

# BÖLÜM 1

## ACİL TIP VE HASTA YAKLAŞIMINDA TEMEL PRENSİPLER

Nurgül BALCI<sup>1</sup>  
Nezih KAVAK<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Acil Servis (AS), aniden meydana gelen yani beklenmedik bir şekilde gelişen hastalıklar nedeniyle ve/veya travma ya da kaza nedeniyle yaralanan acil tıbbi yardıma ihtiyacı olan bireyleri değerlendirmek, klinik durumlarını yönetmek ve tedavilerini sağlamak için çeşitli branşlarla birlikte koordineli çalışan bir disiplindir.(1, 2) AS'e başvuran veya acil ambulanslarla getirilen bireyler, birbirinden çok farklı semptomlara ve hastalıklara sahip olabilir.(2, 3) Başvurusu kabul edilen her hastayı aynı anda ayrıntılı olarak incelemek ve tedavi etmek mümkün değildir. AS'e başvuru yapan bireyler geliş nedenlerine veya şikayetlerine göre ayrılmadığı için "ayrışmamış hasta" olarak kabul edilir ve bu bireylerin gelişleri ile ilgili nedenlerin, acil ve kritik durum düzeylerinin ilk dakikalarda belirlenmesi gerekir. (1)

AS'e gelen hastaların klinik durumlarının ciddiyet düzeyine göre kategorize edilmesi amacıyla AS'e başvurduğu andan itibaren yapılan müdahalelerin tümü 'Trijaj' olarak isimlendirilir. Triyajın en ideal zamanlaması, hastanın AS'e başvurduğu andan itibaren yaklaşık 10-15 dakika içinde yapılmasıdır.(4, 5) Böylece birden fazla hastanın öncelikleri belirlenerek sıralanır, klinik izlem ve tıbbi bakım için farklı fiziki izlem alanlarına alınır, durumlarına göre çeşitli branşlara konsültasyonu yapılabilir ve tüm bunlarla birlikte yaşam desteklenir. AS'e başvuran hastanın risk durumunu belirleyen, sınıflandıran ve hastaların önceliklerini belirleyerek tedavi sürecini yönetmek için yapılandırılan farklı ülkelerde çeşitli triyaj sistemleri kullanılır.(1, 3-5) Bu sistemler arasında beş seviyeli triyaj dünya çapında acil tıp için altın standart olarak kabul edilir. Ayrıca, bu değerlendirmeler yoğun bakım tedavisine ihtiyacı olan hastaları tanımak için anahtar görevi görebilir. (1, 6) Ancak triyajın evrensel olarak kabul gören ortak amacı, kaynak kullanımını

<sup>1</sup> Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Evde Sağlık ve Palyatif Bakım Hizmetleri Birimi  
nurbalci16@hotmail.com

<sup>2</sup> Uzm. Dr., SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, nezih\_kavak@hotmail.com

ve zamanlamayı optimize ederek hastalar için etkili ve öncelikli tıbbi bakımın sunulmasıdır.(5) AS'te ayırıcı tanı, risk sınıflandırması ve akut hastalıkların tedavisi etkin bir şekilde yapılabilmesi, tüm disiplinler koordine edilebilmelidir.(4, 7)

