

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY VE ÇEKMECE BÖLGESİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDEKİ 2. VE 3.
BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA TRİYAJ
UYGULAMALARININ SAĞLIK PERSONELİ
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Sevda POLAT

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY VE ÇEKMECE BÖLGESİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDEKİ 2. VE 3.
BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA TRİYAJ
UYGULAMALARININ SAĞLIK PERSONELİ
AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Sevda POLAT

Öğrenci No:

140746253

Danışman:

Prof. Dr. Bahaddin SİNSOYSAL

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum *“İstanbul İli Bakırköy ve Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğindeki 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarında Triyaj Uygulamalarının Sağlık Personeli Açısından Karşılaştırılması”* başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 17/06/2019

Sevda POLAT

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

17/06/2019

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **140746253** numaralı **Sevda POLAT**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*İstanbul İli Bakırköy ve Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğindeki 2. Ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarında Triyaj Uygulamalarının Sağlık Personelin Açısından Karşılaştırılması*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 28/05/2019 tarih ve 2019/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (55) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında oyçokluğu/oybirliği ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
Prof. Dr. Bahaddin SİNSOYSAL
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Hakan EMANET
(Beykent Üniversitesi)


ÜYE
Prof. Dr. Salih Zeki İMAMOĞLU
(Gebze Teknik Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Sevda POLAT
Danışmanı : Prof. Dr. Bahaddin SİNSOYSAL
Türü ve Tarihi : Master, 2019
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Triyaj, Acil servis,

ÖZ

İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY VE ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDEKİ 2. VE 3. BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA TRİYAJ UYGULAMALARININ SAĞLIK PERSONELİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Trijaj, hasta yada yaralıların, tedavileri ve bakımlarındaki önceliği belirlemek amacıyla, sağlık bakım hizmetlerindeki kaynakların doğru yerde ve doğru zamanda kullanılmasına olanak sağlayan sağlık sistemidir. Bu çalışmada, acil servislerde çalışan doktor, hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerinin triyaj uygulamalarına olan görüşlerini alarak, triyaj uygulamalarının daha etkin kimler tarafından yapıldığını belirlemek, bu alandaki eksikliklere ve sorunlara çözüm bulmak amaçlandı.

Trijaj Karar Verme Envanteri'nin Türkçe'ye uyarlanması yapılmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldıktan sonra İstanbul il sınırlarında bulunan 3 tane 2. Basamak ve 3 tane 3. Basamak sağlık kurumlarında uygulanmış, 289 sağlık çalışanından veriler toplanıp SPSS programından yararlanılarak frekans değerlerine ulaşılmış ve verilen cevaplara göre analiz yapılarak sonuçlar yorumlanmıştır. Farklı eğitim seviyeleri olan, 2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumunda görev yapan, sağlık sektöründe farklı çalışma yılı tecrübesi olan, farklı meslek gruplarını oluşturan, triyaj eğitimi alan ve almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Name and Surname : Sevda POLAT
Superviso : Prof. Dr. Bahaddin SİNSOYSAL
Degree and Date : Master, 2019
Major : Hospital and Health Institutions Management
Keywords : Triage, Emergency department

ABSTRACT

COMPARISON OF THE TRIAGE APPLICATIONS BETWEEN THE SECOND AND THIRD STAGE HEALTH INSTITUTIONS IN PUBLIC HOSPITAL ASSOCIATION OF ISTANBUL CITY BAKIRKOY AND CEKMECE DISTRICTS

Triage, is a health system that aims to prioritize the healthcare among sick and wounded and enables utilizing the healthcare services resources efficiently. This study aims to find solutions to the deficiencies and problems in this area by consulting the doctors, nurses, paramedics and emergency technicians about the triage applications.

After translating the Triage Decision Making Inventory to Turkish and its validity and reliability study, the questionnaire was applied to three second stage and three third stage health institutions, the data from 289 workers were collected, the frequency tables were constructed using SPSS, and the results from the analysis were interpreted based on the given answers. Statistically significant differences were found between the education levels, work experience, work classification of the workers, second and third stage workers, and between triage educated vs non-educated groups.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ACİL SERVİS ve ACİL SERVİS ÇALIŞANLARI

1.1 Acil Servis.....	3
1.2. Acil Servis Çeşitleri	4
1.2.1. Birinci Basamak (İlçe Devlet Hastanesi) Konumundaki Acil Servisler.....	4
1.2.2. İkinci Basamak (Her Dalda Uzmanı Olan Hastaneler) Konumundaki Acil Servisler.....	5
1.2.3. Üçüncü Basamak (Eğitim Hastaneleri) Konumundaki Acil Servisler	5
1.3. Acil Serviste Çalışanların Görev ve Yetkileri.....	5
1.3.1. Acil Servis Sorumlu Hekimi	6
1.3.2. Acil Tıp Uzmanı	7
1.3.3. Acil Tıp Asistanı.....	7
1.3.4. Pratisyen Hekim	7
1.3.5. Acil Servis Sorumlu Hemşiresi	8
1.3.6. Acil Servis Hemşiresi	9

