

ACIL BİRİMLERDE “TRİYAJ” KİMLER TARAFINDAN VE NASIL UYGULANIYOR ?

Prof. Dr. Neriman AKYOLCU
Yard. Doç. Dr. Deniz ÖZTEKİN
Arş. Gr. Sevim ÇELİK
İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

ÖZET

Amaç: Çalışma, acil birimlerde triyaj uygulamalarının nasıl ve kimler tarafından yapıldığını belirlemek ve daha sonra bu alandaki eksiklikleri/ sorunları gidermek için yapılacak organizasyonlara ışık tutması amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

Yöntem: Araştırma 2 üniversite, 4 devlet, 2 SSK ve 3 özel hastanenin cerrahi ve iç hastalıkları kliniklerinin acil birimlerinde gerçekleştirildi. Örnekleme 7-15/8-16 vardiyasında çalışan toplam 71 hemşire oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplandı, yüzdeler ve X^2 testleri kullanılarak istatistiksel değerlendirilmesi yapıldı.

Bulgular ve Sonuç: Acil birimlerde çalışan hemşirelerin triyaj ve uygulamalarına ilişkin bildirimleri incelendiğinde; hemşirelerin çalıştıkları kurumların çoğunluğunda (%78.9) triyaj hemşiresi olmadığı; hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%87) triyaj eğitimi almadığı; acil birimlerde hastanın ilk değerlendirmesinin hekim (%43.7), hekim-hemşire (%36.6) tarafından yapıldığı; hasta değerlendirmesinde çoğunlukla (%59.2) herhangi bir form/skala kullanılmadığı; çoğunlukla (% 66.2) acil birime başvuran hastaların muayene edildiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Triyaj, Hemşirelik, Acil Ünitesi

SUMMARY

Triage in Emergency Units: How and By Whom Is It Done?

Objective: This study was planned to determine how and by whom triage was being done in the emergency units and to identify the deficiencies and problems in the system and to give health institutions guidance on ways to remedy the deficiencies.

Method: The research was carried out at the medical, surgical emergency departments of two university hospitals, four state hospitals, two social security hospitals and three private hospitals. The sample group consisted of 71 nurses who worked at the 07-15 or 08-16 shifts. Data was collected by using survey form was prepared by the researcher and evaluated by use of the percentage and chi-square tests.

Findings and Conclusion: An examination of the knowledge of and implementation of triage among emergency room nurses shows that the majority of units (78.9%) do not have a triage nurse and that the majority of nurses (87%) have never received education on the subject of

triage. Data also showed that the initial assessment of the patient was done by either the doctor (43.7%) or by doctor/nurse (36.6%), that 59.2% of the time no assesment form was used, and that most of the patients (66.2%) who came to the emergency unit were seen and examined.

Key Words: *Triage, Nursing, Emergency Room*

GİRİŞ

Zamanın iyi değerlendirilmesinin önemli bir unsur olduğu “acil”, geciktirilmemesi, sonraya bırakılmaması, bir an önce yerine getirilmesi gereken uygulamalar ve önlemler için kullanılan bir terimdir. Tıbbi anlamda ise, fiziksel ya da duygusal yönden yaşamsal tehlike içinde bulunulması durumudur (Akyolcu 2000, Babadağ 1990).

Sağlık kuruluşlarının en hareketli, yoğun, stresli ve karmaşık bölümü olan acil birimlerde, doğru, hızlı, etkin ve bireye özgü bir hizmetin sunulması ve en değerli varlık olan yaşamın kurtarılması hedeflenmekte; hedefe ulaşmada, en önemli yapı taşlarından birinin triyaj uygulamaları olduğu belirtilmektedir (Akyolcu 2000, Heckman et al. 1999, Öz 2000, Sağ 1996, Vaughn 1996).

Bir acil birimin tedavi ve bakım olanakları standartların üstünde de olsa her koşulda ölümle sonuçlanabilecek riskler bulunabilir. Travmaya bağlı ölümlerin %50’ sinin ilk birkaç dakika içinde meydana geldiğini belirten araştırma bulguları dikkate alındığında, öncelikle yaşam riski yüksek olan hasta / yaralılarda hastane öncesinde ya da hastanede ilk dakikalarda önceliklerin belirlenerek, gerekli tedavi ve bakım girişimlerinin başlatılması kritik önem taşımaktadır (Kaya & Akyolcu 1999).