## **ACİL SERVİSTE HASTA YAKLAŞIMINDA TEMEL PRENSİPLER**

### **Acil Serviste Ayrışmamış Hasta İçin İlk Temel Adımlar**

Günümüzde, bireylerin doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalık yükünde artış olması, hasta yükünü ve AS'e başvuru oranlarını dramatik bir şekilde artırabilme ihtimalini ortaya çıkarabilir.(4, 8-10) AS, hasta yakınları tarafından oluşturulan oldukça hareketli bir kalabalığa ev sahipliği yapar.(3, 10) Ayrıca, en son olarak dünya genelinde yaşanan salgın hastalıklar göstermiştir ki AS'lere enfekte hastaların gelmesiyle enfekte olmayan hastalar açısından bulaş riskini oluşturan yani bu sefer de kalabalığın başka türlü bir yüklenme şekli baş gösterebilmektedir.(11) Bu durumlar AS'in duruma uygun şekillendirilmesi ve yönetilmesine yol açar. (4, 9) Aynı zamanda hastane öncesi acil tıbbi bakım sunan ambulans hizmeti ile sağlık tesisi için dışarıya açık olan dinamik bir kapı veya geçit görevi üstlenir.(3) Sosyal güvenceye bağımlı olmaksızın acil yardıma ihtiyacı olan herkes başvurabilir. Ek olarak kurumsal bakım tesisleri ile sağlık tesisinin temas ettiği alandır.(8) Bu hasta popülasyonu için öncelikle bazı temel prensipler doğrultusunda etkin bir yaklaşım benimsenmeli ve bu temel prensipler hem kırsal hem de kentsel bölgelerde uygulanabilir olmalıdır.(3)

AS'e gelen bir hasta için ilk ve en önemli olan değerlendirme; bireyin yaşamını tehdit eden acil durum semptomlarının saptanabilmesidir.(5) AS'e gelen bir bireyin öncelikle yaşamı tehdit eden bir durumu olup olmadığı değerlendirilir.(3) Aslında uygulanan triyaj sistemleri için ilk cevaplanması gereken soru; 'hastanın hayat kurtarıcı acil müdahalelere ihtiyacı var mı?' olmalıdır. Yani, kısacası hastanın ölüm sürecinde veya ölüme yol açabilecek bir durumunun olup olmadığı değerlendirilmesi gereken ilk önemli noktadır. Hastanın solunum yapıp yapmadığı, hava yolunun açık olup olmadığı ve nabızı kontrol edilmeli yani temel fizyolojik yaşamsal parametreleri değerlendirilmelidir. Hastanın bilinç durumu ve hemodinamik açıdan stabil olup olmadığı belirlenmelidir. Örneğin, bir bireyin bilincinde değişiklik olması halinde acil açısından durumunu değerlendirmede; bu değişikliklerin zamana bağlı olarak hastanın sağ kalımını nasıl etkileyebileceğini öngörebilmek ve hastanın izlemine planlayabilmek, hastanın klinik durumuna neden olan etkenlere yönelik ayırıcı tanıyı yapabilmek ve etkin tedavisinin nasıl yönetilebileceğini belirleyebilmek organize bir yaklaşımı gerektirir.(12, 13) Tüm değerlendirme süreci ile elde edilen bulgular ile hastayı yaşamda tutabilmek için

zamanında ve hızla müdahale edilmeli ve tedaviye başlanmalıdır.(5)

Yani özetle, hızla yapılan durum tespitiyle eş zamanlı olarak hastanın durumunun stabilize edilmesine çaba harcanır. Riskli durumlar veya riskli duruma dönüşebilecek her olasılık düşünülür. Eş zamanlı olarak hastanın öyküsü ve öz geçmiş hastalıklarına ilişkin bilgiler, hasta ve/veya hasta yakınları veya acil ambulans hizmeti sunan sağlık personelinde elde edilmeye çalışılır. Hastanın klinik süreç takibi için gerekli veya yardımcı olan laboratuvar ve/veya görüntüleme tetkikleri de yapılır.(3, 8)

Triyaj ile yapılan temel değerlendirme süreci ile hastanın zamanında doğru kaynağa yönlendirilmesi yapılabilir.(14) Değerlendirme süreci boyunca birbirine dönüşebilen ve hayati risk oluşturabilen durumları da tahmin edebilmek de ayrıca önemlidir. Çünkü, bazen en riskli durumdan en az riskli duruma doğru bir senaryo sıralamasını düşünmek riskli durumları öngörebilmeyi veya erken tespit edebilmeyi sağlayabilir.(3)

