

## Acil Serviste Zor Hastaların Yönetimi

### Management of Difficult Patients in the Emergency Service

Halil İbrahim Çıkrıklar<sup>1</sup>, Yusuf Yürümez<sup>1</sup>, Murat Yücel<sup>1</sup>, Nuray Asan Aslan<sup>2</sup>, Zülfü Engindeniz<sup>3</sup>,  
Hüseyin Cebicci<sup>4</sup>, Mükerrerem Altuntaş<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

<sup>2</sup> Sakarya Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Sakarya, Türkiye

<sup>3</sup> Şevket Yılmaz Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Bursa, Türkiye

<sup>4</sup> Kayseri Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Kayseri, Türkiye

#### Öz

**Amaç:** Amacımız, acil servis hekimleri tarafından tanı, tedavi ve yönetiminde yaşanan sıkıntılar nedeniyle zor olarak nitelendirilen olguları araştırmak, bu olguların zorluklarının nedenleri analiz etmek ve bu zorlukların giderilmesi için çözüm önerileri getirmektir.

**Materyal ve Metod:** Kesitsel ve tanımlayıcı araştırma niteliğindeki bu çalışmaya, Sakarya, Kayseri ve Bursa illerindeki ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinin acil servislerinde çalışan hekimler dâhil edildi. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile elde edildi.

**Bulgular:** "Kaba ve saldırgan tutum sergileyenler", "Multipl Travma Hastaları" ve "Yaşlı Genel Dâhiliye Hastaları" en zor olarak değerlendirilen hastalık grubunu oluşturmaktadır. Tüm hasta grubu için zorluk nedenleri değerlendirildiğinde "Güvenlik endişesi", "Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi", "Hastanın Hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği" ve "Yer bulunamadığı için hastaların yatırılmaması" en önemli dört neden olarak ön plana çıkmaktadır.

**Sonuç:** Sonuç olarak katılımcılara göre "Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle AS'te kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi", "Güvenlik Önlemlerinin Artırılması", "Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi", "Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması" ve "Hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması" acil servislerde zor olarak nitelendirilen hastaların yönetimini kolaylaştıracaktır.

( *Sakarya Tıp Dergisi* 2016, 6(1):20-26 )

**Anahtar Kelimeler:** Acil Servis, Zor Hasta, Tükenme Sendromu

#### Abstract

**Aim:** Our objective is to investigate cases described as difficult by the emergency room physician because of the problems experienced in diagnose, treatment and management, analyzing the causes of difficulties of these cases and to propose solutions to overcome these challenges.

**Material and Method:** This was a cross-sectional descriptive study and physicians working in the second and third level emergency departments of public hospitals in the Sakarya, Kayseri and Bursa provinces. Survey data were obtained through a questionnaire prepared by the researchers.

**Result:** "Rude and aggressive patients", "Multiple Trauma Patients" and "The Old General Internal Medicine patients" are the groups considered most difficult patients. The difficulties evaluated for all patients; "security concerns", "failure to embrace patients of a consultant", "uncertainty of the patient admitted by which branch" and "failure of patients admission because of absence of bed" were four most important reasons come to the forefront.

**Conclusion:** As a result, according to the participants "to develop written procedures for remaining patients in the emergency department due to consultant related ownership deficiency", "Enhancing the Safety Precautions" written forms of the consultation procedures to be communicated to physicians, "Improvement of level of information about service education given to the Emergency Physicians" and "Increasing the capacity of the physical space and staff in the hospital" will facilitate the management of difficult patients in the emergency department. ( *Sakarya Med J* 2016, 6(1):20-26 )

**Keywords:** Department of Emergency Medicine, Difficult Patient, Burn Out

## GİRİŞ

Geniş klinik tanı yelpazesi, çoğu zaman multidisipliner bir yaklaşım ve pek çok bölüm ile koordineli çalışmayı gerektirmesi nedeniyle Acil Servisler (AS), hemen hemen tüm hastanelerdeki en kalabalık ve karmaşık birimlerdir.<sup>1,2</sup> Radyolojik ve diğer laboratuvar tetkiklerinin sonuçlanma süresi, yer bulunmadığı için yatış ya da sevk işlemlerinin yapılamaması gibi nedenlerin yanı sıra konsültasyon süreçlerindeki yaşanan sorunlar, AS'deki hasta akışını olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>3</sup>

