

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

ACİL SERVİSTEN POLİKLİNİK RANDEVUSU
VERİLEREK TABURCU EDİLEN HASTALARDA
TAKİP VE SONUÇLAR

UZMANLIK TEZİ
Dr. MELİKE ÖNER

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. AHMET DEMİRCAN

ANKARA
MAYIS 2025

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

ACİL SERVİSTEN POLİKLİNİK RANDEVUSU
VERİLEREK TABURCU EDİLEN HASTALARDA
TAKİP VE SONUÇLAR

UZMANLIK TEZİ
Dr. MELİKE ÖNER

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. AHMET DEMİRCAN

ANKARA
MAYIS 2025

TEŞEKKÜR

Tezimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, görüşleriyle beni destekleyen ve yol gösterici olan, samimiyetini her zaman hissettiren kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN'a, asistanlık eğitimim boyunca kendilerinden birçok şey öğrendiğim ve destek gördüğüm, saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ayfer KELEŞ, Prof. Dr. Fikret BİLDİK, Prof. Dr. İsa KILIÇASLAN, Prof. Dr. Mehmet Akif KARAMERCAN, Doç. Dr. Mehmet Ali ASLANER ve Dr. Öğr. Üyesi Gültekin KADI'ya;

Acil tıp eğitimim boyunca bana destek olan ve birçok şey öğreten tüm kıdemlilerime, acı tatlı birçok şey yaşadığımız eşkıdemlilerim sevgili Ömer Faruk, Hakan ve Serkan'a, asistan doktor arkadaşlarıma ve tüm çalışma arkadaşlarıma;

Bu süreçte hep yanımda olan ve bunu hissettiren sevgili dostlarım Esra Seyla AKDENİZ'e ve Buğra Bilge ÇELİK'e;

Bugünlere gelmemde en büyük emeği olan, desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen ve hayattaki en büyük şanslarım; sevgili annem Nurcan ÖNER, babam Ahmet ÖNER, kardeşlerim Mustafa ÖNER ve Meltem ÖNER'e;

Sonsuz teşekkür, şükran ve sevgilerimi sunarım.

Melike ÖNER
Ankara, 2025

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO DİZİNİ	v
ŞEKİL DİZİNİ	vi
KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Servis	3
2.1.1. Acil Servisin Tanımı ve Önemi	3
2.1.2. Acil Servisin Tarihsel Gelişimi	7
2.2. Acil Servis Hekimlerinin Rolü ve Görevleri	11
2.2.1. Acil Servis Hekimlerinin Temel Rolü	11
2.2.2. Türkiye'de Acil Servis Hekimlerinin Rolü ve Görevleri	14
2.3. Acil Servise Başvuran Hasta Profili	16
2.4. Acil Servislerin Sağlık Sistemindeki Yeri.....	21
2.4.1. Türkiye’de Acil Servislerin Sağlık Sistemindeki Yeri	25
2.5. Acil Servis ve Taburculuk	26
2.5.1. Acil Serviste Taburculuk Sürecinin Genel Tanımı.....	27
2.5.2. Acil Serviste Taburculuk Kararını Etkileyen Faktörler.....	27
2.5.4. Acil Serviste Taburculuk Türleri.....	29
2.5.5. Taburculukta Karşılaşılan Zorluklar ve Riskler	30

2.5.6. Türkiye'de Acil Servis ve Taburculuk Süreci.....	31
2.6. Acil Servislerin İşlevi ve Hasta Profili	32
2.7. Poliklinik Randevularının Sağlık Sistemi İçindeki Rolü.....	35
2.7.1. Poliklinik Takibinin Önemi	38
2.7.2. Poliklinik Randevularının Hasta Sonuçları Üzerindeki Etkileri.....	41
2.8. Acil Serviste Tekrar Başvuru Sorunu	44
2.8.1. Tekrar Başvuruların Nedenleri	44
2.8.2. Tekrar Başvuruların Hasta ve Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri	48
2.8.2.1. Hasta Üzerindeki Etkileri	49
2.8.2.2. Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri	50
2.8.2.3. Sistemsel Çözüm Önerileri ve Politikalar	51
2.9. Taburculuk Sonrası Takibin Önlenebilir Sonuçları.....	52
2.9.1 Mortalite ve Komplikasyonların Azaltılması	55
2.10. Kronik Hastalık Yönetiminde Poliklinik Takibinin Rolü.....	58
2.11. Doktorların Acil Serviste Karşılaştıkları Sorunlar	62
3. GEREÇ VE YÖNTEM	66
3.1. Çalışmanın Özellikleri ve Planı	66
3.2. Veri Toplama Süreci ve Dışlama Kriterleri.....	66
3.3. Verilerin Elde Edilmesi ve Çalışma Grubunun Oluşturulması	67
4. BULGULAR	69
5. TARTIŞMA	94
6. KISITLILIKLAR	100
7. SONUÇLAR	101

8. KAYNAKLAR	104
9. ÖZET.....	116
10. SUMMARY	118
11. EKLER.....	120
11.1. Ek-1. Etik Komisyon Onay Belgesi	120
12. ÖZGEÇMİŞ	121



TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Demografik Bilgiler	69
Tablo 2. Katılımcılara Ait Hastalık Öyküsü	71
Tablo 3. Katılımcılara Ait Değerler	72
Tablo 4. Katılımcıların Acil Durum Sınıflandırması Koduna Ait Bulgular	74
Tablo 5. Katılımcıların Taburculuk Durumuna Ait Bulgular	74
Tablo 6. Katılımcıların Acilde Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular	76
Tablo 7. Randevu Verilmeyen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu	78
Tablo 8. Randevu Verilmeyen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu	79
Tablo 9. Randevu Verilen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu	80
Tablo 10. Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu	81
Tablo 11. Katılımcıların Acil Servisten Randevu Aldığı Polikliniklere Ait Bulgular	83
Tablo 12. Katılımcıların Triyaj Koduna göre Acil Servisten Randevu Aldığı Polikliniklere Ait Bulgular	85
Tablo 13. Katılımcıların Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 1 Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular	85
Tablo 14. Katılımcıların Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 2 Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular	86
Tablo 15. Katılımcıların Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 3 Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular	86
Tablo 16. Katılımcıların Acil Başvuru Sonrası Mortalite Olma Durumuna Ait Bulgular	87
Tablo 17. Katılımcıların Yaşının Bazı Değişkenler İle İlişkisine Ait Bulgular ...	90
Tablo 18. Katılımcıların Cinsiyetinin Bazı Değişkenler ile İlişkisine Ait Bulgular	93

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1. Çalışma grubu	68
Şekil 2. Acilden Taburculuk Durumu	75
Şekil 3. Randevuya Katılım Durumu	76
Şekil 4. 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu.....	77
Şekil 5. 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu.....	78
Şekil 6. Randevu Verilmeyen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu.....	79
Şekil 7. Randevu Verilmeyen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu.....	80
Şekil 8. Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu.....	81
Şekil 9. Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu	82

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support (İleri Kardiyak Yaşam Desteği)
ADY	Aile Destek Yardımı
ATLS	Advanced Trauma Life Support (İleri Travma Yaşam Desteği)
BT	Bilgisayarlı Tomografi
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
EKG	Elektrokardiyografi
EMS	Emergency Medical Services (Acil Tıp Hizmetleri)
ICU	Intensive Care Unit (Yoğun Bakım Ünitesi)
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MR	Manyetik Rezonans
PÇK	Psikososyal Çalışma Komisyonu
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente (Fransa Acil Tıp Hizmeti)
SEAH	Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TATD	Türkiye Acil Tıp Derneği
USG	Ultrasonografi
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
112	Türkiye Acil Sağlık Hizmetleri Çağrı Numarası

1. GİRİŞ

Günümüz sağlık sistemleri, hızla değişen demografik yapılar, artan kronik hastalık yükü ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler nedeniyle önemli bir dönüşüm içerisinde. Bu dönüşümde en kritik noktalardan biri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği açısından acil servislerin fonksiyonudur. Acil servisler, bireylerin hayatlarını tehdit eden durumlarda ilk başvurdıkları, hızlı müdahalenin yaşamsal önem taşıdığı birimler olarak sağlık sistemlerinin temel taşlarından biri haline gelmiştir.

Türkiye’de ve dünyada acil servisler yalnızca ani hastalık veya travma durumlarında değil; aynı zamanda kronik hastalıkların alevlenmesi, psikiyatrik başvurular ve hatta sağlık sistemine genel erişimde yaşanan aksaklıkların telafisi için de başvuru alanına dönüşmüştür. Bu durum, acil servislerin hem hasta profili hem de iş yükü açısından daha karmaşık bir hale gelmesine neden olmaktadır. Özellikle Türkiye gibi sağlık hizmetlerinin yaygın ancak eşitlikçi olmayan şekilde sunulduğu ülkelerde, acil servislere yapılan başvuruların değerlendirilmesi; sağlık hizmet planlaması açısından stratejik öneme sahiptir.

Çalışmanın temel odak noktası acil serviste gerçekleşen taburculuk süreçleri ve bu süreçlerin tekrar başvurular, poliklinik randevuları, kronik hastalık takibi gibi sağlık sisteminin diğer bileşenleriyle olan ilişkisini analiz etmektir. Taburculuk kararı, yalnızca bir tıbbi müdahalenin sonlanması değil, aynı zamanda sağlık hizmetinin devamlılığına ilişkin önemli bir geçiş aşamasıdır. Bu süreçte

alınan kararlar; hastanın yeniden acile başvurma olasılığını, komplikasyon gelişme riskini ve genel hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir. Ayrıca, çalışmada Türkiye’de görev yapan acil servis hekimlerinin karşılaştığı zorluklara, taburculuk sonrası takibin mortalite ve morbidite üzerindeki etkilerine, poliklinik randevularının rolüne ve sistemdeki yapısal sorunlara da ayrıntılı şekilde yer verilmiştir. Amaç, sadece klinik sonuçları değil, aynı zamanda sağlık politikaları bağlamında yapılabilecek iyileştirmeleri de ortaya koymaktır.

Bu çalışma, hem sağlık profesyonellerine hem de sağlık politikası yapımcılarına, taburculuk sonrası takip sürecinin önemini vurgulayan bilimsel bir zemin sunmayı hedeflemektedir. Böylece, tekrar başvuruların azaltılması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin artırılması ve kronik hastalık yönetiminde daha bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi mümkün olabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil Servis

Acil servis, ani gelişen hastalıklar, yaralanmalar veya hayati tehlike arz eden durumlar karşısında acil tıbbi müdahale gerektiren hastaların kabul edildiği ve tedavi edildiği sağlık birimidir. Bu birim 24 saat kesintisiz hizmet vermekte, sağlık sisteminin en kritik noktalarından biri olarak, zamanla yarışan müdahaleler ve hızlı tanı tedavi süreçleri ile öne çıkar (1).

Acil servisler, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve genellikle travma, kardiyovasküler aciller, solunum yolu problemleri, zehirlenmeler, nörolojik aciller gibi geniş bir yelpazede hizmet verir (2). Önceliklendirme sistemi ile hastaların durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırılması sağlanır ve en kritik hastalara öncelik tanınır. Bu birimler, yalnızca fiziksel yaralanmalara değil, aynı zamanda akut psikiyatrik krizler, zehirlenmeler, inme ve ani kardiyak arrest gibi durumlara da hızlı müdahaleler yaparak hayat kurtarıcı rol üstlenir. Acil servis hekimleri, bu dinamik ortamda çok çeşitli vakalara hızlı ve etkili yanıt verebilmek için geniş tıbbi bilgi birikimi, hızlı karar verme yeteneği ve yüksek stres toleransı ile donatılmıştır (3).

2.1.1. Acil Servisin Tanımı ve Önemi

Acil servis, sağlık hizmetlerinin en kritik ve dinamik alanlarından biri olarak, ani gelişen sağlık problemleri, travmalar ve hayati tehlike arz eden

durumlar karşısında acil müdahale gerektiren hastaların kabul edildiği ve tedavi edildiği birimdir. Bu servisler, hastaların hayatlarını kurtarmak, komplikasyonları önlemek ve sağlık durumlarını stabilize etmek için tasarlanmış, 24 saat kesintisiz hizmet veren sağlık kurumlarının başında gelir. Acil servisler, toplumda meydana gelen ani tıbbi acil durumların ilk müdahale noktası olarak görev yapar ve sağlık sisteminin bel kemiği niteliğindedir (4).

Acil servislerin temel amacı, hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi, tanı konulması ve uygun tedaviye yönlendirilmesini sağlamaktır. Bu süreç, hızlı karar verme ve etkin müdahale gerektirir, çünkü birçok durumda gecikmeler hastanın hayati tehlikesini artırabilir. Özellikle kardiyovasküler aciller (kalp krizi, inme), travmatik yaralanmalar, solunum yolu tıkanıklıkları, zehirlenmeler, şiddetli enfeksiyonlar (sepsis) gibi durumlarda ilk dakikalar kritik öneme sahiptir. Bu yüzden acil servisler, yüksek tempolu ve yoğun bir çalışma ortamı gerektirir (5).

Acil servislerin işleyişinde en önemli yapı taşlarından biri, acil durum sınıflandırması (önceliklendirme) sistemidir. Önceliklendirme, hastaların sağlık durumlarının aciliyetine göre öncelik sırasına konulması işlemidir. Bu sistem sayesinde hayati tehlikesi bulunan hastalar hızlıca müdahale edilerek hayat kurtarılırken, daha az acil durumdaki hastalar uygun şekilde yönlendirilir. Önceliklendirme sistemi özellikle kitlesel yaralanmalar, afet durumları ve yoğun hasta akışının olduğu zamanlarda büyük önem taşır. Acil servis hekimleri, bu acil durum sınıflandırması sürecinde hastaların durumlarını hızlı ve doğru bir şekilde değerlendirme sorumluluğunu üstlenir. Acil servisler, yalnızca bireysel vakalar

için değil, aynı zamanda toplum sağlığının korunması ve acil halk sağlığı müdahalelerinin yapılması açısından da kritik rol oynar. Doğal afetler (deprem, sel, yangın), kitlesel kazalar, salgın hastalıklar ve terör saldırıları gibi durumlarda Acil servisler, ilk müdahale noktası olarak görev yapar. Bu tür durumlarda, Acil servisler kriz yönetimi ve organizasyon kabiliyeti ile ön plana çıkar. Bu süreçte etkin koordinasyon, hızlı karar verme ve kaynak yönetimi, ölüm oranlarını azaltmada ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamada büyük önem taşıır (6).

Acil servisin önemi, yalnızca sağlık hizmeti sunumu ile sınırlı değildir. Acil servisler, aynı zamanda sağlık sisteminin bir filtre mekanizması olarak işlev görür. Hastalar, durumlarının aciliyetine göre ileri tetkik ve tedavi birimlerine yönlendirilir veya yatış kararı verilir. Bu süreç, hastaların gereksiz yere yoğun bakımlara veya uzmanlık gerektiren servislere yönlendirilmesini engelleyerek, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlar. Aynı zamanda Acil servisler, halkın sağlık sistemine erişimindeki ilk basamak olarak da önemli bir rol üstlenir, özellikle kırsal alanlarda ve uzak yerleşim birimlerinde yaşayan insanlar için sıklıkla ilk ve tek sağlık hizmeti noktasıdır (7).

Acil servisler aynı zamanda multidisipliner bir yapıya sahiptir. Burada görev yapan acil servis hekimleri, farklı tıbbi disiplinlerden gelen bilgi ve uygulamalara hkim olmalıdır. Bir acil serviste bir günde travmatik bir kazadan çıkan bir hastaya, ardından akut miyokard enfarktüsü geçiren bir hastaya, hemen sonra da psikiyatrik bir kriz yaşayan bir bireye müdahale etmek gerekebilir. Bu

çeşitlilik, acil servis hekimlerinin geniş bir tıbbi bilgi birikimine ve hızlı karar verme yetisine sahip olmasını gerektirir (8).

Acil servis hekimlerinin rolü, yalnızca tıbbi müdahale yapmakla sınırlı değildir. Aynı zamanda hasta ve hasta yakınlarıyla etkin iletişim kurmak, kriz anlarında soğukkanlı kalmak ve takım çalışmasını koordine etmek de önemli görevler arasındadır. Acil durumlarda karar verme süreci, genellikle kısıtlı bilgi ve belirsizlik altında gerçekleşir. Hekimler, zaman baskısı altında doğru tanımlar koymak ve uygun tedavi yöntemlerini seçmek zorundadır. Bu süreçte deneyim, bilgi birikimi ve hızlı analiz yeteneği hayati öneme sahiptir. Acil servislerin bir diğer önemli yönü de teknolojik gelişmelerle entegrasyonu ve modern tıbbi cihazların etkin kullanımınıdır. Görüntüleme teknikleri (BT, MR, USG), elektrokardiyografi (EKG), hızlı laboratuvar testleri ve monitörizasyon cihazları, acil durumların hızlı bir şekilde teşhis edilmesine olanak tanır. Bu teknolojik gelişmeler, acil servislerin hızlı ve etkili hizmet sunma kapasitesini artırır (9).

Acil servislerin önemi, psikolojik destek ve insani yardım boyutunda da kendini gösterir. Özellikle şiddet mağdurları, travma sonrası stres yaşayan bireyler, intihar girişiminde bulunan hastalar ve akut psikiyatrik kriz geçiren bireyler için acil servisler, sadece fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda psikolojik iyilik hallerini de destekleyen bir ortam sağlar. Bu tür durumlarda, psikososyal destek ve rehberlik hizmetleri de büyük önem taşır (10).

2.1.2. Acil Servisin Tarihsel Gelişimi

Acil tıbbi hizmetlerin tarihsel gelişimi, insanlık tarihi kadar eskiye dayanır. İlk yardım ve acil müdahale kavramları, savaş meydanlarında yaralanan askerlerin tedavisiyle ortaya çıkmıştır (11). Antik Yunan ve Roma dönemlerinde, savaşlarda yaralanan askerler için kurulan basit tedavi merkezleri, acil tıbbi bakımın ilk örnekleri olarak kabul edilir. Özellikle Roma İmparatorluğu döneminde, savaş alanlarında yaralıları hızla tedavi edebilmek amacıyla taşınabilir sedyeler ve saha hastaneleri geliştirilmiştir. Ancak bu dönemde acil tıbbi müdahale yalnızca askeri alanda sınırlı kalmış, sivil hayata yayılmamıştır (12).

Orta Çağ döneminde acil sağlık hizmetleri daha çok dini kurumlar ve manastırlar aracılığıyla yürütülmüştür. Haçlı Seferleri sırasında, St. John Şövalyeleri gibi dini tarikatlar, savaş alanlarında ve yol kenarlarında yaralılara müdahale eden ilk organize ekipleri oluşturmuşlardır. Bu dönemde sağlık hizmetleri çoğunlukla gönüllüler ve dini gruplar tarafından sağlanmış, ancak sistematik bir acil servis hizmeti geliştirilmemiştir (13).

Modern acil sağlık hizmetlerinin temelleri, 18. yüzyılda atılmıştır. 1792 yılında, Fransız Cerrah Dominique Jean Larrey, Napolyon Savaşları sırasında savaş alanında yaralı askerleri hızlı bir şekilde tahliye etmek için "ambulance volante" (uçan ambulans) adını verdiği at arabalarını kullanmaya başlamıştır. Bu yöntem, yaralıların savaş alanından hızla taşınarak tedavi edilmesini sağlamış ve modern ambulans hizmetlerinin temelini oluşturmuştur. Larrey'nin bu yenilikçi yaklaşımı, acil tıp tarihinde bir dönüm noktası olarak kabul edilir (14); (15).

19. yüzyılın sonlarına doğru, sivil sağlık hizmetlerinde de acil müdahale kavramı gelişmeye başlamıştır. 1865 yılında, Cincinnati, ABD'de ilk sivil ambulans servisi kurulmuş ve bu hizmet kısa sürede diğer şehirlere yayılmıştır. 1869'da New York'ta kurulan Bellevue Hastanesi, acil servis hizmetlerini başlatan ilk hastanelerden biri olmuştur. Bu dönemde, hastanelerde acil durumlara müdahale edecek özel bölümler oluşturulmaya başlanmıştır. 20. yüzyılın başlarında, teknolojik gelişmeler ve tıbbi yenilikler sayesinde acil servisler daha organize hale gelmiştir. Birinci ve İkinci Dünya Savaşları, acil tıp hizmetlerinin gelişiminde büyük rol oynamıştır. Savaş sırasında kullanılan saha hastaneleri, acil cerrahi müdahaleler ve travma yönetimi teknikleri, savaş sonrası dönemde sivil sağlık hizmetlerine adapte edilmiştir. Özellikle travma yönetimi, acil tıbbın temel taşlarından biri haline gelmiştir (16).

1960'lı yıllarda, ABD'de acil tıp alanında önemli reformlar yapılmıştır. 1966 yılında, "Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society" raporu yayınlanarak, acil tıp hizmetlerinin yetersizliği ve eksiklikleri ortaya konulmuştur. Bu rapor, modern acil sağlık sistemlerinin geliştirilmesi için bir çağrı niteliğindedir. Aynı dönemde, Acil Tıp Uzmanlığı (Emergency Medicine) bağımsız bir tıbbi disiplin olarak tanınmış ve ilk acil tıp uzmanlık programları başlatılmıştır. 1979'da, ABD'de American Board of Emergency Medicine (Acil Tıp Uzmanlık Kurulu) kurulmuş ve acil tıp resmi bir uzmanlık dalı haline gelmiştir (17).

Avrupa'da, acil tıp hizmetlerinin gelişimi ülkeden ülkeye farklılık göstermiştir. İngiltere, Fransa ve Almanya gibi ülkelerde acil sağlık sistemleri,

farklı modeller üzerinden gelişmiştir. Fransa, hekim destekli ambulans sistemine (SAMU) öncülük ederken, İngiltere daha çok paramedik ve acil tıp teknisyenlerine dayalı bir sistem geliştirmiştir. Almanya ve İskandinav ülkeleri ise her iki modeli harmanlayarak daha kapsamlı acil sağlık hizmetleri sunmaya başlamıştır (18).

Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin gelişimi, dünya genelindeki gelişmelere paralel olarak ilerlemiş, ancak sistematik bir yapıya kavuşması 20. yüzyılın sonlarına doğru gerçekleşmiştir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde, sağlık hizmetleri daha çok geleneksel tıp yöntemleri ve vakıf hastaneleri aracılığıyla sunulmuş, ancak acil tıbbi müdahaleye yönelik özel bir yapı bulunmamıştır. Osmanlı dönemindeki darüşşifalar (şifahaneler), hastaların genel tedavi ihtiyaçlarını karşılamış, ancak acil müdahale kavramı bu dönemde sınırlı kalmıştır (19).

Cumhuriyetin ilanından sonra (1923), sağlık alanında köklü reformlar yapılmış ve modern tıp uygulamaları yaygınlaştırılmıştır. Ancak bu dönemde bile acil tıbbi hizmetler, hastanelerin diğer bölümlerine entegre bir şekilde sunulmuş, bağımsız acil servis birimleri oluşturulmamıştır. 1960’lı ve 1970’li yıllarda, Türkiye’de sağlık sisteminin modernizasyonu kapsamında hastanelerde ilk acil servis bölümleri kurulmaya başlanmıştır. Ancak bu birimler, genellikle diğer branşlardan gelen hekimler tarafından dönüşümlü olarak yönetilmekteydi ve acil tıp uzmanlığı henüz tanınmamıştı (20).

Türkiye’de acil tıp alanındaki en büyük dönüşüm, 1990’lı yıllarda gerçekleşmiştir. 1993 yılında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde

Türkiye'nin ilk Acil Tıp Anabilim Dalı kurulmuş ve acil tıp uzmanlık eğitimi resmen başlamıştır. Bu gelişme, Türkiye'de acil tıbbın bağımsız bir uzmanlık dalı olarak tanınmasının önünü açmıştır. 1994 yılında ise Sağlık Bakanlığı tarafından 112 Acil Sağlık Hizmetleri resmi olarak kurulmuş ve ülke genelinde yaygınlaştırılmaya başlanmıştır. Bu sistem, acil sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak ve ambulans hizmetlerini organize etmek amacıyla geliştirilmiştir (21).

2000'li yıllardan itibaren, Türkiye'de acil sağlık hizmetleri büyük bir dönüşüm geçirmiştir. Acil Tıp Uzmanlığı Derneği (ATUDER) gibi profesyonel kuruluşlar, acil tıp alanında eğitim, araştırma ve politika geliştirme çalışmalarında aktif rol oynamıştır. Aynı dönemde, acil tıp uzmanı yetiştiren tıp fakültelerinin sayısı artmış ve acil servisler, modern ekipmanlar ve teknolojiyle donatılmıştır. 112 Acil Servis Ağı, ülkenin en ücra köşelerine kadar ulaşarak acil sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmıştır. Ayrıca, ambulans filosunun genişletilmesi ve ambulans helikopter hizmetlerinin devreye girmesiyle acil sağlık hizmetlerinin kapsamı daha da genişletilmiştir (22).

Türkiye'de acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde afet yönetimi ve kriz durumları da önemli bir rol oynamıştır. 1999 Marmara Depremi, acil sağlık sisteminin yetersizliklerini gözler önüne sermiş ve bu alanda reform yapılmasının gerekliliğini ortaya koymuştur. Deprem sonrası süreçte, afet yönetimi protokolleri, mobil sağlık üniteleri ve afet koordinasyon merkezleri gibi uygulamalar geliştirilmiş, bu sayede Türkiye'nin acil sağlık hizmetleri kriz durumlarına karşı daha dayanıklı hale getirilmiştir (23).

Bugün Türkiye'de acil servisler, modern sağlık sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır. Acil tıp uzmanları, hastanelerde kritik rol oynarken, ambulans hizmetleri ve mobil sağlık ekipleri de toplumun en hızlı sağlık hizmetine ulaşmasını sağlamaktadır. Türkiye'nin sağlık sistemi, acil tıp alanındaki bu gelişmelerle birlikte hem ulusal hem de uluslararası düzeyde örnek gösterilen bir model haline gelmiştir (24).

2.2. Acil Servis Hekimlerinin Rolü ve Görevleri

Acil servis hekimleri, sağlık sisteminin en önemli bileşenlerinden biridir. Bu hekimler, ani gelişen sağlık sorunlarına, travmalara ve hayati risk taşıyan durumlara hızlı ve etkili bir şekilde müdahale ederek hastaların yaşam şansını artıran uzmanlardır. Acil servis hekimliği, yalnızca tıbbi bilgi ve beceriler gerektiren bir alan değil, aynı zamanda kriz yönetimi, hızlı karar verme ve çok yönlü düşünme yeteneklerini de kapsayan bir disiplindir. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bu alanda çalışan hekimler, geniş bir yelpazede hastalık ve yaralanma türüyle karşılaşır ve her bir vakaya özgü hızlı çözümler üretmek zorundadır (25).

2.2.1. Acil Servis Hekimlerinin Temel Rolü

Acil servis hekimlerinin en temel rolü, ani başlayan hastalıklar ve travmalar karşısında hızlı bir şekilde teşhis koymak, tedavi başlatmak ve gerektiğinde hastayı ilgili birimlere yönlendirmektir. Bu süreçte, hekimlerin hastanın durumunu hızla değerlendirme ve doğru öncelik sıralaması (acil durum sınıflandırması) yapma yeteneği hayati önem taşır. Kalp krizi, inme, travmatik

beyin yaralanmaları, şiddetli alerjik reaksiyonlar (anafilaksi) ve zehirlenmeler gibi vakalar, dakikalar içinde müdahale edilmesi gereken durumlardır. Bu gibi vakalarda acil servis hekimi, hızlı ve etkili bir müdahale ile hastanın hayatta kalma şansını artırır (26).