Hastanın müdahale ve takibinin yapıldığı AS sürecinde klinik durumunun tekrar tekrar gözden geçirilmesi sonucunda sağlık tesisine yatışının verilmesi veya müşahede sonrasında taburcu edilmesine yönelik karar oluşur. Taburcu olan hastaya ve/veya hasta yakınına; bireyin hastalığına ilişkin bilgi, tıbbi bakımın nasıl sağlanacağı, reçetenin nasıl kullanılacağı anlatılmalıdır. Ayrıca, AS'e gelmeyi gerektiren acil durum işareti olarak kabul edilen belirtilere yönelik bilgilendirilme yapılmalıdır.(3, 8)

### **Triyaj ve Acil Servis Fiziki Alan Renkleri**

AS, karmaşık bir trafiğe sahip gibi görünse de belli kriterler doğrultusunda zaman odaklı ve düzenli bir işleyişi vardır.(3, 7) AS'e tüm başvuru yapan hastalar triyaj uygulanması ile ilk değerlendirmeye tabi tutulmuş olur. Her bir hastanın tedavisi yapılır veya uygun tedavinin yapılacağı bransa transfer edilmesi sağlanır. (1, 4) AS'de triyaj uygulaması genellikle 3 seviyeli veya 5 seviyeli olarak tercih edilmektedir. Üç seviyeli triyaj ölçekleri ile hastaların durumları; "acil, çok acil, acil olmayan" olarak sınıflandırılmıştır.(15) Bu sistem daha sonra geliştirilerek 5 seviyeli hale getirilmiştir.(14, 16) Dünyada altın standart olarak kabul gören 5 seviyeli ölçek sistemleri klinik yaklaşımı geliştirmek, hastanın klinik tablosunda olası bir kötüleşme durumu olmadan daha öncesinde muayene edilmesini yani değerlendirilmesi için en kısa bekleme süresini elde etmek, hastanın klinik durumu açısından önceliğine triyajda karar vermeyi sağlamaktır.(14)

Her bir seviye için tanımlamalar yapılmış ve sayılarla kodlanmıştır. AS'e başvuran tüm hastalar tıbbi durumları dikkate alınarak triyaj kodu verilir.(2, 17) Triyaj kodları, genellikle en ciddi ve acil durumları belirtmek için en küçük sayı ile

ifade edilerek sınıflandırılmıştır. Yani, “1” ile ifade edilen seviye en ciddi ve en acil hastaları temsil etmek için kullanılmıştır. Ancak, klinik durum ciddiyetini göstermek için “artan” sayı şeklinde kodlanan sınıflandırma da bulunmakta olup bu tip sınıflandırmada “1” kodu ile ifade edilen seviye “acil olmayan durumlar”, “5” kodu ile ifade edilen seviyede ise “en acil durumlar” tanımlanmıştır.(14, 17)

Hastanın klinik durumuna göre müdahalesini ve izlemine yapabilmek için triyaj kodlarına göre AS fiziki alanlara ayrılır. Bu alanlar farklı renkler ile ifade edilir. Türkiye’de triyaj uygulamasında yeşil, sarı ve kırmızı olmak üzere üç renk kodlaması kullanılmaktadır. Alan ve vaka niteliği olarak ise toplam beş kategori şeklinde sınıflandırma yapılmıştır. Yeşil renk kodu ile ayaktan başvuran genel durumu stabil bulunan, akut semptomlar nedeniyle beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturmayan basit sağlık sorunları bulunan hastalar temsil edilir. Bu hastalar AS’in yeşil alanına alınır, muayenesi yapılır ve takip edilir. Sarı ve kırmızı renk kodları ise alan ve vaka niteliği olarak iki kategoriye ayrılır. Sarı renk koduna ait ‘Kategori 1’ ile ‘hayati tehdit etme olasılığı olan, uzuv kaybı riski bulunan ve önemli morbidite nedeni olabilecek durumdaki hastalar’ yer alırken ‘Kategori 2’ ise ‘vital bulgular açısından değerlendirildiğinde solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen satürasyonu, vücut sıcaklığı normalden farklı olup medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum %80 olan hastalar’dır. Yani bu hastaların orta ve uzamış dönem belirtileri bulunur ve durumları potansiyel olarak ciddiye taşır. Kırmızı renk koduna ait ‘Kategori 1’ ile ‘hayati tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren hastalar’ yer alır. Bu kategoride olup bilinci kapalı havayolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal resüsitasyon odasına alınır. ‘Kategori 2’ ise ‘hayati tehdit etme olasılığı yüksek ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar’ yer alır ve bu hastalardan bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınır.(18, 19)