Birçok vücut sistemlerini ilgilendiren çoklu belirtiler, rutin tedavilere kötü yanıt, obezite, kronik ağrı ve fibromiyalji bazı tıbbi durumlar ve ölümcül hastalıklar zor hasta olarak tanımlanmaktadır.<sup>4,5</sup> Bunların dışında kişilerarası iletişimi zor hastalar, psikiyatrik hastalar ya da sosyal destek eksikliği olan hastalar da zor hasta olarak tanımlanmaktadır.<sup>6</sup> AS tıbbi hata yapma korkusu, işini iyi yapabilmek için gereken mesleki bilgilerin yeterli olmaması, ani ölümlerle yüz yüze gelme, ölen hastanın yakınlarıyla uğraşmak, enfeksiyon kapma korkusu, kaba ve düşmanca tutum sergileyen hastalarla ilgilenme zorunluluğu başlıca iş stres faktörleridir.<sup>2,7</sup> AS çalışanlarında stres neticesinde "Tükenme Sendromu" dediğimiz durum ortaya çıkmaktadır.<sup>8,9</sup> Tükenme Sendromu, kişinin güncel olaylar karşısında olumsuz bakışı ve ümitsizliğinin süreklilik kazandığı ve kişinin potansiyelinin tükendiği bir durum olarak tanımlanmaktadır.<sup>10</sup> Bu durum hekimlerin performanslarını olumsuz etkilemekte ve iş verimliliğini azaltmaktadır.

Amacımız, acil servis hekimlerin tarafından tanı, tedavi ve yönetiminde yaşanan sıkıntılar nedeniyle zor olarak nitelendirilen olguları araştırmak, bu olguların zorluklarının nedenleri analiz etmek ve bu zorlukların giderilmesi için çözüm önerileri getirmektir.

## YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı araştırma niteliğindeki bu çalışma, Acil servis hekimlerine yönelik çok merkezli bir çalışmadır. Çalışma 01.07.2015-31.08.2015 tarihleri arasında yürütüldü. Çalışma öncesi yerel etik kurulu onayı alındı (Etik kurul onay numarası: 715224473/050.01.04/82). Sakarya, Kayseri ve Bursa illerindeki ikinci ve üçüncü basamak kamu hastanelerinin acil servislerinde çalışan hekimler çalışmaya dâhil edildi. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile elde

edildi. Özel hastaneler ve birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hekimler çalışmaya dâhil edilmedi. Anket formlarını eksiksiz dolduran 183 kişi çalışmaya alındı.

Katılımcılara çalışmanın amacı ve anket formunun doldurulması ile ilgili bilgiler verildikten sonra önceki yayınlar doğrultusunda hazırlanan anket formları dağıtıldı. Anket formlarında demografik bilgilerin yanında "Zor olarak nitelendirilen hastalar", "Zorluk nedenleri" ve "Çözüm önerileri"nin listelendiği üç tablo yer almakta idi. Katılımcılardan en zor olarak nitelendirdiği üç hastalık grubunu tablodan seçmesi, tablo dışında bir seçeneği varsa bunu da "Diğer" şıkkında belirtmesi istendi. Daha sonra her bir seçeneğin zorluk nedenlerini ve çözüm önerilerini hazırlanan tablodan seçmeleri ve tablo dışında bir seçeneği varsa bunu da belirtmesi istendi.

## İstatistiksel Analiz:

Tanımlayıcı istatistikler katılımcıların genel özellikleri hakkında bilgi vermek için yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunuldu. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) olarak sunuldu. Analizler SPSS (IBM SPSS Statistics, Sürüm 23.0 Armonk, NY: IBM Corp.) yazılımı kullanılarak yapıldı.

