sunulmasından dolayı.

f. Diğer
(…….)

5-Öntanı:…….

6- Aciliyet düzeyi:

a. Kırmızı b.Sarı c.Yeşil

Ek-2. Aile Sağlığı Merkezine Başvuruların Değerlendirmesi ve Araştırması Anket Formu

Ailelerin çocuk acil sağlık hizmetleri konusundaki bilgi tutum davranışları

Hasta Bilgi Formu: Bu bilgi formu, çocuk acil servise başvuran kişilerin doldurması için hazırlanmıştır. Bu bilgi formu ile acil servise başvuran çocukların ebeveynlerin aciliyet algılarını incelemek amaçlanmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanmakta ve süre olarak 1-2 dakikanızı alacaktır. Ankette yer alan kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve kimseye verilmeyecektir. Bu ankete ve araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmak istiyorum.

Anketi dolduranın adı soyadı:

Hasta yakınlığınız nedir:

Aile üyeleri	1-Yakınlık derecesi	2-Cinsiyet	3-Yaş	4-Meslek	5-Eğitim	6-Medeni durum	7-Özür durumu	8-Son bir yıl çocuğunuz Acile gitti mi
1	Baba							
2	Anne							
3								
4								
5								
6								
7								

Özür durumu:

0-Yok 1-Görme zorluğu 2-Konuşma zorluğu 3-İşitme zorluğu
4-Hareket zorluğu 5-Psikiyatrik hastalık 6-Öğrenme zorluğu (zeka geriliği)
7-Epilepsi 8-Kronik hastalık

Mesleği: 1-İşveren 2-Ücretli işçi 3-Maaşlı memur 4-Yevmiyeli işçi (mevsimlik
5-Emekli 6-Ev hanımı 7-Öğrenci 8-Çalışmıyor

Eğitim durumu: 9-Diğer……
1-OYD 2-OY 3-İlkokul 4-Ortaokul 5-Lise 6-Üniversite

Cinsiyet:

1- Kadın 2-Erkek

9.Size göre ailenizin ekonomik durumunuz nasıl ?

1-Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

10. Sağlık güvencesiniz 1-SGK 2-Özel 3- Yok

11. Çocuğunuz rahatsızlandığında ambulans için hangi numarayı ararsınız?

a-155 b-111 c-112 d-118 e-114

12. Çocuğunuzda ateşin normal olduğunu söyleyebilmek için ateşinin kaç derece olması gerekir ?

a. 34-35 arası b. 36-37 arası c. 38-39 arası d. 40 ve üstü

13. Çocuğunuz ateşlendiğinde ilk ne yapasınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

a. Sağlık kuruluşuna başvururum
b. Hemen ılık duş aldırırım
c. Üzerindekileri çıkarırım
d. Odayı soğuturum
e. Ateş düşürücü veririm
f. Ilık uygulama yaparım
g. Sirkeli suyla silerim
h Bol su içiririm
ı.Diğer(Belirtiniz)…

14. Aile hekiminizi tanıyor musunuz? 1- Evet 2-Hayır

15. Sizce Çocuğunuzun acil olup olmadığınızı kim karar vermeli ? (Birden çok şıkkı işaretleyebilirsiniz).

a.Hemşire b.Pratisyen c.Tıbbi Sekreter d. Acil uzmanı e.Anne baba

16. Acile gitmeden önce çocuğunuzun durumu hakkında herhangi birine danışır

mısınız?

1- Hayır
2- Evet:-Sağlık personeli -Aileden biri -Komşu/Arkadaş -İnternet - Diğer

17. Sizce çocuğunuzun bakımı için en iyi yer hangisidir?

1-Aile hekimi 2-Özel hastane 3-Devlet hastanesi
4 –Üniversite 5-Acil

18. Çocuğunuzun rahatsızlığı için Acil tercih etmenizin sebebi nedir? (Birden çok şıkkı işaretleyebilirsiniz).

a. Acil olduğu için
b. Aile hekimi kapalı olduğundan
c. Acil evime yakın olduğundan
d. Hastanede sıra beklemek istemediğimden
e. Gündüz çalıştığımdan
f. Acilde daha iyi bakıldığı için

19. Çocuğunuza acilde bakan hekimin ünvanı nedir ?

a. Pratisyen b. Uzman c. Asistan d. Akademisyen

20.Çocuğunuz rahatsızlandığınızda ilk nereye başvuruyorsunuz?