Acil servis hekimleri ayrıca, kritik olmayan ancak yine de acil müdahale gerektiren durumlarla da ilgilenir. Yüksek ateş, şiddetli ağrı, enfeksiyonlar, küçük yaralanmalar ve psikiyatrik krizler gibi vakalar da acil servise başvuran hastalar arasında yer alır. Bu tür vakalarda hekimin rolü, hastanın durumunu stabilize etmek ve gerekirse ileri tetkik veya tedavi için uygun birime yönlendirmektir (27).

Klinik Değerlendirme ve Tanı Koyma Süreci

Acil servis hekimlerinin görevlerinden biri de klinik değerlendirme sürecini hızla yürütmektir. Acil durumlarda hastaların ayrıntılı bir şekilde muayene edilmesi zaman alabileceğinden, hekimler hızlı ve etkili tanı yöntemlerini kullanarak, hastanın durumunu stabilize etmeye yönelik öncelikli adımları atar. Bu süreçte kullanılan temel araçlar arasında fizik muayene, hızlı laboratuvar testleri, radyolojik görüntüleme teknikleri (BT, MR, USG) ve monitörizasyon yer alır (28). Acil servis hekimleri, özellikle travmatik yaralanmalarda ve çoklu organ yetmezliği riski taşıyan hastalarda sistematik bir yaklaşım benimser. Bu kapsamda, "ABC" (Airway, Breathing, Circulation) ilkeleri doğrultusunda, hastanın hava yolu açıklığı, solunum durumu ve dolaşımı değerlendirilir. Travma yönetiminde ise, ATLS (Advanced Trauma Life Support) protokolleri doğrultusunda müdahaleler yapılır (29).

Tedavi ve Müdahale Süreci

Acil servis hekimleri, tanı koyduktan sonra hızlı bir şekilde tedavi ve müdahale sürecine geçer. Bu süreçte en önemli görevlerden biri, hastanın hayati fonksiyonlarını stabilize etmek ve komplikasyonları önlemektir. Örneğin, akut miyokard enfarktüsü geçiren bir hastaya hızlı reperfüzyon tedavisi uygulanırken, inme geçiren bir hastaya ise trombolitik tedavi başlatılır. Travma vakalarında, kanama kontrolü, hava yolu yönetimi ve kırıkların stabilize edilmesi gibi müdahaleler ön plandadır (30). Acil servis hekimlerinin tedavi sürecinde karşılaştığı bir diğer önemli durum ise zehirlenmeler ve ilaç reaksiyonlarıdır. Bu vakalarda, antidot uygulamaları, detoksifikasyon yöntemleri ve destekleyici tedavi yöntemleri uygulanır. Acil psikiyatrik krizler durumunda ise, hastanın güvenliğinin sağlanması ve uygun psikiyatrik destek birimlerine yönlendirilmesi gereklidir (31).

Hasta Yönetimi ve Sevk Süreci

Acil servis hekimlerinin görevleri yalnızca acil müdahale ile sınırlı değildir. Hastaların ileri tetkik ve tedavi için uygun birimlere sevk edilmesi veya taburcu edilmesi sürecinin de etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Hekimler, hastanın genel sağlık durumunu değerlendirerek, yoğun bakım, cerrahi servis veya uzman polikliniklere yönlendirme kararını verir. Bu süreçte, hasta yakınlarıyla iletişim, tedavi süreci hakkında bilgilendirme ve psikososyal destek sağlama da acil servis hekiminin sorumluluğundadır (32).

Kriz Yönetimi ve Afet Durumlarında Rol

Acil servis hekimleri, yalnızca bireysel vakalarla değil, aynı zamanda kitlesel yaralanmalar, doğal afetler, terör saldırıları ve pandemiler gibi büyük ölçekli kriz durumlarında da kritik roller üstlenir. Bu tür durumlarda hekimler, kriz yönetimi protokollerini uygular ve afet yönetimi süreçlerine liderlik eder. Özellikle afet bölgelerinde saha hastanelerinin kurulması, acil durum sınıflandırması uygulamalarının yapılması ve hastaların hızlı bir şekilde tahliye edilmesi gibi görevler acil servis hekimlerinin sorumluluk alanındadır. Pandemi dönemlerinde (örneğin, COVID-19 pandemisi), acil servisler hastaların ilk başvurduğu noktalar olduğundan, hekimler hem enfeksiyon kontrolü sağlamak hem de hasta akışını yönetmek zorunda kalmışlardır. Bu dönemde kişisel koruyucu ekipman kullanımı, izolasyon protokolleri ve hızlı test uygulamaları gibi süreçler acil tıp uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olmuştur (33).

2.2.2. Türkiye'de Acil Servis Hekimlerinin Rolü ve Görevleri

Türkiye’de acil servis hekimlerinin rolü, dünya genelindeki uygulamalara benzer şekilde gelişmiş, ancak bazı yönlerden yerel koşullara ve sağlık politikalarına özgü farklılıklar göstermiştir. Türkiye’de acil tıp, 1993 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Acil Tıp Anabilim Dalı'nın kurulmasıyla resmi bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiştir. Bu tarihten itibaren acil servis hekimlerinin rolü, hem sağlık sisteminin organizasyonunda hem de bireysel hasta bakımında giderek daha belirgin hale gelmiştir (34).

Türkiye'deki acil servis hekimlerinin en önemli görevlerinden biri, yoğun hasta akışı altında çalışabilme yeteneğidir. Türkiye'deki acil servisler, özellikle kamu hastanelerinde yoğunluk açısından dünya standartlarının üzerindedir. Acil servislerin aşırı yük altında çalışması, hekimlerin hem hızlı tanı ve tedavi süreçlerini yönetme hem de hasta ve hasta yakınlarıyla etkili iletişim kurma becerilerini zorunlu hale getirmiştir. Bir diğer önemli nokta ise, Türkiye'de acil servis hekimlerinin sağlık sistemi içinde filtre görevi görmesidir. Özellikle kronik hastalıkların alevlenmeleri, psikiyatrik krizler ve travmatik vakalar gibi geniş bir yelpazede vakalarla ilgilenen hekimler, hastaların doğru birimlere sevk edilmesi sürecinde kritik rol oynar. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile koordinasyon içinde çalışan acil servis hekimleri, ambulans hizmetlerinin organizasyonu ve hastane içi acil müdahale ekiplerinin yönetimi gibi sorumluluklar da üstlenir (35).

Türkiye'de afet ve kriz yönetimi süreçlerinde de acil servis hekimleri ön saflarda yer alır. Özellikle 1999 Marmara Depremi ve sonrasında yaşanan doğal afetlerde, acil tıp uzmanlarının önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Türkiye'deki acil servis hekimleri, afet bölgelerinde saha çalışmaları, mobil sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve halk sağlığı krizlerine yanıt verme süreçlerinde aktif olarak rol almıştır. Acil servis hekimlerinin rolü ve görevleri, yalnızca tıbbi müdahale ile sınırlı değildir. Bu hekimler, kriz anlarında liderlik yapabilen, hızlı ve doğru kararlar verebilen, multidisipliner bir yaklaşımla çalışan ve hasta odaklı sağlık hizmeti sunan profesyonellerdir. Türkiye'de ve dünyada acil servis hekimliği, sağlık sisteminin en dinamik ve vazgeçilmez alanlarından biri olarak kabul edilmekte ve her geçen gün daha da gelişmektedir (36).

2.3. Acil Servise Başvuran Hasta Profili

Acil servisler, geniş bir hasta yelpazesine hizmet veren, sağlık sisteminin en dinamik ve yoğun bölümlerinden biridir. Acil servise başvuran hastalar, hem hayati tehlike arz eden durumlar hem de daha az acil ancak müdahale gerektiren şikayetlerle başvurabilirler. Bu çeşitlilik, Acil servislerin sağlık hizmetlerindeki kritik rolünü ortaya koyar. Acil servise başvuran hastaların profili; yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, kronik hastalık geçmişi, başvuru nedeni ve mevsimsel değişiklikler gibi birçok faktörden etkilenir (37).

Acil Servise Başvuru Nedenleri

Acil servise başvuran hastalar genel olarak üç ana grupta incelenebilir (38):

Gerçek Acil Vakalar (Hayati Tehlike Arz Eden Durumlar): Bu gruptaki hastalar, derhal müdahale edilmezse ölüm riski taşıyan vakalardır. Akut miyokard enfarktüsü (kalp krizi), inme, şiddetli travmalar, akut solunum yetmezliği, şiddetli alerjik reaksiyonlar (anafilaksi) ve şok gibi durumlar bu kategoriye girer. Bu hastalar, acil durum sınıflandırması sisteminde en yüksek önceliğe (kırmızı kod) sahiptir.

Acil Müdahale Gerektiren, Ancak Hayati Tehlike Taşımayan Vakalar: Bu grup, hastanın yaşamını tehdit etmeyen ancak hızlı müdahale gerektiren durumları içerir. Orta dereceli travmalar, yüksek ateş, akut ağrı atakları, dehidratasyon, enfeksiyonlar ve psikiyatrik krizler bu kategoriye örnek olarak verilebilir. Bu hastalar genellikle sarı kod ile önceliklendirilir.

Gerçek Acil Olmayan Durumlar (Poliklinik Seviyesinde Müdahale Edilebilecek Şikayetler): Bu grup, aslında aile hekimi veya polikliniklerde çözülebilecek basit sağlık sorunları için acil servise başvuran hastaları kapsar. Soğuk algınlığı, hafif baş ağrısı, küçük kesikler ve mide rahatsızlıkları gibi durumlar bu gruba girer. Bu hastalar yeşil kod ile sınıflandırılır ve genellikle acil servislerin gereksiz yoğunluğuna neden olurlar.

Hasta Profili: Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

Acil Servise başvuran hastaların yaş profili, toplumun genel sağlık durumunu ve yaşam tarzını yansıtan önemli bir göstergedir. Yaşlı hastalar (65 yaş ve üzeri), özellikle kronik hastalıkların alevlenmeleri, düşme sonucu travmalar ve polifarmasiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle acil servislere başvurur. Kalp hastalıkları, inme, diabetik komplikasyonlar ve solunum yolu hastalıkları yaşlı bireyler arasında en sık görülen başvuru nedenleridir. Çocuk hastalar ise acil servislere en sık ateş, solunum yolu enfeksiyonları, gastroenterit ve travmatik yaralanmalar nedeniyle başvururlar. Pediatrik acil servisler, çocuk hastaların özel ihtiyaçlarına göre yapılandırılmıştır ve bu hasta grubunun yönetimi, özel uzmanlık ve deneyim gerektirir (39).

Genç ve orta yaş grubundaki hastalar (18-45 yaş), genellikle trafik kazaları, spor yaralanmaları, zehirlenmeler, psikiyatrik aciller ve alkol veya madde kullanımı gibi nedenlerle acil servise başvurur. Bu yaş grubundaki bireyler aynı zamanda stres kaynaklı sağlık sorunları ve iş kazaları nedeniyle de acil servislere başvurmaktadır. Cinsiyet açısından bakıldığında, acil servise başvuran

hastalar arasında erkekler genellikle travmatik yaralanmalar ve kaza gibi durumlarla daha sık karşılaşırken, kadınlar özellikle gebelikle ilgili aciller, jinekolojik problemler ve psikiyatrik şikayetler nedeniyle daha fazla başvuru yapmaktadır. Ayrıca kadınlar, erkeklere kıyasla kronik hastalık alevlenmeleri ve ağrı şikayetleri ile daha sık başvurmaktadır (40).

Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Acil Servise Başvuru

Acil servise başvuran hastaların profili, yalnızca tıbbi faktörlerle değil, aynı zamanda sosyo-ekonomik durum ve eğitim seviyesi gibi sosyal belirleyicilerle de yakından ilişkilidir. Düşük gelirli ve eğitim seviyesi düşük bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorluklar nedeniyle birincil basamak sağlık hizmetleri yerine doğrudan acil servise başvurmayı tercih ederler. Bu durum, özellikle kamu hastanelerindeki acil servislerde aşırı yoğunluğa neden olmaktadır. Sağlık sigortası olmayan veya özel sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan bireyler, genellikle acil servisleri birincil sağlık hizmeti olarak kullanır. Bu da acil servisin gerçek işlevinin dışında kullanımına ve gereksiz başvuruların artmasına yol açar. Bu durum, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde oldukça yaygın bir sorundur (41).

Türkiye 'de Acil Servise Başvuran Hasta Profili

Türkiye'de acil servisler, nüfusun geniş bir kesimine hizmet veren ve özellikle kamu hastanelerinde yoğun başvuru alan sağlık birimleridir. Türkiye'de acil servislere yapılan başvuruların büyük bir kısmı, aslında acil olmayan sağlık sorunlarından kaynaklanmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'de

acil servislere başvuruların yaklaşık %70'i gerçek acil durumlar dışında kalan şikayetlerle yapılmaktadır. Bu oran, acil servislerin yoğunluğunu artırmakta ve gerçek acil hastaların bakım kalitesini olumsuz etkilemektedir (42).

Türkiye'deki hasta profili, genellikle düşük gelirli ve sosyal güvencesi olmayan bireylerden oluşur. Özellikle gece saatlerinde ve hafta sonlarında poliklinik hizmetlerinin kapalı olması nedeniyle, birçok hasta basit sağlık sorunları için acil servislere başvurur. Aile hekimi veya poliklinik randevusu almakta zorlanan hastalar, doğrudan acil servislere yönelmektedir. Yaşlı nüfus, Türkiye'de acil servise en sık başvuran gruplardan biridir. Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları ve KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) gibi kronik hastalıklar, acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluşturur. Düşme sonucu yaralanmalar, yaşlı bireyler arasında acil servis başvurularının bir diğer önemli nedenidir. Evde bakım hizmetlerinin yetersiz olduğu bölgelerde, yaşlı bireylerin acil servisleri sıkça kullanması kaçınılmaz hale gelir (43).

Türkiye'de çocuk hastalar da acil servislere yoğun başvuran bir diğer gruptur. Üst solunum yolu enfeksiyonları, gastroenterit, yüksek ateş ve aşı sonrası komplikasyonlar çocuk hastalar arasında en yaygın başvuru nedenleridir. Özellikle kış aylarında, çocuk hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı başvurular önemli ölçüde artış gösterir. Türkiye'deki trafik kazaları, iş kazaları ve ev kazaları, acil servise başvuruların önemli bir kısmını oluşturur. Özellikle büyük şehirlerde ve sanayi bölgelerinde, travmatik yaralanmalar nedeniyle acil servise başvurular oldukça yaygındır. Alkol ve madde kullanımına bağlı acil başvurular da son yıllarda artış göstermektedir (44).

Mevsimsel ve Bölgesel Değişiklikler

Acil servise başvuran hasta profili, mevsimsel değişikliklerden ve bölgesel faktörlerden de etkilenir. Kış aylarında, özellikle solunum yolu enfeksiyonları, grip salgınları ve düşme sonucu travmalar artış gösterirken, yaz aylarında ise gıda zehirlenmeleri, güneş çarpması, deniz kazaları ve trafik kazaları daha sık görülür. Bölgesel farklılıklar, hastaların başvuru nedenlerini doğrudan etkiler. Kırsal bölgelerde yaşayan bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorluklar nedeniyle acil servislere daha sık başvurur. Ayrıca, tarım ve hayvancılık faaliyetlerine bağlı iş kazaları, kırsal alanlarda acil servislere başvuruların önemli bir nedenidir. Kent merkezlerinde ise trafik kazaları, yüksekten düşmeler ve endüstriyel kazalar daha yaygındır (45).

Psikiyatrik ve Sosyal Aciller

Acil servise başvuran hastaların önemli bir kısmı, psikiyatrik aciller ve sosyal nedenlerle başvurur. İntihar girişimleri, akut psikoz atakları, panik bozukluklar ve madde bağımlılığına bağlı komplikasyonlar gibi durumlar, özellikle genç ve orta yaş grubunda sıkça görülür. Şiddet mağdurları, evsiz bireyler ve sığınmacılar gibi sosyal olarak dezavantajlı gruplar da acil servislere başvurur. Bu hasta grupları, yalnızca tıbbi müdahaleye değil, aynı zamanda psikososyal desteğe de ihtiyaç duyarlar (46).

Acil servise başvuran hasta profili, çok çeşitli tıbbi, sosyal ve demografik faktörlerden etkilenir. Yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, mevsimsel değişiklikler ve bölgesel faktörler, başvuru nedenlerini şekillendirir. Türkiye’de,

gerçek acil olmayan durumlar nedeniyle yapılan başvuruların fazlalığı, acil servislerin iş yükünü artırmakta ve sağlık sisteminin verimliliğini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, halkın sağlık okuryazarlığının artırılması ve acil servislerin etkin yönetimi, hasta yoğunluğunu azaltmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için önemlidir.

2.4. Acil Servislerin Sağlık Sistemindeki Yeri

Acil servisler, modern sağlık sistemlerinin vazgeçilmez ve en kritik bileşenlerinden biridir. Ani gelişen hastalıklar, travmalar, kronik hastalıkların akut alevlenmeleri ve hayati tehlike arz eden durumlar karşısında hızlı ve etkili müdahaleler yapılmasını sağlayan acil servisler, aynı zamanda toplum sağlığının korunması, kriz yönetimi ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonu açısından da merkezi bir role sahiptir (47). Acil servislerin sağlık sistemindeki yeri, yalnızca bireysel vakalara müdahale etmekle sınırlı değildir; aynı zamanda halk sağlığı krizlerinin yönetimi, sağlık sistemine erişimin kolaylaştırılması ve hastaların sağlık hizmetlerinde doğru yönlendirilmesi gibi çok yönlü işlevleri vardır. Acil tıp, hem bir klinik uzmanlık alanı olarak hem de sağlık sisteminin organizasyonel bir unsuru olarak sağlık hizmetlerinin temel taşlarından birini oluşturur (48).

Acil Servislerin Temel Fonksiyonları

Acil servislerin sağlık sistemindeki yeri, üç temel fonksiyon çerçevesinde incelenebilir (49).

Hayat Kurtarıcı Müdahaleler (Life-Saving Interventions): Acil servislerin birincil fonksiyonu, hayati risk taşıyan hastalık ve yaralanmalara hızlı müdahale ederek yaşamı kurtarmaktır. Akut miyokard enfarktüsü (kalp krizi), inme, şiddetli travmalar, akut solunum yetmezliği, anafilaksi ve şok gibi durumlar, acil servislerin en öncelikli müdahale alanlarıdır. Bu vakalarda erken tanı ve hızlı tedavi, hastanın yaşam şansını ve uzun vadeli iyileşme potansiyelini artırır.

Hastaların Sağlık Sistemine Entegrasyonu (Patient Navigation in Health System): Acil servisler, hastaların sağlık sistemine giriş yaptığı bir filtre görevi görür. Birinci basamak sağlık hizmetlerine veya uzman polikliniklere yönlendirilmesi gereken hastalar, acil serviste yapılan ilk değerlendirme ve tedavinin ardından uygun birimlere sevk edilir. Bu süreç, sağlık sisteminin etkin çalışmasını ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlar.

Toplum Sağlığı ve Kriz Yönetimi (Public Health and Crisis Management): Acil servisler, yalnızca bireysel hastaların tedavisini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda toplum sağlığı krizlerinin ve kitlesel afetlerin yönetiminde de önemli bir rol oynar. Doğal afetler (deprem, sel, yangın), pandemiler, kitlesel kazalar ve terör saldırıları gibi durumlarda acil servisler, ilk müdahale noktası olarak topluma hizmet eder. Bu tür durumlarda, acil servislerin organizasyon kabiliyeti, toplumun sağlığının korunmasında kritik bir faktördür.

Acil Servislerin Sağlık Hizmetlerine Erişimdeki Rolü

Acil servisler, özellikle sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan bireyler için ilk ve bazen tek başvuru noktasıdır. Kırsal bölgelerde, düşük gelirli veya sosyal güvencesi olmayan bireyler, sağlık sorunları için çoğunlukla acil servislere başvurur. Bu durum, acil servislerin yalnızca hayati risk taşıyan durumlar için değil, aynı zamanda birincil sağlık hizmetlerinin eksik kaldığı alanlarda da tamamlayıcı bir rol üstlendiğini gösterir. Acil servisler, 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet sunmaları nedeniyle, gece saatlerinde veya hafta sonlarında sağlık hizmetine ihtiyaç duyan hastalar için kritik bir erişim noktasıdır. Bu özellikleri, acil servisin sağlık sistemindeki erişilebilirlik ve süreklilik fonksiyonunu vurgular. Ancak bu durum, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve Türkiye’de, acil servislerin gereksiz başvurularla aşırı yüklenmesine neden olabilmektedir. Birçok hasta, basit sağlık sorunları için acil servise başvurmakta ve bu durum, gerçek acil hastaların hizmet almasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması, acil servislerin etkin kullanımını sağlamak açısından önemlidir (50).

Acil Servisler ve Sağlık Sisteminin Organizasyonu

Acil servisler, sağlık sisteminin organizasyonel yapısında merkezi bir role sahiptir. Hastaneler arası koordinasyon, acil müdahale ekiplerinin yönetimi ve sağlık kaynaklarının dağılımı, acil servislerin organizasyonel fonksiyonlarının bir parçasıdır. Yoğun bakım üniteleri, cerrahi birimler ve uzmanlık klinikleri ile yakın iş birliği içinde çalışan acil servisler, hastaların doğru bir şekilde

yönlendirilmesini ve tedavi süreçlerinin verimli bir şekilde yönetilmesini sağlar. Önceliklendirme sistemi, acil servislerin organizasyonel yapısının temel taşlarından biridir. Bu sistem sayesinde hastalar, hayati tehlike durumlarına göre sınıflandırılır ve en acil müdahale gerektiren vakalar öncelikli olarak ele alınır. Önceliklendirme sistemi, sağlık kaynaklarının etkili kullanılmasını sağlar ve acil müdahale sürelerini en aza indirir. Acil servisler, aynı zamanda ambulans hizmetleri ve mobil sağlık ekipleri ile entegre çalışarak hastaların hastaneye transfer süreçlerini yönetir. Bu süreçte, acil servislerin etkin çalışması, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin kalitesini doğrudan etkiler (51).

Kriz Yönetimi ve Acil Servislerin Rolü

Acil servisler, doğal afetler, kitlesel yaralanmalar, salgın hastalıklar ve terör saldırıları gibi toplum sağlığı krizlerinde merkezi bir rol oynar. Bu tür durumlarda acil servisler, yalnızca bireysel hastaların tedavisiyle değil, aynı zamanda kriz yönetimi ve halk sağlığı müdahaleleriyle de ilgilenir. Doğal afetler sırasında acil servisler, afet acil durum sınıflandırması sistemlerini devreye sokarak yaralıların hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve tedavi edilmesini sağlar. Depremler, sel felaketleri ve orman yangınları gibi afet durumlarında, acil servisler mobil sağlık üniteleri ve saha hastaneleri ile hızlı bir şekilde organizasyon sağlar. Pandemi dönemlerinde (örneğin, COVID-19 pandemisi), acil servisler, enfeksiyon kontrolü ve hasta yönetimi açısından ön saflarda yer alır. İzolasyon protokolleri, hızlı tanı testleri ve enfeksiyon kontrol önlemleri, acil tıbbın pandemi dönemlerindeki kritik görev alanlarıdır (52).

2.4.1. Türkiye’de Acil Servislerin Sağlık Sistemindeki Yeri

Türkiye’de acil servisler, sağlık sisteminin en yoğun kullanılan birimlerinden biri olarak önemli bir yere sahiptir. Türkiye’de acil servislere başvuru oranı, OECD ülkeleri ortalamasının üzerindedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de yıllık acil servis başvuru sayısı 100 milyonun üzerindedir. Bu yüksek başvuru oranı, Türkiye’de acil servislerin hem hayati risk taşıyan durumlar için hem de birincil sağlık hizmetlerine erişim eksikliği nedeniyle sıkça kullanıldığını göstermektedir. Türkiye’de acil servislerin sağlık sistemindeki yeri, özellikle 112 Acil Sağlık Hizmetleri ile entegre bir yapı üzerinden şekillenmiştir. 1994 yılında kurulan 112 Acil Servis, Türkiye genelinde acil sağlık hizmetlerinin organizasyonunu sağlamakta ve acil durumlarda hızlı müdahale kapasitesini artırmaktadır. Ambulans hizmetleri, mobil sağlık ekipleri ve hava ambulansları, Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını sağlar (53).

Türkiye’de afet yönetimi ve acil servisler, özellikle 1999 Marmara Depremi sonrasında önemli bir dönüşüm geçirmiştir. Deprem, Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin yetersizliklerini gözler önüne sermiş ve bu alanda kapsamlı reformlar yapılmasına neden olmuştur. Afet yönetim protokolleri, mobil saha hastaneleri ve afet acil durum sınıflandırması sistemleri, Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin kriz durumlarına karşı daha dayanıklı hale gelmesini sağlamıştır. Kamu hastanelerindeki acil servisler, Türkiye’de sağlık sisteminin en yoğun çalışan birimleridir. Poliklinik hizmetlerine erişimde yaşanan sıkıntılar ve aile hekimliği sisteminin tam anlamıyla oturmamış olması, hastaların basit sağlık

sorunları için de acil servislere başvurmasına neden olmaktadır. Bu durum, acil servislerin iş yükünü artırmakta ve sağlık sisteminin genel verimliliğini olumsuz etkilemektedir (34).

Acil servisler, modern sağlık sistemlerinin omurgasını oluşturan, hayat kurtarıcı müdahaleler sağlayan ve halk sağlığı krizlerini yöneten kritik birimlerden biridir. Hastaların sağlık sistemine giriş yaptığı ilk basamak olarak, acil servisler hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından merkezi bir rol oynar. Türkiye’de ise acil servisler, sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir köprü işlevi görmektedir, aynı zamanda afet yönetimi ve kriz durumlarında da sağlık sisteminin en önemli unsurlarından biri olarak öne çıkmaktadır. Acil servislerin etkin ve verimli çalışması, genel sağlık sisteminin sürdürülebilirliği ve toplum sağlığının korunması açısından büyük önem taşır.

2.5. Acil Servis ve Taburculuk

Acil servisler, ani gelişen sağlık sorunlarına, travmalara ve hayati risk taşıyan durumlara hızlı müdahale edilmesini sağlayan sağlık birimleridir. Ancak acil serviste tedavi süreci yalnızca ilk müdahale ile sınırlı değildir. Hastaların acil servisten taburcu edilmesi veya ilgili birimlere sevk edilmesi, acil servislerin önemli bir fonksiyonudur. Taburculuk süreci, hastanın güvenli bir şekilde evine gönderilmesi, uygun tedavi ve bakım talimatlarının verilmesi ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından kritik bir öneme sahiptir (54).

2.5.1. Acil Serviste Taburculuk Sürecinin Genel Tanımı

Taburculuk, acil serviste tedavi gören bir hastanın, klinik olarak stabil hale geldikten sonra evine gönderilmesi veya bir başka sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi sürecidir. Bu süreç, yalnızca hastanın tıbbi durumuna göre değil, aynı zamanda hastanın genel sağlık durumu, evde bakım imkanları, sosyo-ekonomik koşulları ve psikososyal faktörler göz önünde bulundurularak yürütülür. Acil servis hekimleri, hastanın tedaviye yanıtını değerlendirir, ek tetkiklere ihtiyaç olup olmadığını belirler ve hastanın güvenli bir şekilde taburcu edilmesine karar verir. Taburculuk süreci, yalnızca tıbbi bir karar değildir; aynı zamanda hukuki ve etik sorumluluklar da içerir. Yanlış bir taburculuk kararı, hastanın sağlık durumunun kötüleşmesine ve olası komplikasyonlara yol açabilir. Bu nedenle, taburculuk süreci titizlikle ve protokollere uygun bir şekilde yönetilmelidir (55).