## BULGULAR

Çalışmaya 116 erkek (%63,4) ve 67 kadın (%36,6) olmak üzere toplam 183 hekim dâhil edildi. Katılımcıların cinsiyet, uzmanlık durumu, çalıştığı kurum, yaş ortalaması, acil serviste çalıştığı süre ve hekimlik yaptığı toplam sürenin dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Katılımcılardan "en zor" olarak nitelendirdikleri üç hastalık grubunu belirtmesi istendi. Çalışmaya katılanlar tarafından verilen yanıtların dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi sırasıyla "Kaba ve saldırgan tutum sergileyenler", "Multipl Travma Hastaları" ve "Yaşlı Genel Dâhiliye Hastaları" en zor olarak değerlendirilen hastalık grubunu oluşturduğu saptandı.

"Kaba ve saldırgan tutum sergileyen hasta" grubu incelendiğinde Tablo 3'te görüldüğü gibi bu grubun en önemli zorluk nedeni güvenlik endişesidir. Güvenlik endişesi ile ilgili olarak katılımcıların çözüm önerileri değerlendirildiğinde üç önerinin

ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre "Güvenlik önlemlerinin artırılması", "Yasal Düzenlemelerin yapılması" ve "Toplumun eğitilmesi için sosyal projeler üretilmesi" en çok önerilen üç maddedir (Grafik 1).

**Tablo 1. Demografik veriler**

Cinsiyet	Erkek	116 (63,4)
	Kadın	67 (36,6)
Uzmanlık Durumu	Acil Tıp Uzmanı	28 (15,3)
	Acil Tıp Araş. Görevlisi	44 (24)
	Pratisyen Hekim	109 (59,6)
	Diğer	1 (1)
Çalıştığı Kurum	Üniversite Hastanesi	16 (8,7)
	Eğitim ve Araştırma Hast.	69 (37,7)
	İl Devlet Hastanesi	24 (13,1)
	İlçe Devlet Hastanesi	74 (40,4)
Yaş Ortalaması (Yıl)	32,16±6,6	44,75
Acil Serviste Çalışma Süresi (Yıl)	4,97±5,18	34,84
Toplam Hekimlik Yaptığı Süre (Yıl)	6,84±6,37	
Veriler ortalama standart sapma ve sayısı (%) olarak gösterildi		

**Tablo 2. Zor Olarak Değerlendirilen Hastaların Dağılımı**

Hasta Grubu	n	%
Kaba ve saldırgan tutum sergileyenler	134	73,22
Multipl Travma Hastaları	88	48,09
Yaşlı Genel Dahiliye Hastaları	82	44,81
Yoğun Bakım Ünitesine yatış gerektiren olgular	65	35,52
Bilinci Kapalı Hastalar	59	32,24
Psikiyatrik Hastalar	36	19,67
Exitus olguları	35	19,13
Delici Kesici Alet ve Ateşli Silah yaralanmaları	16	8,74
Zehirlenme olguları	10	5,46
El yaralanmaları (El cerrahisi gerektiren olgular)	10	5,46
Akut Koroner Sendrom olguları	7	3,83
DİĞER	7	3,83

"Multipl Travma Hastaları" grubu incelendiğinde Tablo 3'te görüldüğü gibi; "Birden fazla konsültasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması", "Hastanın hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği" ve "Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi" bu grupta ön önemli zorluk nedenleridir.

Multipl Travmalı Hastalar ile ilgili olarak katılımcıların çözüm önerileri değerlendirildiğinde üç önerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre "Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle AS'te kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi", "Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi" ve "Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması" en çok önerilen dört maddedir (Grafik 1).