### **Mahremiyet ve Gizlilik**

AS, acil ambulans sistemi veya hasta bireyler ile sağlık tesisi arasında akut tıbbi bakımın sunulduğu ‘kritik bir arayüz’ olarak tanımlanabilir.(1) AS, her türlü kişisel bilginin gizliliğini korumaya ve mahremiyetine dikkat edilmesi gereken önemli sorumlulukları olan bir alandır. İş yükünün çok olması, çeşitli meslek disiplinlerinin iş birliği içinde çalışıyor olması ve kalabalık bir hasta -hasta yakını popülasyonu ile birlikte yakınlarının hastanın durumuna ilişkin bilgilendirme istemesi mahremiyetin ve kişisel bilgilerin korunması üzerine olumsuz etki oluşturabilir. Ancak, bu durumun bazı yönlerden bir paradoks oluşturduğu düşünülebilir.(20,

21) Çünkü, bu alanda görevli personel mesleklerinin gerektirdiği kadarıyla ve yetkileri dahilinde bilgiye ulaşarak hastaya acil tıbbi yardım sağlamak için hastanın klinik yönetimini yapmalıdır. Bu durumda en etkin tıbbi bakım sunulması için denge sağlanmalıdır. Hastalar ve sağlık personeli arasında iletişim açık ve net olması gerekir çünkü hastanın tıbbi durumu için sağlık bilgileri ile bizzat muayene edilmesine gereksinim olduğu da açıktır. Bu nedenle, her iki taraf arasında doğru ve etkin iletişim kurulabilmelidir.(21, 22)

Hastaların fiziksel muayenesi için rızasının olması gerekir. Hasta ve/veya hasta yakınlarının, hastanın sağlık bilgilerinin gizliliğine hekiminin özen göstereceği yönündeki güveni korunmalıdır. Karşılıklı olarak taraflar arasında güven ve saygı temelli iletişim sağlanmalıdır.(22, 23) Ancak, başvuruları halka açık bir alanda hastanın kişisel bilgilerine (İstismar gibi adli nitelik taşıyabilecek durumlar, cinsel yolla bulaşan bulaşıcı hastalıklar gibi) kulak misafiri olunmasını önlemek de ayrıca önemli bir sorumluluktur. AS işleyişinde fiziki ortamın mahremiyete göre planlanması, bilgi sistemlerinin ve çalışan görevli personelin de hastanın fiziksel mahremiyetinin ve kişisel sağlık bilgilerinin korunması için ek dikkat sarf etmesi AS disiplininin ayrılmaz bir parçasıdır.(20, 21)

### **Tıbbi Durum Terimlerine Genel Bakış: Kritik, Acil, Acil Olmayan**

AS'te sık sık duyabileceğimiz bazı terimler kullanılmaktadır. Bu terimler, AS'te bulunan hastaların bir bakıma tıbbi durumları kısaca özetlenmiş olarak ifade edilir. Bir hastanın durumunun 'Kritik' veya 'Acil' olarak değerlendirilmesi birbirinden farklı durumları ifade etse de bir o kadar da birbirine yakın ve birbirine dönüşebilen niteliktedir.