İKİNCİ BÖLÜM

TRİYAJ VE TRİYAJ UYGULAMALARI

2.1. Triyaj	11
2.1.1. Triyaj Tarihçesi	11
2.1.2. Triyajın Amacı.....	13
2.1.3. Triyaj Sistemleri	13

2.1.4. Triyaj Bileşenleri	25
2.1.5. Triyajda Temel Kurallar	26
2.1.6. Triyaj Çeşitleri	26
2.1.7. Triyaj Personelinin Görevleri	30
2.2. Acil Servis Triyajı	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY VE ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDEKİ 2. VE 3. BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA TRIYAJ UYGULAMALARININ SAĞLIK PERSONELİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	35
3.2. Araştırmanın Kapsamı, Sınırları Ve Kısıtları.....	36
3.3. Araştırmanın Hipotezi.....	36
3.4. Metodoloji Ve Uygulama.....	37
3.4.1. Araştırma Ölçeğinin Oluşturulması.....	37
3.4.2. Örneklem Ve Verilerin Toplanması	38
3.4.3 Literatür Taraması	38
3.4.4. Demografik Bulgular	49
3.4.4.1. Katılımcıların Triyajla ilgili Mesleki Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	51
3.4.4.2. Katılımcıların Triyajla İlgili Deneyimlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	53
3.4.4.3. Katılımcıların Triyaj Karar Verme Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	57
3.4.5. Ölçek Geçerlilik Ve Güven Analizleri	73
3.4.6. Triyaj Karar Verme Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi	76
3.4.7. Hipotez Testleri	77
3.4.7.1. Eğitim Düzeyine Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi	77

3.4.7.2. İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarındaki Sağlık Personeli İle Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi	79
3.4.7.3. Acil Serviste Çalışma Süresine Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi.....	80
3.4.7.4. Mesleki Gruplara Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi	82
3.4.7.5. Triyaj Eğitimi Alanlar Ve Almayanlar Arasında Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi	84
SONUÇ	86
KAYNAKÇA	88
EKLER	93
Ek 1: Anket Formu Örneği.....	93
ÖZGEÇMİŞ	96

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1. Dünyada Tanımlanmış 5 kategorili Triyaj Sistem ve Uygulayan Ülkeler	13
Tablo 2. Acil Servis Triyaj Sistemleri	14
Tablo 3. Türkiye’de Kullanılan Triyaj Renkleri, Alanları ve Vaka Nitelikleri	15
Tablo 4. Beşli Sınıflama Sistemlerinin Farklılıkları	17
Tablo 5. Triyaj grup: İsimlendirme	18
Tablo 6. Australya Triyaj Skalası	19
Tablo 7. Kanada Acil Departmanı Triyaj ve Akut Ölçeği Renkleri	20
Tablo 8. ESİ Hayat Kurtarıcı Girişimler	23
Tablo 9. ESİ Kaynakları	24
Tablo 10. Soap Modeli	25
Tablo 11. CRAMS Skoru	28
Tablo 12. Dört Temel İnsan İhtiyacı ve Onlarla Başa Çıkma Yolları	32
Tablo 13. AVPU Skalası	34
Tablo 14. Katılımcıların Demografik Özellikleri	50
Tablo 15. Katılımcıların Meslek ve Triyaj Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	52
Tablo 16. Kurum- Deneyim Çapraz Tablosu	54
Tablo 17. Eğitim-Deneyim Çapraz Tablosu	55
Tablo 18. Sektörde-Deneyim Çapraz Tablosu	56
Tablo 19. Görev-Deneyim Çapraz Tablosu	57
Tablo 20. Ölçek ve Alt Boyutlarının Normal Dağılım Testi	58
Tablo 21. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Cinsiyete Göre Bağımsız Örneklem t-Testi	58
Tablo 22. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Yaşa Göre İstatiksel Analizi Testi	59
Tablo 23. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Betimsel İstatistikler Tablosu	59
Tablo 24. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Bağımsız Örneklem Testi	60
Tablo 25. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Sektöre Göre İstatiksel Analiz Testi	61
Tablo 26. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Tecrübeye Göre Betimsel İstatistikler Tablosu	62
Tablo 27. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Tecrübeye Göre İstatiksel Analizi	62
Tablo 28. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Tecrübeye Göre Niteleyici Analiz Testi ...	63