Literatürde acil hastanın kısa sürede uygun sağlık bakımı almasında etkili bir triyaj sisteminin gerekliliği tartışmasız kabul edilmekte ve triyajın doğru yapılmasında hemşirenin önemli bir yeri olduğu vurgulanmaktadır. Triyajda görev alacak hemşirelerin ise, bu konuda özel eğitim almış, bilgi, beceri, davranış, eleştirel düşünme, hızlı ve doğru karar verme yetenekleri ile donanmış, profesyonel özelliklere sahip olması gerektiği belirtilmektedir (Akyolcu 2000, Gerdtz & Bucknall 1999, Engoren 2000, Farrar Jet et al 1998, Plowes & Fudge 2000). Bu tür yeteneklere sahip hemşirelerin sorumluluklarını en üst düzeyde yerine getirmeleri, acil birimlerde verilen hasta bakımının niteliğini olumlu yönde etkileyerek hastanın yaşam şansının yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Ancak Türkiye koşulları dikkate alındığında; en acı örneklerini 1999 Kocaeli ve Düzce depremlerinde yaşadığımız, acil tıp (tedavi ve bakım)

hizmetlerindeki yetersizlikler ve sorunlar, bilimsel toplantılarda, makale ve araştırmalarda yanı sıra görsel ve yazılı basında sıkça dile getirilmektedir.

Bu tür sorunların ve yetersizliklerin giderilmesinin ulusal sağlık politikası kapsamında acil bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi ile mümkün olacağı bilinmektedir. Ancak yaşam riski yüksek hastaların yaşama döndürülmesinde oldukça önemli bir yeri olan triyaj işlevinin, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de koşulların hazırlanarak (hastane öncesi, transport, hastanede) bu konuda özel eğitim almış, sağlık profesyonellerince yaygın olarak uygulanması, yüksek riskli hastalara yaşam şansı sağlamada ve ilk dakikalarda travmaya bağlı görülen ölüm yüzdesini (% 50) azaltmada etkin olacağını düşündürmektedir.

Bu görüşten yola çıkararak çalışma, acil birimlerde triyaj uygulamalarının nasıl ve kimler tarafından yapıldığını belirlemek ve daha sonra bu alandaki eksiklikleri / sorunları gidermek için yapılacak organizasyonlara ışık tutması amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Mayıs-Temmuz 2000 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma, acil birimlerde triyaj işlevinin nasıl ve kimler tarafından uygulandığını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Araştırmanın rneklemi: Araştırmanın rneklemi, Türkiye'de İstanbul ilinde bulunan, 2 niversite, 4 devlet, 2 SSK ve 3 özel hastanenin cerrahi ve iç hastalıkları kliniklerinin acil birimlerinde 7-15 / 8-16 vardiyasında çalışan toplam 71 hemşire oluşturdu. Bu hastanelerin seçilme nedeni, hizmet kapasitelerinin yüksek ve hasta sirkülasyonunun fazla olmasıydı.

Verilerin Toplanması: Veri toplama aracı olarak, hemşirelere ilişkin özellikler ile triyaja ilişkin bilgi ve uygulamaları içeren anket formu araştırmacı tarafından hazırlandı. Anket formuna son şekli verilmeden önce anlam ve kapsam geçerliliği amacıyla u uzman görüşü alınarak 10 hemşire üzerinde pilot çalışma yapıldı. Veriler, hemşireler arasındaki etkileşimi engellemek amacıyla, her bir hastanede aynı günde, araştırıcı tarafından karşılıklı görüşme yoluyla elde edildi.

Verilerin Analizi: Çalışmadan elde edilen veriler yüzdelik ve X^2 testleri uygulanarak değerlendirildi.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırma verileri; hemşirelere ilişkin özellikler, hemşirelerin triyaj ve uygulamalarına ilişkin bildirimleri olmak üzere 2 başlık altında toplanarak tablolar halinde verildi ve literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

A. Hemşirelere İlişkin Özellikler

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’ de görülmektedir.