2.5.2. Acil Serviste Taburculuk Kararını Etkileyen Faktörler

Acil serviste taburculuk kararı verirken birçok faktör göz önünde bulundurulur. Bu faktörler, hem hastanın klinik durumu hem de sosyal çevresiyle ilgilidir. Hastanın sağlık durumunun stabilitesi, doğru tanının konulması ve sosyal desteğin varlığı gibi unsurlar, taburculuk sürecini doğrudan etkiler (56).

Taburculuk için en önemli kriter, hastanın klinik olarak stabil olmasıdır. Hayati bulguların normal aralıklarda olması, akut semptomların kontrol altına alınması ve hastanın tedaviye yanıt vermesi, taburculuk için ön koşullardır. Hastanın genel durumu, vital bulguları ve semptomlarının değerlendirilmesi, güvenli bir taburculuk için hayati öneme sahiptir. Bir diğer önemli faktör ise

tanının kesinliğidir. Taburculuk öncesinde hastanın kesin bir tanıya ulaşmış olması gereklidir. Tanının belirsiz olduğu veya netleşmediği durumlarda, hastanın ileri tetkik ve gözlem amacıyla hastaneye yatırılması gerekebilir. Tanısı konulan hastalar için ise net bir tedavi ve takip planı oluşturulmalı ve bu plan hastaya ayrıntılı bir şekilde anlatılmalıdır (50).

Hastanın evdeki bakım imkanları ve sosyal destek sistemi de taburculuk kararında belirleyici rol oynar. Yaşlı, engelli veya kronik hastalığı olan bireylerin evde yeterli bakım alıp almayacağı dikkatlice değerlendirilmelidir. Aynı zamanda hastanın bir aile üyesi ya da bakıcı tarafından desteklenip desteklenmediği, taburculuk sonrası bakımın kalitesini etkileyebilir. Sosyal desteği olmayan bireyler için alternatif bakım seçenekleri veya sosyal hizmet yönlendirmeleri yapılmalıdır. Hastanın tedaviye uyum ve bilinç düzeyi de taburculuk sürecinde dikkate alınması gereken faktörler arasındadır. Taburcu edilen hastanın tedavi talimatlarını anlama ve uygulama kapasitesi önemlidir. Alkol veya madde etkisinde olan hastalar ya da psikiyatrik durumu stabil olmayan bireyler için taburculuk kararı daha riskli olabilir. Bu tür durumlarda daha dikkatli bir değerlendirme yapılmalı ve gerekirse ek gözlem süresi planlanmalıdır. Hastanın potansiyel komplikasyon riski ve takip ihtiyacı göz önünde bulundurulmalıdır. Komplikasyon riski yüksek olan hastalar için acil servisten taburculuk uygun olmayabilir. Taburcu edilen hastaların takip edilmesi gereken durumları net bir şekilde belirlenmeli ve gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Bu süreçte hastaya, olası komplikasyonlar hakkında bilgi verilmeli ve tekrar başvuru durumları açıklanmalıdır (53).

2.5.3. Acil Serviste Taburculuk Sürecinin Aşamaları

Taburculuk süreci, belirli adımlarla yürütülür ve bu adımlar hastanın güvenliği ve sağlık durumunun sürdürülebilirliği açısından önemlidir (57):

- | | |
|---|--|
| 1.Klinik Değerlendirme ve Tanı | Hastanın klinik durumu değerlendirilir ve tanı koyma süreci tamamlanır. Acil servis hekimi, hastanın stabil olduğunu ve acil bir durum olmadığını belirler. |
| 2. Tedavi ve Müdahale | Gerekli tedavi ve müdahaleler yapılır. Hastanın tedaviye yanıt verip vermediği gözlemlenir ve tedavi sonrası sağlık durumu değerlendirilir. |
| 3. Hasta ve Yakınlarını Bilgilendirme | Taburculuk öncesinde hasta ve/veya yakınları, tedavi süreci ve sonrası yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilir. İlaç kullanımı, yaşam tarzı önerileri, diyet ve olası komplikasyonlar anlatılır. |
| 4.Taburculuk Belgelerinin Hazırlanması | Taburculuk kararı sonrası epikriz raporu, reçete ve takip önerileri hazırlanır. Belgeler hastaya teslim edilir ve gerekirse uzman polikliniğine yönlendirilir. |
| 5. Güvenli Taburculuk | Taburculuk sürecinde hastanın güvenliği sağlanır. Yaşlı, engelli veya psikiyatrik hastaların güvenli dönüşleri için gerekli önlemler alınır. |

2.5.4. Acil Serviste Taburculuk Türleri

Acil servislerde taburculuk genellikle üç ana kategoriye ayrılır (58):

Evde Takip Edilecek Hastalar: Bu grup, acil serviste gerekli tedaviyi aldıktan sonra evde takip edilmesi yeterli olan hastaları içerir. Soğuk algınlığı, hafif yaralanmalar, mide rahatsızlıkları gibi durumlar bu grupta yer alır. Hastalara net takip talimatları verilir ve komplikasyon durumunda tekrar başvurmaları önerilir.

Poliklinik Takibi Gereken Hastalar: Bazı hastalar, acil müdahale sonrası uzman polikliniklerinde takip edilmek üzere taburcu edilir. Örneğin, diyabet veya hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireyler, ilgili uzman hekimlere yönlendirilir.

Gözlem Altında Tutulması Gereken Hastalar: Klinik durumu tamamen stabil olmayan ancak hastaneye yatışı gerekmeyen hastalar, kısa süreli gözlem altında tutulduktan sonra taburcu edilir. Geçici bilinç kaybı, hafif alerjik reaksiyonlar veya küçük travmalar bu gruba örnektir.

2.5.5. Taburculukta Karşılaşılan Zorluklar ve Riskler

Acil serviste taburculuk süreci, bazı zorluklar ve riskler barındırabilir. Yanlış bir taburculuk kararı, hastanın sağlık durumunun kötüleşmesine, yeniden başvuruya veya ciddi komplikasyonlara yol açabilir (59). Bu nedenle taburculuk süreci titizlikle yönetilmelidir.

Erken taburculuk riski; bazı durumlarda, hasta tam olarak stabilize olmadan taburcu edilebilir. Bu durum, komplikasyon riskini artırır ve özellikle erken taburculuk sonrası hastaların yeniden başvuru oranlarını yükseltir. Hastanın taburculuk öncesi durumunun dikkatlice değerlendirilmesi, erken komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Hasta ve yakınlarının yetersiz bilgilendirilmesi; taburculuk sürecinde, hastalar ve yakınları yeterince bilgilendirilmezse, tedaviye uyum sağlama oranı düşebilir. Bu durum, hastanın tedavisinin aksamasına ve sağlık durumunun kötüleşmesine yol açabilir.

Taburculuk öncesi verilen eğitimler ve yazılı bilgilendirme materyalleri, bu riski azaltmada etkili olabilir.

Evde takip imkanlarının yetersizliği; bazı hastalar, evde uygun bakım ve takip imkanlarına sahip değildir. Yaşlılar, engelliler ve sosyal desteği olmayan bireyler için taburculuk süreci dikkatlice planlanmalıdır. Evde sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve aile üyelerinin bilgilendirilmesi, bu gruptaki hastaların sağlık durumlarının stabil kalmasına yardımcı olabilir. Psikiyatrik hastalar ve madde bağımlıları; psikiyatrik bozukluklar veya madde bağımlılığı olan hastalar için taburculuk süreci daha karmaşık olabilir. Bu hastalar için psikiyatrik destek ve sosyal hizmet yönlendirmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca, kriz müdahale ekipleri ile iş birliği yapılması, bu hastaların güvenli bir şekilde taburcu edilmesini ve gerekli destek hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırır.

2.5.6. Türkiye'de Acil Servis ve Taburculuk Süreci

Türkiye’de acil servislerde taburculuk süreci, dünya genelindeki uygulamalara benzer şekilde yürütülmektedir. Ancak Türkiye’de acil servislerin aşırı yoğunluğu, taburculuk süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmesini zorlaştıran önemli bir faktördür. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de acil servislere yapılan başvuruların büyük bir kısmı, aslında acil olmayan sağlık sorunlarıdır. Bu durum, acil servislerde gereksiz başvuruların artmasına ve hastaların erken taburcu edilmesine neden olabilmektedir. Türkiye’de taburculuk sürecini etkileyen en önemli faktörlerden biri, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmesinde yaşanan zorluklardır. Aile hekimliği sistemi tam

anlamıyla oturmamış bölgelerde, hastalar acil servislere basit sağlık sorunları için başvurmaktadır. Bu durum, acil servislerin iş yükünü artırmakta ve taburculuk süreçlerinin hızlı bir şekilde yürütülmesine neden olmaktadır (60).

112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Ambulans Sistemleri, Türkiye’de taburculuk sonrası hasta takip süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Acil servisten taburcu edilen hastalar, gerektiğinde evde sağlık hizmetleri veya mobil sağlık ekipleri tarafından izlenebilir. Ancak bu hizmetlerin yaygınlığı, özellikle kırsal bölgelerde sınırlı olabilmektedir. Türkiye’de ayrıca, afetzedeler ve mülteciler gibi özel grupların acil servis başvuruları ve taburculuk süreçleri de sağlık sisteminin önemli bir parçasını oluşturur. Afet bölgelerinde saha hastaneleri ve mobil sağlık ekipleri, bu süreçleri yönetmekte önemli rol oynamaktadır (61).

Acil servis ve taburculuk süreci, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve hasta güvenliğini doğrudan etkileyen kritik bir aşamadır. Doğru ve güvenli bir taburculuk, hastanın sağlığının sürdürülebilirliği açısından hayati önem taşır. Türkiye’de ise acil servislerin aşırı yoğunluğu ve sağlık sistemindeki yapısal sorunlar, taburculuk süreçlerini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, halk sağlığı okuryazarlığının artırılması ve acil servis protokollerinin etkin bir şekilde uygulanması, taburculuk süreçlerinin daha güvenli ve etkili yürütülmesini sağlayacaktır (62).

2.6. Acil Servislerin İşlevi ve Hasta Profili

Acil servisler, sağlık sisteminin en kritik ve dinamik birimlerinden biridir. Ani gelişen hastalıklar, travmalar ve hayati risk taşıyan durumlar karşısında hızlı

ve etkili müdahaleler yaparak hastaların yaşam şansını artırır. Acil servislerin temel işlevi, hastaların sağlık durumunu hızlı bir şekilde değerlendirmek, hayati tehlike taşıyan durumları stabilize etmek ve uygun tedavi sürecini başlatmaktır. Bu süreç, yalnızca tıbbi müdahaleyle sınırlı olmayıp, aynı zamanda hastaların sağlık sistemine doğru bir şekilde yönlendirilmesini de içerir. Acil servisler, aynı zamanda toplum sağlığının korunmasında ve kriz durumlarının yönetilmesinde merkezi bir role sahiptir (63).

Acil servislerin en önemli özelliklerinden biri, acil durum sınıflandırması (önceliklendirme) sistemi ile çalışmalarıdır. Önceliklendirme sistemi sayesinde, hastalar durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırılır ve en acil müdahale gerektiren vakalar öncelikli olarak ele alınır. Bu sistem, sağlık kaynaklarının etkin kullanılmasını sağlar ve müdahale sürelerini en aza indirir. Acil servisler, yalnızca bireysel hastaların tedavisini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda doğal afetler, kitlesel kazalar, salgın hastalıklar ve terör saldırıları gibi toplum sağlığını tehdit eden durumlarda da kritik bir rol oynar. Bu tür durumlarda acil servisler, kriz yönetimi ve halk sağlığı müdahalelerinin yürütülmesinde ön saflarda yer alır. Acil servislere başvuran hastaların profili oldukça çeşitlidir ve bu çeşitlilik, acil servislerin çok yönlü işlevini ortaya koyar. Acil servise başvuran hastalar genellikle üç ana grupta incelenir: hayati tehdit eden acil vakalar, acil müdahale gerektiren ancak hayati tehlike taşımayan vakalar ve gerçek acil olmayan durumlar. Hayati tehdit eden acil vakalar arasında akut miyokard enfarktüsü, inme, şiddetli travmalar ve akut solunum yetmezliği gibi durumlar yer alır. Bu vakalar, hızlı ve etkili müdahale gerektirir. Acil müdahale gerektiren ancak hayati

tehlike taşımayan vakalar arasında ise orta dereceli travmalar, yüksek ateş ve enfeksiyonlar bulunur. Gerçek acil olmayan durumlar ise genellikle polikliniklerde çözülebilecek basit sağlık sorunlarıdır (64).

Acil servise başvuran hastaların yaş ve cinsiyet dağılımı da çeşitlilik gösterir. Yaşlı hastalar (65 yaş ve üzeri), özellikle kronik hastalıkların alevlenmeleri, düşme sonucu travmalar ve polifarmasiye bağlı komplikasyonlar nedeniyle acil servislere başvurur. Çocuk hastalar ise en sık ateş, solunum yolu enfeksiyonları ve travmatik yaralanmalar nedeniyle acil servislere getirilir. Genç ve orta yaş grubundaki hastalar ise genellikle trafik kazaları, spor yaralanmaları ve zehirlenmeler gibi nedenlerle acil servise başvurur. Cinsiyet açısından bakıldığında, erkekler genellikle travmatik yaralanmalar ve kaza gibi durumlarla daha sık başvururken, kadınlar gebelik ile ilgili aciller ve kronik hastalık alevlenmeleri nedeniyle daha fazla başvuru yapmaktadır. Acil servise başvuran hastaların profili yalnızca tıbbi faktörlerle değil, aynı zamanda sosyo-ekonomik durum ve eğitim seviyesi gibi sosyal belirleyicilerle de yakından ilişkilidir. Düşük gelirli ve eğitim seviyesi düşük bireyler, sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorluklar nedeniyle birincil basamak sağlık hizmetleri yerine doğrudan acil servise başvurmayı tercih ederler. Bu durum, özellikle kamu hastanelerindeki acil servislerde aşırı yoğunluğa neden olmaktadır. Ayrıca sağlık sigortası olmayan veya özel sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan bireyler, genellikle acil servisleri birincil sağlık hizmeti olarak kullanır (65).

Türkiye’de acil servislere başvuran hasta profili, sağlık sisteminin yapısal özellikleri ve toplumsal dinamiklerle şekillenmiştir. Türkiye’de acil servislere

yapılan başvuruların büyük bir kısmı, aslında acil olmayan sağlık sorunlarından kaynaklanmaktadır. Bu durum, acil servislerin gereksiz başvurularla aşırı yüklenmesine ve gerçek acil hastaların bakım kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Türkiye’de acil servislere başvuran hastaların önemli bir kısmını, düşük gelirli ve sosyal güvencesi olmayan bireyler oluşturur. Özellikle gece saatlerinde ve hafta sonlarında poliklinik hizmetlerinin kapalı olması nedeniyle birçok hasta, basit sağlık sorunları için acil servislere başvurur. Acil servislerin sağlık sistemindeki işlevi, yalnızca bireysel hasta bakımını sağlamakla sınırlı değildir. Aynı zamanda toplum sağlığının korunması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve halk sağlığı krizlerinin yönetilmesinde de önemli bir rol oynar. Acil servisler, hastaların sağlık sistemine giriş yaptığı ilk basamak olarak, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından merkezi bir öneme sahiptir. Türkiye’de ise acil servisler, sağlık hizmetlerine erişimde önemli bir köprü işlevi görmekte ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından kritik bir rol oynamaktadır (66).

2.7. Poliklinik Randevularının Sağlık Sistemi İçindeki Rolü

Poliklinik randevuları, modern sağlık sistemlerinin temel yapıtaşlarından biri olarak, bireylerin sağlık hizmetlerine planlı ve düzenli bir şekilde erişimini sağlar. Poliklinikler, genellikle acil durumlar dışında kalan sağlık sorunlarının tanı, tedavi ve takibinin yapıldığı birimlerdir. Bu hizmetler, hastaların uzman hekimlere yönlendirilmesi, kronik hastalıkların izlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması açısından büyük önem taşır. Poliklinik randevuları

sayesinde, sağlık hizmetleri daha sistematik bir şekilde sunulabilir ve sağlık kaynaklarının verimli kullanımı sağlanır (67).

Poliklinik randevuları, özellikle erken tanı ve önleyici sağlık hizmetlerinde kritik bir rol oynar. Hastalar, düzenli randevular sayesinde kronik hastalıkların ilerlemesini önleyebilir, rutin tarama ve kontrollerle olası sağlık sorunları erkenden tespit edilebilir. Örneğin diyabet, hipertansiyon ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar, düzenli poliklinik kontrolleriyle daha etkin bir şekilde yönetilebilir. Bu süreç, sadece bireysel sağlık üzerinde değil, aynı zamanda toplum sağlığı üzerinde de olumlu etkiler yaratır. Erken tanı ve düzenli takip, hastalıkların ilerlemesini ve komplikasyonların gelişmesini önleyerek sağlık sisteminin üzerindeki yükü azaltır. Poliklinik randevularının sağlık sistemindeki bir diğer önemli rolü, sağlık hizmetlerine erişimi planlı hale getirmesidir. Randevu sistemi, hasta yoğunluğunun dengelenmesini sağlar ve sağlık hizmetlerinin daha verimli sunulmasına yardımcı olur. Bu sistem hem hastalar hem de sağlık hizmeti sunucuları için zaman yönetimini kolaylaştırır. Özellikle büyük şehirlerde ve yoğun nüfuslu bölgelerde, randevu sistemi sayesinde hastanelerdeki yoğunluk kontrol altına alınabilir ve bekleme süreleri minimize edilir. Bu hem hasta memnuniyetini artırır hem de sağlık çalışanlarının iş yükünü dengeler (68).

Poliklinik randevuları, aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetleri ile uzmanlık hizmetleri arasındaki köprüyü oluşturur. Aile hekimliği sisteminde, hastalar genellikle ilk olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanır ve

gerekli görüldüğünde uzman polikliniklere yönlendirilir. Bu süreç, sağlık hizmetlerinin basamaklandırılmasını sağlar ve hastaların doğru birimlere sevk edilmesine yardımcı olur. Böylece hem sağlık hizmetlerinin etkinliği artar hem de gereksiz uzman başvuruları önlenmiş olur. Bu sistem, özellikle Türkiye’de sağlık hizmetlerinin organizasyonunda önemli bir yer tutar. Poliklinik randevu sistemleri, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesiyle birlikte daha erişilebilir hale gelmiştir. E-Randevu, MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ve benzeri dijital platformlar, hastaların randevularını kolaylıkla alabilmelerine ve sağlık hizmetlerine daha hızlı erişmelerine olanak tanır. Türkiye’de MHRS sistemi, sağlık hizmetlerine erişimde devrim niteliğinde bir değişim sağlamış ve poliklinik hizmetlerinin daha organize bir şekilde yürütülmesine katkıda bulunmuştur. Bu sistem sayesinde, hastalar internet veya telefon aracılığıyla kolayca randevu alabilir, randevu saatlerini takip edebilir ve gerektiğinde iptal işlemlerini gerçekleştirebilir (69).

Poliklinik randevuları, ayrıca sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından da önemlidir. Düzenli randevu sistemi, sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasına katkı sağlar. Özellikle yoğun hasta popülasyonuna sahip bölgelerde, randevu sistemleri sayesinde sağlık çalışanlarının iş yükü dengelenir ve sağlık hizmetleri daha kaliteli bir şekilde sunulabilir. Bu süreç, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırır. Ayrıca, poliklinik randevularının düzenli bir şekilde yürütülmesi, acil servislerin gereksiz başvurularla aşırı yüklenmesini önleyerek sağlık sisteminin genel işleyişine katkıda bulunur (70).

Türkiye’de, poliklinik randevu sistemlerinin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi büyüktür. MHRS sistemi sayesinde hem kamu hastanelerinde hem de özel sağlık kuruluşlarında randevu alımı kolaylaştırılmış ve sağlık hizmetlerine erişim hızlandırılmıştır. Ancak, bazı bölgelerde randevu bulma zorluğu veya uzun bekleme süreleri gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu durum, özellikle yoğun uzmanlık alanlarında sıkça görülmekte ve hastaların memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, sağlık sisteminin daha verimli çalışabilmesi için randevu sistemlerinin sürekli olarak geliştirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir (71).

2.7.1. Poliklinik Takibinin Önemi

Poliklinik takibi, hastaların sağlık durumlarının düzenli olarak değerlendirilmesi, kronik hastalıkların yönetilmesi ve erken tanı süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi açısından sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biridir. Poliklinikler, acil servislerin aksine planlı ve programlı sağlık hizmetleri sunarak, bireylerin sağlıklarını korumalarına ve hastalıklarını kontrol altında tutmalarına yardımcı olur. Bu nedenle poliklinik takibi, hem bireysel hem de toplum sağlığı açısından büyük önem taşır (72).

Düzenli poliklinik takibi, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde kritik bir rol oynar. Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, astım ve KOAH gibi kronik hastalıklar, sürekli izlem gerektiren sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıkların kontrol altında tutulabilmesi için hastaların düzenli aralıklarla poliklinik ziyaretlerinde bulunması, gerekli tetkiklerin yapılması ve tedavi planlarının

güncellenmesi gerekir. Poliklinik takibinin aksaması durumunda, bu hastalıklara bağlı komplikasyonlar artabilir ve hastalar daha ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşabilir. Örneğin, diyabet hastalarında düzenli poliklinik takibi yapılmazsa, böbrek yetmezliği, göz hastalıkları veya diyabetik ayak gibi komplikasyonlar gelişebilir (73).

Erken tanı ve önleyici sağlık hizmetleri açısından da poliklinik takibi büyük önem taşır. Düzenli sağlık kontrolleri sayesinde, kanser gibi ciddi hastalıklar erken evrede tespit edilebilir ve tedaviye daha erken başlanarak hastalığın ilerlemesi önlenebilir. Örneğin, meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve bağırsak kanseri gibi hastalıklar için yapılan düzenli taramalar, hastalığın erken evrede yakalanmasını sağlayarak tedavi şansını artırır. Aynı şekilde, enfeksiyon hastalıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları ve beslenme yetersizlikleri gibi durumlar da poliklinik takibi sayesinde erkenden tespit edilebilir ve gerekli önlemler alınabilir. Poliklinik takibi, yalnızca fiziksel sağlık sorunlarıyla sınırlı kalmaz, aynı zamanda ruh sağlığı ve psikiyatrik hastalıkların yönetimi açısından da hayati önem taşır. Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi hastalıklar, düzenli poliklinik kontrolleri ve psikiyatrik destek olmadan yönetilmesi zor olan durumlardır. Bu hastaların tedavi süreçlerinin aksaması, hem bireyin hem de toplumun sağlığı açısından ciddi riskler oluşturabilir. Düzenli poliklinik takibi, hastaların uygun ilaç tedavileri ve psikososyal destek mekanizmalarıyla daha sağlıklı bir yaşam sürdürmelerini sağlar (74).

Poliklinik takibinin önemi, aynı zamanda gebelik ve çocuk sağlığı hizmetleri açısından da büyüktür. Gebelik takibi, hem anne hem de bebeğin sağlığının korunması için kritik bir süreçtir. Düzenli poliklinik kontrolleri sayesinde, gebelikte gelişebilecek olası riskler önceden belirlenebilir ve gerekli önlemler alınabilir. Benzer şekilde, bebeklerin ve çocukların gelişimlerinin izlenmesi, aşı takvimlerinin takip edilmesi ve büyüme-gelişme kontrollerinin yapılması, sağlıklı bir yaşam için gereklidir. Bu süreçte poliklinik hizmetleri, bebek ölümlerinin ve çocuk hastalıklarının önlenmesine önemli katkılar sağlar. Türkiye’de poliklinik takibinin önemi, MHRS ve aile hekimliği uygulamaları ile daha da belirgin hale gelmiştir. MHRS sayesinde, hastalar poliklinik randevularını daha kolay alabilmekte ve sağlık hizmetlerine erişimleri hızlanmaktadır. Aynı şekilde, aile hekimleri aracılığıyla bireylerin temel sağlık hizmetlerine ulaşımı sağlanarak, erken tanı ve düzenli takip süreçleri teşvik edilmektedir. Ancak, özellikle büyük şehirlerde poliklinik randevularına erişimde yaşanan yoğunluk, hastaların düzenli takip süreçlerini aksatabilmektedir. Bu nedenle, poliklinik hizmetlerinin daha etkin hale getirilmesi ve sağlık altyapısının güçlendirilmesi, hasta takibinin sürdürülebilirliğini sağlamak açısından büyük önem taşımaktadır (75).

Poliklinik takibinin bir diğer önemli yönü de hastaların sağlık okuryazarlığını artırmasıdır. Düzenli poliklinik ziyaretleri, bireylerin kendi sağlık durumları hakkında bilinçlenmelerini sağlar ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmalarına yardımcı olur. Özellikle kronik hastalıklara sahip bireyler, düzenli kontroller sırasında sağlıklı beslenme, egzersiz ve ilaç kullanımı gibi konularda

bilgilendirilir. Bu süreç, bireylerin sağlıklarını daha iyi yönetmelerine ve yaşam kalitelerini artırmalarına olanak tanır (73).

2.7.2. Poliklinik Randevularının Hasta Sonuçları Üzerindeki Etkileri

Poliklinik randevuları, hastaların sağlık sonuçları üzerinde doğrudan etkili olan, sağlık sisteminin önemli bir bileşenidir. Düzenli poliklinik ziyaretleri, hem akut sağlık sorunlarının yönetilmesinde hem de kronik hastalıkların kontrolünde kritik bir rol oynar. Türkiye’de, poliklinik randevularının etkin kullanımı, hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve genel yaşam kalitesinin artırılmasında önemli katkılar sağlamaktadır. Özellikle MHRS ile sağlanan kolay erişim, bu etkilerin daha görünür hale gelmesine olanak tanımaktadır (73).

Poliklinik randevularının hasta sonuçlarına etkilerinden biri, erken tanı ve müdahale imkânı sağlamasıdır. Türkiye’de özellikle kanser taramaları, kalp-damar hastalıkları ve metabolik bozukluklar gibi ciddi sağlık sorunlarında erken tanı, hastalıkların seyrini değiştirebilir ve hastaların yaşam sürelerini uzatabilir. Örneğin, düzenli poliklinik kontrolleri sayesinde hipertansiyon ve diyabet gibi sessiz seyreden hastalıklar erken evrede tespit edilip tedaviye başlanabilir. Bu erken müdahale, hastaların daha ciddi komplikasyonlar (örneğin, inme, kalp krizi veya böbrek yetmezliği) yaşamasını önleyebilir ve sağlık sisteminin üzerindeki yükü azaltır. Poliklinik randevularının hasta sonuçları üzerindeki bir diğer önemli etkisi, kronik hastalıkların yönetiminde görülür. Türkiye’de, kronik hastalıkların yaygınlığı göz önüne alındığında, düzenli poliklinik takibi bu hastalıkların kontrol

altına alınmasında büyük rol oynar. Diyabet, KOAH, astım, romatizmal hastalıklar ve kalp yetmezliği gibi kronik rahatsızlıklar, düzenli takip edilmediğinde hızla kötüleşebilir ve hastaneye yatış oranlarını artırabilir. Düzenli randevular sayesinde hastaların tedavi planları güncellenir, ilaç dozları ayarlanır ve yaşam tarzı değişiklikleri yapılır. Bu süreç hem hastanın sağlığını korur hem de sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı azaltır (76).