Bir bireyin semptomları, hayatı tehdit eden bir hastalık ve/veya ölüm riski yüksek olan bir yaralanma ile uyumlu ise bu durumda müdahaleye zaman kaybetmeden başlanması gerekir. Hastanın bu durumu 'Kritik' olarak ifade edilir.(3, 24) Durumu kritik hastalar, öncelikle ve genellikle acil serviste, yoğun bakım ünitesinde tedaviye alınabileceği gibi hastanenin herhangi bir kliniğine de alınabilir. (24) Bireyin semptomları tedaviye derhal ve hızlı bir şekilde başlanmazsa hastalığın ve/veya yaralanmanın şiddetinde artma meydana gelebileceği yönünde bir riski işaret ediyorsa bu durum 'Acil' olarak tanımlanır. Her iki durumun da bireyin klinik tablosuna bağlı olarak birbirine dönüşebileceği açıktır. Ayrıca AS'e başvurması muhtemel bir grup hasta daha tanımlanır. Bu hasta grubu da durumu 'acil olmayan' ancak semptomlarının ciddi bir duruma ilerleme olasılığı daha düşük olan bireylerdir.(3, 25) Bu bireyler, AS'te sunulacak tıbbi müdahale ile o anki mevcut sorun ve sıkıntılar giderilerek daha stabil bir durum alabilirler.(25)

AS'te hastanın durumunda ani, beklenmedik ve hızlı değişimler olabileceği

için yapılan değerlendirmeler ve triyaj dinamik bir süreç olarak işler.(15) Bu süreçte; AS'e atipik semptomlar ile başvuran yaşlı ve/veya birden fazla kronik hastalığı bulunan hastalar olabilir. Bir veya birden fazla kronik hastalığı olan bireylere bakım sağlanmasında hasta merkezli yaklaşım benimsenmesi önerilmekte olup bu yaklaşımı etkin yönetebilmek için ise hasta profilini tanımak, hangi kronik hastalıkların sıklıkla bir arada olabildiğini bilmek ve hastaları acil servise getiren nedenleri tanımlayabilmek önemli hale gelmiştir.(26, 27) AS ise doğası gereği akut hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve tedavisine odaklandığından kronik hastalıkları bulunan yaşlılarda ortaya çıkan atipik semptomlar nedeniyle yapılan incelemelerde kategorizasyonda dikkatli olunmasını gerektirir.(28-31)

## **ACİL SERVİS VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNİN ORTAK NOKTASI: HASTA POPÜLASYONU**

Birinci basamakta sunulan tıbbi bakımın bir bölümünü de acil hastalar oluşturur. (32) Halk Sağlığı açısından toplum içinde kolay ulaşılabilen ve ilk temas noktası Aile hekimleri olup astım hastalarının akut atakları, göğüs ağrısı dolayısıyla miyokard enfarktüsü, arı sokmaları gibi nedenlerle anafilaktik şok, epilepsi, ev içi kazaları nedeniyle olabilen düşme gibi çeşitli travma ve yaralanmalar, hipoglisemi veya hiperglisemi oluşturabilen hastalıklar nedeniyle her türlü acil durum ile karşılaşma olasılıkları vardır.(32) Bu nedenle hem AS hekimleri hem de birinci basamakta çalışan hekimler tarafından ayrılmamış hasta popülasyonuna hizmet sunulur.(3)

AS ile birinci basamak hekimlerine başvuran hastalar ile hastaların sorun ve sıkıntılarının benzer ve çok çeşitli olması birinci basamak hekimlerinin de acil tıbbi yardım ve bakım sağlama konusunda yetkin olmasını gerektirir, erken tanı ve tedaviyi kapsayan bilgi birikimleri de güncel olmalıdır.(32, 33) Çünkü, hastanın durumunun ciddiyetine, sağlık tesisine uzaklığa, mevcut iklim-hava şartlarına göre birinci basamakta bazı durumların yönetilebilmesi gerekir. Aile hekimlerinin genellikle karşılaştıkları durumlar arasında akut astım atağı ve febril konvülsiyon gibi ayakta tedavi ortamında yönetilebilecek durumları olan hastaların AS'e kabul endikasyonları da bilinmelidir.(32, 34) Ancak AS'e gönderilmesi gereken kritik veya acil hastalar için ise ilk müdahaleden sonra sevk edilmeli ya da acilen transferi sağlanmalıdır.(34, 35)