Tablo 29. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Mesleklere Göre İstatiksel Analiz Testi ...	64
Tablo 30. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Mesleklere Göre Niteleyici Analizi	65
Tablo 31. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Çalışma Şekline Göre İstatiksel Analizi ...	66
Tablo 32. Triyaj Karar Verme Ölçeği ile Triyaj Skalası İstatiksel Analizi	67
Tablo 33. Triyaj Karar Verme Ölçeği ile Triyaj Çalışanı İstatiksel Analizi	67
Tablo 34. Triyaj Karar Verme Ölçeği ile Kim Çalışmalı İstatiksel Analizi	68
Tablo 35. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Çalışma Şekline Göre Niteleyici Analizi ...	69
Tablo 36. Triyaj Karar Verme Skorunun Çalışma Şekline Göre Analizi	70
Tablo 37. Triyaj Karar Verme Skorunun Eğitim Alma Durumuna Göre Niteleyici Analizi	71
Tablo 38. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Eğitim Alma Durumu Göre Analizi	72
Tablo 39. Triyaj Karar Verme Skorunun Deneyim Kazanma Biçimine Göre Analizi	72
Tablo 40. Triyaj Envanterinin Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Analizi ...	74
Tablo 41. Analiz Dışı Bırakılan Soru İfadeleri	75
Tablo 42. Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki Korelasyon İlişkileri	76
Tablo 43. Rank Tablosu	77
Tablo 44. Test İstatistikleri Tablosu	77
Tablo 45: Eğitim Seviyesinin Triyaj Uygulamaları Üzerindeki Anova Analizi	78
Tablo 46. Triyaj Uygulamalarının 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarına Ait Grup İstatistikleri	79
Tablo 47. 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarına Varyansların Eşitliği İçin Bağımsız Örneklem t- Testi	79
Tablo 48. Acil Serviste Çalışma Sürelerine Göre Triyaj Uygulamalarının Niteleyici Analizi	80
Tablo 49. Tecrübenin Triyaj Uygulamaları Üzerindeki Anova Analizi	81
Tablo 50. Mesleki Gruplarına Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının Niteleyici İstatiksel Analizi	82
Tablo 51. Eğitim Seviyesinin Triyaj Uygulamaları Üzerindeki Anova Analizi	83
Tablo 52. Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının Triyaj Eğitimi Alan ve Almayanlara Ait Grup İstatistikleri	84
Tablo 53. Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının Triyaj Eğitimi Alan ve Almayanlar Arasındaki Varyansların Eşitliğini Ölçmek İçin t-Testi	84
Tablo 54. Hipotez Sonuçları	85

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. ESİ Algoritması.....	21
Şekil 2. START Triyaji	29
Şekil 3. Katılımcıların Yaş Kategorilerine Göre Oranları.....	50
Şekil 4. Katılımcıların Kurum Ve Deneyimleri Arasındaki Grafik	54
Şekil 5. Katılımcıların Eğitim Ve Deneyimleri Arasındaki Grafik.....	55
Şekil 6. Katılımcıların Sektörde Çalışma Süreleri Ve Deneyimleri Arasındaki Grafik	56
Şekil 7. Katılımcıların Görevleri İle Deneyimleri Arasındaki Grafik.....	57

KISALTMALAR

ASKOM	: Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu
ATS	: Australian Triyaj sistemi
AVPU	: Alert, Verbal, Painful And Unresponsive
BT	: Beyin Tomografisi
CRAMS	: Circulation, Respiratory, Abdomen, Motor And Speech
CTAS	: Canadian Triyaj Ve Aciliyet Sistemi
CTS	: Güney Afrika Triyaj Sistemi
EKG	: Elektrokardiografi
ESİ	: Emergency Severity Index
FRENCH	: French Triyaj Sistemi
IV	: İntravenöz
IM	: İntramüsküler
MTS	: Manchester Triyaj Sistemi
SAVE	: Secondary Assessment of Victim Endpoint
SOAP	: Subjektive, Objektive, Assessment And Plan
START	: Simple Triyaj And Rapid Treatment
USG	: Ultrasonografi
Sd	: Serbestlik Derecesi

GİRİŞ

Triyaj, hastaların veya yaralıların, tedavileri ve bakımlarındaki önceliği belirlemek amacıyla, sağlık bakım hizmetlerindeki kaynakların doğru yerde ve doğru zamanda kullanılmasını sağlayan sağlık sistemidir. Başka bir ifade ile hastaları hızlı bir biçimde değerlendirip, şikayetleri ve başvuru biçimlerine göre, aciliyetin önceliğini tespit etmek ve sınıflandırmak, hastaların güvenliğini ve acil serviste daha hızlı bir biçimde değerlendirilmelerini sağlamaktır (Akyolcu 2007, 7; Oktay 2002, 136; Şahbaz 2005, 1). Aynı zamanda triyaj, acil servise başvuran bireylerin hastalıklarının veya travmalarının şiddetini tanımlayan ve yaşam riski fazla olanları belirleyen dinamik bir süreçtir. Triyaj, hastaları acil servisten hemen göndermek yada sağlık çalışanının hastaları hızlı bir şekilde değerlendirip, “senin önemli bir şeyin yok, polikliniğe gidebilirsin” demek değildir. Triyaj, acil servisin başlangıcıdır, sonlanma noktası değildir.