**Tablo 3. Zor Olarak Değerlendirilen Hastaların Dağılımı**

	Saldırgan Hasta		Multiple Travma		Yaşlı Hasta	
	n	%	n	%	n	%
Birden fazla konsültasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması	0	0	38	24,52	52	28,89
Hastanın Hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği	7	4,32	31	20,00	42	23,33
Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi	9	5,56	30	19,35	41	22,78
Yer bulunmadığı için hastaların yatırılmaması	4	2,47	11	7,10	21	11,67
Konu ile ilgili bilgi eksikliği	3	1,85	15	9,68	14	7,78
Tıbbi hata yapma endişesi	4	2,47	22	14,19	9	5,00
Güvenlik endişesi	130	80,25	8	5,16	1	0,56
Diğer	5	3,09	0	0	0	0
Toplam	162	100	155	100,00	180	100,00

"Yaşlı Genel Dahiliye Hastaları" grubu incelendiğinde Tablo 3'te görüldüğü gibi; "Birden fazla konsültasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması", "Hastanın Hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği", "Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi" ve "Yer bulunmadığı için hastaların yatırılmaması" bu grupta ön plana çıkan zorluk nedenleridir. Yaşlı Genel Dahiliye Hastaları katılımcıların çözüm önerileri değerlendirildiğinde üç önerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre "Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle AS'te kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi", "Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi", "Hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması" ve "Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması" en çok önerilen dört maddedir (Grafik 1).

Son olarak tüm hasta grubu için zorluk nedenlerini ve çözüm önerilerini toplu halde değerlendirdik. Zorluk nedenleri de-

ğerlendirildiğinde “Güvenlik endişesi”, “Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi”, “Hastanın Hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği” ve “Yer bulunamadığı için hastaların yatırılmaması” en önemli dört neden olarak ön plana çıkmaktadır (Tablo 4). Yine tüm hasta grubu için çözüm önerileri toplu olarak değerlendirildiğinde “Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle AS’te kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi”, “Güvenlik Önlemlerinin Artırılması”, “Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi”, “Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması” ve “Hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması” katılımcılar tarafından en çok önerilen beş maddedir (Tablo 5).

**Tablo 4. Tüm Hasta Grubu İçin Zorluk Nedenleri**

Güvenlik endişesi	188	20,41
Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi	154	16,72
Birden fazla konsültasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması	147	15,96
Hastanın hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği	130	14,12
Tıbbi hata yapma endişesi	104	11,29
Yer bulunamadığı için hastaların yatırılmaması	100	10,86
Konu ile ilgili bilgi eksikliği	81	8,79
Diğer	17	1,85
Toplam	921	100

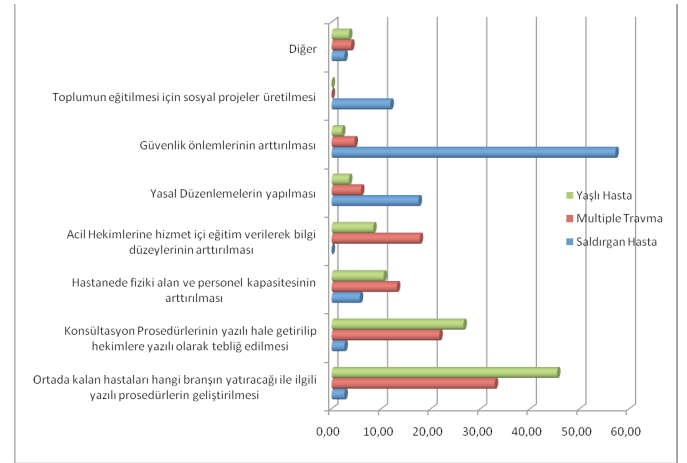
**Tablo 5. Tüm Hasta Grubu İçin Çözüm Önerileri**

Ortada kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi	207	23,85
Güvenlik önlemlerinin artırılması	166	19,12
Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi	144	16,59
Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması	112	12,90
Hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması	98	11,29
Yasal Düzenlemelerin yapılması	69	7,95
Toplumun eğitilmesi için sosyal projeler üretilmesi	50	5,76
Diğer	22	2,53
Toplam	868	100

## TARTIŞMA

Çalışmamızda AS hekimleri tarafından “en zor” olarak nitelenen hastalık gruplarını belirlemeyi hedefledik. Çalışmamızın sonuçlarına göre sırasıyla “Kaba ve saldırgan tutum sergileyenler”, “Multipl Travma Hastaları” ve “Yaşlı Genel Dâhiliye Hastaları” en zor olarak değerlendirilen hastalık grubunu oluşturmaktadır.