Tablo 1 . Acil Birimde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı N=71

Tanıtıcı Özellik	Örneklem Grubu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş	20-25	41	57.7
	26-30	14	19.7
	31-35	8	11.3
	36 ve üzeri	8	11.3
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	37	52.1
	Önlisans / MYO	25	35.2
	Hemşirelik YO	9	12.7
Çalıştığı Kurum	Üniversite Hastanesi	9	12.7
	Devlet Hastanesi	19	26.8
	SSK Hastanesi	28	39.4
	Özel Hastane	15	21.1
Deneyim Süresi (yıl)	1-2 yıl	30	42.3
	3-6 yıl	28	39.4
	7 yıl ve üzeri	13	18.3
Çalışma Şekli	Nöbet	15	21.1
	Nöbet+Vardiya	41	57.7
	Gündüz / Sorumlu	11	15.5
	Yanıt Yok	4	5.6
Çalışma Süresi (saat/gün)	8-10 saat	53	74.6
	11-13 saat	15	21.1
	Yanıt yok	3	4.2

Araştırma kapsamına giren hemşirelerin % 57.7’sini 20-25 yaş grubunda, % 52.1’ inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, % 66.2’sinin Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalıştığı, % 42.3’nün 1-6 yıl süreyle, % 57.7’sini

nöbet+vardiya şeklinde ve % 74.6'sının 8-10 saat çalıştıkları belirlendi (Tablo 1).

Hemşirelerin çoğunluğunun 20-25 yaş grubunda olması, Sağ (1996) ve Kaya & Akyolcu (1999)'nun çalışma bulgularını desteklemekte, yoğun ve stresli çalışma koşullarının olduğu acil birimlerde genç ve dinamik hemşirelerin görevlendirildiği izlenimini vermektedir.

Profesyonel bir bakımın gerekliliği tartışmasız kabul edilen acil birimlerde, hastanın ilk tanılmasında / değerlendirilmesinde sorumluluk alan hemşirelerin % 52.1 gibi çoğunluğunun Sağlık Meslek Lisesi mezunu olduğu görüldü (Tablo 1). Acil birimlerde verilen hizmetin niteliği açısından düşündürücü olan bu sonuç, benzer çalışma bulgularına paralellik göstermektedir (Kaya & Akyolcu 1999, Karaöz 1992, Sağ 1996).

Öğrenmeyi kolaylaştıran en önemli faktörlerden biri deneyimdir. Hemşirelerin deneyim sürelerine bakıldığında, çoğunluğu 1-2 yıl (%42.3) ve 3-6 yıl süre ile çalışanların oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1). Genç hemşirelerin çalıştığı acil birimlerde olağan kabul edilebilecek bu sonuç, konuyla ilgili yapılan çalışma bulgularına da paralellik göstermektedir (Kaya & Akyolcu 1999, Karaöz 1992, Sağ 1996).

Gece çalışan ve nöbet tutan hemşirelerde stres, beslenme ve uyku düzensizlikleri, işten ayrılma vb. gibi fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunların görüldüğünü belirten çalışma (Sağ 1996) bulgularına göre, özellikle çok yoğun ve stresli çalışma koşullarının olduğu acil birimlerde, tedavi ve bakım hizmetlerinin niteliğini arttırmak için, çalışma saatlerinin iyi düzenlenmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Oysa araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %57.7' sinin, nöbet+vardiya şeklinde bireyin performansını olumsuz yönde etkileyecek bir çalışma düzeni içinde oldukları görülmektedir (Tablo 1).

B: Hemşirelerin Triyaj ve Uygulamalarına İlişkin Bildirimleri

Gelişmiş ülkelerde acil hemşiresinin rolü değişerek, geleneksel olarak hekimin görevleri arasında yer alan tanılama, uygun tedavi girişimlerini belirleme ve sevk etme gibi aktiviteler acil hemşiresi tarafından yapılmakta ve bu uygulamaya yasal dayanak sağlayan yetki ve sorumluluklar atırılmış bulunmaktadır. Acil birimlerde bu işlev, çoğunlukla ilgili konuda eğitim almış,

yeterli donanıma sahip triyaj hemşireleri tarafından yapılmaktadır (Farrar Jet et al. 2000, Newbery 2000, Plowes & Fudge 2000).