Çeşitli ülkelerde acil servislerde kullanılan farklı kategorilerde triyaj sistemleri vardır. Acil tedavi ve bakım gerektiren hastalardan, bekleyebilen hastalara kadar farklı sınıflamaları içeren triyajda, en yaygın kullanılan sistemler “5 seviyeli triyaj skalası ve START” sistemidir. Ekip çalışmasının hayati önem taşıdığı triyaj uygulamalarında hemşireler önemli rol taşımaktadır. Hasta, “Trijaj Hemşiresi” tarafından karşılanır, değerlendirilmesi yapılır ve hekim bilgilendirilir (Akküçük 2010, 1; Birhekimoğlu 2016, 1; Lök 2012, 253).

Türkiye’de üçlü triyaj sistemi ile renk kodlarına göre yapılmaktadır. Kırmızı renk kodu, acilen değerlendirilmesi ve tedavi gereksinimi karşılanması gereken yüksek riskli hastaları; sarı renk kodu, belirli bir süre bekleyebilen daha az aciliyeti olan hastaları, yeşil renk kodu ise genel durumu stabil olan, ayaktan tetkik ve tedavileri yapılabilen, basit sağlık sorunları bulunan acil olmayan hastaları tanımlamaktadır. Sarı alan muayenesi gerekmeyen hastalardan öncelikle acil serviste poliklinik muayenesi olması gerekenlere “Yeşil Alan 1” kodu verilir ve acil servis içerisinde bakılırlar. Sarı ve kırmızı alan hastası olarak nitelenmeyen ve poliklinik muayenesi gerektiren hastalar için acil servis alanı dışında ve yakın yerleşiminde olmak koşuluyla, “Yeşil Alan 2” kodu ile mesai kaydırma veya vardiya branş

poliklinikleri oluşturulur. Yapılan triyaj ile branş muayenesi olması gereken hastalar bu polikliniklere yönlendirilir (Sağlık Bakanlığı 2009, 27378).

Trijaj uygulamasının genel amaçları, acile başvuran hastaların geliş sırasına göre değil, durumlarının aciliyetine göre klinik önceliğin hangi hastada olduğunu belirlemek, mevcut kaynaklar göz önünde bulundurularak hastaların ihtiyacı olan hizmeti en kısa zamanda almalarını sağlamaktır. Uygun karşılama kriterlerini kullanarak, uygun triyaj yapıp hastalara en kısa zamanda müdahale edilmesini sağlamaktır. Sistemin getirdiği düzen ve işleyiş hızı ile hasta akışını ve birim yoğunluğunu azaltmak, kritik olmayan hasta bakımını kolaylaştırmak, hastaların ve yakınlarının korkularını azaltmaktır. Her geçen gün sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan insanların sayısının artması, sınırlı hastane yatağı, poliklinik hizmetlerinin yetersiz kalması acillere başvuran hasta sayısını arttırmakta ve etkin triyaj hizmetinin verilmesinin gerekliliğini doğurmaktadır (Akküçük 2010, 1).

Bu çalışmada acil servislerde görev yapan doktor, hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerine triyaj uygulamalarına dair anket uygulanarak, triyaj uygulamalarının daha etkin kimler tarafından yapılması, bu alandaki eksikliklere ve sorunlara çözüm bulunması için 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında triyaj uygulamaları ele alınmıştır.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde acil servis ve acil serviste çalışmakta olan personelin, ikinci bölümde triyaj ve triyaj uygulamalarından bahsedilmiştir ve üçüncü bölümde yapılan çalışmanın analizleri yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ACİL SERVİS ve ACİL SERVİS ÇALIŞANLARI

1.1 Acil Servis

Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş, yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan, ulaşımı kolay ve girişi ambulansların yanaşabileceği bir bölgede bulunan, acil sağlık yardımı gerektiren ve hastalara 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti sunan birimlere acil servis denir. Acil sağlık hizmeti sunan kuruluşlar, acil vakaları hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına veya ödeme gücü bulunup bulunmadığına bakılmaksızın kabul ederek, hastanın durumu stabil oluncaya kadar gerekli tıbbi müdahaleyi gerçekleştirir (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 38). Acil servisler, sağlık uygulama sisteminin en önemli bileşenlerinden birisidir. Acil servis hizmetlerinin temel amacı, ani veya beklenmedik bir hastalık yada yaralanma durumunda bireyi ileri sakatlık durumundan ve ölümden korumaktır. Acil servise başvurular hastaların talebiyle gerçekleşmektedir. Dolayısıyla da acil servislerin yoğunluğu günden güne artış göstermektedir. Acil servislerin sürekli açık olmaları ve sürekli sağlık hizmeti vermeleri, sınırsız kapasitelerinin olduğunun düşünülmesi, acil olan ve olmayan tüm hastalar tarafından hastanedeki diğer bölümlere göre daha fazla tercih edilmesi de aşırı kalabalığa sebep olmaktadır. Aşırı kalabalık bakım kalitesinin düşmesine, hasta memnuniyetsizliğinde artışın oluşmasına ve acil serviste tedavi olamadan ayrılan hasta sayılarının artmasına sebep olmaktadır. Bu tür durumların önüne geçebilmek ve daha iyi bir hizmet sunabilmek için etkin bir triyaj uygulamasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Akküçük 2010, 1)