**Grafik 1: Çözüm önerileri**



Çok geniş bir çalışan grubunun bulunduğu sağlık kurumları şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından birisidir.<sup>11</sup> ABD’de yapılan bir araştırmada sağlık sektöründe şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerindeki çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğu saptanmıştır.<sup>12</sup> Sağlık sektöründe şiddetin en fazla olduğu birim ise AS’lerdir.<sup>13,14</sup> Sağlık çalışanları, sunulan hizmetten memnun olmayan hasta ve yakınları tarafından sıklıkla sözlü ve fiziksel saldırıya maruz kalmaktadır.<sup>15,16</sup> Acil Servis çalışanları, sağlık çalışanları içinde en fazla strese maruz kalan gruptur.<sup>2</sup> Acil servise başvuran bazı hastaların kaba ve düşmanca tutumu bu stresin önemli kaynaklarından birisidir.<sup>2,7,17</sup> Hasta ve yakınlarının kaba ve saldırgan tutumu acil servis çalışanlarının performanslarını olumsuz etkilemekte ve iş verimliliğini azaltmaktadır.<sup>18</sup> Hasta ve yakınlarının sözlü ve fiziksel saldırı düzeyi arttıkça hekimler ve diğer sağlık çalışanları sadece bedensel olarak değil ruhsal olarak da yorulmaktadır. Bunun neticesinde “Tükenme Sendromu” dediğimiz durum ortaya çıkmaktadır.<sup>8,9</sup> Nitekim bizim çalışmamızda “Kaba ve saldırgan tutum sergileyenler” en zor hasta grubu olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık kurumlarında şiddet riskini arttıran çeşitli faktörler bulunmaktadır. Hizmet verilen grubun hastalık nedeniyle stres altında olmasının, şiddeti önlemeye yönelik etkili kurumsal ve yasal düzenlemelerin olmamasının şiddet oranının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.<sup>19</sup> Yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması da şiddet riskini arttıran faktörler arasında sayılmaktadır.<sup>20,21</sup> Nitekim bizim çalışmamızda katılımcılara göre "Kaba ve saldırgan tutum sergileyen hasta" grubunun en önemli zorluk nedeni güvenlik endişesidir. Yine katılımcıların çözüm önerileri değerlendirildiğinde üç önerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre "Güvenlik önlemlerinin artırılması", "Yasal Düzenlemelerin yapılması" ve "Toplumun eğitilmesi için sosyal projeler üretilmesi" en çok önerilen üç maddedir.

Travma dünyanın gelişmiş ülkelerinde önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Travmalar 1-44 yaş arasında gerçekleşen ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Künt travma olgularında multidisipliner yaklaşım önemlidir.<sup>22</sup> Birden fazla bölümü ilgilendiren multipl travma hastalarının hangi serviste yatacağı konusunda yaşanan belirsizlikler ve yine yoğun bakım ünitesinde yer bulunmadığı durumlarda yoğun bakım endikasyonu olan hastaların acil serviste takip edilmesi, bu hastaların takip ve tedavisini zorlaştırmaktadır.<sup>23</sup> Nitekim bizim çalışmamızda katılımcılar tarafından en zor olarak değerlendirilen ikinci hastalık grubu "Multipl Travma Hastaları" olarak değerlendirilmiştir. Yine çalışmamıza göre "Birden fazla konsültasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması", "Hastanın hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği" ve "Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi" bu grupta ön önemli zorluk nedenleridir. Katılımcıların bu konudaki çözüm önerileri değerlendirildiğinde üç önerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre "Ortada kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi", "Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi" ve "Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması" en çok önerilen dört maddedir.