Poliklinik randevularının hasta memnuniyeti ve tedaviye uyum üzerindeki etkileri de göz ardı edilemez. Türkiye’de uygulanan randevu sistemleri, hastaların sağlık hizmetlerine planlı bir şekilde erişimini sağlar ve bu durum hastaların tedavi süreçlerine daha fazla dahil olmalarına olanak tanır. Düzenli randevular ve hekimle kurulan sürekli iletişim, hastaların tedaviye olan güvenini artırır ve ilaç kullanımına daha iyi uyum sağlamalarına yardımcı olur. Özellikle kronik hastalığı olan bireyler için düzenli poliklinik ziyaretleri, hastaların motivasyonunu artırır ve yaşam kalitesini iyileştirir. Bu durum, uzun vadede sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkiler. Poliklinik randevuları ayrıca, komplikasyonların ve acil durumların önlenmesinde de kritik bir rol oynar. Türkiye’de acil servislerin yoğunluğu göz önüne alındığında, düzenli poliklinik takibinin acil başvuru oranlarını azalttığı görülmektedir. Poliklinik kontrolleri sayesinde, hastaların sağlık durumları yakından izlenir ve acil müdahale gerektirebilecek durumlar önceden tespit edilerek gerekli tedbirler alınır. Örneğin, düzenli kalp kontrolleri yapılan bir hastada erken dönemde fark edilen ritim bozuklukları, acil durumlar gelişmeden tedavi edilebilir. Bu da hem hastanın sağlık sonuçlarını iyileştirir hem de sağlık sisteminin yükünü hafifletir (77).

Türkiye’de gebelik takibi ve çocuk sağlığı alanında da poliklinik randevularının olumlu etkileri belirgindir. Düzenli gebelik takipleri, anne ve bebek sağlığının korunmasında kritik bir öneme sahiptir. Gebelik sürecinde yapılan düzenli kontroller sayesinde, gebelikte ortaya çıkabilecek komplikasyonlar (örneğin, preeklampsi, gebelik diyabeti veya erken doğum riski) erken dönemde tespit edilir ve gerekli önlemler alınır. Aynı şekilde, çocuk sağlığı polikliniklerinde yapılan düzenli takipler ve aşılamalar, çocuklarda büyüme-gelişme geriliklerinin, beslenme bozukluklarının ve enfeksiyon hastalıklarının önlenmesine yardımcı olur. Bu süreç, çocukların sağlıklı bir şekilde büyümesini ve gelişmesini sağlar. Poliklinik randevularının hasta sonuçlarına etkileri sadece fiziksel sağlıkla sınırlı değildir; ruh sağlığı üzerinde de önemli etkileri vardır. Türkiye’de, özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi psikiyatrik hastalıkların düzenli takibi, bu hastalıkların yönetiminde hayati önem taşır. Poliklinik randevuları sayesinde hastalar, düzenli olarak psikiyatrik destek alabilir, ilaç tedavileri güncellenebilir ve psikososyal müdahaleler uygulanabilir. Bu süreç, hem hastanın yaşam kalitesini artırır hem de hastalıkların alevlenme riskini azaltır. Türkiye’de poliklinik randevu sistemlerinin hasta sonuçları üzerindeki olumlu etkileri, MHRS ile daha da görünür hale gelmiştir. MHRS sayesinde hastalar, sağlık hizmetlerine daha hızlı ve kolay erişebilmekte, bu da tedavi süreçlerinin aksamasını önlemektedir. Ancak, bazı bölgelerde yaşanan randevu yoğunluğu ve uzun bekleme süreleri, hastaların düzenli takibini zorlaştırabilmektedir. Bu durum, özellikle büyük şehirlerde ve uzmanlık gerektiren alanlarda daha sık görülmektedir. Sağlık sisteminin bu

noktada iyileştirilmesi, poliklinik randevularının hasta sonuçları üzerindeki etkilerini daha da artıracaktır (78).

2.8. Acil Serviste Tekrar Başvuru Sorunu

Acil servislere yapılan tekrar başvurular, sağlık sisteminin etkinliği ve hizmet kalitesi açısından önemli bir sorun teşkil etmektedir. Tekrar başvurular, genellikle hastaların sağlık sorunlarının tam olarak çözülmemesi veya tedavi sonrası takip süreçlerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu durum, hem bireysel hasta sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta hem de sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini zorlaştırmaktadır. Türkiye’de acil servislere olan yoğun talep, sağlık sistemindeki yapısal sorunlarla da ilişkilidir. Özellikle poliklinik randevularına erişimde yaşanan zorluklar ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin kullanılmaması, hastaların acil servislere yönelmesine neden olmaktadır. Bu da, acil servislerde gereksiz yoğunluk yaratmakta ve gerçek acil durumların yönetimini zorlaştırmaktadır (79).

2.8.1. Tekrar Başvuruların Nedenleri

Acil servislerde tekrar başvurular, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve hasta yönetiminin kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Bu durum, hastaların sağlık sorunlarının tam anlamıyla çözülmediğine veya sağlık sistemindeki yapısal eksikliklerin varlığına işaret etmektedir. Türkiye’de tekrar başvurular, hem sağlık hizmetlerinin organizasyonunda hem de hasta takip süreçlerinde çeşitli zorluklar yaratmaktadır. Acil servislere sık başvuran hastalar,

yalnızca klinik bir sorun değil, aynı zamanda sağlık sisteminin işleyişindeki aksaklıkların da bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (80).

Tekrar başvuruların en yaygın nedenlerinden biri, hastaların sağlık sorunlarının tam anlamıyla çözülmeden taburcu edilmesidir. Acil servisler, çoğunlukla ani ve hayati tehlike arz eden durumlara müdahale eden birimlerdir. Ancak, özellikle kronik hastalıklar söz konusu olduğunda, acil serviste yapılan müdahaleler genellikle semptomları geçici olarak hafifletir ve hastalığın temel nedenlerine yönelik kalıcı çözümler sunmaz. Örneğin, KOAH alevlenmesi, kalp yetmezliği veya hipertansif kriz gibi durumlar acil serviste stabilize edilebilmekte, ancak bu hastalıklara neden olan kronik problemler tedavi edilmediği için hastalar kısa süre içinde tekrar acil servise başvurmaktadır. Türkiye’de acil servislerin aşırı yoğunluğu nedeniyle, bu tür hastaların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi ve uzun vadeli tedavi planlarının oluşturulması çoğu zaman mümkün olmamaktadır; bu da tekrar başvuru oranlarını artıran önemli bir faktördür (81).

Hasta eğitimi ve bilgilendirme eksiklikleri, tekrar başvuruların bir diğer önemli nedenidir. Acil servislerdeki yoğunluk ve zaman kısıtlamaları nedeniyle, hastalara genellikle hızlı bir şekilde tanı konulmakta ve tedavi süreci başlatılmaktadır. Ancak, hastalıkların seyri ve tedavi sonrası yapılması gerekenler hakkında yeterli bilgi verilmemesi, hastaların tedavi süreçlerini doğru yönetememelerine neden olmaktadır. Örneğin, mide ağrısı şikayetiyle başvuran bir hastaya gastrit tanısı konulduğunda ve semptomatik tedavi verildiğinde, diyet önerileri veya ilaç kullanım süresi hakkında yeterli bilgilendirme yapılmazsa,

hasta kısa süre içinde aynı şikayetle tekrar başvurabilir. Bu durum, tedaviye uyumsuzluk ve tekrar başvuru döngüsünü tetiklemektedir (82).

Poliklinik takiplerinin yetersizliği, Türkiye’de acil servislere tekrar başvuruların önemli bir nedenidir. Özellikle büyük şehirlerde, uzman polikliniklerinden randevu almak çoğu zaman zor olmakta ve hastalar haftalarca, hatta aylarca beklemek zorunda kalmaktadır. Bu süreçte, tedaviye ihtiyaç duyan hastalar alternatif bir çözüm olarak acil servislere yönelmektedir. Örneğin, kardiyoloji polikliniğinde randevu bulamayan bir hasta, göğüs ağrısı şikayetiyle defalarca acil servise başvurabilir. Türkiye’de uygulanan MHRS, randevu almayı kolaylaştırmış olsa da bazı branşlarda yaşanan yoğunluk, bu sorunun devam etmesine neden olmaktadır. Poliklinik takibinin aksaması, hastaların düzenli takip ve tedavi alamamasına yol açmakta, bu da tekrar acil servis başvurularını artırmaktadır (83).

Sosyo-ekonomik faktörler de acil servise tekrar başvuruların altında yatan önemli nedenler arasında yer almaktadır. Düşük gelirli bireyler veya sosyal güvencesi olmayan hastalar, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıkları için acil servisleri birincil sağlık hizmeti olarak kullanmaktadır. Bu hastalar, genellikle sağlık sorunlarını çözmek için gerekli kaynaklara sahip olmadıkları için tedavi süreçlerini tamamlayamamakta ve bu durum, tekrar tekrar acil servise başvurmalarına neden olmaktadır. Ayrıca, acil servislerin hızlı ve ücretsiz sağlık hizmeti sunması, bazı hastalar tarafından rutin poliklinik kontrollerine alternatif bir yöntem olarak tercih edilmektedir. Bu durum, özellikle

Türkiye’de kamu hastanelerinde acil servis yoğunluğunu artırmakta ve tekrar başvuruların yaygınlaşmasına yol açmaktadır (84).

Psikososyal sorunlar ve destek eksikliği, acil servise tekrar başvuruların bir diğer önemli nedenidir. Özellikle yalnız yaşayan yaşlı bireyler veya kronik hastalığı olan hastalar, acil servisleri bir tür sosyal destek mekanizması olarak görebilmektedir. Bu hastalar, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda duygusal destek arayışıyla da acil servise başvurabilmektedir. Ayrıca, psikiyatrik hastalığı olan bireylerde veya madde bağımlılığı yaşayan hastalarda da tekrar başvurular yaygın bir şekilde görülmektedir. Bu hastalar, tedavi sonrası yeterli sosyal destek veya psikiyatrik danışmanlık almadıkları için kısa süre içinde tekrar acil servise başvurmak zorunda kalmaktadır. Özellikle intihar girişimi sonrası veya akut psikiyatrik kriz yaşayan hastaların kapsamlı bir takip planı oluşturulmadan taburcu edilmesi, tekrar başvuru oranlarını artıran önemli bir risk faktörüdür (85).

Sağlık okuryazarlığının düşük olması, Türkiye’de tekrar başvuruların önemli nedenlerinden biridir. Birçok hasta, sağlık durumlarını doğru bir şekilde değerlendirememekte ve küçük sağlık sorunlarını bile ciddi bir acil durum olarak algılayarak acil servise başvurmaktadır. Örneğin, basit bir kas ağrısı veya grip gibi durumlar, hastalar tarafından ciddi bir sağlık sorunu olarak algılanıp tekrar tekrar acil servise getirilir. Hastalar, hastalıkların doğal seyri ve tedavi süreçleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları için, iyileşme süreci uzadığında durumu kötüleşme olarak yorumlayarak tekrar başvuruda bulunurlar. Bu durum, hem acil servislerde gereksiz yoğunluğa neden olmakta hem de gerçek acil durumların önceliklendirilmesini zorlaştırmaktadır (86).

Acil serviste tekrar başvuruların nedenleri, çok boyutlu ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Türkiye’de, hem sağlık sistemindeki yapısal sorunlar hem de bireysel faktörler bu sorunun ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Hasta eğitiminin artırılması, poliklinik hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, kronik hastalıkların etkin yönetimi ve psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, tekrar başvuruların azaltılmasında önemli stratejiler olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda, acil serviste tekrar başvuran hastalarla çalışırken yalnızca tıbbi tedaviye odaklanmak değil, aynı zamanda tekrar başvuruların altında yatan sistemsal ve bireysel faktörlerin anlaşılması ve çözüm üretilmesi gereklidir.

2.8.2. Tekrar Başvuruların Hasta ve Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri

Acil servislere yapılan tekrar başvurular, hem bireysel hasta sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmakta hem de sağlık sisteminin işleyişine yönelik ciddi yükler oluşturmaktadır. Bu başvurular, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini azaltırken, aynı zamanda hasta memnuniyetini düşürmekte ve sağlık çalışanlarının iş yükünü artırmaktadır. Tekrar başvuruların altında yatan nedenlerin yanı sıra, bu başvuruların sonuçları da sağlık politikalarının ve hasta yönetim süreçlerinin yeniden değerlendirilmesini gerektiren önemli bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır (87).

2.8.2.1. Hasta Üzerindeki Etkileri

Tekrar başvuruların hasta üzerindeki etkileri, genellikle fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik düzeylerde kendini göstermektedir. Öncelikle, bir hastanın acil servise tekrar başvurması, hastalığın tam anlamıyla kontrol altına alınamadığını veya tedavi sürecinin yetersiz kaldığını göstermektedir. Bu durum, hastanın genel sağlık durumunun kötüleşmesine ve kronik hastalıkların ilerlemesine yol açabilir. Özellikle diyabet, hipertansiyon, KOAH gibi kronik rahatsızlıklarda, tedavi sürecinin aksaması veya yetersiz kalması, komplikasyon riskini artırarak hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra, tekrar başvurular hastalarda psikolojik stres yaratmaktadır. Sürekli sağlık hizmeti arayışında olmak, hastalarda kaygı, belirsizlik ve umutsuzluk gibi duygulara yol açabilir. Özellikle kronik hastalığı olan bireyler, sağlık durumlarının düzelmeyeceği düşüncesine kapılarak depresyon ve anksiyete gibi psikolojik rahatsızlıklar geliştirebilirler. Ayrıca, tekrar başvurular sonucu yaşanan tedaviye güven kaybı, hastaların sağlık sistemine olan inancını zayıflatmakta ve tedavi süreçlerine uyumlarını olumsuz etkilemektedir (88).

Tekrar başvurular, hastalar için aynı zamanda ekonomik bir yük oluşturmaktadır. Özellikle sosyal güvencesi olmayan veya düşük gelir grubuna mensup bireyler için tekrar sağlık hizmeti arayışına girmek, hem doğrudan tedavi maliyetlerini artırmakta hem de ulaşım, ilaç ve iş gücü kaybı gibi dolaylı maliyetlere neden olmaktadır. Türkiye’de, bazı hastalar acil servis hizmetlerinden ücretsiz faydalanma imkanı bulsalar da, sürekli başvuru yapmanın getirdiği dolaylı maliyetler, bireysel ekonomik yükü artırmaktadır (89).

2.8.2.2. Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri

Acil servislere yapılan tekrar başvurular, sağlık sistemi üzerinde önemli bir baskı yaratmaktadır. Öncelikle, bu başvurular acil servis yoğunluğunu artırarak, sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini düşürmektedir. Acil servisler, genellikle hayati tehlike arz eden durumlara hızlı müdahale edilmesi gereken birimlerdir. Ancak tekrar başvurular, bu birimlerin gereksiz yere meşgul edilmesine neden olmakta ve gerçekten acil olan vakaların zamanında ve etkili bir şekilde yönetilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanları üzerinde de ek bir iş yükü oluşturmaktadır. Tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi ve tedavi süreçlerinin tekrar tekrar yürütülmesi, sağlık çalışanlarının iş yükünü artırarak tükenmişlik sendromu riskini yükseltmektedir. Özellikle yoğun iş temposuna sahip acil servislerde, sürekli aynı hastalarla ilgilenmek, sağlık çalışanlarının motivasyonunu düşürmekte ve mesleki tatmini olumsuz etkilemektedir (90).

Tekrar başvurular sağlık sisteminde kaynak israfına yol açmaktadır. Aynı hastalar için tekrarlayan tetkik ve tedavi süreçleri, sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını engellemektedir. Bu durum, hem mali kaynakların hem de zamanın israf edilmesine neden olmaktadır. Türkiye’de kamu hastanelerinde sınırlı olan insan gücü, tıbbi cihazlar ve yoğun bakım yatakları gibi kaynaklar, tekrar başvurular nedeniyle gereksiz yere kullanıldığında, diğer hastaların bu hizmetlere erişimi zorlaşmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin genel verimliliğini düşürmekte ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Tekrar başvurular aynı zamanda, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini olumsuz

etkilemektedir. Acil servislerde yaşanan yoğunluk ve uzun bekleme süreleri, hastaların memnuniyet düzeylerini düşürmekte ve sağlık hizmetlerine olan güveni zedelemektedir. Özellikle Türkiye’de, acil servislerin birincil basamak sağlık hizmetlerinin bir alternatifi olarak görülmesi, sağlık sisteminin genel işleyişinde aksamalara yol açmaktadır. Bu durum, randevu sistemlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin sorgulanmasına neden olmaktadır (91).

2.8.2.3. Sistemsel Çözüm Önerileri ve Politikalar

Acil servise yapılan tekrar başvuruların azaltılması için bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Öncelikle, hastaların daha iyi bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, tekrar başvuruların önlenmesinde önemli bir adım olacaktır. Hastalıkların seyri, tedavi süreçleri ve ilaç kullanımı hakkında yeterli bilgilendirme yapılması, hastaların sağlık sorunlarını daha iyi yönetmelerine yardımcı olabilir. Ayrıca, poliklinik hizmetlerine erişimin artırılması ve randevu sistemlerinin iyileştirilmesi, hastaların uzman desteği alarak sağlık sorunlarını çözmelerine olanak tanıyacaktır (86).

Sağlık sisteminde birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi de tekrar başvuruların azaltılmasında önemli bir rol oynayabilir. Aile hekimliği uygulamalarının yaygınlaştırılması ve etkin bir şekilde kullanılması, basit sağlık sorunlarının çözümünde önemli bir kaynak sağlayabilir. Böylece, acil servislerin yalnızca gerçekten acil durumlar için kullanılması sağlanabilir. Son olarak, sağlık sisteminde psikososyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve multidisipliner yaklaşımların benimsenmesi, tekrar başvuruların önlenmesinde

etkili olabilir. Özellikle kronik hastalıkları olan veya psikiyatrik desteğe ihtiyaç duyan bireyler için kapsamlı bir takip ve destek sistemi oluşturulması, hem hastaların sağlık durumlarının iyileştirilmesine hem de sağlık sisteminin üzerindeki yükün azaltılmasına katkı sağlayacaktır (92).

2.9. Taburculuk Sonrası Takibin Önlenebilir Sonuçları

Taburculuk sonrası takip, hastaların iyileşme sürecinde kritik bir rol oynar. Hastanede veya acil serviste tedavi gören bir hastanın taburcu edilmesi, tedavi sürecinin sona erdiği anlamına gelmez. Aksine, hastalığın seyrini izlemek, olası komplikasyonları önlemek ve genel sağlık durumunu korumak amacıyla yeni bir sürecin başlangıcını oluşturur. Türkiye’de taburculuk sonrası takibin yetersiz olması, önlenebilir sağlık sorunlarının artmasına ve tekrar hastane başvurularına neden olmaktadır (93).

Taburculuk sonrası takip eksikliği, en çok tekrar hastane başvurularını artırmaktadır. Taburcu edilen hastalar düzenli olarak kontrol edilmediğinde, tedavinin etkinliği değerlendirilemez ve hastalığın ilerlemesi gözden kaçabilir. Örneğin, kalp yetmezliği nedeniyle tedavi gören bir hastanın sıvı birikimi veya nefes darlığı gibi belirtileri fark edilmezse, durum ilerleyerek yeniden acil servise başvurmasına neden olabilir. Oysa düzenli poliklinik kontrolleri ve hasta eğitimi ile bu tür tekrar başvurular büyük ölçüde önlenebilir. Komplikasyonların erken tespit edilememesi, taburculuk sonrası takibin ihmal edilmesinin bir diğer önemli sonucudur. Cerrahi müdahale geçiren hastalar açısından enfeksiyon, yara iyileşme problemleri veya kan pıhtılaşması gibi komplikasyonlar, düzenli kontroller ile

erken dönemde belirlenebilir. Ancak birçok hasta, ameliyat sonrası takiplerini aksattığı veya yeterli bilgilendirme almadığı için, komplikasyonlar ilerlediğinde hastaneye tekrar başvurmaktadır. Örneğin, apandisit ameliyatı sonrası gelişebilecek enfeksiyonlar, uygun yara bakımı ve düzenli kontrol randevuları ile önlenabilir (71).

Kronik hastalıkların yönetimi de taburculuk sonrası takibin ihmal edilmesi durumunda olumsuz etkilenmektedir. Diyabet, hipertansiyon ve KOAH gibi kronik hastalıklara sahip bireyler, düzenli kontroller yapılmadığında hastalıklarının kontrolünü kaybedebilir ve komplikasyon riski artar. Düzenli takip edilmeyen diyabet hastalarında, diyabetik ayak, böbrek yetmezliği veya görme kaybı gibi ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Ancak düzenli kan şekeri ölçümleri ve tedavi planlarının güncellenmesi ile bu tür komplikasyonların önüne geçmek mümkündür.

Taburculuk sonrası takip eksikliğinin bir diğer önemli sonucu, ilaç tedavisine uyumsuzluktur. Hastalar, taburculuk sırasında ilaç kullanımı hakkında yeterli bilgilendirme almadığında veya ilaçların etkileri izlenmediğinde, tedaviye uyum sağlamakta güçlük çekebilirler. Özellikle yaşlı hastalar, reçetelenen ilaçları yanlış dozda kullanmakta veya tedaviyi erken sonlandırmaktadır. Bu durum, hastalığın yönetimini zorlaştırarak tekrar hastane başvurularına neden olmaktadır. Örneğin, antibiyotik tedavisini erken bırakan bir hastada enfeksiyonun nüksetmesi sonucu yeniden hastaneye yatış gerekebilir. Psikososyal faktörler de taburculuk sonrası takip sürecinde göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle kronik

hastalıklarla mücadele eden bireyler, yeterli destek alamadıklarında sağlık durumlarıyla ilgili kaygı geliştirebilir ve depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilirler. Özellikle kanser tedavisi sonrası taburcu edilen hastaların düzenli psikolojik destek almadıkları durumlarda, hastalık süreciyle başa çıkmada zorlandıkları ve sık sık sağlık hizmetine başvurdukları görülmektedir. Psikososyal destek mekanizmaları ve danışmanlık hizmetleri ile bu sürecin daha sağlıklı bir şekilde yönetilmesi mümkündür. Taburculuk sonrası takibin yetersiz olması, sağlık sistemi üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Takip edilmeyen hastalar tekrar hastaneye başvurduğunda, acil servisler ve poliklinikler gereksiz yere yoğunlaşmakta, sağlık hizmetlerinde verimsizlik ortaya çıkmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanlarının iş yükünü artırırken, hastane kaynaklarının da gereksiz yere kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Aynı zamanda, tekrar başvuru yapan hastalar için gerçekleştirilen ek tetkik ve tedaviler, sağlık bütçesi üzerinde ek bir maliyet oluşturmaktadır (94).

Sonuç olarak, taburculuk sonrası takibin ihmal edilmesi, hem bireysel hem de sağlık sistemi düzeyinde ciddi sorunlara yol açmaktadır. Hastalar açısından komplikasyon riskini artırırken, sağlık sistemi üzerinde gereksiz iş yükü ve maliyet oluşturmaktadır. Bu sorunun önüne geçmek için, taburculuk sonrası takip süreçlerinin güçlendirilmesi, hastaların tedavi ve kontrol süreçleri hakkında daha kapsamlı bilgilendirilmesi ve poliklinik hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması gerekmektedir. Etkili bir takip süreci, hastaların yaşam kalitesini artırırken, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğine de katkı sağlayacaktır.

2.9.1 Mortalite ve Komplikasyonların Azaltılması

Mortalite ve komplikasyon oranlarının azaltılması, modern sağlık sistemlerinin temel hedeflerinden biridir. Hastaların yalnızca hastanede tedavi edilmesi değil, taburculuk sonrası süreçlerinin de etkin bir şekilde yönetilmesi, ölüm oranlarının düşürölmesi ve tedavi sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Türkiye’de taburculuk sonrası izlem ve takip süreçlerinin yetersizliği, özellikle kronik hastalığı bulunan ve yüksek risk taşıyan hastalar açısından mortalite ve komplikasyon oranlarını artırmaktadır (95).

Mortalitenin Azaltılmasında Taburculuk Sonrası Takibin Rolü

Akut hastalıklar ve kritik tıbbi müdahaleler sonrası hastaların düzenli izlenmesi, mortalite oranlarını düşürmede belirleyici faktörlerden biridir. Örneğin, miyokard enfarktüsü geçiren bir hastanın taburculuk sonrası düzenli kontrol edilmesi, yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması ve ilaç tedavisine uyumunun sağlanması, ikinci bir kalp krizi veya ölüm riskini önemli ölçüde azaltmaktadır. Ancak Türkiye’de birçok hasta, taburculuk sonrası düzenli kardioloji kontrollerini aksatmakta veya randevu alma sürecinde güçlük yaşamaktadır. Bu durum, hastalığın kontrolsüz ilerlemesine ve ani kardiyak olay riskinin artmasına yol açmaktadır (96).

Komplikasyonların Önlenmesi ve Cerrahi Sonrası Takibin Önemi

Cerrahi operasyonlar sonrası gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, hem hastaların yaşam kalitesini korumak hem de mortalite oranlarını düşürmek açısından büyük önem taşımaktadır. Cerrahi girişim sonrası enfeksiyonlar, yara iyileşme problemleri veya derin ven trombozu gibi komplikasyonlar, düzenli takip edilmediği takdirde hastanın sağlık durumunu ciddi şekilde tehdit edebilir. Örneğin, kalça protezi ameliyatı geçiren bir hastanın düzenli egzersiz yapması ve antikoagülan tedavi kullanması gerektiği konusunda yeterince bilgilendirilmemesi durumunda, pıhtı oluşumu riski artarak hayati tehlike oluşturabilir. Cerrahi sonrası düzenli takip ile bu tür komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi ve önlenmesi mümkündür (97).

Kronik Hastalıkların Yönetimi ve Uzun Dönem Sağlık Üzerine Etkileri

Kronik hastalıkların etkin bir şekilde yönetilmesi, mortalite oranlarının düşürülmesi açısından kritik bir adımdır. Özellikle diyabet, hipertansiyon ve KOAH gibi hastalıkların uygun şekilde takip edilmemesi, uzun vadede ciddi komplikasyonlara ve erken ölümlere yol açmaktadır. Diyabet hastalarında düzenli kan şekeri kontrolü yapılmadığında, diyabetik nefropati (böbrek yetmezliği), retinopati (görme kaybı) ve nöropati gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu tür kronik hastalıkların yönetimi, düzenli poliklinik kontrolleri, tedavi planlarının güncellenmesi ve hasta eğitimi ile büyük oranda iyileştirilebilir (98).

Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme Sürecinin Önemi

Taburculuk sonrası hasta eğitimi, mortalite ve komplikasyonların azaltılmasında kritik bir öneme sahiptir. Hastaların yalnızca reçete edilerek taburcu edilmesi yeterli değildir; tedavi süreci, olası riskler ve gerekli yaşam tarzı değişiklikleri hakkında detaylı bilgi verilmelidir. Örneğin, inme geçiren bir hastanın tekrar felç geçirme riskini azaltmak için kan sulandırıcı ilaçları düzenli kullanması, tansiyon kontrolünü sağlaması ve sigara kullanımını bırakması gerektiği anlatılmalıdır. Ancak hasta ve hasta yakınlarının bu konuda yeterince bilgilendirilmemesi, tedaviye uyumsuzluk sorunlarına yol açarak komplikasyonların ve tekrar hastaneye başvuru oranlarının artmasına neden olabilir (99).

Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunları ve Takip Süreçlerindeki Aksamalar

Türkiye’de sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar, mortalite ve komplikasyon oranlarının azaltılmasında önemli bir engel oluşturmaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastalar, uzman polikliniklerine erişimde güçlük yaşayabilmekte, bu da düzenli takip süreçlerinin aksamasına yol açmaktadır. MHRS sayesinde randevu alma süreci kolaylaştırılmış olsa da, bazı branşlarda yaşanan yoğunluk ve uzun bekleme süreleri, özellikle kronik hastalıkların yönetiminde gecikmelere neden olmaktadır. Bu tür aksamalar, kontrol altında tutulamayan hastalıkların ilerlemesine ve buna bağlı olarak mortalite oranlarının artmasına yol açabilmektedir (100).

Psikososyal Destek ve Rehabilitasyon Hizmetlerinin Yetersizliği

Taburculuk sonrası psikososyal destek ve rehabilitasyon hizmetlerinin eksikliği, mortalite ve komplikasyon riskini artıran bir diğer önemli faktördür. Özellikle kanser tedavisi gören hastalar veya psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler için düzenli psikososyal destek sağlanmadığında, sağlık durumlarında hızlı bir kötüleşme görülebilir. Türkiye’de psikolojik destek hizmetleri ve rehabilitasyon olanakları sınırlı olduğu için, hastalar taburculuk sonrası süreçte yalnız kalmakta ve bu da depresyon gibi ciddi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Örneğin, majör depresyon tanısı alan bir birey, düzenli psikiyatrik kontrollerini almadığında intihar riski artabilmekte ve bu durum ciddi sağlık sonuçları doğurabilmektedir (75).

2.10. Kronik Hastalık Yönetiminde Poliklinik Takibinin Rolü

Poliklinik takibi, kronik hastalıkların yönetiminde temel bir bileşen olup hastaların yaşam kalitesini artırmak, komplikasyonları önlemek ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak açısından kritik bir rol oynar. Diyabet, hipertansiyon, KOAH, kalp yetmezliği ve romatizmal hastalıklar gibi kronik rahatsızlıklar, düzenli izlem ve kişiye özel tedavi gerektirir. Türkiye’de poliklinik takiplerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, hem bireysel sağlık sonuçlarını iyileştirmekte hem de sağlık sistemine olan yükü azaltmaktadır (90).

Düzenli poliklinik kontrolleri, kronik hastalıkların erken teşhis edilmesini ve tedavi planlarının dinamik bir şekilde yönetilmesini sağlar. Örneğin, hipertansiyon hastalarında düzenli tansiyon ölçümleri, ilaç tedavisinin etkinliğini

değerlendirmek ve yaşam tarzı değişikliklerini takip etmek açısından önemlidir. Kontrolsüz hipertansiyon, felç ve kalp krizi gibi ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden, erken müdahale ile bu tür komplikasyonlar büyük ölçüde önlenabilir. Türkiye'de birçok birey, hipertansiyonunun farkında olmadan yaşamını sürdürmekte ve düzenli poliklinik kontrolleri yapılmadığında hastalık ilerleyerek ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (101).

Diyabet yönetiminde poliklinik takibi, uzun vadeli komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşır. Diyabet yalnızca kan şekeri seviyelerinin kontrol altında tutulması gereken bir hastalık değildir; aynı zamanda böbrek yetmezliği, görme kaybı ve diyabetik ayak gibi komplikasyonlarla ilişkilidir. Poliklinik kontrolleri kapsamında düzenli HbA1c ölçümleri, böbrek fonksiyon testleri ve göz muayeneleri yapılması, bu komplikasyonların erken teşhis edilerek önlenmesini mümkün kılar. Türkiye'de, diyabet hastalarının önemli bir kısmı, hastalık yönetiminde yeterince bilinçli olmadıkları veya düzenli poliklinik takiplerine devam etmedikleri için bu tür komplikasyonlarla karşılaşmakta ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (83).

KOAH ve astım gibi solunum sistemi hastalıklarında da düzenli poliklinik kontrolleri büyük önem taşımaktadır. Solunum fonksiyonlarının izlenmesi, ilaç tedavilerinin bireyselleştirilmesi ve nefes egzersizlerinin düzenlenmesi gibi faktörler, hastalığın kontrol altına alınmasında belirleyicidir. Türkiye'de sigara kullanımının yaygın olması, KOAH vakalarının sık görülmesine neden olmakta ve poliklinik takibi yetersiz olan hastalar sık sık acil servislere başvurmak zorunda

kalmaktadır. Rutin poliklinik kontrollerinde yapılan solunum fonksiyon testleri ve ilaç düzenlemelerinin, hastane yatış oranlarını önemli ölçüde azalttığı gözlemlenmektedir.

Kalp yetmezliği yönetiminde poliklinik takibi, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak ve hastaların yaşam süresini uzatmak açısından hayati bir öneme sahiptir. Kalp yetmezliği hastalarında sıvı birikimi, nefes darlığı ve yorgunluk gibi semptomlar düzenli takip edilmezse, hastalığın ilerlemesi hızlanabilir. Poliklinik kontrolleri sırasında ilaç dozlarının ayarlanması, hastaların sıvı alımı ve diyet konusunda bilgilendirilmesi, mortalite oranlarını azaltmaktadır. Türkiye’de düzenli poliklinik takipleri yapılan kalp yetmezliği hastalarının acil servise başvuru ve hastane yatış oranlarının belirgin şekilde azaldığı görülmektedir (85).

Romatoid artrit, ankilozan spondilit ve lupus gibi otoimmün hastalıklar da düzenli poliklinik kontrolü gerektiren rahatsızlıklar arasındadır. Bu hastalıklarda ilaçların yan etkileri izlenmeli, tedaviye yanıt değerlendirilmeli ve hastalığın aktivitesi takip edilmelidir. Türkiye’de biyolojik tedavilerin yaygınlaşması ile birlikte romatizmal hastalıkların yönetimi daha etkili hale gelmiştir, ancak bu tedaviler yan etki riski taşıdığından düzenli kontrol gerektirir. Poliklinik takipleri aksatıldığında, hastaların tedaviye uyumsuzluk yaşadığı ve hastalık aktivitesinde artış görüldüğü gözlemlenmektedir (84).

Poliklinik kontrolleri, sadece hastalığın fiziksel etkilerinin izlenmesiyle sınırlı kalmayıp hasta eğitimi ve tedaviye uyumu artırma açısından da büyük önem taşır. Türkiye’de birçok hasta, kronik hastalıklarının yönetimi hakkında

yeterli bilgiye sahip değildir. Poliklinik ziyaretleri sırasında hastalara, hastalık süreci, ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında detaylı bilgi verilmesi, tedaviye uyumu artırarak komplikasyonları önlemeye yardımcı olmaktadır. Diyabet hastalarına diyet danışmanlığı verilmesi, hipertansiyon hastalarına tuz tüketiminin sınırlandırılması konusunda öneriler sunulması gibi uygulamalar, hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir (88).

Sağlık sistemi üzerindeki etkiler göz önüne alındığında, poliklinik takibinin düzenli olarak yapılması, hastane yatışlarını azaltarak sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmaktadır. Türkiye’de özellikle büyük şehirlerde acil servislerin aşırı yoğun olduğu düşünüldüğünde, poliklinik takiplerinin etkin bir şekilde yürütülmesi, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Kronik hastalıkların düzenli takip edilmesi, komplikasyon gelişimini önleyerek sağlık harcamalarını da azaltmakta ve kaynakların daha verimli kullanılmasına katkı sağlamaktadır (91).

Sonuç olarak, kronik hastalık yönetiminde poliklinik takibi, hastaların sağlık sonuçlarını iyileştirmek, yaşam kalitesini artırmak ve sağlık sisteminin verimli çalışmasını sağlamak açısından kritik bir bileşendir. Türkiye’de bu sürecin etkin yürütülmesi için poliklinik hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hasta bilgilendirme süreçlerinin güçlendirilmesi ve takip protokollerinin standart hale getirilmesi gerekmektedir. Etkili bir poliklinik takibi, hastaların hastane başvurularını azaltarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlarken, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerine de katkıda bulunmaktadır.

2.11. Doktorların Acil Serviste Karşılaştıkları Sorunlar

Acil servisler, hızlı müdahale ve karar verme gerektiren, hasta çeşitliliğinin ve yoğunluğunun yüksek olduğu sağlık birimleridir. Bu özelliklerinden dolayı, acil servislerde görev yapan hekimler, çeşitli mesleki ve sistemsel zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır. Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin işleyişi göz önünde bulundurulduğunda, doktorların karşılaştıkları sorunlar yalnızca klinik süreçlerle sınırlı kalmamakta; aynı zamanda sağlık politikaları, altyapı eksiklikleri ve hasta-hasta yakını ilişkileri gibi çok yönlü faktörlerden de etkilenmektedir (57).

1. Hasta Yoğunluğu ve Gereksiz Başvurular

Acil servislerde en yaygın sorunlardan biri, hasta yoğunluğunun aşırı seviyelerde olmasıdır. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorluklar ve hastaların acil servisi poliklinik hizmetlerinin bir alternatifi olarak görmeleri, gereksiz başvuruların artmasına neden olmaktadır. Basit üst solunum yolu enfeksiyonları, kas-iskelet sistemi ağrıları veya kronik hastalıkların akut olmayan alevlenmeleri gibi durumlar, acil servislerin kapasitesini zorlamakta ve gerçek anlamda acil müdahale gerektiren vakaların etkin bir şekilde yönetilmesini engellemektedir. Bu durum, hekimlerin hızlı ve etkili müdahale süreçlerini zorlaştırmakta, aynı zamanda hasta memnuniyetini olumsuz etkilemektedir (4).

2. Altyapı ve Ekipman Eksiklikleri

Acil servislerin işlevselliğini kısıtlayan bir diğer önemli sorun, fiziksel altyapı ve tıbbi ekipman yetersizlikleridir. Özellikle küçük şehirlerdeki ve kırsal bölgelerdeki sağlık kuruluşlarında, gelişmiş tanı ve tedavi ekipmanlarının

eksikliği, hekimlerin doğru ve zamanında müdahale yapmasını engellemektedir. Manyetik rezonans görüntüleme (MR), bilgisayarlı tomografi (BT) gibi ileri düzey görüntüleme cihazlarının bulunmaması veya sürekli arızalanması, doğru tanı konulmasını zorlaştırmaktadır. Ayrıca, yoğun bakım yataklarının yetersizliği nedeniyle kritik hastaların acil serviste uzun süre bekletilmek zorunda kalınması, hasta güvenliği açısından ciddi bir risk oluşturmaktadır.

3. Güvenlik Sorunları ve Şiddet Olayları

Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, özellikle acil servislerde yaygın bir sorundur. Hasta ve hasta yakınlarının hekimlere yönelik sözlü ve fiziksel saldırıları, sağlık hizmetlerinin güvenli bir ortamda sunulmasını zorlaştırmaktadır. Acil servislerdeki yoğunluk, uzun bekleme süreleri ve hastaların tedavi süreçleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, hasta yakınlarının agresif davranışlarını tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, hekimlerin mesleki motivasyonunu olumsuz etkilemekte ve iş tatminini düşürerek tükenmişlik sendromuna yol açmaktadır.

4. Uzun ve Düzensiz Çalışma Saatleri

Acil servis hekimleri, genellikle uzun ve düzensiz çalışma saatlerine maruz kalmaktadır. Gece nöbetleri, hafta sonu çalışmaları ve yoğun hasta trafiği, hekimlerin fiziksel ve zihinsel yorgunluk seviyelerini artırmaktadır. Bu durum, tükenmişlik sendromu riskini yükseltmekte ve karar verme süreçlerinde hata yapma olasılığını artırmaktadır. Türkiye’de özellikle büyük şehirlerdeki devlet hastanelerinde, bir nöbet süresince yüzlerce hastayla ilgilenmek zorunda kalan hekimler, iş yükünün artması nedeniyle mesleki tatmin kaybı yaşamaktadır.

5. Hızlı Karar Verme Baskısı ve Tanı Zorlukları

Acil servis ortamı, hekimlerden hızlı ve doğru kararlar vermelerini gerektirir. Ancak zaman baskısı, hastaların tıbbi geçmişleri hakkında yetersiz bilgiye sahip olma ve tanı koymada gerekli olan ileri tetkiklerin yapılamaması gibi faktörler, tanı süreçlerini zorlaştırmaktadır. Bu durum, özellikle karmaşık semptomlarla başvuran hastalarda yanlış tanı konulma riskini artırmakta ve hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır. Ayrıca, hastaların hızlı bir şekilde taburcu edilme baskısı, eksik tedavi ve erken taburcu nedeniyle tekrar başvuruların artmasına neden olmaktadır (53).

6. Multidisipliner Destek Eksikliği

Acil servislerde görev yapan hekimler, birçok durumda diğer uzmanlık alanlarının desteğine ihtiyaç duymaktadır. Ancak özellikle gece nöbetlerinde ve küçük hastanelerde, ilgili branşlardan uzman hekimlere hızlı bir şekilde ulaşmak zor olabilmektedir. Nöroloji, kardiyoloji veya cerrahi branşlardan konsültasyon alınamaması, acil müdahale gerektiren durumların yönetimini zorlaştırmakta ve hekimlerin üzerinde ek bir sorumluluk yükü oluşturmaktadır. Bu durum, hem hasta güvenliğini riske atmakta hem de acil servis hekimlerinin stres düzeyini artırmaktadır.

7. Psikolojik Yük ve Duygusal Tükenmişlik

Acil servis hekimleri, sürekli olarak travmatik olaylar ve ölümlerle karşılaşmak zorunda kalmaktadır. Özellikle genç hastaların ani ölümleri, trafik kazaları veya başarısız resüsitasyon girişimleri, hekimlerin üzerinde ağır bir psikolojik yük oluşturmaktadır. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik

destek hizmetlerinin yetersiz olması, bu yükün zamanla birikmesine ve duygusal tükenmişlik sendromunun gelişmesine yol açmaktadır. Bu durum, hekimlerin mesleki performansını olumsuz etkileyerek sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmektedir.

8. Sağlık Politikalarındaki Eksiklikler ve Bürokratik Engeller

Türkiye'deki sağlık politikaları, acil servislerin aşırı yüklenmesine neden olan uygulamalar içermektedir. Özellikle "yeşil alan" uygulaması gibi, acil olmayan hastaların da acil servisten hizmet almasına olanak tanıyan sistemler, acil servislerin işlevselliğini azaltmaktadır. Ayrıca, hastane içi bürokratik süreçlerin karmaşıklığı ve gereksiz evrak işleri, hekimlerin hasta başında geçirmeleri gereken zamanı kısıtlamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerinin etkinliğini düşürmekte ve hasta memnuniyetini olumsuz etkilemektedir.

Acil servis hekimlerinin karşılaştıkları sorunlar, yalnızca klinik uygulamalarla sınırlı kalmamakta; aynı zamanda sağlık sisteminin yapısal ve politik eksikliklerinden de kaynaklanmaktadır. Türkiye'de bu sorunların çözümü için, sağlık çalışanlarına yönelik güvenlik önlemlerinin artırılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, multidisipliner iş birliğinin güçlendirilmesi ve sağlık politikalarının revize edilmesi gerekmektedir. Bu adımların atılması, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini artıracak hem de sağlık çalışanlarının mesleki tatminini ve motivasyonunu olumlu yönde etkileyecektir (60).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Özellikleri ve Planı

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde 01.01.2024 ile 31.10.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen retrospektif ve tanımlayıcı-analitik nitelikte bir çalışmadır. Araştırmanın temel amacı, acil servisten poliklinik randevusu verilerek taburcu edilen hastaların, bu randevulara uyumlarını değerlendirmek ve takip sürecinde gelişen klinik sonuçlarla (örneğin komplikasyon, yeniden başvuru ve hastane yatışı gibi) olan ilişkilerini analiz etmektir. Ayrıca yaş, cinsiyet, vital bulgular, komorbid hastalık varlığı ve triyaj kodları gibi klinik değişkenlerin bu süreçlerdeki etkileri de değerlendirilmiştir. Çalışmada hasta taburculuğu sonrası takip edilen 30 günlük süredeki veriler esas alınmıştır.

Etik kurul onayı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 20, Tarih: 10.12.2024). Veriler Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi Dijital Bilgi Sistemi'nden elde edilmiştir. Çalışmada hastaların kimlik bilgileri gizli tutulmuş, veriler anonim hale getirilerek etik kurallar çerçevesinde analiz edilmiştir.

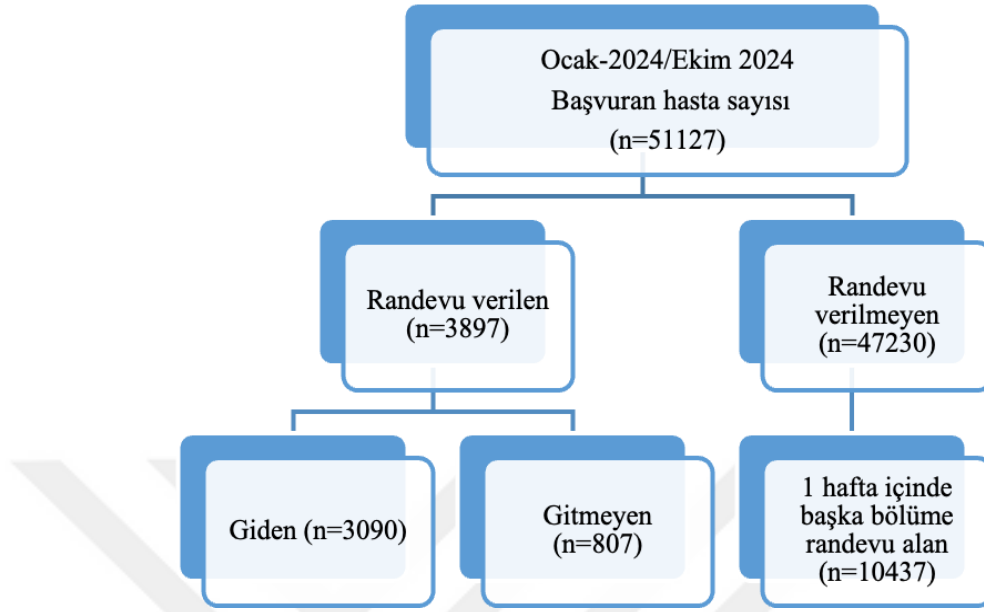
3.2. Veri Toplama Süreci ve Dışlama Kriterleri

Çalışmada kullanılan tüm veriler, dijital hastane otomasyon sistemi üzerinden elektronik ortamda erişilerek temin edilmiştir. Veri seti, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) aracılığıyla sistematik biçimde taranmış ve önceden belirlenmiş ölçütlere uygun şekilde analiz için hazır hâle getirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınacak olgular belirlenirken bazı dışlama kriterleri uygulanmıştır. Bu bağlamda, 18 yaş altı bireyler, acil servisten doğrudan yatışı yapılan hastalar ile acil serviste başvurunun hemen ardından mortalite olan hastalar analiz dışı bırakılmıştır.

3.3. Verilerin Elde Edilmesi ve Çalışma Grubunun Oluşturulması

Çalışmada yer alan veriler, Gazi Üniversitesi Hastanesi Bilgi Yönetim Sistemi'nden (HBYS) retrospektif olarak elde edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastalar; belirtilen tarih aralığında erişkin acil servise başvurmuş, hastane yatışı yapılmadan taburcu edilmiş ve en az bir poliklinik randevusu verilmiş bireylerden oluşmaktadır. Doğrudan yatışı yapılan vakalar dışlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen toplam hasta sayısı 3.897'dir.



Şekil 1. Çalışma grubu

Her bir hasta için yaş, cinsiyet, başvuru triyaj kodu ve başvuru şikâyeti gibi demografik ve klinik bilgiler kaydedilmiştir. Bunun yanında hastaların komorbid hastalık durumu (hipertansiyon, diyabet, kalp yetmezliği, KOAH, inme, böbrek hastalığı vb.) ile vital bulguları (vücut ısısı, nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı, oksijen saturasyonu) da analiz kapsamında değerlendirilmiştir. Ayrıca verilen poliklinik randevularının birimleri, bu randevulara gidilip gidilmediği, bir hafta içinde farklı polikliniklere başvuru yapıp yapılmadığı ve mortalite gelişimi bilgileri de kayıt altına alınmıştır.

Elde edilen veriler SPSS 22 (*Statistical Package for Social Science*) istatistik programına numerik değerlere dönüştürülerek kaydedildi. Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde, Chi-Square, Etki analizi ve regresyon analiz testleri kullanıldı. $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayıyla gerçekleştirilmiştir (Karar No: 20, Tarih: 10.12.2024). Araştırma kapsamında belirlenen dahil edilme kriterlerine uygun olarak toplam 3.897 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Elde edilen veriler, istatistiksel analizler aracılığıyla değerlendirilmiş ve çalışmanın temel sonuçları aşağıda detaylı olarak sunulmuştur.

Çalışmaya dahil edilen toplam 3.897 hastanın demografik özellikleri incelendiğinde, katılımcıların %49,4'ünün kadın (n=1.925), %50,6'sının ise erkek (n=1.972) olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılıma bakıldığında, en büyük grubu 35-64 yaş aralığındaki bireyler oluşturmakta olup bu grup toplam katılımcıların %45,4'ünü (n=1.769) kapsamaktadır. Bunu %29,8 ile 65 yaş ve üzeri grubu (n=1.161) ve %24,8 ile 18-34 yaş aralığındaki bireyler (n=967) takip etmektedir.

Tablo 1. Demografik Bilgiler

Demografik bilgiler	Değerlendirme	N	%
Cinsiyet	Kadın	1.925	49,4
	Erkek	1.972	50,6
Yaş	18-34 yaş	967	24,8
	35-64 yaş	1.769	45,4
	65 yaş ve üstü	1.161	29,8

Katılımcıların mevcut hastalık öykülerine ilişkin veriler incelendiğinde, en sık bildirilen kronik hastalık hipertansiyon olup, toplam katılımcıların %24,6'sını (n=959) kapsamaktadır. Bunu sırasıyla %15 ile diyabet (n=585) ve %7 ile koroner arter hastalığı (n=273) takip etmektedir. Astım öyküsü bulunan bireylerin oranı %4,1 (n=160) iken, daha nadir görülen hastalıklar arasında epilepsi (%1,2; n=45), konjestif kalp yetmezliği (%3,5; n=136), kronik böbrek hastalığı (%2,2; n=86) ve KOAH (%2,8; n=108) yer almaktadır. İnme (%1,8; n=69), karaciğer sirozu (%0,4; n=15), demans (%0,7; n=29), serebrovasküler kanama (%0,5; n=19) ve anemi (%0,2; n=7) ise daha düşük prevalansa sahip hastalık grupları arasında yer almaktadır. Genel olarak, katılımcıların %36,1'i (n=1406) en az bir hastalık öyküsüne sahiptir. Bu durum, çalışmaya katılan bireylerin önemli bir kısmında komorbidite yükünün bulunduğunu göstermektedir.

Tablo 2. Katılımcılara Ait Hastalık Öyküsü

Hastalık Öyküsü	N	%
Hipertansiyon	959	24,6
Diyabet	585	15
Koroner Arter Hastalığı	273	7
Astım	160	4,1
Konjestif Kalp Yetmezliği	136	3,5
KOAH	108	2,8
Kronik Böbrek Hastalığı	86	2,2
Serebrovasküler Olay (İnme)	69	1,8
Epilepsi	45	1,2
Demans	29	0,7
Serebrovasküler Olay (Kanama)	19	0,5
Karaciğer Sirozu	15	0,4
Anemi	7	0,2
Hastalık Durumu (Genel)	1.406	36,1

Katılımcıların fizyolojik ölçümlerine ilişkin veriler değerlendirildiğinde, vücut ısı ölçümlerinde büyük çoğunluğun (%90,5; n=3.526) 36–38 °C aralığında yer aldığı, %0,5’inin (n=20) 36 °C’nin altında ve %1,3’ünün (n=50) ise 38 °C’nin üzerinde olduğu tespit edilmiştir (p=0,001). Nabız değerleri açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %82,5’inin (n=3.216) nabız değerinin 60–100 aralığında olduğu, %9,2’sinin (n=360) >100 ve %1,6’sının (n=61) <60 olduğu gözlenmiştir (p=0,001). Sistolik kan basıncı verilerine göre, %61,4’ünün (n=2.391) değeri 90–140 mmHg arasında, %30,2’sinin (n=1.175) >140 mmHg ve %1,7’sinin (n=66) <90 mmHg olarak ölçülmüştür (p=0,001). Diastolik kan basıncı için, %72’sinin (n=2.806) 60–90 mmHg aralığında, %16,3’ü (n=636) >90

mmHg ve %4,6'sı (n=181) <60 mmHg olarak bulunmuştur (p=0,001). Oksijen satürasyonu (SpO₂) ölçümlerinde ise hastaların %89,1'inin (n=3.473) değerlerinin %90'ın üzerinde olduğu, %4,2'sinin (n=164) ise %90'ın altında değerlere sahip olduğu belirlenmiştir (p=0,001). Hastaların ilk başvuru anında triyajda ölçülen vitalleri olan bu veriler, katılımcıların büyük çoğunluğunun temel vital bulgular açısından normal sınırlarda olduğunu, ancak belirli bir alt grubun klinik açıdan dikkat gerektirecek düzeyde sapmalara sahip olabileceğini ortaya koymaktadır.

Tablo 3. Katılımcılara Ait Değerler

	Değerlendirme	N	%	p
Vücut ısısı	<36	20	,5	,001
	36-38	3.526	90,5	
	>38	50	1,3	
Nabız	<60	61	1,6	,001
	60-100	3.216	82,5	
	>100	360	9,2	
Sistolik kb	<90	66	1,7	,001
	90-140	2.391	61,4	
	>140	1.175	30,2	
Diastolik kb	<60	181	4,6	,001
	60-90	2.806	72,0	
	>90	636	16,3	
SpO₂	<90	164	4,2	,001
	>90	3.473	89,1	

*Vücut ısısı (301; %7,7); Nabız (260; %6,7); Systolik kb (265; %6,8); Diastolik kb (274; %7); SpO₂ (260; %6,7) veri girişi yapılmamıştır.

Acil servise başvuran hastaların durumlarının aciliyetine göre sınıflandırılması işlemi T1'den T5'e kadar genellikle 5 seviyeli acil triyaj sistemi ile yapılır. Her seviye, hastanın hayati risk durumuna ve tedaviye ne kadar acil ihtiyaç duyduğuna göre belirlenir. Bu sistemde T1 (Hayati tehlike) acil ve müdahale edilmezse eksitus olabilecek hastaları, T2 (Çok acil) hayati riski yüksek ancak T1 kadar kritik olmayan hastaları, T3 (Acil) durumu stabil olup tedavi edilmezse kötüleşebilecek hastaları, T4 (Normal) hayati tehlikesi olmayan ve hafif semptomlar gösteren hastaları, T5 (Acil değil) ise acil servislik durumu olmayıp, poliklinik düzeyinde olan hastaları belirtmektedir.

Katılımcıların başvuru sırasında verilen triyaj kodlarına ilişkin değerlendirmede, büyük çoğunluğun T3 (Acil) kategorisinde yer aldığı gözlemlenmiştir; bu grup toplam katılımcıların %89,2'sini (n=3.475) oluşturmaktadır. T2 (Çok acil) kodu ile değerlendirilen bireyler %6'lık bir oranla (n=233) daha az temsil edilmekle birlikte, klinik önceliği yüksek olan bu grubun önemli bir hasta yükünü ifade ettiği düşünülmektedir. T4 (Normal) kodu verilen katılımcılar %2,6'lık bir kesimi (n=101) oluştururken, aciliyet taşımayan T5 kodu ile sınıflandırılan katılımcı oranı %0,1 (n=3) gibi oldukça düşüktür (p=0,001). Bu dağılım, acil servise başvuran bireylerin büyük bir çoğunluğunun acil müdahale gerektiren şikayetlerle başvurduğunu ve triyaj sisteminin etkin şekilde uygulandığını göstermektedir.