Tablo 2. Acil Birimde Çalışan Hemşirelerin Triyaj ile İlgili Bildirimlerinin Dağılımı N=71

Trijaj İle İlgili Bildirimler	Bildirimler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Birimde Triyaj Hemşiresi Olma Durumu	Var	9	12.7
	Yok	56	78.9
	Yanıt Yok	6	8.5
Trijaj Eğitimi Alma Durumu	Evet	9	12.7
	Hayır	62	87.3
Trijajın Tanımı	Doğru	17	23.9
	Kısmen Doğru	18	25.4
	Yanlış / Yanıtsız	36	50.7
Trijajın Aşamaları	Biliyor	16	22.5
	Bilmiyor	55	77.5

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin % 78.9' unun çalıştıkları birimlerde triyaj hemşiresinin olmadığını, % 87.3 gibi çoğunluğunun ise triyaj konusunda eğitim almadıklarını belirttikleri gözlemlendi (Tablo 2).

Üniversite hastanelerinde triyaj eğitimi alan hemşirelerin oranı, diğer hastanelerde çalışanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulundu ($X^2 = 20.531$; $P < 0.00$) Eğitim ve araştırmanın öncelikli hedefleri arasında yer aldığı üniversite hastanelerinde, elde edilen sonuç doğal görünmektedir.

Literatür bilgileri ve triyajın doğru yapılmasında hemşirenin payının % 97 olduğunu belirten çalışma bulgusu (Sağ 1996) dikkate alındığında, bulgularımız, çoğunlukla yaşam riski bulunan hastaların bulunduğu acil birimlerde görev alan hemşirelerin, bu sorumluluklarını yeterince yerine getiremediği izlenimini vermektedir.

Trijaj, acil birime başvuran hastalar arasında yaşam riski en fazla olanları belirleme, uygun tedavi ve bakım girişimlerini başlatma sistemi olarak tanımlanmakta; planlama, uygulama ve değerlendirme olmak üzere 3 aşamada gerçekleştirilmektedir.

Trijajın tanımına ilişkin veriler incelendiğinde, hemşirelerin sadece % 23.9 gibi bir azınlığının doğru yanıt verdiği; % 77.5 gibi çoğunluğunun da triyajın kaç aşamada yapıldığını bilmedikleri belirlendi (Tablo 2). Triyaj konusunda eğitim alan hemşirelerin triyajın tanımına ilişkin verdikleri doğru yanıtlar, triyaj eğitimini almayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulundu.

($X^2 = 16.486$, $P < 0.00$). Bu durum, eğitimin etkisini gösteren çarpıcı bir örnek olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin triyaj tanımını ve aşamalarını bilme durumlarının farklı değişkenler ile etkileşimi incelendiğinde; üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin diğerlerine oranla daha fazla sayıda olduğu ve istatistiksel olarak da anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Sonuç, üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin, çalıştıkları birimlerin eğitim ve araştırma hastanesi olması avantajını kullandıklarının bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Deneyim süresi 7 yıl ve üstü olan hemşireler ile triyaj eğitimi alan hemşirelerde triyaj aşamalarını bilme durumu anlamlı düzeyde yüksek bulundu (Deneyim $X^2 = 7.825$, $P.020$; Eğitim $X^2 = 4.453$, $P.023$). Elde edilen veri, deneyimin etkinliğini göstermesi açısından önemlidir.

Tablo 3. Hemşirelerin Triyaj Uygulamalarına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımı

N=71

Triyaj Uygulamaları	Bildirimler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Acil Birimde İlk Karşılaştığı Kişi / Kişiler	Hemşire	20	28.2
	Hekim	17	23.9
	Hekim+Hemşire	30	42.3
	Yardımcı Personel	4	5.6
Hastayı Muayene Odasına Alan Kişi / Kişiler	(1) Hemşire	21 *	29.6
	(2) Hekim	1	1.4
	(3) Hekim-Hemşire	7	9.9
	(4) Yardımcı Personel	3	4.2
	(5) Hasta yakınları	10	14.1
	(1)+(4)	2	2.8
	(1)+(5)	16	22.5
	(3)+(4)	1	1.4
Hastayı İlk Değerlendiren Kişi / Kişiler	Hemşire	14	19.7
	Hekim	31	43.7
	Hekim-Hemşire	26	36.6
Hemşirelerin Değerlendirmeye İlişkin Deneyimi Kazanma Şekli	Hizmet içi Eğitim	8	11.3
	Bilimsel Literatür	5	7.0
	Sertifika Programı	-	-
	Yurtdışı Eğitim	-	-
	Yaşayarak / Çalışarak	28	39.5
	Yanıt yok	41	57.7

- * Birden fazla yanıt verilmiştir.