Acil servislerde hastaların ruh sağlığını olumsuz etkileyecek travmatik görüntülerden uzak tutulması için gerekli düzenlemeler yapılır. Acil serviste hastalar ilgili tabip tarafından, hemşire ve tabibin lüzum görmesi hâlinde hasta refakatçisi eşliğinde muayene edilir. Hasta yakını, hastanın kimlik bilgileri ve anamnez alımı gibi işlemler için refakat edebilir. Sarı ve kırmızı alanda hasta refakatçisi kabulü yapılmaz. Görüntüleme ve benzeri işlemler görevli eğitimli yönlendirme personeli refakatinde gerçekleştirilir (Sağlık Bakanlığı 2009, 27378).

Acil servisler bünyesinde bulunan ambulans girişleri ve ayaktan hasta girişlerinin olduğu kısımlarda, yardıma ihtiyacı olan hastalara kolaylık sağlayabilmek için hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulur. Yoğunluğa göre yeterli sayıda eleman, sedye ve sandalye temini sağlanır.

Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtasıyla ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteğiyle sağlanır. Güvenlik kameraları, hastaların muayene edilmeleri veya girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerini ihlal edecek şekilde konumlandırılmaz. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunamaz. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içerir ve en az 2 ay süre ile saklanır (Sağlık Bakanlığı 2009, 27378).

1.2. Acil Servis Çeşitleri

Acil servisler, sunmuş olduğu hizmet, donanım, yatak kapasitesi ve çalışan personel sayısı gibi durumlara bakılarak birinci basamak (birinci seviye) acil servisler, ikinci basamak (ikinci seviye) acil servisler ve üçüncü basamak (üçüncü seviye) aciller olmak üzere üç gruba ayrılabilir. Seviyelendirme işlemleri hasta transferinin başladığı andan itibaren triyaj uygulamalarının çalışmasını sağlamış ve hastaların uygun tedavi alabilecekleri hastanelere sevk edilmesine yardımcı olmuştur. Bu sayede üçüncü seviye acil servislerde, ihtiyacı olmayan hastaların oluşturduğu acil servis kalabalığının ve hastaların yeterli imkanları olmayan hastanelere sevkinin önüne geçilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011, 29).

1.2.1. Birinci Basamak (İlçe Devlet Hastanesi) Konumundaki Acil Servisler

Temel hizmet birimleri arasında sayılmayan ve hizmet içerisinde bir görev üstlenmemiş ancak temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, travma, resüsitasyon, yoğun bakım gerektirmeyen daha çok ayaktan hasta veya yaralıların muayene, tetkik, tedavi ve takiplerinin yapıldığı kısa süreli müşahadenin sağlandığı 24 saat hizmet veren acil servislerdir. Yatak sayısı yüzden az olan, günde binden az poliklinik hastası kabul eden ve otuzdan az hekim sayısı olan hastaneler bu seviye içerisinde yer almaktadır. 1. Seviye acil servislerde acil sağlık hizmetleri tabipler veya var ise

aile hekimi uzmanı veya acil tıp uzmanı tarafından yürütülür ve ihtiyaç halinde ilgili dal uzmanı kuruma davet edilir. Üst seviye bakım ve tedavi gerektiren hastaların durumları kontrol altına alındıktan sonra ileri tetkik ve tedavi için 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilir (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 40).

1.2.2. İkinci Basamak (Her Dalda Uzmanı Olan Hastaneler) Konumundaki Acil Servisler

Birinci basamak acil servislere ilave olarak uzman düzeyinde değerlendirmelerin yapıldığı, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans gibi görüntüleme imkanlarının olduğu acil servislerdir. II. seviye acil servislerde biri dahili ve diğeri cerrahi branşta olmak üzere en az iki uzman tabibin günün her saatinde sağlık tesisinde bulunması zorunlu olup acil servis hizmetleri bu uzman tabiplerin denetim ve sorumluluğunda verilir. Yatak sayısı 101-300 arasında, günde 1001- 3000 arasında poliklinik hastası ve tabip sayısı 31-60 arasında olan hastaneleri kapsamaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 40; Sağlık Bakanlığı 2009, 27378)

1.2.3. Üçüncü Basamak (Eğitim Hastaneleri) Konumundaki Acil Servisler

Basamak I ve II seviyesindeki acil servislere ilave olarak ileri tetkik ve tedavinin yapıldığı 24 saat uzman düzeyinde tedavinin yapıldığı acil servislerdir. III. seviye acil servislerde ise faaliyet izin belgesinde yazılı olması kaydıyla iç hastalıkları, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum ile çocuk sağlığı ve hastalıkları branşlarında müstakil acil branş nöbeti tutulması zorunludur. Yatak sayısı 301'in üzerinde, 3001'in üzerinde poliklinik hastası olan ve 61'in üzerinde hekim bulunan hastaneleri kapsamaktadır (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 40; Sağlık Bakanlığı 2009, 27378 ; Sağlık Bakanlığı 2011, 29).