Tablo 4. Katılımcıların Acil Durum Sınıflandırması Koduna Ait Bulgular

	Değerlendirme	N	%	p
Acil Durum Sınıflandırması Kodu	T2: Çok acil	233	6,0	,001
	T3: Acil	3.475	89,2	
	T4: Normal	101	2,6	
	T5: Acil değil	3	,1	

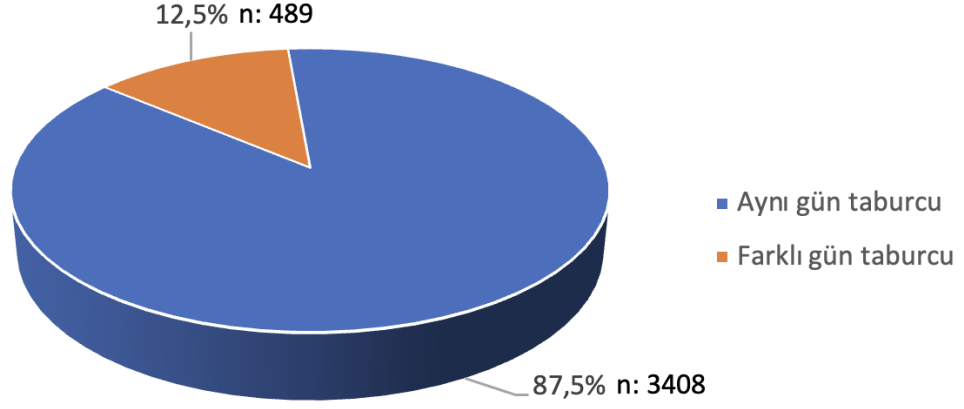
Acil Durum Sınıflandırması Kodu (85; %2,2) Veri Girişi Yapılmamıştır.

Katılımcıların taburculuk durumlarına ilişkin değerlendirmede, hastaların büyük bir çoğunluğunun (%87,5; n=3.408) başvurdukları gün içerisinde taburcu edildiği belirlenmiştir. Buna karşılık, %12,5'lik bir kesim (n=489) ise takip gereksinimi nedeniyle farklı bir günde taburcu edilmiştir (p=0,001). Bu bulgu, acil servise başvuran hastaların önemli bir kısmının klinik açıdan stabil ve ayaktan tedaviye uygun olduğunu göstermektedir.

Tablo 5. Katılımcıların Taburculuk Durumuna Ait Bulgular

	Değerlendirme	N	%	p
Taburculuk Durumu	Aynı gün taburcu	3.408	87,5	,001
	Farklı gün taburcu	489	12,5	

Acilden Taburculuk Durumu

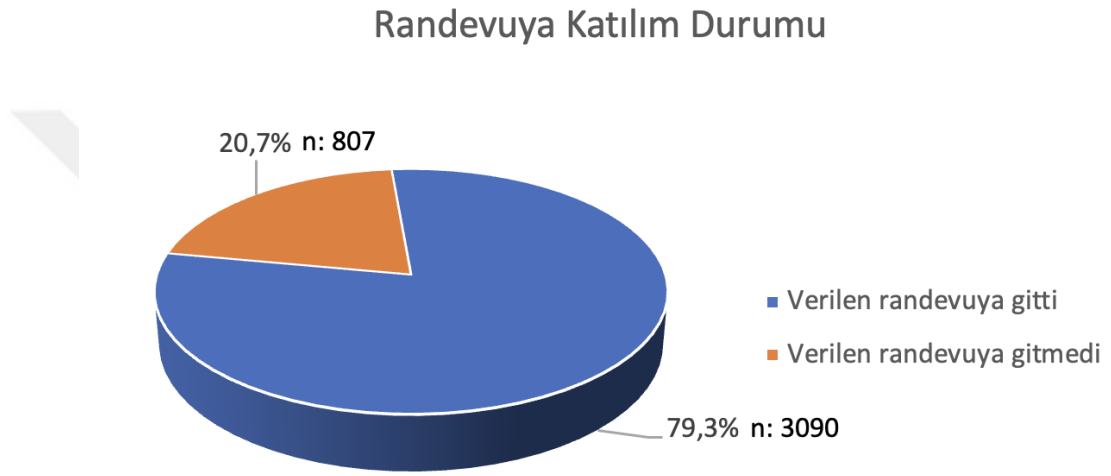


Şekil 2. Acilden Taburculuk Durumu

Katılımcıların acil servise başvuru sonrasında poliklinik randevusu alma durumları incelendiğinde, 47.230 kişinin herhangi bir randevu almadığı görülmüştür. Poliklinik randevu alarak başvuru gerçekleştirenlerin oranı ise toplamda %79,3 (n=3.090) olup, bu bireyler randevuya planlandığı şekilde gitmiştir. Öte yandan, %20,7'lik bir kesim (n=807) acil servise başvuru sonrasında polikliniklerden alınan randevuya gitmediği belirlenmiştir (p=0,001). Bu bulgular, hastaların büyük oranda acil servise başvuru sonrasında herhangi bir poliklinik randevusu almadığı, plansız ve ani ihtiyaçlar doğrultusunda acil servise başvurduğunu ortaya koymaktadır. Aynı zamanda, randevu sisteminin acil sağlık hizmeti sunumu içerisindeki kullanımının oldukça sınırlı kaldığını ve bu durumun acil servislerdeki yoğunluk yönetimi açısından önemli etkileri olabileceğini göstermektedir.

Tablo 6. Katılımcıların Acilde Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular

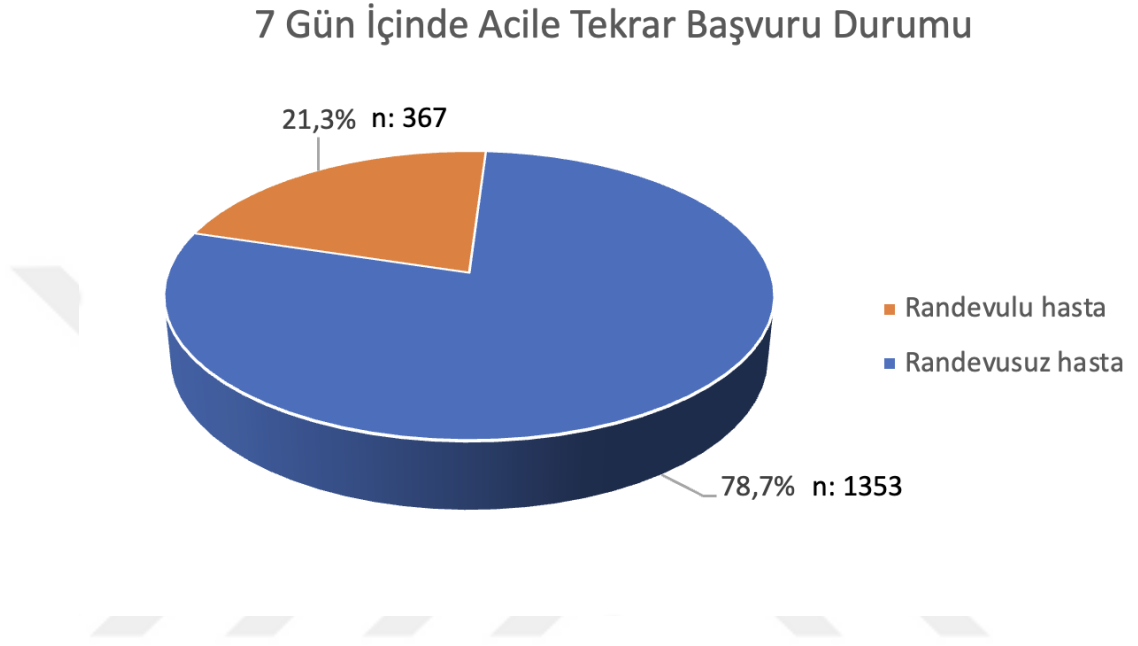
		N	%	p
Acilde Randevu Alma Durumu	Alınan randevuya gitmedi	807	20,7	,001
	Alınan randevuya gitti	3.090	79,3	



Şekil 3. Randevuya Katılım Durumu

Çalışmada, hastaların 7 gün içerisinde acil servise tekrar başvuru durumları incelendiğinde, toplamda 1.720 hastanın acil servise yeniden başvurduğu belirlenmiştir. Bu grubun %21,3'ünü (n = 367) randevulu hastalar oluştururken, %78,7'sini (n = 1.353) ise randevusuz hastalar oluşturmuştur. Bu bulgu, randevusuz hastaların kısa süre içinde tekrar acil servise başvurma olasılığının randevulu hastalara göre belirgin şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Randevu verilen bireylerin sağlık hizmetine planlı şekilde erişimi nedeniyle tekrar başvuru sıklığının azaldığı; buna karşılık, randevu almayan

hastaların takip ve tedavi süreçlerinin yeterince yapılamaması nedeniyle yeniden başvuru eğiliminde oldukları değerlendirilmektedir.

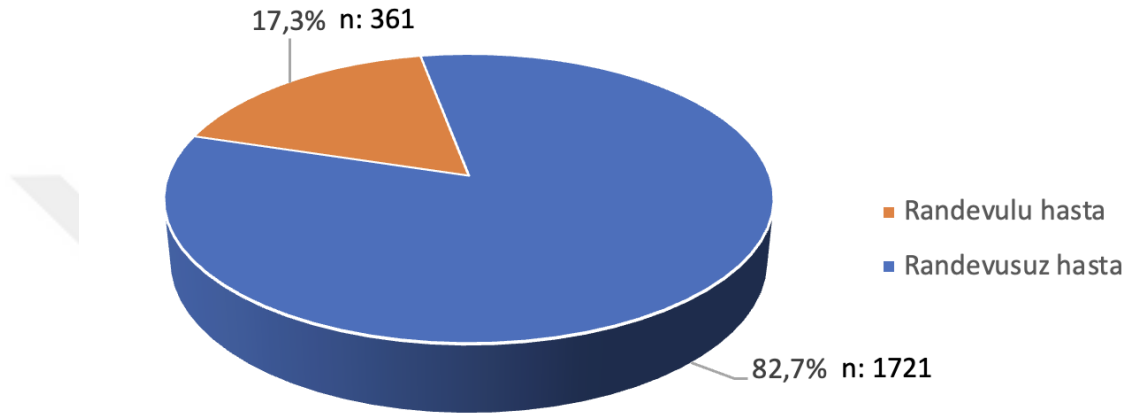


Şekil 4. 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Çalışmada, 30 gün içerisinde acil servise tekrar başvuru yapan hastalar analiz edildiğinde, toplamda 2.082 hastanın bu süre zarfında yeniden acile başvurduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların %17,3'ü (n = 361) randevulu hastalardan oluşurken, %82,7'si (n = 1.721) randevusuz hastalardan oluşmaktadır. Elde edilen bu sonuçlar, randevu sistemi ile sağlık hizmetine yönlendirilen bireylerin tekrar başvuru oranlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermektedir. Buna karşın, randevusuz hastalar arasında tekrar başvuru oranı oldukça yüksektir. Bu durum, randevusuz başvuruların plansız, yeterince takip edilmeyen ve çözüm üretilmeyen durumlar olabileceğini; dolayısıyla bu kişilerin tedavi süreçlerinde süreklilik sağlanamadığını göstermektedir. Bu bulgu, randevu

sisteminin etkinliğini ve hastane yükünü azaltmadaki potansiyel rolünü desteklemektedir.

30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu



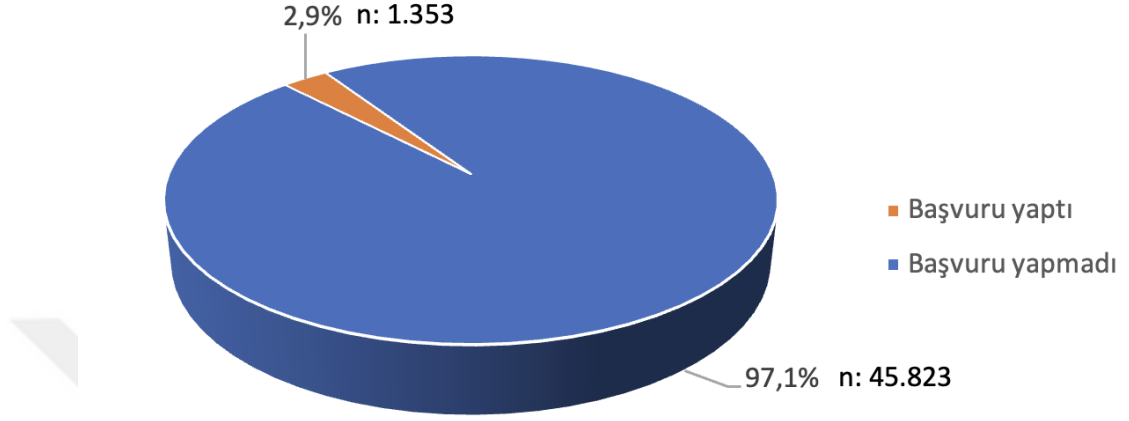
Şekil 5. 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Çalışmada acil servise başvuran polikliniklere randevu verilmeyen hastalar arasında 7 gün içerisinde tekrar başvuru oranı %2,9 (n=1.353) olarak hesaplanmıştır. Toplamda 47.176 randevusuz hastadan %97,1'i (n=45.823) bu süre zarfında yeniden acil servise başvuru yapmamıştır.

Tablo 7. Randevu Verilmeyen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Durum	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Tekrar Başvuru Yapan	1.353	2.9%
Tekrar Başvuru Yapmayan	45.823	97.1%
Toplam	47.176	100.0%

Randevu Verilmeyen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu



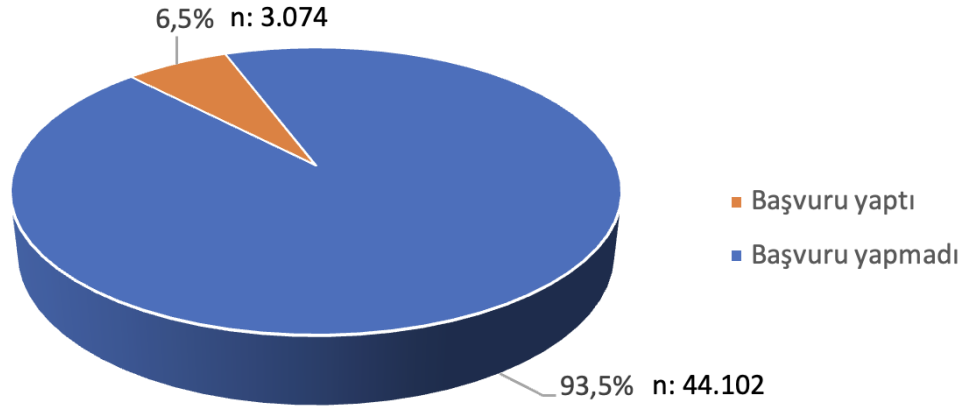
Şekil 6. Randevu Verilmeyen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Çalışmada acil servise başvuran polikliniklere randevu verilmeyen hastalar arasında 30 gün içerisinde tekrar başvuru oranı %6,5 (n=3.074) olarak hesaplanmıştır. Toplamda 47.176 randevusuz hastadan %93,1'5 (n=44.102) bu süre zarfında yeniden acil servise başvuru yapmamıştır.

Tablo 8. Randevu Verilmeyen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Durum	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Tekrar Başvuru Yapan	3.074	6.5%
Tekrar Başvuru Yapmayan	44.102	93.5%
Toplam	47.176	100.0%

Randevu Verilmeyen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu



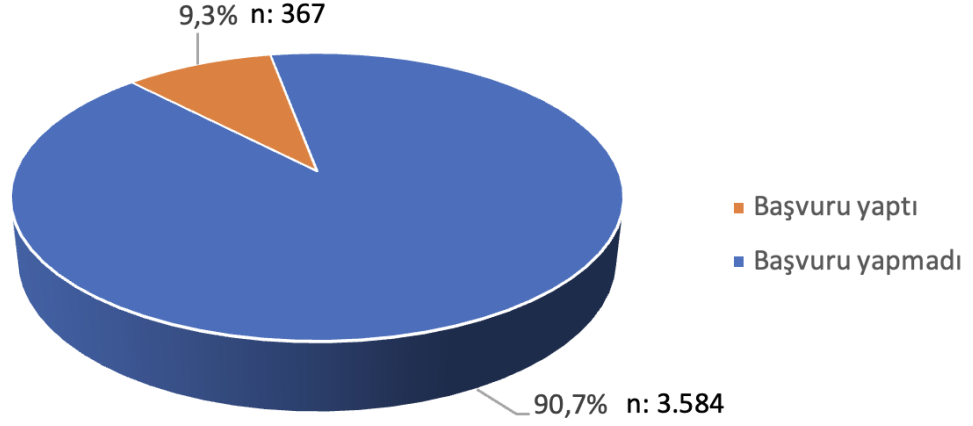
Şekil 7. Randevu Verilmeyen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Çalışmada, acil servise başvuran ve polikliniklere randevu verilen hastalar arasında, 7 gün içerisinde tekrar başvuru oranı %9,3 (n=367) olarak hesaplanmıştır. Toplamda 3.951 randevulu hastadan %90,7'si (n=3.584) bu süre içinde tekrar acil servise başvurmamıştır.

Tablo 9. Randevu Verilen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Durum	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Tekrar Başvuru Yapan	367	9.3%
Tekrar Başvuru Yapmayan	3.584	90.7%
Toplam	3.951	100.0%

Randevu Verilen Hastaların 7 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu



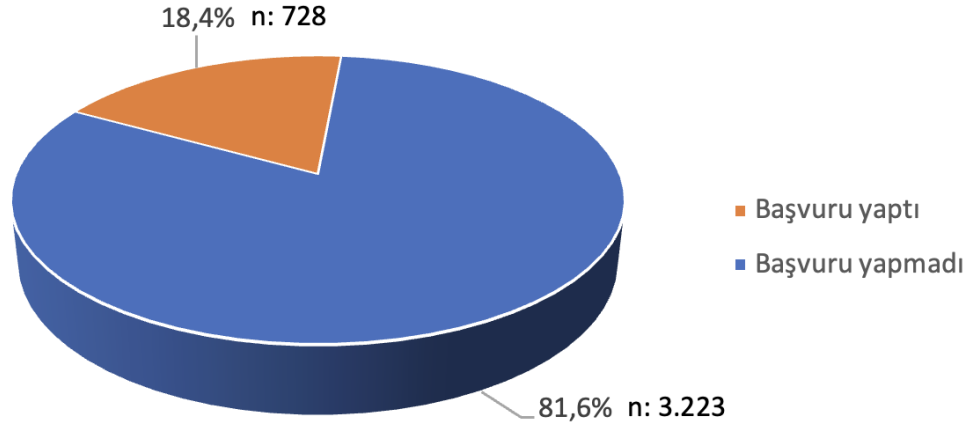
Şekil 8. Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Çalışmada, acil servise başvuran ve polikliniklere randevu verilen hastalar arasında, 30 gün içerisinde tekrar başvuru oranı %18,4 (n=728) olarak hesaplanmıştır. Toplamda 3.951 randevulu hastadan %81,6'sı (n=3.223) bu süre zarfında yeniden acil servise başvuru yapmamıştır.

Tablo 10. Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Durum	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Tekrar Başvuru Yapan	728	18.4%
Tekrar Başvuru Yapmayan	3.223	81.6%
Toplam	3.951	100.0%

Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu



Şekil 9. Randevu Verilen Hastaların 30 Gün İçinde Acile Tekrar Başvuru Durumu

Katılımcıların acil servis başvurularının ardından yönlendirildikleri polikliniklere ait veriler incelendiğinde, en yüksek başvuru oranı %12,42 ile Ortopedi ve Travmatoloji bölümüne yapılmıştır (n=484). Bunu sırasıyla Göğüs Hastalıkları (%9,19; n=358), Üroloji ve Genel Cerrahi (%8,24; n=323 ve n=321), Kardiyoloji (%7,47; n=291) ve Nöroloji (%7,29; n=284) takip etmektedir. Enfeksiyon Hastalıkları ve Gastroenteroloji bölümleri de %6,52 oranıyla dikkat çeken diğer branşlar arasında yer almıştır. Geri kalan polikliniklere yapılan yönlendirmeler daha düşük oranlarda gerçekleşmiş olup; örneğin Hematoloji (%0,05; n=2), Anesteziyoloji (%0,03; n=1) ve Medikal Onkoloji (%0,28; n=11) gibi bölümlere yönlendirme oldukça sınırlı kalmıştır.

Tablo 11. Katılımcıların Acil Servisten Randevu Aldığı Polikliniklere Ait Bulgular

Bölüm	N	%
Ortopedi ve Travmatoloji	484	12,42
Göğüs Hastalıkları	358	9,19
Üroloji	323	8,23
Genel Cerrahi	321	8,24
Kardiyoloji	291	7,47
Nöroloji	284	7,29
Gastroenteroloji	258	6,62
Enfeksiyon Hastalıkları	254	6,52
Kulak Burun Boğaz	231	5,93
Dermatoloji	165	4,23
Beyin ve Sinir Cerrahisi	162	4,16
Genel Dahiliye	135	3,46
Nefroloji	131	3,36
Göz Hastalıkları	99	2,54
Kalp ve Damar Cerrahisi	80	2,05
Kadın Hastalıkları ve Doğum	68	1,74
Plastik Cerrahi	53	1,36
Psikiyatri	44	1,13
Romatoloji	42	1,08
Endokrinoloji	30	0,77
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	26	0,67
Geriatri	25	0,64
Algoloji	19	0,49
Medikal Onkoloji	11	0,28
Hematoloji	2	0,05
Anesteziyoloji	1	0,03

Katılımcıların triyaj kodlarına göre acil servisten randevu aldıkları poliklinik dağılımları incelendiğinde, başvuruların büyük kısmının T3 (Acil) kategorisinde yer aldığı gözlemlenmiştir. Bu gruptaki bireylerin çoğunlukla Ortopedi (n=423; %15,64), Göğüs Hastalıkları (n=288; %10,65), Üroloji (n=274; %10,13), Genel Cerrahi (n=273; %10,10), Kardiyoloji (n=231; %8,54) ve Nöroloji (n=233; %8,62) gibi polikliniklere yönlendirildikleri görülmektedir. Bu durum, acil servis başvurularının önemli bir kısmının kas-iskelet, solunum, kardiyovasküler ve nörolojik sistemlerle ilgili şikayetlerden kaynaklandığını düşündürmektedir. T2 (Çok Acil) grubunda ise yönlendirme sayıları görece düşüktür. Bu kategorideki hastaların en fazla sevk edildiği poliklinikler arasında Göğüs Hastalıkları (n=28; %1,04), Kardiyoloji (n=20; %0,74), Kulak Burun Boğaz (n=17; %0,63) ve Nöroloji (n=16; %0,59) yer almaktadır. Bu veriler, çok acil durumların daha sınırlı sayıda branşla ilişkili olduğunu göstermektedir. T4 (Normal) kategorisinde ise görece daha az sayıda yönlendirme yapılmakla birlikte, Ortopedi (n=30; %1,11), Göğüs Hastalıkları (n=29; %1,07) ve Kulak Burun Boğaz (n=28; %1,04) poliklinikleri ön plana çıkmaktadır. T5 (Acil Değil) kategorisinde ise neredeyse hiç randevu verilmemiştir. Bu grupta yalnızca Ortopedi (n=2; %0,07), Kardiyoloji (n=2; %0,07) gibi birkaç branşa çok düşük sayıda yönlendirme yapılmıştır.

Tablo 12. Katılımcıların Triyaj Koduna göre Acil Servisten Randevu Aldığı Polikliniklere Ait Bulgular

Branş	T2	T3	T4	T5	Toplam
Ortopedi	21 (0.78%)	423 (15.64%)	30 (1.11%)	2 (0.07%)	476
Göğüs	28 (1.04%)	288 (10.65%)	29 (1.07%)	0 (0.0%)	345
Üroloji	14 (0.52%)	274 (10.13%)	22 (0.81%)	0 (0.0%)	310
Genel Cerrahi	10 (0.37%)	273 (10.1%)	26 (0.96%)	0 (0.0%)	309
Kardiyoloji	20 (0.74%)	231 (8.54%)	24 (0.89%)	2 (0.07%)	277
Nöroloji	16 (0.59%)	233 (8.62%)	18 (0.67%)	0 (0.0%)	267
Enfeksiyon	13 (0.48%)	223 (8.25%)	14 (0.52%)	0 (0.0%)	250
Gastroenteroloji	12 (0.44%)	216 (7.99%)	21 (0.78%)	0 (0.0%)	249
Kulak Burun	17 (0.63%)	176 (6.51%)	28 (1.04%)	0 (0.0%)	221

Acil servisten taburcu edilen katılımcıların, bir hafta içerisinde farklı bir poliklinikten yalnızca bir muayene randevusu alma durumları incelendiğinde, katılımcıların %85,6'sının (n = 3.337) bu süreçte başka bir poliklinikten randevu almadığı, buna karşılık %14,4'ünün (n = 560) farklı bir poliklinikten bir muayene randevusu aldığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda elde edilen bulgular, bu dağılımın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (p = ,001).

Tablo 13. Katılımcıların Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 1 Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular

		N	%	p
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 1 Muayene	Gitmedi	3.337	85,6	,001
	Gitti	560	14,4	

Acil servisten taburcu edilen katılımcıların, bir hafta içerisinde farklı polikliniklerden iki ayrı muayene randevusu alma durumları incelendiğinde, büyük çoğunluğun %96,7'sinin (n = 3.768) bu şekilde bir başvuru gerçekleştirmediği belirlenmiştir. Elde edilen veriler doğrultusunda yapılan istatistiksel analiz, bu dağılımın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymaktadır (p = ,001).

Tablo 14. Katılımcıların Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 2 Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular

		N	%	p
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 2 Muayene	Gitmedi	3.768	96,7	,001
	Gitti	129	3,3	

Katılımcıların acil servisten taburculuk sonrası bir hafta içerisinde üç farklı poliklinikten randevu alma durumları incelendiğinde, çok büyük bir çoğunluğun %99,3'ünün (n = 3.870) bu tür bir başvuru gerçekleştirmediği belirlenmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda yapılan istatistiksel analiz, bu dağılımın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir (p = ,001).

Tablo 15. Katılımcıların Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 3 Randevu Alma Durumuna Ait Bulgular

		N	%	p
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 3 Muayene	Gitmedi	3.870	99,3	,001
	Gitti	27	0,7	

Acil servisten taburcu edilen katılımcıların izlem sürecinde hastane içi mortalite gelişip gelişmediği incelendiğinde, vakaların %99,97'sinde (n = 3.896) herhangi bir komplikasyon gelişmediği, buna karşın %0,03'ünde (n = 1) mortalite durumunun gerçekleştiği belirlenmiştir. Mortalite gelişen hasta, tarafımıza halsizlik şikayetiyle başvurmuş olup 93 yaşında kadın hastadır. İdrar yolu enfeksiyonu tespit edilmiş olup enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile antibiyoterapi planlanmış, enfeksiyon hastalıkları polikliniğine randevusu verilmiş ve tarafımızca taburcu edildikten 12 gün sonra tarafımıza kardiyak arrest olarak başvurmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, bu dağılımın tesadüfi olmadığı ve mortalite gelişme durumunun anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır (p = ,001). Katılımcıların acil servisten taburcu edildikten sonra aldıkları randevuya giden hastaların mortalite gelişme oranları incelendiğinde bu oran %0,03 olduğu görülmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların Acil Başvuru Sonrası Mortalite Olma Durumuna Ait Bulgular

		N	%	p
Mortalite Durumu	Olmadı	3.896	99,97	,001
	Oldu	1	,03	

Çalışmada, acil servisten randevu verilen hastaların yaş gruplarına göre klinik dağılımları incelendiğinde, yaşın sağlık hizmeti kullanımı üzerinde anlamlı etkiler yarattığı belirlenmiştir. Acil durum sınıflandırması ile yaş grubu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (p = ,538). Ancak dağılımlara bakıldığında, 35–64

yaş grubundaki bireylerin %2,7'sinin T2 (çok acil), %41,7'sinin ise T3 (acil) kategorisinde yer aldığı görülmektedir. 18–34 yaş grubunda bu oranlar sırasıyla %1,1 ve %19,5; 65 yaş ve üzeri grupta ise %1,7 ve %24,8 olarak kaydedilmiştir. Bu veriler, orta yaş grubunun daha yüksek oranda acil durum sınıflamasına girdiğini ortaya koymaktadır.