Hastaların acil birimde ilk kez kiminle karşılaştığı sorulduğunda, hemşirelerin % 42.3'ünün hekim-hemşire, % 28.2'sinin hemşire, % 23.9'unun hekim, % 5.6'sının ise yardımcı personel olarak yanıt verdikleri görüldü (Tablo 3).

Hemşirelerin çoğunluğunun acil birimde hastayı karşılayan kişilerin sağlık profesyonelleri olduğunu belirtmeleri olumlu bir yaklaşım ve pozitif bir bulgu olarak değerlendirilmekte ve bu durum literatür bilgilerine uyum göstermektedir (Gerdtz & Bucknall 1999, Gilboy et al. 1999, Farrar Jet et al. 1998, Newbery 2000, Plowes & Fudge 2000).

“Hastayı muayene odasına kim alıyor?”, sorusunu; hemşirelerin % 29.6'sının hemşire, % 22.5'inin hasta yakınları, % 12.7'sinin yardımcı personel-hasta yakını, daha az sayıda da hekim-hemşire, yardımcı personel şeklinde yanıtladıkları saptandı (Tablo 3). Hastanın muayene odasına sağlık profesyonellerince alınması gerekirken, araştırmanın gerçekleştirildiği acil birimlerde bu işlevin, çok farklı/karmaşık gruplarca yapılıyor olması; bu birimlerdeki nitelik/nicelik açısından yetersizliği gösteren ve gerekli düzenlemelerin yapılmasının önemini ortaya koyan bir bulgu olarak değerlendirilebilir. Ancak bir önceki araştırma verisine baktığımızda her iki durum arasında çelişki olduğu görülmektedir. Değişik şekilde uygulanan triyaj tipleri (Rutenberg 2000, Rutenberg 2000) arasında, en çok kullanılan lisanslı hemşire tarafından gerçekleştirilen “temel triyaj” tipinin olduğu ileri sürülmektedir (Sağ 1996).

Acil hastasının ilk değerlendirmesi kimin tarafından yapıldığı sorulduğunda, hemşirelerin % 43.7'sinin hekim, % 36.6'sının hekim-hemşire, % 19.7'sinin ise hemşire şeklinde yanıtladıkları gözlemlendi (Tablo 3). Hastayı ilk değerlendiren sağlık profesyonelleri arasında hekimlerin çoğunlukta, hemşirelerin ise 2. sırada yer aldığını gösteren bu sonuç, Sağ (1996)'ın çalışmasında ve literatür bilgilerine de zıtlık göstermektedir (Gerdtz & Bucknall 1999, Engoren 2000) . İlk değerlendirmede sorumluluk alan hemşirelere (n=30) bu deneyimi nasıl kazandıkları sorulduğunda % 25.4'ünün yaşayarak, çalışarak (deneyimle) şeklinde yanıtladıkları belirlenmiştir. Sonuç, triyajı doğru tanımlayamayan ve bu konuda eğitim almadığını belirten hemşirelerin çoğunlukta olduğu örneklem grubunda doğal görünmektedir.

Tablo 4. Hemşirelerin Acil Hasta Değerlendirmesine/ Tanılamasına İlişkin Bildirimlerinin Dağılımı N=71

Değerlendirme Kriterleri	Bildirimler	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlk Değerlendirme Yapılırken Dikkate alınması gereken Faktörler	Hepsi	27	38.0
	Eksik Yanıt	43	60.6
	Yanıt yok	1	1.4
İlk Değerlendirme/Tanılamada Öncelikli Sistem (ABC)	Doğru(ABCD)	5	7.0
	Kısmen Doğru	35	49.3
	Yanlış	20	28.2
	Yanıtsız/Bilinmiyor	11	15.5
Değerlendirmenin Hangi Aralıklarla Yapıldığı	Hasta geldiğinde	6	8.5
	Sürekli ve düzgün aralıklarla	49	69.0
	Boş vakit bulunca	12	16.9
	Yanıtsız	4	5.5
Değerlendirme Formu / Skala Kullanma Durumu	Evet	28	39.4
	Hayır	42	59.2
	Yanıtsız	1	1.4
Skala/Formlar Düzenli Uygulanıyor mu ?	Evet	20	71.4
	Hayır	8	28.6
	Toplam	28	100.0

Literatürde acil hastasını değerlendirirken/triyajı oluştururken; hasta ve yaralıda görülen sorunun yaşam riski taşıma derecesi, kısa sürede komplikasyon gelişme riski, hasta/yaralının kurtulma şansı, tedavinin varlığı, algoritmalar ve servis protokolleri gibi faktörlerin dikkate alınmasının gerektiğinden söz edilmektedir (Akyolcu 2000, Gerdtz & Bucknall 1999).