1-Aile hekimi 2-Devlet hast. 3-Çocuk hast. 4-Özel hast. 5-Üniversite

21. Çocuğunuz acil sorunu olduğunda ilk nereye gidersiniz?

1-Aile hekimi 2-Devlet hast. 3-Çocuk hast. 4-Özel hast. 5-Üniversite 6-diğer…

22. Çocuğunuzun şikayeti için herhangi bir müdahalede bulundunuz mu?

1- Hayır, durumunu takip ettim, hemen acil servise götürdüm
2- Pozisyon / hava yolu açıklığı sağlamaya çalıştım
3- İlaç / buhar verdim

4- Duş aldırdım / Kusturdum / Tampon yaptım
5- Diğer:

23. Hangi durumlarda çocuğunuzu acile götürürsünüz? (Birden çok cevap verebilirsiniz).

1-Ateş
2-Kusma / İshal
3-Karın ağrısı
4-İştahsızlık / Beslenememe
5-Öksürük / Nefes darlığı
6-Göğüs ağrısı / Çarpıntı
7 -Alerjik reaksiyon / Döküntü
8 -Bayılma-Havale
9-Bilinç değişikliği/ Genel durumbozulması
10-Kanama-Travma
11- Zehirlenme
12- Diğer……

24. Hangi acil servise gittiniz?

1- Özel:
2- Kamu:

Özel-Kamu seçme nedeniniz nelerdir?

1- Maddiyattan dolayı
2- Daha hızlı bakılıyor
3- Daha iyi bakılıyor
4- Uzman doktor bulunduğundan dolayı
5- Girişimsel müdahale şartları daha iyi

Özel-Kamu seçmeme nedeniniz

1- Maddiyat dolayı
2- Yavaş bakılıyor
3- Çok sıra var
4- Uzman doktor yok
5- Ortam şartları ve temizlik uygun değil

25. Diyarbakırdaki Çocuk Acil hizmetlerinden memnuniyetiniz ne kadardır?

1-Çok iyi 2-İyi 3-Orta 4-Kötü 5-Çok kötü

26.İleride herhangi bir acil durumunda acil sevise tekrar gitmeyi veya yakınlarınıza gitmeyi tavsiye edermisiniz? 1. Evet 2. Hayır

27. Acil sevisteki doktorlar çocuğunuzun durumu ile ilgili sizi bilgilendirmeleri nasıldı?1. Kötü 2. Normal3. İyi

Ek-3. Tez hazırlanması sürecindeki adımlar.

Tez Hazırlanma Süreci	**2018**				**2019**				**2020**		
	Ocak Mart	Nis. Haz.	Tem. Eylül	Ekim Arlk.	Ocak Mart	Nis. Haz.	Tem. Eylül	Ekim Arlk	Ocak Mart	Nis. Haz.	Tem. Eylül
Literatür taranması											
Tezin Belirlenmesi											
Örneklem Hacminin Belirlenmesi											
Anketlerin Oluşturulması											
Ön testlerin uygulanması											
Anketlerin Son Halinin oluşturulması											
Acil Anketin Uygulanması											
Saha anketinin uygulanması											
Verilerin spss girilmesi ve düzenlenmesi											
Verilerin Analizi											
Tezin girişinin yazılması											
Bulguların yazılması											
Tartışmanın yazılması ve kaynakların düzenlenmesi											
Tezin gelen eleştirilerin düzenlenmesi											
Tes teslimi											

EK-4. Etik Kurul Raporu

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES

75

KARAR

Prof. Dr. Günay SAKA, Dr. İbrahim ÇAÇA isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Ailelerin çocuk acil konusunda bilgi tutum ve davranışları ve çocuk acil servisine başvuruların değerlendirmesi" başlıklı araştırmaya *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u* tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir. Ancak çalışmaya başlanabilmesi için çalışmanın yapılacağı Kurumlardan Resmi Çalışma İzninin alınması ve alınan iznin bir örneğinin Etik Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.

DECISION

The project titled as "Knowledge, attitudes and behaviors of families about children emergency services and evaluation of the applications to the pediatric emergency department" planned by Günay SAKA, İbrahim ÇAÇA has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.