Taburculuk zamanının yaş gruplarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p = ,746$). Aynı gün taburcu edilenlerin oranı genç yaş grubunda %20,0, orta yaş grubunda %42,8 ve ileri yaş grubunda %25,7; farklı gün taburcu edilenlerin oranı ise sırasıyla %2,8, %5,3 ve %3,4'tür. Bu sonuçlar, yaşın hastanede kalış süresine doğrudan etki etmediğini göstermektedir.

Bir hafta içinde farklı poliklinikten en az bir kez muayene olma durumu ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p = ,010$). Orta yaş grubundaki bireylerin %47,7'si farklı bir polikliniğe yönlendirilmişken, bu oran genç yaş grubunda %22,7, ileri yaş grubunda %28,6'dır. Randevu alıp muayeneye gitmeyenlerin oranı ise orta yaş grubunda %0,4 ile diğer gruplardan yüksektir.

İki farklı poliklinikte muayene olma durumu da yaş ile anlamlı ilişkilidir ($p = ,001$). Orta yaş grubunda bu oran %11,7 iken, genç yaş grubunda %3,4, ileri yaş grubunda %9,2 olarak kaydedilmiştir. Gitmeyenlerin oranları sırasıyla %36,4, %19,3 ve %19,9'dur. Bu da orta yaş grubunun hem yönlendirme hem de hizmet alma açısından daha aktif olduğunu göstermektedir.

Üç farklı polikliniğe başvuru da benzer şekilde yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p = ,001$). Gidenlerin oranı genç yaş grubunda %0,6, orta yaş grubunda %2,7, ileri yaş grubunda ise %2,8'dir. Üç farklı muayeneye gitmeyenlerin oranı orta yaşta %45,4 ile en yüksektir.

Son olarak, mortalite durumu ile yaş arasında anlamlı fark gözlemlenmiştir ($p = ,010$). Genç ve orta yaş grubunda mortalite görülmezken ileri yaş grubunda mortalite bildirilmiştir. Özellikle ileri yaş grubunun, taburculuk sonrası süreçte daha yüksek risk altında olduğu söylenebilir.

Tablo 17. Katılımcıların Yaşının Bazı Değişkenler İle İlişkisine Ait Bulgular

			Yaş			P
			18-34 yaş	35-64 yaş	65 yaş ve üstü	
Acil Durum Sınıflandırması	T2: Çok acil	N	32	81	52	,538
		%	1,1%	2,7%	1,7%	
	T3: Acil	N	581	1.242	738	
		%	19,5%	41,7%	24,8%	
	T4: Normal	N	55	108	81	
		%	1,8%	3,6%	2,7%	
	T5: Acil değil	N	2	1	2	
		%	0,1%	0,0%	0,1%	
Taburculuk	Aynı gün taburcu	N	618	1.323	795	,746
		%	20,0%	42,8%	25,7%	
	Farklı gün taburcu	N	85	164	105	
		%	2,8%	5,3%	3,4%	
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 1 Muayene	Gitmedi	N	3	12	17	,010
		%	0,1%	0,4%	0,6%	
	Gitti	N	700	1.475	883	
		%	22,7%	47,7%	28,6%	
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 2 Muayene	Gitmedi	N	597	1.125	616	,001
		%	19,3%	36,4%	19,9%	
	Gitti	N	106	362	284	
		%	3,4%	11,7%	9,2%	
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 3 Muayene	Gitmedi	N	685	1.404	812	,001
		%	22,2%	45,4%	26,3%	
	Gitti	N	18	83	88	
		%	0,6%	2,7%	2,8%	
Mortalite	Yaşıyor	N	703	1.483	892	,010
		%	22,8%	48,0%	28,9%	
	Mortalite	N	0	4	8	
		%	0,0%	0,1%	0,3%	

Çalışmada, acil servisten randevu verilen hastaların cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, klinik parametreler açısından kadın ve erkek katılımcılar arasında büyük ölçüde benzerlik olduğu, ancak bazı değişkenlerde anlamlı farkların bulunduğu belirlenmiştir.

Acil durum sınıflandırması ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p = ,700$). Kadın katılımcıların %2,7'si T2 (çok acil) ve %42,6'sı T3 (acil) grubunda yer alırken, erkek katılımcıların %2,9'u T2 ve %43,5'i T3 sınıfındadır. Benzer şekilde, T4 ve T5 oranlarında da her iki cinsiyet arasında dikkate değer bir fark görülmemektedir.

Taburculuk zamanlaması açısından da kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = ,315$). Kadınların %44,4'ü, erkeklerin ise %44,2'si aynı gün taburcu edilmiştir. Farklı günlerde taburcu edilenlerin oranı da kadınlarda %5,6, erkeklerde %5,9 olarak benzer düzeyde kalmıştır.

Bir hafta içinde farklı bir polikliniğe bir muayene gerçekleştirme durumu, kadınların %49,4'ü, erkeklerin ise %49,6'sı için geçerli olmuş; bu değişken ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = ,295$). Ancak, iki polikliniğe muayene olma durumu cinsiyet açısından anlamlı farklılık göstermektedir ($p = ,018$). Kadın katılımcıların %13,0'ı bu hizmetten yararlanırken, erkeklerde bu oran %11,4'tür. Gitmeyenlerin oranı ise erkeklerde %38,7 ile kadınlara göre (%37,0) daha yüksektir.

Üç farklı poliklinikten randevu alma durumunda ise anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p = ,320$). Kadınların %3,2'si, erkeklerin ise %2,9'u bu tür yönlendirme almıştır. Gitmeyenlerin oranları da birbirine çok yakındır (kadınlarda %46,8, erkeklerde %47,1).

Son olarak, mortalite oranları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = ,192$). Kadın katılımcıların %0,3'ü, erkeklerin ise %0,1'i taburculuk sonrası mortalite yaşamıştır. Her iki grubun da hayatta kalma oranı oldukça yüksektir (%49,7 ve %49,9).

Tablo 18. Katılımcıların Cinsiyetinin Bazı Değişkenler ile İlişkisine Ait Bulgular

			Cinsiyet		p
			Kadın	Erkek	
Acil Durum Sınıflandırması	T2: Çok acil	N	79	86	,700
		%	2,7%	2,9%	
	T3: Acil	N	1.268	1.293	
		%	42,6%	43,5%	
	T4: Normal	N	129	115	
		%	4,3%	3,9%	
	T5: Acil değil	N	2	3	
		%	0,1%	0,1%	
Taburculuk	Aynı gün taburcu	N	1.371	1.365	,315
		%	44,4%	44,2%	
	Farklı gün taburcu	N	172	182	
		%	5,6%	5,9%	
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 1 Muayene	Gitmedi	N	18	14	,295
		%	0,6%	0,5%	
	Gitti	N	1.525	1.533	
		%	49,4%	49,6%	
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 2 Muayene	Gitmedi	N	1.142	1.196	,018
		%	37,0%	38,7%	
	Gitti	N	401	351	
		%	13,0%	11,4%	
Bir Hafta İçinde Farklı Bölüme 3 Muayene	Gitmedi	N	1.445	1.456	,320
		%	46,8%	47,1%	
	Gitti	N	98	91	
		%	3,2%	2,9%	
Mortalite	Yaşıyor	N	1.535	1.543	,192
		%	49,7%	49,9%	
	Mortalite	N	8	4	
		%	0,3%	0,1%	

5. TARTIŞMA

Hastaneler, sağlık hizmeti sunumunun temel yapı taşları olarak kesintisiz sağlık hizmetlerinin sağlandığı, gerekli tetkik, teşhis ve araştırmaların yürütüldüğü, profesyoneller tarafından yönetilen kurumlardır (102); (103). Bu kurumlar, tedavi hizmetleri, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri ve araştırma hizmetleri olmak üzere dört ana hizmet alanında faaliyet gösterir (104); (105). Sağlık kurumları, sundukları hizmetleri işlevsel olarak sınıflandırmanın yanı sıra, farklı kriterlere göre de sınıflandırılabilir. Bu kapsamda, tıbbi hizmetler, poliklinik ve klinik hizmetleri olarak iki ana gruba ayrılırken; tıbbi destek hizmetleri, yönetim hizmetleri ve teknik hizmetler de önemli kategorileri oluşturur.

Hastanelerde sunulan poliklinik hizmetleri, ayaktan muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği ilk başvuru noktalarıdır. Poliklinikler, yalnızca ayaktan tedavi hizmeti sunmakla kalmaz, aynı zamanda hastaların yatarak tedavi alabilmeleri için gerekli ön değerlendirme işlemlerinin yapıldığı bölümlerdir (105). Acil servisler (AS) ise, hastaların herhangi bir kritere bakılmaksızın kabul edildiği ve aciliyet durumlarına göre triyaj yapılarak hizmet veren birimlerden oluşur ve 7 gün 24 saat kesintisiz hizmet verir (106). Türkiye'de yapılan başvurular hem acil servislere hem de polikliniklere oldukça fazladır; bu durum, sağlık sisteminin genel işleyişi ve halkın sağlık ihtiyaçlarının karşılanması açısından büyük önem taşır (107); (108). Son olarak, sağlık kurumlarının türleri

ve yapıları gün geçtikçe değişiklik göstermekte olup bu değişim özellikle poliklinik hizmetlerini etkilemektedir. Hastaneler, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için kritik bir rol oynamakta ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırma hedefi doğrultusunda çalışmalarını sürdürmektedir (109); (104).

Acil servisler, 7/24 kesintisiz hizmet vermeleri ve hastaların ilk başvuru alanı olmaları nedeniyle sağlık sisteminin en kritik bileşenlerinden biridir. Ancak, artan hasta yükü, yetersiz altyapı, yoğunluk yönetimi sorunları ve uygun olmayan başvurular nedeniyle bu birimlerde işleyişin sürdürülebilirliği zaman zaman sekteye uğramaktadır. Triyaj sistemlerinin uygulanmasında yaşanan zorluklar ve acil servislerin amacının dışında kullanılmaları gibi yapısal problemler hem hasta memnuniyetini hem de hizmet kalitesini olumsuz etkilemektedir (110).

Bu çalışmada elde edilen komorbidite verileri, ulusal ve uluslararası çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Katılımcıların %15,4'ünde hipertansiyon, %9,3'ünde diyabet ve %4,4'ünde koroner arter hastalığı tespit edilmiştir. Bu oranlar, Çolakça'nın (2024) yapay zeka destekli triyaj modelini incelediği tez çalışmasında sırasıyla %20,9, %12,2 ve %8,1 olarak raporlanmıştır. Ayrıca, Pannu ve ark. (2022) Kuzey Hindistan'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %64,9'unda kronik hastalık mevcutken (111), Schrijver ve ark. (2013) Hollanda'daki bir acil serviste yaşlı hasta popülasyonunda benzer sonuçlara ulaşmıştır (112).

Katılımcıların acil servise başvuru nedenleri arasında karın ağrısı, yumuşak doku travmaları ve gastroenterit ön planda yer almaktadır. Bu durum, farklı coğrafyalarda yapılan benzer araştırmalarla çeşitlilik göstermektedir. Örneğin, Öktem & Üzer (2022), geriatrik popülasyonda romatizmal ağrılar ve solunum problemlerinin öne çıktığını belirtmiştir (113). Arvig ve ark. (2022) ise Danimarka’da yürüttükleri çok merkezli çalışmada en sık başvuru nedenlerinin karın ağrısı (%16), nefes darlığı (%12), ateş (%8) ve göğüs ağrısı (%8) olduğunu raporlamıştır. Bu çeşitlilik, başvuru nedenlerinin kültürel, iklimsel ve epidemiyolojik faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebildiğini ortaya koymaktadır (114).

Araştırmamızda, acil servisten randevu verilen hastalarda randevuya gitme oranı %79,3 olarak bulunmuş, buna karşın bu hastalarda mortalite oranı %0,03’te kalmıştır. Bu durum, takip randevularına katılımın komplikasyon gelişimini azaltıcı etkisini gösterebilmektedir. Amidon (2024), acil servisten çıkan hastalara doğrudan birinci basamak randevusu verilmesinin uyumu artırdığını; ancak katılımın %38’de sınırlı kaldığını rapor etmiştir (114). Chen ve Singer (2016) ise acil servis hekimleri ile birinci basamak hekimlerinin takip süreci beklentilerinde ciddi uyumsuzluklar olduğunu belirtmiş, bu durumun hastaların izlem sürecinde kafa karışıklığı yaşamasına neden olduğunu savunmuştur (115).

Soltane ve arkadaşlarının (2024) Tunus’ta gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışmada, tele-takip uygulanan hastalarda yeniden başvuru oranları %26,5’ten %14’e düşmüş; tedaviye uyum ise %97,5’e ulaşmıştır. Bu, bizim

çalışmamızdaki komplikasyon oranı farklarıyla örtüşen bir bulgudur. Benzer biçimde, Speer (2024) cerrahi sonrası hastalarda yapılandırılmış telefon görüşmelerinin %17,9’unda ek müdahale ihtiyacını önceden saptadığını bildirmiştir. Ayrıca Çolakça’nın (2024) triyajda yapay zekâ kullanımına yönelik çalışması, teknolojik destekli modellerin hasta sınıflandırmasında doğruluk oranlarını artırabileceğini göstermektedir (116).

Sosyal belirleyiciler, acil servis sonrası izlem sürecinde klinik sonuçları doğrudan etkilemektedir. Sportiello ve arkadaşları (2025), kamu sigortası kapsamındaki hastalarda laboratuvar istem hatalarının (OR=13.6) ve kateter komplikasyonlarının (OR=3.61) daha yüksek olduğunu, izleme uyumunun ise daha düşük kaldığını ortaya koymuştur. Benzer şekilde Hain ve arkadaşlarının (2024) sistematik derlemesi, yetersiz sigorta ve ulaşım zorluklarının randevuya katılımı olumsuz etkilediğini ifade etmektedir. Bizim çalışmamızda da komplikasyon oranları, randevuya erişemeyen veya katılamayan bireylerde belirgin şekilde yüksektir.

Çalışmamızın bulguları, acil servise tekrar başvuru davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan önceki araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Hocagil (2011) tarafından yürütülen çalışmada, acil servise başvuran 46.800 erişkin hastanın %1,66’sının erken dönem tekrar başvuru (EDTB) yaptığı belirlenmiş ve bu hastaların büyük bir kısmının tekrar başvurularının önlenabilir nedenlere dayandığı bildirilmiştir (117). Söz konusu çalışmada EDTB nedenlerinin %60,4’ü altta yatan hastalık, %20’si hekim

kaynaklı, %12,1'i hasta kaynaklı ve %7,5'i ise sistem kaynaklı olarak sınıflandırılmıştır. Bu bulgular, çalışmamızda randevu sistemine dahil olmayan hastaların 7 ve 30 gün içerisinde acile tekrar başvuru oranlarının sırasıyla %78,7 ve %82,7 gibi oldukça yüksek oranlarda gerçekleşmiş olmasıyla örtüşmektedir. Bu durum, plansız ve takip edilmeyen hasta gruplarında tekrar başvuru davranışının daha sık gerçekleştiğini ve randevu sistemine entegrasyonun bu oranları azaltma potansiyeline sahip olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, her iki çalışmada da erken dönemde tekrar başvurular ile mortalite arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Hocagil'in çalışmasında EDTB yapan hastaların %1,2'sinin acil serviste eksitus olduğu bildirilirken, mevcut çalışmada randevusuna gidenlerde mortalite oranı %0,03 olarak saptanmıştır. Bu bulgular, düzenli ve planlı sağlık hizmeti alımının hasta yaşam sonuçları üzerinde koruyucu bir etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, her iki çalışmada da sağlık sistemine erişim ve takibin yetersiz olduğu durumlarda tekrar başvuruların ve olumsuz klinik sonuçların daha yüksek oranlarda gözlemlendiği dikkat çekmektedir (117).

Çalışmamıza paralel olarak, Lin ve ark. (2020) tarafından Amerika'da Medicare hastaları üzerinde yapılan büyük ölçekli kohort çalışmasında da, acil servisten taburcu edilen hastaların %29'unun 30 gün içinde hiçbir poliklinik takibi almadığı bildirilmiştir. Araştırma, randevulu takip yapılan hastalarda 30 günlük mortalite riskinin %51 oranında azaldığını (HR: 0.49) ortaya koymuştur. Aynı zamanda bu hastalarda hastane yeniden yatışı riskinin arttığı (HR: 1.22)

belirtmiştir ki bu durum, poliklinik takiplerin bazı olgularda hastaneye geri dönüşle sonuçlanabileceğini ama yine de ölüm riskini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Her iki çalışmanın bulguları, randevulu takibin hastaların erken komplikasyonlarını saptama ve yönetme açısından kritik bir rol oynadığını desteklemektedir.

Yaş gruplarına göre analizde, 65 yaş ve üzeri bireylerde komplikasyon oranı %0,6'ya çıkarken, 35–64 yaş grubunda bu oran %0,4 olarak bulunmuştur. Genç bireylerde ise komplikasyon oranı %0,0 düzeyinde kalmıştır. Bu bulgu, yaş ilerledikçe taburculuk sonrası izlem ihtiyacının arttığını göstermektedir. Ayrıca, cinsiyet farklılığı da anlamlıdır: kadınların hizmet kullanım oranı daha yüksekken, erkeklerde komplikasyon oranı %0,6 ile daha fazladır. Bu durum, Sportiello ve Hain'in bulgularıyla paralellik göstermekte, sosyal eşitsizliklerin biyolojik ve davranışsal faktörlerle kesiştiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları, acil servisten taburculuk sonrası süreçlerin yalnızca klinik değil aynı zamanda sistemsel, sosyal ve yapısal yönleriyle yeniden kurgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Takip sistemleri pasif önerilerden çıkarılmalı; tele-takip, hızlı randevu, yapay zekâ destekli sınıflandırma ve sosyal destek mekanizmaları ile aktif bir yapıya kavuşturulmalıdır. Bu süreçte, yaşlılar ve dezavantajlı gruplar başta olmak üzere hedefe yönelik bakım koordinasyon modelleri geliştirilmesi gereklidir.

6. KISITLILIKLAR

Çalışma önemli veriler sunmakla birlikte bazı sınırlamalar içermektedir. Araştırma retrospektif olarak tasarlandığı için yalnızca hastane bilgi yönetim sistemi (HBYS) üzerinden erişilebilen kayıtlı veriler kullanılmıştır. Bu durum, hastaların özel sağlık kuruluşlarına başvuruları, evde bakım süreçleri ve diğer sağlık hizmet sağlayıcıları ile olan temasları gibi önemli izlem bilgilerine ulaşılamamasına neden olmuştur. Ayrıca, çalışmaya yalnızca 18 yaş ve üzeri, hastaneye yatışı yapılmadan taburcu edilen bireylerin dahil edilmesi, ileri yaşta olan ya da klinik olarak daha karmaşık hastaların değerlendirme dışında kalmasına yol açmıştır. Bu kapsamda elde edilen bulguların, farklı klinik özelliklere sahip hasta gruplarına genellenebilirliği sınırlıdır.

Ölüm ve komplikasyonlara ilişkin veriler belirlenmiş olsa da, bu sonuçların oluş nedenleri ayrıntılı olarak sınıflandırılamamış; böylece, taburculuk sonrası süreç ile bu sonuçlar arasındaki ilişkilerin nedensel düzeyde değerlendirilmesi mümkün olmamıştır.

Çalışmada yer alan veriler tamamen sistem kayıtlarına dayandığı için taburculuk karar sürecine ilişkin hekim görüşleri ve klinik karar mekanizmaları da analiz dışı kalmıştır. Klinik kararların gerekçeleri, hasta-hekim etkileşimi ya da taburculuk kararındaki belirsizlikler gibi nitel veriler bulunmadığından, sağlık hizmeti sunumunun bağlamsal ve öznel yönleri gözlemlenememiştir.

7. SONUÇLAR

Gazi Üniversitesi Erişkin Acil Servisi'nde yürütülen bu çalışma kapsamında poliklinik randevusu verilerek taburcu edilen hastaların izlem sürecindeki sağlık hizmeti kullanım davranışları değerlendirilmiştir. Toplam 3.897 hastaya ait veriler retrospektif olarak analiz edilmiştir. Gazi Üniversitesi Erişkin Acil Servisi'nde uygulanan endikasyon dahilinde hastalara poliklinik randevusu verilebilmesi, hastaların acil servise geri dönüşünü ve dolayısıyla acil servisteki iş yükünü azaltmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun randevularına katılım gösterdiği, ancak önemli bir kısmının (%20,7) randevusuna gitmediği saptanmıştır. Randevusuna gitmeyen bireylerde 7 ve 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranlarının sırasıyla %78,7 ve %82,7 olduğu belirlenmiştir. Randevuya katılım sağlayan bireylerde bu oranların belirgin şekilde düşük olduğu görülmüştür. Randevusuz tekrar başvuru yapan bireylerin takip ve tedavi süreçlerinde düzensizlik yaşadığı, bu grubun sağlık hizmetine plansız şekilde tekrar yöneldiği gözlenmiştir. Randevuya uyumun düşük olması, acil servis yükünün artmasına neden olan faktörlerden biri olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada, mortalite oranının randevusuna gitmeyenlerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Poliklinik kontrolüne katılan bireylerde mortalite gelişme oranı daha düşüktür. Randevuya gitmeme, sağlık hizmetine düzenli ulaşamama,

izlem eksikliği gibi unsurlar klinik kötüleşme açısından risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Mortalite gelişimi, randevu uyumu ile ilişkili bir gösterge olarak ele alınmıştır.

Yaş değişkeni değerlendirildiğinde, orta yaş grubundaki bireylerin sağlık hizmeti kullanım oranlarının diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu grup içinde farklı polikliniklere başvuru, randevuya gitme ve takip sürecine aktif katılım daha yaygındır. Genç yaş grubunda sağlık hizmetine başvuru oranı daha düşük bulunmuştur. İleri yaş grubunda mortalite oranının daha yüksek olduğu, bu grubun izlem gereksiniminin arttığı saptanmıştır.

Cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde, kadın ve erkek katılımcılar arasında acil başvuru sonrası hizmet kullanım davranışları büyük oranda benzer bulunmuştur. İki poliklinik randevusuna katılım oranı kadınlarda daha yüksek hesaplanmıştır. Diğer parametrelerde anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Triyaj kodlarına göre analiz yapıldığında, hastaların büyük çoğunluğunun T3 (Acil) kategorisinde yer aldığı, bu grubun ağırlıklı olarak kas-iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem, solunum sistemi ve nörolojik sistemle ilişkili polikliniklere yönlendirildiği belirlenmiştir. T2 (Çok acil) grubundaki bireylerin daha sınırlı sayıda poliklinik yönlendirmesi aldığı saptanmıştır. T4 ve T5 kodlarıyla sınıflandırılan bireylerin ise sağlık hizmetine başvuru ve yönlendirme oranları oldukça düşüktür.

Katılımcıların komorbid hastalık öykülerine bakıldığında, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların en sık bildirilen kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir. Komorbidite varlığı, sağlık hizmeti kullanım davranışlarını etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Vital bulguların büyük oranda normal sınırlarda olduğu, ancak belirli bir hasta grubunda klinik sapmalar bulunduğu görülmüştür. Bu sapmaların takip gereksinimi doğurabileceği öngörülmüştür.

Sonuç olarak, acil servisten taburcu edilen bireylerde poliklinik randevu sistemine uyumun sağlık hizmetine erişim, tekrar başvuru ve mortalite gibi kritik çıktılar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Randevuya gitmeyen bireylerin hem sağlık hizmeti sürekliliğinde aksama yaşadığı hem de klinik açıdan daha riskli grubu oluşturduğu belirlenmiştir. Acil servisten hastalara poliklinik randevusu verme sistemi Türkiye’de bulunan acil servisler içerisinde yalnızca Gazi Üniversitesi Erişkin Acil Servis’inde uygulanmakta olup çalışmamıza göre hastaların acil servise tekrar başvurusunu azaltmaktadır. Bu sistemin Türkiye genelinde yaygınlaşması, acil servislerin sahip olduğu iş yükünün azaltılmasında yardımcı olabilir. Bu sistem ileri çalışmalarla desteklenebilir. Randevu sisteminin güçlendirilmesi, hastaların etkin şekilde izlenmesi, takip mekanizmalarının dijital sistemlerle desteklenmesi gerektiği önerilmiştir. Acil servisten planlı yönlendirmenin hasta sağkalımı ve sağlık sistemi verimliliği üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu değerlendirilmiştir.

8. KAYNAKLAR

1. Konukman, G., & Büyükyılmaz, F. (2025). Acil servis hemşirelerinin iş doyumu ve stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *ASOS Journal*, 2025(160), 361–375. <https://doi.org/10.29228/ASOS.79170>.
2. Alpaslan, M., & Baykan, N. (2025). Acil serviste adli olarak değerlendirilen hastaların analizi ile darp ve cebir muayenelerinin acil servis üzerindeki yükü. *Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences*, 6(1), 9–16. <https://doi.org/10.30562/90236/1586760>.
3. Dibek, M. Ö., Çatal, Y., Koca, A., Oğuz, A. B., Genç, S., Günalp, M., & Polat, O. (2024). Acil servise başvuran yaşlılarda kırılabilirlik ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri ile ilişkisi. *J Ankara Univ Fac Med*, 77(4), 381–388. <https://doi.org/10.30562/90236/1586760>.
4. Sultanoğlu, H., Kara, A. C., Kara, N., & Sultanoğlu, T. E. (2025). Deprem sonrası acil servise akut travma stres bozukluğu belirtileri ile başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Value in Health Sciences*, 15(1), 89–93. <https://doi.org/10.33631/sabd.1538704>.
5. Yalçın, G., Balcı, Ö. Ö., Tunca, B. S., Dede, Ü., Kılıççıoğlu, İ., & Anıl, M. (2025). Çocuk acil serviste spontan pnömotoraks tanısı alan hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi. *Kocatepe Medical Journal*, 26(1), 61–68. <https://doi.org/10.18229/koc>.
6. Koksall, Y. (2025). Emergency visits in cancer patients: Predictors of hospitalization and palliative care needs. *International Journal of Current Medical and Biological Sciences*, 5(1). <https://doi.org/10.5281/zenodo.14691149>.
7. Aravind, T. K., Karmungikar, S., Kumar, S., & Singh, H. (2025). Penile strangulation by foreign bodies: Varied presentations, unique management strategies and outcomes - A case series with review of literature. *Grand Journal of Urology*, 5(1), 24–29. <https://doi.org/10.18229/gju.1593050>.
8. Yılmaz, G., Hançer Çelik, F., Aytekin, R., & Baykan, N. (2025). Unexpected outcome in a patient presenting with syncope: Splenic laceration. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 5(1), 36–38. <https://doi.org/10.18229/asujms.1459054>.
9. Küçükdersun, B., & Bozkurt, Ö. (2025). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların kalite algısı. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 22(1), 42–61. <https://doi.org/10.18229/spkd.1593050>.