Hastanın değerlendirilmesinde etkili olan faktörlere ilişkin soruyu hemşirelerin % 60.6'sının eksik, % 38'inin hepsi diyerek doğru yanıtladıkları, % 1.4'ünün de yanıt vermediği gözlemlendi (Tablo 4). Literatür bilgilerine paralel ve pozitif bir bulgu olarak değerlendirilen sonuç üzerinde daha önceki veriler (Tablo 2'deki) dikkate alındığında, sorunun çoktan seçmeli olmasının etkili olabileceği izlenimi uyanmaktadır.

Acil hastanın ilk değerlendirmesinde öncelikle ele alınması gereken sistemleri hemşirelerin sadece % 7'sinin (ABC-Açık havayolu, Solunum, Dolaşım) diyerek doğru, % 49.3'ünün ise kısmen doğru (eksik), % 28.2'sinin

yanlış yanıtladıkları, % 15.5'inin de yanıtı bırakarak belirlendi (Tablo 4). Tablo 2 ve 3'teki verileri destekleyen ve negatif bir bulgu olarak değerlendirilebilecek bu sonuç, zaman kaybetmeksizin acil birimde çalışan hemşirelere yönelik sürekli eğitim/ hizmet içi eğitim (HİE) programlarının düzenlenmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Hemşirelerin % 81.7 gibi büyük çoğunluğu acil hastasına bakım girişimlerini başlatmada bağımsız işlevlerinin olduğunu belirtirken, % 14.1'i olmadığını ifade etti, % 4.2'si de yanıt vermedi. Sonuç acil bakımı hızlandıran hemşirelik girişimlerinin başlatılmasında triyaj hemşiresinin temel rol üstlendiğini vurgulayan literatür bilgilerini desteklemektedir (Akyolcu 2000, Gerdtz & Bucknall 1999, Farrar Jet et al. 1998, Vaughn 1996).

Bağımsız işlevlerinin neler olduğu sorulduğunda hemşirelerin %56.3 (40 kişi) gibi çoğunluğunun damar yolu açmak, %38'inin (27 kişi) yaşam bulgularının kontrolü, %26.7'sinin (19 kişi) oksijen tedavisi başlatma, %22.5 (16 kişi) EKG, %18.3'lük (13 kişi) eşit oranlarda kan alma ve monitorizasyon, daha düşük oranlarda solunum yolunu açma, ilgili bölüme gönderme/sevk etme, kanama kontrolü, aspirasyon gibi işlevleri gerçekleştirdikleri belirlendi. Sonuç, Purnell (Gerdtz & Bucknall 1999)'in tanımladığı beceriye dayalı 12 triyaj işlevine kısmen benzerlik göstermekte, yansısı acil birimlerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun triyaj konusunda herhangi bir eğitim almamalarına karşın istenilen düzeyde olmasa da deneyimle bazı becerileri kazandığı ve sorumlulukları aldığı izlenimini vermektedir.

Hasta değerlendirmesinin hangi aralıklarla yapıldığı sorulduğunda hemşirelerin %69 gibi çoğunluğunun, sürekli ve düzgün aralıklarla diyerek istenilen yanıt verdiği gözlemlendi.

Temel triyaj kararlarının yer aldığı, öncelikli tedavi ile ilgili triyaj kararlarını tanımlayan triyaj skalaları, verileri değerlendirmede ve aynı tipteki tıbbi bakım için bireysel gereksinimleri tanımlamada, triyaj hemşiresine yardımcı bir araçtır (Akyolcu 2000, Gerdtz & Bucknall 1999, Farrar Jet et al. 1998, Plowes & Fudge 2000).