1.3. Acil Serviste Çalışanların Görev ve Yetkileri

Acil serviste çalışmakta olan tüm sağlık çalışanlarının, gelen her hasta veya yaralıya yapılan müdahale ile ilgili yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaları gerekir ve hizmet içi eğitimlerle bu süreç dinamik hale getirilmelidir.

1.3.1. Acil Servis Sorumlu Hekimi

Acil servis sorumlu hekimi, acil servisin hasta bakım hizmetlerinin, acil ünitesinin tüm eğitim ve araştırma faaliyetlerinin sürdürülmesi ve acil ünitesinde çalışmakta olan tüm personelin çalışma düzenini sağlamak için görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır:

- Acil serviste hastanın tedavi ve bakım sürecindeki işleyişi düzenler, uygular ve uygulanmasını denetler.
- Acil sağlık hizmetlerinin 24 saat aktif bir biçimde işleyebilmesi için ilgili düzenlemeleri yapar ve denetler.
- Acil serviste görevli personelinin izin, işe devam, kıyafet, iş verimliliği gibi konuların denetim ve koordinasyonunu sağlar.
- Acil servis personelinin ve kendinin mesleki bilgi ve becerilerini geliştirecek eğitim faaliyetlerini düzenler ve katılımı sağlar.
- Acil servisin bağlantılı olduğu hastane içi ve dışındaki birimlerle iletişimi ve koordinasyonu sağlar.
- Staj yapmak için gelen sağlık çalışanlarının işleyişini denetler.
- Acil servis faaliyetlerine ilişkin verilerin toplanması, düzenlenmesi ve ilgili yerlere gönderilmesini sağlar.
- Çalıştığı kurumun politika, hedef, kural, yönetmelik ve düzenlemelerine uyarak, sorumluluğu altındaki çalışanlara açıklar ve benimsetir.
- Acil serviste çalışan tüm hekimlerin performans değerlendirmesini yapar, denetler ve onaylar.
- Acil serviste çalışan hekimlerin ve personelin performansla ilgili eksikliklerini tespit eder ve ilgili yerlere bildirir. Servise yeni başlayan hekimlerin oryantasyonunu sağlar ve hizmet içi eğitimlerini planlar.
- Ünitede bulunan adli kayıtların düzenini ve sürekliliğini sağlar. Hastane afet planının acil kısmının işlerliğini ve sürekliliğini düzenler, tatbikatlar organize eder.
- Hasta gereksinimi ve mesleki yeterliliğe göre çalışanları görevlendirir.
- Ünitede çalışan hekimler ile toplantı yaparak, kliniğin ihtiyaçları doğrultusunda olanakları gözden geçirerek başhekimlik onayı ile değişiklikler yapar.

Başhekimliğe çalışmaları ile ilgili rapor verir. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında tanımlanan ve kurulan İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonunda (ASKOM) Hastaneyi temsil eder (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 47; Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi 2016, 1; Oktay 2006, 2).

1.3.2. Acil Tıp Uzmanı

Acil tıp uzmanı, acil servisin hasta bakım hizmetlerini, eğitim ve araştırma faaliyetlerini yürütmek için görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Akut hastalık ve yaralanma durumunda hastanın zaman kaybetmeden tanınma, değerlendirme, bakım ve sonuçlandırılmasını sağlayan, acil tıbbi bakımın her yönüyle ilgili yönetim, araştırma ve öğretim etkinliklerini düzenleyen, hastanın, hastane içinde veya dışındaki polikliniklerden yararlanması için yönlendirilmesini sağlayan hekimdir.
- Acil serviste görev yapan pratisyen hekimlerin denetiminden ve hizmet içi eğitimlerinden sorumludur.
- Pratisyen hekimlerin bakmış oldukları hastaların konsültasyonundan, tetkik, tedavi ve bakımının sonlandırılmasından sorumludur.
- Acil servisin idari ve adli kayıtlarından sorumludur (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 47; Oktay 2006, 2).

1.3.3. Acil Tıp Asistanı

Acil tıp asistanı, üçüncü basamak hastanelerde acil tıp uzmanlığı dalında eğitim alan hekimdir (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 47; Oktay 2006, 2).

1.3.4. Pratisyen Hekim

Pratisyen hekim, acil servise başvuran hastaların muayene, teşhis ve tedavilerini hızlı bir şekilde yapmak, klinik içerisindeki eğitimlere katılmak için görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda sıralanmıştır:

- Acil servise gelen hasta veya yaralıların, muayene, teşhis ve tedavisinin acil olarak yapılmasını sağlayan, acil servisin eğitim, araştırma ve uygulama çalışmalarına katılmakla sorumlu üniversitelerin tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerdir.