Dünya nüfusunda 65 yaş ve üzerindeki popülasyonun genel nüfus içindeki oranı hızla artmaktadır.<sup>24</sup> Yaşlı popülasyonun acil servis başvuruları yıllar içinde artış göstermektedir.<sup>25</sup> Geriatri popülasyonunda yapılan değişik çalışmalarda yaşlı hasta-

ların acil servislere başvuru oranları % 11.5-% 50 arasında değiştiği belirlenmiştir.<sup>26-28</sup> Yaşlanmayla birlikte insan vücudunda bir takım fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar. Kreatin klirensinde ve idrar konsantrasyonunda azalma, akciğer vital kapasitesinde azalma, merkezi sinir sistemi ve periferik sinirlerde, immün fonksiyonlarda değişiklikler bu fizyolojik değişikliklerden bazılarıdır.<sup>29,30</sup> Yaşlı hastalar daha kompleks problemlerle acil servise başvurdukları gibi, daha yoğun bir hizmete gereksinim duyarlar, daha fazla radyolojik ve laboratuvar işlemine tabi tutulurlar ve acil serviste daha uzun süre kalırlar. Ek olarak diğer yaş gruplarına göre daha yüksek oranda hastane ve yoğun bakım yataklarına yatırılırlar.<sup>31-33</sup>

Bizim çalışmamızda katılımcılara sorduğumuzda "Yaşlı Genel Dâhiliye Hastaları" en zor üçüncü hastalık grubu olarak değerlendirilmiştir "Birden fazla konsültasyon ihtiyacı nedeniyle acilde işlemlerin uzaması", "Hastanın hangi branş tarafından yatırılacağına belirsizliği", "Konsültan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi" ve "Yer bulunmadığı için hastaların yatırılmaması" bu grupta ön plana çıkan zorluk nedenleridir. Katılımcıların çözüm önerileri değerlendirildiğinde üç önerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Buna göre "Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle AS'te kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi", "Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi", "Hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması" ve "Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması" en çok önerilen dört maddedir.

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde multipl travma ve yaşlı hastaların en zor ikinci ve üçüncü grup olduğu görülmektedir. Bu iki grubun zorluk nedenleri ve bu zorlukların giderilmesine yönelik olarak katılımcılar tarafından belirtilen çözüm önerileri değerlendirildiğinde benzerlikler olduğu görülmektedir. Bir de hem yaşlı olup hem de travma geçiren olgular vardır. Bu olgularda her iki grubun zorlukları bir aradadır. Yaşlı hastaların yaşadığı düşmelerin yaklaşık %25'inin altında en az bir dâhili problem yatmakta olduğundan, düşmenin sebebinin değerlendirilmesi en az travmanın ele alınması kadar önemlidir.<sup>34</sup> Yaşlı bireylerin temel fiziksel durumları, mental durumları, yandaş hastalıkları yaralanmalar ve sonrasında ortaya çıkan sekeller için birer risk faktörleridir. Yaşlanma,

fonksiyonel durum, kronik hastalıklar, tedaviye verilen cevap hastaların sağlık durumlarını etkilemektedir.<sup>35</sup> Yaşlanma ile birlikte kardiyak debide azalma, stres sırasında yeterli doku oksijenasyonunun temininde azalma ortaya çıkmaktadır. Kas atrofisi, osteoporoz ve azalmış cilt altı dokusu ileri yaşlardaki bireylerde travma sonucu daha ciddi yaralanmaların ortaya çıkmasına neden olur.<sup>36,37</sup> Bu fizyolojik değişikliklere ek olarak akut ya da kronik hastalıklar, kardiyak ritim sorunları, ilaçların etkileri ve hafızadaki değişiklikler yaşlı bireylerin yaralanma riskini arttırmaktadır.<sup>38</sup> İleri yaştaki bireylerin sıklıkla kullandıkları ilaçlar kardiyovasküler cevap üzerinde değişikliklere neden olmaktadır. Böylece yaralanmaların fizyolojik ve hemodinamik durumunu değerlendirmede kullanılan parametrelerin duyarlılığında değişiklik meydana gelmektedir. İleri yaşlardaki bireylerin travmaya verdikleri cevap sınırlı fizyolojik rezervleri ile ilişkilidir.<sup>39</sup> Yaşlı travma hastaları gençlere göre daha fazla mortalite oranlarına sahiptir ve daha az ciddi yaralanmalarda bile ölüm ortaya çıkabilmektedir. Travma nedeniyle hastanede ölüm oranı gençlerde %4-8 civarındayken bu oran 65 yaş üzerindeki bireylerde %15-30 arasındadır.<sup>40</sup>