Sağlık hizmeti sunulan tüm basamaklarda etkin iletişim önemli olup ek olarak birinci basamakta kurulan güçlü iletişim, yeteri düzeyde ihtiyaç duyulan bilgilendirme yapılması ile hasta ve yakınlarının endişelerini gidermeye de yardımcı olacaktır.(32, 36) Dolayısıyla bu yaklaşım acil durum işareti taşımayan belirtiler için öncelikle AS'e olan başvuru yapılması yönündeki eğilimin azaltılmasına da

yardımcı olabilir. AS'e başvuru yapacak hasta hacmini tam olarak bilmek mümkün olmamaktadır.(1) Değişen kronik hastalık yükü zaman içinde bakıma ve acil sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı da ortaya çıkarabilmektedir.(26, 37) Özellikle kırsal ve şehir merkezinden uzak coğrafi bölgelerde yaşayan bireylerin sağlık açısından gereksinim duydukları öncelikleri ve tercihlerini bilmek önemlidir.(37) Bu nedenle ihtiyacı ön görmeye yönelik olarak yapılan planlamalar ile de AS yüklenmelerinin önüne geçebilir, kırsal alanda yaşam ya da coğrafi zorluklar nedeniyle sağlık hizmetine erişim zorlukları engellenebilir, birinci basamak ve acil sağlık hizmeti sunan birimlerin eş güdümlü çalışmaya yönelik güçlendirilmesi ile tıbbi bakıma erişim daha da kuvvetlendirilebilir.(38, 39) Çağımızda yaşanan salgın hastalıklar en son olarak da halen etkisini devam ettiren Covid-19 pandemisi ile özel gereksinimi bulunan ve kırılabilir hasta gruplarının evden çıkamaması halinde sağlıkta yeni yaklaşımlara yönelmeyi hızlandırmıştır.(11, 40)

## **SONUÇ**

AS'ler kalabalık bir başvuru ortamı ile kaotik bir tablo görüntüsü verse de oldukça disiplinli çalışılmaktadır. Akut tıbbi bakımda hızlı karar süreçlerinin doğru yönetimi için hasta yaklaşımında temel prensiplerin uygulanması geçerliliğini korumaktadır. Daha fazla acil yardım, daha fazla toplum temelli evde bakım ve daha fazla tıbbi bakım hizmet sunum ihtiyacı ancak koordineli, multidisipliner çalışma ile sağlanabilir. Sağlık personelinin meslek yetkilerine göre yetkinliklerini sağlamak amacıyla eğitimlerine acil hasta temel yaklaşımı yansıtılmalıdır.

Salgın, yangın gibi afet durumları sağlık hizmetinin kendi içinde organize olmasının yanı sıra sosyal bakım için birçok meslek disiplini tarafından desteklenmesini gerektirmektedir. Sosyal destek sağlanması bireylerin ve toplumun sağlığı üzerine olumlu etki yapmaktadır. Sağlık tesislerinin dışarıya açılan penceresi olarak nitelendirilebileceğimiz AS, acil ambulans ekipleri, filyasyon ekipleri, evde sağlık ve birinci basamak sağlık ekiplerinin organizasyonu, bu gibi zorlu durumların aşılmasında da önemli bir konuma sahiptir.