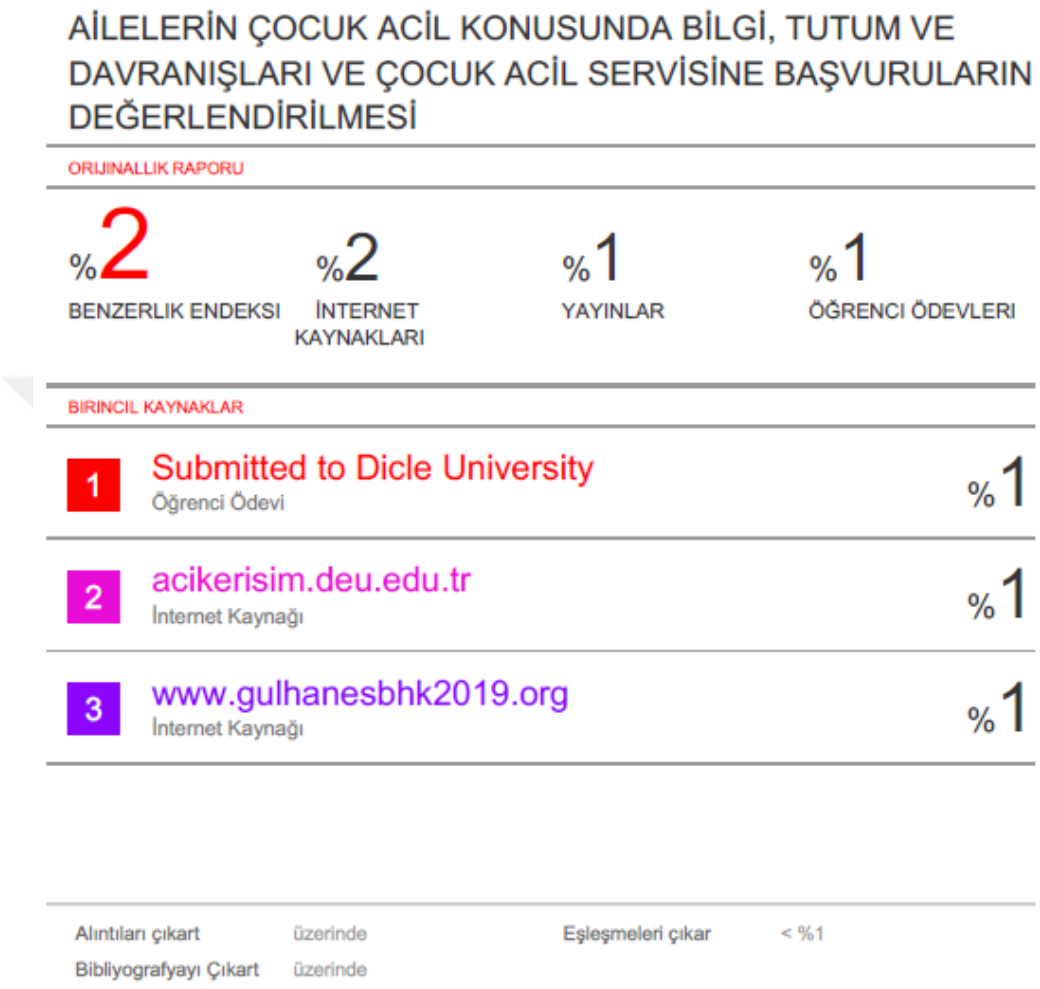
Oturum No (Meeting number) :	Tarih (Date): 15.02.2018	Saat (Hour): 14:00-15:00
KURUL BAŞKANI (CHIEF)	Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	

KURUL ÜYELERİ / MEMBERS

	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	Katılmadı
3	Doç. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
5	Doç. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	Zülfükar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
7	Doç. Dr.	M. Veysi BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
8	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	İzinli
9	Doç. Dr.	Cihan AKGÜL ÖZMEN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
10	Yrd. Doç. Dr.	İsmail YILDIZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
11	Yrd. Doç. Dr.	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası Zemin Kat 21280 Kampüs/DİYARBAKIR
Telefon:+90.412 . 248 80 01-16/4631 Faks:+90.412. 248 84 40 kuruletikdiyar@gmail.com

12.İNTİHAL RAPORU



AİLELERİN ÇOCUK ACİL KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%2	%2	%1	%1
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Dicle University Öğrenci Ödevi	%1
2	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
3	www.gulhanesbhk2019.org İnternet Kaynağı	%1

Alıntıları çıkart	üzerinde	Eşleşmeleri çıkar	< %1
Bibliyografyayı Çıkart	üzerinde		

İmza**