Hemşirelerin %59.2'si acil hastasının tanımlanmasında, değerlendirme formu/skala kullanmadıklarını ifade ettiler; skala kullananların %71.4'ü düzenli kullandıklarını açıkladılar (Tablo 4). Skala/form kullandıklarını belirten hemşireler arasında %18.3'ü acil hemşire gözlem formu, %8.5'i hasta takip formu, %7'si Glaskow Koma Skalası, daha az oranlarda poliklinik muayene

formu, hasta değerlendirme formu vb. kullandıklarını belirttiler. Sonuç, Acil birimlerde, Glaskow Koma Skalasının yaygın olarak kullanıldığını ve yararlı bir yöntem olduğunu belirten literatür bilgilerine ters düşmektedir (Farrar Jet et al. 1998, Heckman et al. 1999, Newbery 2000, Vaughn 1996).

Sağ (1996)'ın çalışma bulgularına kısmen benzerlik gösteren bu durum, araştırmanın evrenini oluşturan acil birimlerde hasta değerlendirmesinde belli bir sistematik olmadığı izlenimi uyandıran araştırma verilerini (Tablo 3) kısmen desteklemektedir. Ancak, az sayıda da olsa hasta değerlendirme formlarının kullanılması olumlu bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir.

Hemşirelerin hasta değerlendirilmesinde form/skala kullanıldığına ilişkin bildirimlerinin, çalıştıkları kurum ile ilişkisi incelendiğinde; SSK Hastanesi'nde form/skala kullanmadıklarını belirtenlerin sayısının, diğer hastanelere oranla anlamlı derecede fazla olduğu belirlendi (X^2 : 28.658, P:000).SSK Hastanelerindeki hasta yoğunluğunun, diğer hastanelere oranla çok daha fazla olduğu gerçeği dikkate alındığında; bu durumun sonucu olumsuz etkilediği düşünülebilir.

Hemşirelerin %66.2'si acil birime gelen tüm hastaların muayene edildiğini, %31'i ise muayene edilmediğini belirtti; muayene edilmediğini belirten hemşirelerin %41.7'sinin hastaların geri gönderildiğini; %37.5'inin ise ilk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra ilgili hekime gönderildiğini ifade ederek beklenen yanıt verdikleri gözlemlendi.

Acil birimlerde, sağlık ekibini oluşturan üyelerin karşılıklı bilgi alışverişi ile hastanın değerlendirilmesine katılımı doğru ve geçerli kararların alınmasında etkin olmaktadır .

Örneklemini oluşturan hemşirelerin %49.3'ünün ekip ile iletişim sorunu yaşadığı; %46.5'inin yaşamadığı; %4.2'sinin de yanıt vermediği gözlemlendi; sorun yaşayanların %66.6'sı ekip içinde görev karmaşası ve panik, %33.3'ü hekim bulmada, %18.2'sinin yardımcı personel bulmada zorluk yaşadıkları, %15.2'si de ekip üyelerinin sık değişmesi gibi nedenlerin etkili olduğunu belirtti.

Özellikle acil birim yeterli ve etkili tedavi/ bakım girişimlerinin uygulanması için ekip çalışmasının zorunlu olduğu ve bu yaklaşımın büyük yarar sağladığı dikkate alındığında; elde edilen sonuç kaygı vericidir. Sağ (1996)'ın çalışma bulgularına zıtlık gösteren bu durum Karaöz (1992)'ün çalışma bulgularına paralellik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda, acil birimlerde çalışan hemşirelerin çalıştıkları kurumların çoğunluğunda (% 78.9) triyaj hemşiresi olmadığı, büyük bir çoğunluğunun (% 87) triyaj eğitimi almadığı, acil birimlerde hastanın ilk değerlendirmesinin hekim (%43.7), hekim-hemşire (%36.6) tarafından yapıldığı; hasta değerlendirmesinde çoğunlukla (%59.2) herhangi bir form/skala kullanılmadığı; çoğunlukla (% 66.2) acil birime başvuran hastaların muayene edildiği saptandı.

Çalışmamızda ayrıca, üniversite hastanelerinde triyaj eğitimi alan hemşirelerin, diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve triyaji doğru tanımladıkları, hemşirelerin acil hastasının ilk değerlendirmesinde etkili olan faktörleri bilme durumları üzerinde değişkenlerin anlamlı bir farklılık yapmadığı, triyaj eğitimi alanlarda ilk değerlendirmede öncelikli sistemleri (ABC) bilme durumunun, eğitim almayanlara oranla anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu.