### **Finansal Kaynak**

Bu derleme ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

### **Çıkar Çatışması**

Bu derleme ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Christ M, Grossmann F, Winter D, et al. Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt international*. 2010;107(50):892-898. doi: 10.3238/arztebl.2010.0892
2. Kobusingye OC, Hyder AA, Bishai D, et al. Emergency Medical Services. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2006. Chapter 68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11744/> Co-published by Oxford University Press, New York.
3. Jones TR. Chapter 1. Approach to the Emergency Department Patient. In: Stone CK, Humphries RL, editors. *CURRENT Diagnosis & Treatment Emergency Medicine, 7e*. New York, NY: The McGraw-Hill Companies; 2011.
4. Jarvis PR. Improving emergency department patient flow. *Clinical and experimental emergency medicine*. 2016;3(2):63-68. doi: 10.15441/ceem.16.127
5. Yancey CC, O'Rourke MC. Emergency Department Triage. [Updated 2022 Aug 31]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/>. Erişim Tarihi: 11.12.2022
6. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of accident & emergency medicine*. 1999;16(3):179-181. doi: 10.1136/emj.16.3.179
7. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*. An International Journal 2003;42(2):173-180. doi: <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
8. Ortíz-Barrios MA, Alfaro-Saiz JJ. Methodological Approaches to Support Process Improvement in Emergency Departments: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(8):2664. doi: 10.3390/ijerph17082664.
9. Boyle A, Beniuk K, Higginson I, et al. Emergency department crowding: time for interventions and policy evaluations. *Emergency medicine international*. 2012;2012:838610.
10. Morley C, Unwin M, Peterson GM, et al. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PloS one*. 2018;13(8):e0203316.
11. Giamello, Jacopo Davide; Abram, Sara; Bernardi, Sara; et al. The emergency department in the COVID-19 era. Who are we missing? *European Journal of Emergency Medicine*: August 2020 - Volume 27 - Issue 4 - p 305-306 doi: 10.1097/MEJ.0000000000000718.
12. Morgenstern, J. The emergency medicine approach to an unconscious patient, *First10EM*, February 22, 2016. [Internet]. Available at: <https://doi.org/10.51684/FIRS.1516> Erişim Tarihi: 4.12.2022.
13. Huff JS, Stevens RD, Weingart SD, et al. Emergency neurological life support: approach to the patient with coma. *Neurocritical care*. 2012;17 Suppl 1:S54-59. doi: 10.1007/s12028-012-9755-4.
14. Şimşek D.Ö. Triaj Sistemlerine Genel Bakış ve Türkiye'de Acil Servis Başvurularını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Belirlenmesi. *Sosyal Güvence Dergisi*. 2018. Yıl: 7. Sayı: 13. Doi: 10.21441/sguz.2018.66.
15. Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emergency medicine journal : EMJ*. 2006;23(2):154-155. doi: 10.1136/emj.2005.030270
16. Shelton R. The Emergency Severity Index 5-level triage system. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*. 2009;28(1):9-12. doi: 10.1097/01.DCC.0000325106.28851.89.
17. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, et al. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*. 2011;19:42. doi: 10.1186/1757-7241-19-42
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete. Tarih: 13 Eylül 2022 Salı. Sayı: 31952 Erişim Tarihi: 5.12.2022 Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5.htm>.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve



- Esasları Hakkında Tebliğ. Ek-4 Renk Kodlaması ve Triyaj Uygulaması. Resmi Gazete.Tarih: 13 Eylül 2022 Salı. Sayı: 31952 Erişim Tarihi: 5.12.2022 Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220913-5-1.pdf>.
20. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, et al. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine--Part I: conceptual, moral, and legal foundations. *Annals of Emergency Medicine* 2005;45(1):53-59. doi: 10.1016/j.annemergmed.2004.08.008.
  21. Hartigan L, Cussen L, Meaney S, et al. Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit. *BMC health services research*. 2018;18(1):978.
  22. Geiderman JM, Moskop JC, Derse AR. Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2006;24(3):633-656. doi: 10.1016/j.emc.2006.05.005.
  23. Larkin GL, Moskop J, Sanders A, et al. The emergency physician and patient confidentiality: a review. *Annals of Emergency Medicine* 1994;24(6):1161-1167. doi: 10.1016/s0196-0644(94)70249-7.
  24. Schell CO, Gerdin Wärnberg M, Hvarfner A, et al. The global need for essential emergency and critical care. *Critical care (London, England)*. 2018;22(1):284. doi: 10.1186/s13054-018-2219-2
  25. Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, et al. Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American journal of managed care*. 2013;19(1):47-59.
  26. Robertson, L., Vieira, R., Butler, J. et al. Identifying multimorbidity clusters in an unselected population of hospitalised patients. *Scientific Reports*.12, 5134 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08690-3>.
  27. Entwistle VA, Watt IS. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American journal of bioethics : AJOB*. 2013;13(8):29-39. doi: 10.1080/15265161.2013.802060
  28. Brouns SHA, Mignot-Evers L, Derkx F, et al. Performance of the Manchester triage system in older emergency department patients: a retrospective cohort study. *BMC emergency medicine*. 2019;19(1):3. doi: 10.1186/s12873-018-0217-y
  29. Wilber, S.T. and Gerson, L.W. (2003), A Research Agenda for Geriatric Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, 10: 251-260. <https://doi.org/10.1197/aemj.10.3.251>.
  30. Zachariasse JM, Seiger N, Rood PP, et al. Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. *PloS one*. 2017;12(2):e0170811. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811>
  31. Rashid K, Ullah M, Ahmed S T, et al. (December 07, 2021) Accuracy of Emergency Room Triage Using Emergency Severity Index (ESI): Independent Predictor of Under and Over Triage. *Cureus* 13(12): e20229. doi:10.7759/cureus.20229.
  32. Ramanayake RP, Ranasingha S, Lakmini S. Management of emergencies in general practice: role of general practitioners. *Journal of family medicine and primary care*. 2014;3(4):305-308. doi: 10.4103/2249-4863.148089
  33. Baykan O, Orhan M, Öztürk T, et al. Characteristics of non-urgent visits in emergency department. *Annals of Medical Research*.Yıl: 2021 Cilt: 28 Sayı: 5 Sayfa Aralığı: 906 - 911 Metin Dili: İngilizce doi: 10.5455/annalsmedres.2020.06.592.
  34. Wilson MP, Vilke GM, Govindarajan P, et al. Emergency Physicians Research Common Problems in Proportion to their Frequency. *The western journal of emergency medicine*. 2012;13(4):344-350. doi: 10.5811/westjem.2011.6.6722.
  35. Revital Gross, Hava Tabenkin, Shuli Brammli-Greenberg, Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician, *Family Practice*, Volume 17, Issue 3, June 2000, Pages 222–229, <https://doi.org/10.1093/fampra/17.3.222>.
  36. Bitter CC, Rice B, Periyanyagam U, et al. What resources are used in emergency departments in rural sub-Saharan Africa? A retrospective analysis of patient care in a district-level hospital in Uganda. *BMJ Open* 2018;8:e019024. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019024.
  37. Greenwood-Ericksen MB, Kocher K. Trends in Emergency Department Use by Rural and Urban Populations in the United States. *JAMA network open*. 2019;2(4):e191919. doi:10.1001/

jamanetworkopen.2019.1919

38. Fleet R, Turgeon-Pelchat C, Smithman MA, et al. Improving delivery of care in rural emergency departments: a qualitative pilot study mobilizing health professionals, decision-makers and citizens in Baie-Saint-Paul and the Magdalen Islands, Québec, Canada. *BMC health services research*. 2020;20(1):62.
39. Kim J, Yun BJ, Aaronson EL, et al. The next step to reducing emergency department (ED) crowding: Engaging specialist physicians. *PloS one*. 2018;13(8):e0201393. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201393>
40. Corbin JH, Oyene UE, Manoncourt E, et al. A health promotion approach to emergency management: effective community engagement strategies from five cases. *Health Promotion International*. 2021;36(Supplement\_1):i24-i38. doi: 10.1093/heapro/daab152