10. Terzi Özmen, M., & Bozdemir, E. (2024). *Analysis of pre-pandemic and post-pandemic treatment costs for patients admitted to a neurology clinic. 9th International Health Sciences and Management Conference, İstanbul.*
11. Castiglioni, A. (2019). *A history of medicine. Routledge Library Editions.*
12. Uluslararası Acil Tıp Federasyonu. (n.d.). *International Federation for Emergency Medicine. Retrieved January 2025, from <http://www.ifem.cc/>.*
13. Eurasian Journal of Emergency Medicine. (n.d.). *Eurasian Journal of Emergency Medicine. Retrieved January 2025, from <http://akademikaciltip.com/>.*
14. Journal of Academic Emergency Medicine Case Reports. (n.d.). *Journal of Academic Emergency Medicine Case Reports. Retrieved January 2025, from <http://akatos.com/>.*
15. Ertekin, C. (2019). *Tibbın öyküsü. İş Bankası Kültür Yayınları.*
16. Kaba, H. (2013). *Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 21(3), 127–135.*
17. Budak, D. (2021). *İlkçağlardan günümüze hekimliğin gelişimi [The development of medicine from antiquity to the present]. Journal of Medical Sciences, 2(2), 6–10. <https://doi.org/10.46629/JMS.2021.36>.*
18. Forrester, R. (2016). *The history of medicine [PDF]. figshare. Journal contribution. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.4219722.v1>.*
19. Öztürk, D. (2017). *Ülkemizde acil tıbbın gelişimi. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, (42), 6-7. Retrieved from https://medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_42_6-7.sayfalar_Derya_Ozturk.pdf.*
20. Türkiye Acil Tıp Derneği. (n.d.). *Türkiye Acil Tıp Derneği Resmi Web Sitesi. Retrieved January 2025, from <http://tatd.org.tr/>.*
21. T.C. Sağlık Bakanlığı. (1993, April 30). *Resmi Gazete 21567 Sayılı Tüzük. Retrieved January 2025, from <http://tuk.saglik.gov.tr/web2/pdfdosyalar/tuzukler/21567.pdf>.*
22. Kocaeli 112 Acil Sağlık Hizmetleri. (n.d.). *Kocaeli 112 Resmi Web Sitesi. Retrieved January 2025, from <http://kocaeli112.org/>.*

23. Oktay, C. (2011). *Acil Tıp 4 Yıl. Medimagazin. Retrieved January 2025, from <https://medimagazin.com.tr/authors/cem-oktay/tr-acil-tip-dortyil-72-50-2836.html>.*
24. *Turkish Journal of Emergency Medicine. (n.d.). Turkish Journal of Emergency Medicine. Retrieved January 2025, from <http://trjemergmed.com/>.*
25. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2022, September 13). *Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ. Resmî Gazete, Sayı: 31952. Retrieved from <https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5.htm>.*
26. Bütün, A., & Konakçı, G. (Eds.). (2023). *Türkiye'de acil sağlık hizmetleri. Nobel Akademik Yayıncılık. ISBN: 978-625-397-454-1. Retrieved from https://nobelyayin.com/e_tanitim/turkiye-de-acil-saglik-hizmetleri.pdf.*
27. Sarı, A. (2020). *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servisine 112 ambulansı ile başvuran hastaların sosyodemografik özelliklerinin ve klinik sonuçlarının retrospektif olarak incelenmesi (Uzmanlık tezi). Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi.*
28. Karaduman, S. (2002). *Acil servisten taburcu edilen hastaların reçete ve poliklinik kontrollerine uyumu (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Türkiye.*
29. Gülen, M., Silibolatlaz, A., Avci, A., & Satar, S. (2018). *Üçüncü basamak acil servise 112 ambulansı ile getirilen erişkin hastaların analizi. Boğaziçi Tıp Dergisi, 5(2), 51-57.*
30. Ayten, S. (2015). *Denizli ilinde 112 komuta merkezine yapılan aramalar ve acil ambulans hizmetlerinin kullanımının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli.*
31. Coşkun, S. (2025). *Acil servise bel ağrısı ile başvuran hastalarda intramusküler diklofenak sodyum ile subkutan %5 dextroz enjeksiyonunun etkinliğinin karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı, Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil T.*
32. Yalçın, H. Y. (2025). *Acil servise nefes darlığı ile başvuran kalp yetmezliği tanılı hastalarda toraks ultrasonografisinde pulsed wave artefaktının erken tanıdaki değeri (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy.*
33. Erol, İ. E. (2025). *Acil serviste toplum kökenli pnömoni hastalarının prognozlarının değerlendirilmesinde CURB-65 ve CRSI-65/CRASI-65 skorlarının*

karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bakanlığı, Kocaeli Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.

34. Karaş Gördebil, İ. (2025). *Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne 2020-2023 yılları arasında başvuran çocukluk çağı zehirlenmelerinin retrospektif değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kütahya.*
35. Erol Şan, K. (2025). *Planlı sezaryen olan hastalar ile acil sezaryen olan hastalarda postpartum depresyon ve cinsel fonksiyon karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kadın Hasta.*
36. Giryay Bulut, B. (2024). *INR (international normalized ratio) yüksekliği ile gelen hastaların acil serviste tedavi yaklaşımlarının ve sonuçlarının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastane.*
37. Karatepe, M. S., & Yalınbaş Yeter, D. (2025). *Eye emergencies in the geriatric population: Single center results from 2015–2023. Value in Health Sciences, 15(1), 94–99.*
38. Yıldırım, B., & Sarıkaya Karabudak, S. (2024a). *Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği. In Acil Sağlık Hizmetleri (Bölüm 1). Adnan Menderes Üniversitesi Yayınları. Retrieved from https://seruvenyayinevi.com/Web.*
39. Memiş, S., Demirtaş, M. S., Mutlu, H., Erdal, İ., Kılıçaslan, C., Kokulu, K., Sert, E. T., & Yazıcı, R. (2025). *Rotavirus vaccination status in rotavirus infection presenting to pediatric emergency department. Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi, 5.*
40. Mamedova, G. (2024). *Acil servise başvuran ve N-Terminal pro-BNP düzeyi istenen çocuk hastalarda N-Terminal pro-BNP düzeylerinin kardiyak ve non-kardiyak hastalık ayrımında faydası (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi.*
41. Yıldırım, B., & Sarıkaya Karabudak, S. (2024b). *Acil sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği. In C. C. Temana (Ed.), Hemşirelik alanında uygulamalı örnekler ve akademik çalışmalar (Bölüm 1). Servüven Yayıncılık. ISBN.*
42. Babaarslan, N. (2024). *6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi sonrası Kayseri Şehir Hastanesi Acil Servisine başvuran erişkin hastalarda travma skorlarının*

mortalite üzerine karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Şehir.

43. Çamcı, E. (2024). *Acil serviste proksimal femur kırığı tanısı alan geriatrik hastaların klinik özelliklerinin ve mortalite üzerine etkili olan faktörlerin geriye dönük olarak incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakült.*
44. Usanmaz, B. (2024). *Uzun tatil günlerinin acil servis hasta başvuruları ve sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
45. Aktaş, H. İ. (2024). *Çocuk acil servisine suda boğulma ile başvuran hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin retrospektif değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bi.*
46. Babayiğit, E. (2024). *Çocuk acil kliniğinde abdominal ultrasonografisi istenen hastaların değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.*
47. Yeşil, R. C. (2024). *Acil servise başvuran unstabil hastalarda mortalite belirteçleri (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
48. Aybek, B. (2024). *Acil servise başvuran kritik bakım hastalarında serum ferritin düzeyinin mortalite ve morbidite üzerine etkisinin araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
49. Biret, C. B. (2024). *Acil servise başvuran pulmoner emboli hastalarının bilgisayarlı tomografilerinin yapay zeka ile değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
50. Satılmış, H. (2024). *Karbonmonoksit zehirlenmesi nedeni ile acil servise başvuran hastalarda laktat klirensinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
51. Gültekin, M. (2024). *Yılan ısırması sonrası acil servise başvuran hastalarda alt ve üst ekstremitte ısırıklarının prognoz açısından karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
52. Azar, Ş. (2024). *Üniversite öğrencilerinin acil durumlara ve afetlere hazırlıklarının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı.*

53. Zeybek, A. (2024). *Acil servise başvuran iskemik uyanma inmesi olan hastalarda serum subfatin düzeyi ile klinik seyir arasındaki ilişkinin araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastane.*
54. Okuy, A. C. (2024). *Acil hemodiyalize alınan hastalarda mortalite ile ilişkili faktörlerin retrospektif incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
55. Akansu, İ. (2024). *Çocuk acil serviste travmaya bağlı intrakranial kanama saptanan hastaların klinik, laboratuvar ve radyoloji sonuçlarının değerlendirilmesi ve retrospektif çalışma (Tıpta Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlı.*
56. Kut, A. (2024). *Acil serviste akut pankreatit tanısı alan hastalarda serum high mobility group box-1 ve calciressin-1 düzeylerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
57. Dağdaş, İ. (2024). *Yüksek duyarlılıklı troponin kullanılmasının miyokardiyal hasar saptanan ayırıştırılmamış acil servis hastalarının yönetimleri üzerine etkisinin araştırılması: bir önce-sonra çalışması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fak.*
58. Özdemir, E. (2024). *COVID-19 pandemisi bir yıl öncesi ve pandeminin ilk bir yılında hastanemiz erişkin acil servisine başvuran travma hastalarının karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
59. Çakır, S. (2024). *Acil serviste geçici iskemik atak tanısı alan hastalarda serum subfatin düzeyi ile klinik seyir arasındaki ilişkinin araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,.*
60. Ereren, O. T. (2024). *Acil servisteki pnömotoraks vakalarındaki end-tidal karbondioksit değerinin prognoza etkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
61. Koçyiğit, C. (2024). *Acil servise KOAH alevlenme ile başvuran hastalarda ölçülen pleth variability index (PVI) değerleri klinik ciddiyeti öngörebilir mi? (Tıpta Uzmanlık Tezi). Samsun Üniversitesi, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim.*

62. Bekar, M. S. (2024). *Acil serviste sepsis tanısı alan hastalarda başvuru anında ölçülen iyonize kalsiyum düzeylerinin septik şoku öngörmedeki değeri (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
63. Batu, A. (2024). *Acil servis başvurusunda akut böbrek hasarı saptanan hastaların hemogram parametreleri ile kronik böbrek hastalığı gelişimi arasındaki ilişki: Retrospektif çalışma (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları.
64. Gülümser, Ş. (2024). *Acil servise başvuran zehirlenme vakalarının adli tıbbi açıdan incelenmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Ana Bilim Dalı.
65. Arslan, E. (2024). *Acil servise KOAH alevlenme ile başvuran hastalarda yatış kararının verilmesinde Ottawa risk skorlamasının ve pnömoni ciddiyet indeksi (PSI)'nin kullanımının karşılaştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
66. Şimşek, M. (2024). *Acil servis hekimlerinin hiperbarik oksijen tedavisi konusunda bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
67. Saray, S. (2024). *Tıkalı olmayan koroner arter hastalığının (MINOCA) acil koroner anjiyografi öncesi öngörme kriterlerinin belirlenmesi: Retrospektif çalışma (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
68. Yaman, E. (2024). *Acil servise başvuran 65 yaş ve üzeri travma hastalarında mortaliteyi etkileyen faktörlerin retrospektif değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Sağlık Bakanlığı, Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
69. Yıldız, İ. (2024). *Acil tıp kliniği stajında eğitim almış intörn doktorların kırmızı alan hastalarına staj öncesi ve sonrası yaklaşımının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
70. Çetin, S. (2024). *Kendine zarar verme girişimi ile çocuk acil servisine başvuran ergen hastaların diğer riskli davranışları ve baş etme becerileri (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
71. Kızı, A. (2024). *Solunum sıkıntısında kapnografi ve integre pulmoner indeks: Çocuk acil serviste klinik uygulamalara etkisi (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Acil Pediatri Bilim Dalı.

72. Bağlı, Y. (2024). *Acil servise trafik kazası ile başvuran tüm vücut tomografisi çekilen hasta sonlanımlarının retrospektif değeriendirilmesi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
73. Akman Üsgüloğlu, Z. (2024). *Çocukluk yaş döneminde çocuk acile ateş yakınması ile getirilen hastalarda hastalık şiddetini öngören ölçeklerin hastaneye yatışı ve hastalığın şiddet düzeyini saptamadaki etkisinin değeriendirilmesi. Çukurova Üniversitesi, Tıp.*
74. Tutuş, A. A. (2024). *Çocuk acil ve çocuk yoğun bakım ünitesinde non-invaziv solunum desteği alan ve sedasyon ihtiyacı bulunan hastalarda uygulanan nebülize deksmedetomidinin hemodinamik parametreler ve sedasyon üzerine etkisinin değeriendirilmesi. Marmara.*
75. Yılmaz, M. (2024). *Acil servise el travması ile başvuran hastaların ağrı yönetiminin geriye dönük değeriendirilmesi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
76. Candemir Ergene, G. (2024). *Koah alevlenme ile acil servise başvuran hastalarda DECAF skoru ve prokalsitonin düzeyinin mortalite ve kötü sonlanımı öngörmedeki etkinliklerinin kıyaslanması (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakü.*
77. Göğer Ülgüt, Ş. (2024). *Acil servise başvuran 18-65 yaş arası adli göz travması olan hastaların retrospektif demografik analizi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.*
78. Güzelce, E. (2024). *Çocuk acile başvuran yenidoğan dönemindeki hastaların beş yıllık retrospektif incelenmesi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bil.*
79. Korkmaz, M. S. (2024). *Acil serviste Stemi ve Nstemi tanısı alan hastalarda oklüzyon (OMI) ve non-oklüzyon miyokart enfarktüsü (NOMI) paradigmalarının retrospektif olarak karşılaştırılması. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi.*
80. Özfidan, G. (2024). *Acil serviste akut koroner sendrom (AKS) tanısı konulan hastalarda serum MMP-9 düzeyinin değeriendirilmesi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil.*

81. Sücan, A. (2024). *Acil serviste femoral santral kateterizasyonda girişim süresini etkileyen faktörler (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
82. Yalçinkaya, A. (2024). *Acil servise başvuran madde bağımlılık ve kötüye kullanımı öyküsü olan hastalarda kısa görüşmenin hastalar üzerine etkisi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
83. Arseven, A. (2024). *Acil serviste toplum kökenli pnömoni tanısı alan yaşlı hastalarda CHUBA A-DROP ve CURB-65 skorlama sistemlerinin prognostik değerliliğinin karşılaştırılması (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi,.
84. Bal, E. (2024). *Acil serviste bir hafta içinde karın ağrısı nedeniyle çekilen tekrarlı batın tomografilerinin hasta yönetimine etkisi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
85. Boz, Ö. Y. (2024). *Acil serviste trombolitik tedavi verilen akut iskemik inme hastalarında nörovasküler kalsifikasyonların intrakraniyal kanama riskini artırmada etkinliği retrospektif çalışma*. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
86. Yağdı, A. Z. (2024). *Acil servise başvuran künt karın travmalı hastalarda ALT, AST ve hematolojik parametrelerin karaciğer yaralanma seviyesi ile ilişkisinin araştırılması (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi.
87. Dağılıma, F. (2024). *Acil servise maksillofasiyal travma ile başvuran hastalarda FISS skoru ile 30 günlük mortalite arasındaki ilişkinin retrospektif olarak değerlendirilmesi (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, A.
88. Elmas, F. K. (2024). *Acil serviste STEMI hastalarında monosit/HDL ve nötrofil/lenfosit oranlarının SYNTAX II skoru ile önemlerinin karşılaştırılması*. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
89. Kestelliöğlu, O. (2024). *Modifiye OESIL (CANE: Cardiac History, Age, Neurological Examination, ECG): Acil serviste senkop nedeniyle başvuran hastaların değerlendirilmesinde yeni bir skorlama sistemi olabilir mi?. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp*.
90. Oktay, Y. C. (2024). *Anterior omuz çıkıklarında sandalye tekniği (chair method) ile Kocher tekniği arasında acil servis taburculuk süreleri ve başarı oranının karşılaştırılması (Tıpta uzmanlık tezi)*. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

91. Özmen, M. B. (2024). *Acil servise nörolojik semptomlar ile başvuran COVID-19 tanılı hastaların klinik özellikleri (Tıpta uzmanlık tezi)*. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
92. Anıl Kasar, P. (2024). *Çocuk acile özkıyım girişimi ile başvuran ergen hastalarda sosyal medya bağımlılığı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi)*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
93. Gürbüz, E. İ. (2024). *Çocuk acil servisinde akut bronşiyolit tanısı alan hastaların akciğer ultrasonografi bulgularının değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
94. Gölbaşı, O. C. (2024). *Acil servis kritik bakım alanına başvuran geriatric hastaların geriye dönük 3 yıllık demografik ve klinik özelliklerinin istatistiksel değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
95. Aldemir, H. (2024). *Acil servise başvuran hipertansif hastalarda optik sinir kılıf çapının değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
96. Sarıkaya, Ş. (2024). *Acil serviste ST elevasyonlu ve non-ST elevasyonlu miyokard enfarktüsü tanısı alan hastalarda onkostatin-M (OSM) düzeylerinin araştırılması (Tıpta uzmanlık tezi)*. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
97. Türkdoğan, O. (2024). *Acil servise izole toraks travması sonrası başvuran hastalarda travmanın şiddeti ile plazma amino asit düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bili.
98. Haziye, T. (2024). *Atriyal fibrilasyon tanısı ile acil serviste değerlendirilen 65 yaş üzeri hastaların demografik özelliklerinin retrospektif analizi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
99. Yontar, Ö. (2024). *Acil servise geçici iskemik atak ile gelen hastaların tekrarlayan başvurularının retrospektif olarak incelenmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı.
100. Türkmen, K. Ç. (2024). *Acil serviste servikal, torakal ve lomber vertebra fraktürü şüphesi taşıyan hastaların bilgisayarlı tomografi görüntülerinin yapay zeka ile değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana.

101. Dağılma, F. (2024). *Acil servise maksillofasiyal travma ile başvuran hastalarda FISS skoru ile 30 günlük mortalite arasındaki ilişkinin retrospektif olarak değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi)*. Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bil.
102. Büyükmirza, K., & Köse, D. (2014). *Sağlık uygulama tebliği'nin poliklinik birim maliyetleri açısından değerlendirilmesi*. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2*(8), 28–37.
103. Akdoğan, N. (2009). *Tekdüzen muhasebe sisteminde maliyet muhasebesi uygulamaları* (8. baskı). Gazi Kitabevi.
104. Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2019). *Sağlık işletmeleri yönetimi*. Nobel Yayıncılık.
105. Çelik, Y. (2013). *Poliklinik ve klinik hizmetleri yönetimi*. In *Sağlık kurumları yönetimi-II* (ss. 28–57). T.C. Anadolu Üniversitesi Yayın No: 2861.
106. Resmi Gazete. (1983). *Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliği* (Sayı: 17927 Mük., 13 Ocak 1983). Ankara.
107. Ataç, G. (2009). *Bir kamu hastanesinde departmantal maliyet analizi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü].
108. Erenler, A. K., Akbulut, S., Guzel, M., Cetinkaya, H., Karaca, A., Turkoz, B., et al. (2014). *Reasons for overcrowding in the emergency department: Experiences and suggestions of an education and research hospital*. *Turkish Journal of Emergency Medicine.
109. Can, H., Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2009). *Kamu ve özel kesimde insan kaynakları yönetimi* (6. baskı). Siyasal Kitabevi.
110. Çıplak, S. K. (2007). *Acil servis mimarisi* [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi].
111. Pannu, A. K., Saroch, A., Kumar, M., Behera, A., Nayyar, G. S., & Sharma, N. (2022). *Quantification of chronic diseases presenting in the emergency department and their disposition outcomes: A hospital-based cross-sectional study in north India*. *Tropical.
112. Schrijver, E. J., Toppinga, Q., de Vries, O. J., Kramer, M. H., & Nanayakkara, P. W. (2013). *An observational cohort study on geriatric patient profile in an emergency department in the Netherlands*. *The Netherlands Journal of Medicine, 71*(6), 324–330.

113. Öktem, B., & Üzer, F. (2022). *Acil servise başvuran geriatrik hasta popülasyonunun genel özellikleri*. *Kocatepe Tıp Dergisi, 23*(3), 283–287.
114. Amidon, M. K. (2024). *The implementation of primary care follow-up after ED visit*. <https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/The-Implementation-of-Primary-Care-Follow-up/9984627254802771>.
115. Chen, J., & Singer, E. (2016). *Primary care follow-up after emergency department visits for routine complaints: What primary care physicians prefer and what emergency department physicians currently recommend*. *Pediatric Emergency Care, 32*(6), 371–376.
116. Çolakça, C. (2024). *Acil servis triyajında yapay zeka programı ile hastaların acil servis ciddiyet skalasına göre aciliyetlerinin belirlenmesi. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi.
117. Hocagil, A. C. (2011). *Acil servise erken dönemde (ilk 72 saat) tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı)*. Ankara.
118. Zeybek, A. (2024). *Acil servise başvuran iskemik uyanma inmesi olan hastalarda serum subfatin düzeyi ile klinik seyir arasındaki ilişkinin araştırılması (Tıpta Uzmanlık Tezi)*. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastane.

9. ÖZET

Amaç: Acil servis başvurularının giderek artan bir kısmı hastanede yatış yerine taburculukla sonuçlanıyor ancak acil servisten taburcu edilen hastalar arasında taburculuk sonrası sonuçlarda önemli farklılıklar bulunuyor. Bu çalışmada 01.01.2024 – 31.10.2024 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servis’e başvuran ve poliklinik randevusu verilerek taburcu edilen hastaların demografik özellikleri, hangi bölüme randevu verildiği ve takip randevusuna uyumun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi’nde 01.01.2024 ile 31.10.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilen retrospektif ve tanımlayıcı-analitik nitelikte bir çalışmadır. Elde edilen veriler SPSS 22 (*Statistical Package for Social Science*) istatistik programına numerik değerlere dönüştürülerek kaydedildi. Elde edilen verilerin istatistiksel analizinde, Chi-Square, Etki analizi ve regresyon analiz testleri kullanıldı. $p<0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Gazi Üniversitesi Erişkin Acil Servisi’nde yürütülen bu çalışma kapsamında poliklinik randevusu verilerek taburcu edilen hastaların izlem sürecindeki sağlık hizmeti kullanım davranışları değerlendirilmiştir. Toplam 3.897 hastaya ait veriler retrospektif olarak analiz edilmiştir. Gazi Üniversitesi Erişkin Acil Servisi’nde uygulanan endikasyon dahilinde hastalara poliklinik randevusu verilebilmesi, hastaların acil servise geri dönüşünü ve dolayısıyla acil

servisteki iş yükünü azaltmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun randevularına katılım gösterdiği, ancak önemli bir kısmının (%20,7) randevusuna gitmediği saptanmıştır. Randevusuna gitmeyen bireylerde 7 ve 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranlarının sırasıyla %78,7 ve %82,7 olduğu belirlenmiştir. Randevuya katılım sağlayan bireylerde bu oranların belirgin şekilde düşük olduğu görülmüştür. Randevusuz tekrar başvuru yapan bireylerin takip ve tedavi süreçlerinde düzensizlik yaşadığı, bu grubun sağlık hizmetine plansız şekilde tekrar yöneldiği gözlenmiştir. Randevuya uyumun düşük olması, acil servis yükünün artmasına neden olan faktörlerden biri olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Acil servisten taburcu edilen bireylerde poliklinik randevu sistemine uyumun sağlık hizmetine erişim, tekrar başvuru ve mortalite gibi kritik çıktılar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Randevu sisteminin güçlendirilmesi, hastaların etkin şekilde izlenmesi, takip mekanizmalarının dijital sistemlerle desteklenmesi gerektiği önerilmiştir. Acil servisten planlı yönlendirmenin hasta sağkalımı ve sağlık sistemi verimliliği üzerinde olumlu sonuçlar doğurduğu değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyon, Takip Uyumu, Acil Servis, Poliklinik Randevusu

10. SUMMARY

Objective: An increasing proportion of emergency department visits now result in discharge rather than hospitalization; however, there are significant differences in post-discharge outcomes among patients discharged from emergency departments. This study aimed to evaluate the demographic characteristics, the departments to which follow-up appointments were scheduled, and the appointment adherence of patients who presented to the Adult Emergency Department of Gazi University Hospital between January 1, 2024, and October 31, 2024, and were discharged with an outpatient clinic appointment.

Methods: This study is a retrospective, descriptive, and analytical study conducted at the Adult Emergency Department of Gazi University Hospital between January 1, 2024, and October 31, 2024. The collected data were converted into numerical values and recorded using the SPSS 22 (Statistical Package for Social Sciences) software. For statistical analysis, Chi-square tests, effect size analyses, and regression analyses were employed. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: In this study conducted at the Adult Emergency Department of Gazi University Hospital, the healthcare utilization behaviors of patients who were discharged with an outpatient appointment were evaluated. Data from a total of 3,897 patients were retrospectively analyzed. The ability to schedule outpatient appointments according to clinical indication was found to reduce both emergency

department revisits and overall workload. While the majority of participants attended their scheduled appointments, a notable proportion (20.7%) did not. Among those who missed their appointments, emergency department revisit rates within 7 and 30 days were found to be 78.7% and 82.7%, respectively. These rates were significantly lower among individuals who attended their appointments. It was observed that those who revisited without attending their scheduled follow-ups experienced disruption in their treatment and monitoring processes and sought healthcare services in an unplanned manner. Poor appointment adherence was identified as one of the contributing factors to increased emergency department burden.

Conclusion: Adherence to outpatient follow-up appointments among individuals discharged from the emergency department was shown to significantly influence critical outcomes such as access to healthcare services, re-admission rates, and mortality. Strengthening the appointment system, ensuring effective patient follow-up, and supporting monitoring mechanisms through digital tools are recommended. Structured referrals from emergency departments were found to have positive effects on both patient survival and the overall efficiency of the healthcare system.

Keywords: Complication, Follow-up Adherence, Emergency Department, Outpatient Appointment

11. EKLER

11.1. Ek-1. Etik Komisyon Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.12.2024-E.1117292



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Komisyonu

Sayı : E-77082166-302.08.01-1117292
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

13.12.2024

Sayın Prof. Dr. Ahmet DEMİRCAN
Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı - Öğretim Üyesi

Tez danışmanı olduğunuz, araştırmacı grubu Ahmet DEMİRCAN, Melike ÖNER ve Mehmet Ali ASLANER'den oluşan, Üniversitemiz Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı Arş.Gör. Melike ÖNER'in, uzmanlık tez çalışması olan "*Acil Servisten Poliklinik Randevusu Verilerek Taburcu Edilen Hastalarda Takip ve Sonuçlar*" başlıklı tez çalışması ile ilgili araştırma önerisi Komisyonumuzun 10.12.2024 tarih ve 20 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

Çalışmanın, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Araştırma Kod No: 2024 - 1870

Prof. Dr. İsmail KARAKAYA
Komisyon Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BSUMBS1792

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/gazi-universitesi-ebys>

Emniyet Mahallesi Bandırma Caddesi No :6/1 06560 Yenimahalle/ANKARA
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/>
Kep Adresi: gaziuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için :Nursel Güner
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 20 57



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Melike

Soyadı: ÖNER

Doğum Yeri ve Tarihi:

Eğitimi:

İş Tecrübesi:

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Yabancı Dili:

İngilizce