Öneriler;

- Acil birimlerin yoğun hasta trafiğini karşılayacak ve triyaj uygulamalarına izin verecek şekilde organize edilerek sayı ve kapasitelerinin artırılması,
- Acil hemşireliği alanına uzmanlık getirilmesi ve 'triyaj hemşiresi', 'koordinatör hemşire' gibi spesifik hemşirelik alanlarının kurulması yasalarla da uygulamaya konması amacıyla çalışmaların başlatılması,
- Sürekli eğitim/ hizmet içi eğitim programlarının, acil hemşiresinin uygulamalarına yanıt verecek ve bu konudaki eksikliklerini giderecek kapsamda olması,
- Acil birimlerde tedavi ve bakım hizmetlerini kolaylaştıracak ve niteliğini arttıracak standartların belirlenmesi, hasta değerlendirme/ tanılama formlarının kullanılması,
- Acil birim politikalarıyla uyum sağlayacak şekilde ekip elemanlarının görev tanımları ile, iş analizlerinin yapılması ve bunun yasalarla desteklenmesi, acil birimde çalışan hemşirelere üstlendiği sorumluluk oranında yetki verilmesi,
- Ülke genelinde uygulanacak ulusal sağlık politikaları kapsamında acil tedavi ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla oluşturulacak komisyonda hekim, hemşire, paramedik gibi sağlık profesyonellerine yer verilmesi, gereklidir.

KAYNAKLAR

- Akyolcu N (2000). Acil Hemşireliğinde Triyaj. Acil Tıp Sempozyumu-Uluslararası Katılımlı, 6-8 Ekim, Antalya.
- Babadag K (1990). Acil hasta bakımında önceliklerin belirlenmesi. Oktay S, Aksoy G, Yürügen B (Eds). Acil Hemşireliği. İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi İstanbul, 1-16.
- Gerdtz MF, Bucknall TK(1999). Why we do things: applying clinical decision-making frameworks to triage practice. *Accident and Emergency Nursing*,7: 50-56.
- Gilboy R, Travers N, Wuerz R (1999). Re-evaluating triage in the new millennium: A comprehensive look at the need for standardization and quality. *Journal of Emergency Nursing*, 25: 468-73.
- Engoren AC (2000). Gender and age bias in triage decisions. *Journal of Emergency Nursing*, 26:117-24.
- Farrar Jet al (1998). AACN's Clinical Reference For Critical Care Nursing. 4 th ed. St Louis, Mosby, 1091-1124.
- Heckman JD, Rosenthal ER, Worsing AR, McFee SA (1999). Hasta ve Yaralıların Acil Bakımı Ve Nakledilmesi. Minkari et al (Eds) 3. Baskı, Mısırlı Matbaacılık İstanbul, 456-76.
- Kaya (Akpınar) D, Akyolcu N (1999). Kafa travmalı hastalara uygulanacak acil hemşirelik girişimlerinde karar verme durumunun araştırılması. VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Atatürk Üniv. Basımevi, Erzurum, 453-56.
- Karaöz S (1992). Doktor ve hemşire işbirliğinin gerçekleştirilmesinde öneriler. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Basımevi, Sivas, 257-60.
- Newbery L (2000). Emergency Care Situations. In: Lewis SM, Heitkenper MM, Shannon RD (Eds). *Medical Surgical Nursing*. 5th ed. St Louis, Mosby,1958-76.
- Öz H (2000). İlk ve Acil Yardım. Göksoy E, Şirin F (Eds). *Kitle Yaralanmaları ve Afet Hemşireliği*. Kaya Basım, İstanbul, 23-38.
- Plowes D, Fudge L (2000). Perspectives on Major Disaster Nursing in the Developing World. Manley K, Bellman L (Eds). *Surgical Nursing Advancing Practice*. Churchill Livingstone, Edinburg, 329-39.
- Rutenberg CD (2000). What do we really know about telephone triage ? *Journal of Emergency Nursing*, 26: 76-78.
- Rutenberg CD (2000). Telephone triage. *American Journal of Nursing*, 100: 77-78.
- Sağ A (1996). Acil cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin ilk saatlerde uyguladıkları bakımın belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Vaughn K (1996). Emergency Care Situations. In : Lewis SM, Collier IC, Heitkemper MM(Eds). *Medical Surgical Nursing*. St. Louis, Mosby, 1999-2007.