Sonuç olarak "Kaba ve saldırgan tutum sergileyenler", "Multipl Travma Hastaları" ve "Yaşlı Genel Dâhiliye Hastaları" en zor olarak değerlendirilen hastalık grubunu oluşturmaktadır. Tüm grup için zorluk nedenleri değerlendirildiğinde "Güvenlik endişesi", "Konsultan Hekimlerin hastayı sahiplenmemesi", "Hastanın Hangi branş tarafından yatırılacağıının belirsizliği" ve "Yer bulunamadığı için hastaların yatırılmaması" en önemli dört neden olarak ön plana çıkmaktadır. Tüm hasta grubu için çözüm önerileri toplu olarak değerlendirildiğinde "Konsültan hekimlerin sahiplenmemesi nedeniyle AS'te kalan hastaları hangi branşın yatıracağı ile ilgili yazılı prosedürlerin geliştirilmesi", "Güvenlik Önlemlerinin Artırılması", "Konsültasyon Prosedürlerinin yazılı hale getirilip hekimlere yazılı olarak tebliğ edilmesi", "Acil Hekimlerine hizmet içi eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması" ve "Hastanede fiziki alan ve personel kapasitesinin artırılması" katılımcılar tarafından en çok önerilen beş maddedir.

AS'te zor hastaların yönetimine ilişkin çözümler öneren bu ilk klinik çalışmamız, literatüre bir katkı olarak sunulmuştur.

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bir çıkar çatışması yoktur.

## TEŞEKKÜR

İstatistiksel analizin yapılmasında katkılarından dolayı Yrd. Doç. Dr. Ünal Erkorkmaz'a teşekkür ederiz.