- Acil servisin önceden belirlenmiş olan prosedürlerine uygun bir şekilde işlemlerini gerçekleştirir.

- Hasta tetkik, tedavi ve bakımını uzman hekim sorumluluğunda gerçekleştirir ve gerekli gördüğünde uzman hekim onayı ile konsültasyon ister.

- Acil serviste kullanılan kayıt ve evrakları eksiksiz doldurur, şüpheli gördüğü durumları adli vaka olarak değerlendirir, ilgili bildirimleri yaparak adli dosya açılmasını ve geçici rapor düzenlenmesini sağlar.

- Taburculuk kararına uzman hekim onayı ile karar verir.

- Acil servis ve hastanede yapılan hizmet içi eğitimlere katılır (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 47; Oktay 2006, 2).

1.3.5. Acil Servis Sorumlu Hemşiresi

Acil servis sorumlu hemşiresi, acil servis hemşirelik bakım ve hizmetlerini yürütmek için aşağıda sıralanmış olan görev, yetki ve sorumlulukları üstlenirler:

- Acil servis çalışanlarının ve kendisinin mesleki bilgi ve becerisini geliştirecek eğitim faaliyetlerin planlanmasını ve uygulanmasını sağlamak, acil servis hemşirelerinin ve yardımcı sağlık dışı personelin, denetim ve koordinasyonunu sağlamak, hemşirelik hizmetlerinin 24 saat sürekli ve aktif olarak sürdürülebilmesi için ilgili düzenlemeleri sağlamak.

- Acil servis hemşirelerinin ve yardımcı sağlık dışı personelin, kılık kıyafet, izin, işe devam, nöbet listesi ve verimlilik gibi konuların koordinasyonunu ve denetimini sağlamak.

- Acil servis ile bağlantılı olan hastane içi ve dışındaki kişilerle iletişimi ve koordinasyonu sağlamak.

- Hastanenin politika, yönetmelik, kural, hedef ve düzenlemelerine uyarak sorumluluğu altında çalışan personele açıklamak ve benimsetmek. Acil serviste kullanılmakta olan sarf malzeme ve ilaç teminini sağlamak.

- Acil servisteki depoların kontrolünü sağlamak. Acil serviste kullanılmakta olan tıbbi malzemeler ve demir başların yerinde ve ekonomik şekilde kullanılmasını, sayımını, tamirini ve temizliğini sağlamak ve arıza durumunda ilgili yerlere talep oluşturmak.

- Birime yeni başlayan hemşirelerin oryantasyonunu sağlamak. Hasta ihtiyacına ve mesleki yeterliliğe göre personel görevlendirilmesini sağlamak.

- Narkotik ilaçların denetimini kontrol etmek. Gerekli durumlarda servis hemşireleri ile toplantı düzenlemek.

- Hemşirelerin ve sorumluluğu altındaki diğer personelin performansını ve verimliliğini değerlendirmek ve eksik gördüğü durumları bakım hizmetleri müdürlüğüne bildirmek (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 47; Oktay 2006, 2; Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi 2016, 1)

1.3.6. Acil Servis Hemşiresi

Acil servis hemşiresi, acil servis hizmetlerini uygulamak için görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Hastanın acil servise kabulünü ve hastaların monitorizasyonunu sağlamak, bu parametreleri izlemek, değerlendirmek, sonuçlarını kaydedip normalden sapmaları hekime bildirmek.

- Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif girişimlere katılmak, hemşirelik işlevlerini yerine getirmek, acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurmak.

- Hastanın güvenliğini sağlamak için fiziksel çevreyi düzenler.

- Hastanın acil serviste diğer hastalara ve kendisine rahatsızlık verecek davranışlarda bulunması durumunda gerekli önlemleri almak. Enfeksiyon oluşmasını engellemek için gerekli önlemleri almak.

- Hasta bilgilerini, tedavi, takip ve kullanılan malzemeleri kayıt altına almak. Mesleki gelişimi için düzenlenen hizmet içi eğitim, seminer ve kongrelere katılmak.

- Öğrenci hemşirelerin eğitimine yardımcı olmak (Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 47; Oktay 2006, 2; Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi 2016,1).



İKİNCİ BÖLÜM

TRİYAJ VE TRİYAJ UYGULAMALARI

2.1. Triyaj

Fransızca kökenli bir kelime olan triyaj, ayırmak, seçmek anlamlarını taşımaktadır. Triyaj uygulamasında sunulan ihtiyacın arz edilen hizmetten daha fazla olduğu durumlarda ihtiyaçların önceliklerini, kaynakların nasıl sunulacağını ve dağıtılacağını belirleyen hızlı seçme ve kodlama işlemidir. Triyajda hastaya tanı konulmaz. Mevcut kaynaklar göz önünde bulundurularak klinik önceliğinin hangi hastada olduğu belirlenir. Triyaj uygulamaları acil servislerin daha etkili ve daha verimli olmaları için oluşturulmuş bir sistemdir (Şahbaz 2005, 1; Sağlık Bakanlığı 2015, 2; Milli Eğitim Bakanlığı 2011 ,21).