## Kaynaklar

- Genç M, Eğri M, Pehlivan E ve ark. Acil servise başvuran hastaların bekleme zamanları üzerine bir çalışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 1999;6(4):337-339.
- Serinken M, Tomruk Ö, Erdur B, ve ark. Acil Servis Hekimlerinin İş Stres Faktörleri. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2003;2:48-51.
- Barber Perez P, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Stimulation of a hospital emergency department and its potential use in management. Gac Sanit 1994;8:239-47.
- Klein D, Najman J, Kohrman AF, et al: Patient characteristics that elicit negative responses from family physicians. J Fam Pract 1982;14:881-888.
- Gillette RD. 'Problem Patients': A fresh look at an old vexation. Fam Pract Manag. 2000;7(7):57-62.
- Adams J, Murray R: The general approach to the difficult patient. Emerg Med Clin North Am 1998;16:689-700.
- Whitehead DC, Pines A. Surviving The 10-Year Ache: Emergency Practice Burnout. Emergency Medicine Reports (Supplement). 1991;23:1-7.
- Bircan M, Ak A, Bayrak D, Kaya H, Gül M, Cander B. Acil Tıp Hizmeti veren hekimlerde Tükenme Sendromu. Akademik Acil Tıp Dergisi. 2006;4(7):51-54.
- Keser Özcan N, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematiik derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(6):1442-56.
- Maslach C. Burned-out. Hum Behav 1976; 5: 197-220.
- Wels J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK. J Adv Nurs 2002;39:230-40.
- Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. International Nursing Review, 2001;48:129-30.
- Gülalp B, Karcioğlu O, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2009;15:239-42.
- Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. Aust Emerg Nurs J 2004;7:27-37.
- Yancı H, Boz B, Demirkıran Ö, Kılıççoğlu B, Yağmur F. Acil Servislerde Şiddete Maruz Olan Sağlık Personeli Anket Çalışması. Turk J Emerg Med. 2003;3(2): 16-20.
- Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil Birim Çalışanlarına Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet. Turk J Emerg Med 2007; 7(4): 156-162.
- Kalemoğlu M, Keskin Ö. Acil Servis çalışanlarındaki stres faktörleri ve tükenmişlik. Ulusal Travma Dergisi 2002; 8: 215-219.
- Karataş AD, Narçis C, Baydın A, Doğanay Z, Aygün D. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Çalışanlarının İş Memnuniyetini Etkileyen Faktörler. O.M.U. Tıp Dergisi 2004;21(4):169-172.
- Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(1):9-16.
- Stathopoulou HG. Violence and aggression towards health care professionals. Health Sciences Journal 2007;2:29-30.
- Aktuğ K, Hancı H. Acil serviste şiddet tehdidi- hekimin yasal sorumlulukları ve hakları (tıp ve sağlık hukuku). İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset;1999.
- Brunett PH, Cameron PA. Trauma. In Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD, editors. Tintinalli's Emergency Medicine A comprehensive study guide. 7th ed. New York: Mc Graw Hill; 2011;1671-76.
- Akoğlu H, Denizbaşı A, Ünlüer E, Güneysel Ö, Onur Ö. Araştırma Yazısı: Marmara Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Travma Hastalarının Demografik Özellikleri. Marmara Medical Journal 2005;18(3):113-122.
- Ertan T. Psychogeriatrics in Turkey. 11th Congress of the IPA, Chicago USA, 2003.
- Strange GR, Chen EH: Use of emergency departments by the elder patients: A five year follow-up study. Acad Emerg Med 1998;5:1157-1162.
- Ünsal A.,Çevik AA, Metintaşı S, Arslantaş C, Inan OC. Yaşlı Hastaların Acil Servis Başvuruları. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6:83-88.
- Vanpee D, Swine C, Vandenbossche P, Gillet JB. Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area. Eur J Emerg Med 2001;8:301-304.
- McLigeyo SO. The pattern of geriatric admissions in the medical wards at the Kenyatta National Hospital. East Afr Med J 1993;70:37-9.
- Butler RN. Population aging and health. BM J 1997;315:1082-1084.
- Yaman H. Yaşlılarda sporun fizyolojik fonksiyon kaybına etkisi. Turkish Journal of Geriatrics 2003;6:142-146.
- Singal BM, Hedges JR., Rousseau EW, et al: Geriatric emergency patient visits part I: Comparison of geriatric and younger patients. Ann Emerg Med 1992;21:802-807.
- McNamara RM, Rousseau EW, Sanders AB: Geriatric emergency medicine: A survey of practicing emergency physicians. Ann Emerg Med 1992;21:796-801.
- Strange GR, Chen EH, Sanders AB: Use of emergency departments by elder patients: Projections from a multicenter data base. Ann Emerg Med 1992;21:819-824.
- Kannan P, Parkkari J, Koskinen S. Fall-induced injuries and deaths among older adults. JAMA 1999;281:1895-1899.
- Thompson HJ, Bourbonniere M. Traumatic injury in the older adult from head to toe. Crit Care Nurs Clin North Am 2006;18:419-31.
- Levy DB, Hanlon DP, Townsend RN. Geriatric trauma Clin Geriatr Med 1993;9:601-20.
- Young L, Ahmad H. Trauma in the elderly: a new epidemic? Aust N Z J Surg 1999;69:584-6.
- Broos PL, Stappaerts KH, Rommens PM, Louette LK, Gruwez JA. Polytrauma in patients of 65 and over. Injury patterns and outcome. Int Surg 1988;73:119-22.
- Johnson CL, Margulies DR, Kearney TJ, Hiatt JR, Shabot MM. Trauma in the elderly: an analysis of outcomes based on age. Am Surg 1994;60:899-902.
- Mandavia D, Newton K. Geriatric trauma. Emerg Med Clin North Am 1998;16:257-74.