2.1.1. Triyaj Tarihçesi

Modern tıbbın bir çok alanında olduğu gibi triyaj uygulamalarının da ortaya çıkmasında savaşlarının büyük etkisi olmuştur. İlk defa triyaj uygulaması 18. yüzyılda, yaralı askerlere sağlık hizmetlerinin düzenli olarak dağıtılmasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır. İlk uygulama Napolyon'un ordusunda cerrah olan Dominique Jean Larrey tarafından savaş anında hemen değerlendirilmesi gereken askerleri belirlemiş ve acil müdahale gereken, saatler veya günler içerisinde tedavi edilmesi gerekenleri ayırmıştır (Şahbaz 2005, 1; Tekşam 2009, 125). Yetersiz sayıda bulunan sağlık kaynakları nedeniyle ağır bir biçimde yaralanmış olan askerleri ölüme bırakarak ve daha hafif yaraları olan askerlere müdahale ederek kısa sürede savaş alanına dönmelerini sağlamıştır. Öncelik kurtarılabilir yaralılara verilmiştir (Tarhan 2016, 170).

1846 yılında İngiliz cerrah John Wilson başarı oranını artırmak için hekimlerin tüm çabalarını acil tedaviye ihtiyacı olan hastalara harcamaları gerektiğini savunmuştur. Bu şekilde triyaj uygulamaları, savaşlarla paralel olarak değişimler göstererek kendini geliştirmiştir (Şahbaz 2005, 1; Tekşam 2009, 125; Sağlık Bakanlığı 2015, 2).

Amerikan ordusu ise triyaj uygulamalarını daha yavaş geliştirmiştir. Walt Whitman, ”ilk gelen ilk kurtulur” prensibini benimsemiştir. Ancak bu yöntem tedavi önceliği sağlarken, yaralının aciliyet durumunu, kurtarılabilişliğini ve kaynakların etkin kullanımını göz önünde bulundurmamaktadır (Şahbaz 2005, 1; Tekşam 2009, 125).

Birinci Dünya Savaşı sırasında öldürücü makineli silahlar, zehirli gazlar triyaja farklı bir boyut kazandırmış ve daha önce uygulananlardan farklı olarak tedavinin kapsadığı zaman da ayrıca değerlendirilmiştir. Amaç çok fazla sayıda hastaya en iyi tedaviyi yaparak en kısa zamanda savaşa dönmelerini sağlamak olmuştur (Tekşam 2009, 125; Sağlık Bakanlığı 2015, 2).

İkinci Dünya Savaşı’nda, yeni silahların üretilmesi, tankların geliştirilmesi ve hava desteğinin düzenlenmesi, penisilin ve taze donmuş plazma gibi yeni tedavilerin üretilmesi, savaş alanından esas tedavinin uygulandığı alana kadar olan bölümlerde triyaj uygulamalarını yaygınlaştırmıştır. Bu dönemde triyaj protokolleri ayrıntılı olarak geliştirilerek, savaş esnasında tüm olanaklar savaşa önce dönebilecek askerler için kullanılmıştır. Bu dönemde sahra hastaneleri kurularak savaş meydanında tedavi başlatılmıştır (Şahbaz 2005, 1; Tekşam 2009, 125).

Trijaj uygulamaları ihtiyaç doğrultusunda askeri alandan sivil alana doğru geçiş yapmıştır. İlk olarak 1964 yılında Weinerman triyaj sistemi yayınlanmıştır. Triyajın sivil alana uyarlanması, değişen sağlık politikaları sonucunda hasta başvuru sayısındaki artışın üstesinden gelebilmek amacıyla oluşturulmuştur (Şahbaz 2005, 1).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2009 yılında çıkardığı (16 Ekim 2009: 273378 sayılı Resmi Gazete) ”Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ”e göre acil servislerde etkin bir hizmet sunumu için, hastanın aciliyetine bağlı olarak kırmızı, sarı, yeşil renkler kullanılır. Dal hastaneleri ve bünyesinde birinci basamak acil servisleri olan sağlık kurumlarında triyaj uygulamaları zorunlu değildir (Sağlık Bakanlığı 2009, 27378).

2.1.2. Triyajın Amacı

Eldeki kısıtlı imkanları verimli bir şekilde kullanarak, daha çok hasta veya yaralının yaşam kayıplarını yada ileri derecede yaralanmalarını önlemek için başvuru sırasında hastaları hızlı bir biçimde değerlendirip, şikayetlerine ve başvuru biçimlerine göre aciliyetin önceliğini tespit etmek ve sınıflandırmak, hastaların güvenliğini ve acil serviste daha hızlı bir şekilde değerlendirilmesini ve müdahale edilmesini sağlamaktır (Şahbaz 2005, 1; Milli Eğitim Bakanlığı 2011, 22; Ocak 2016,1). Acil servislere başvuran hastanın güvenliği için triyaj uygulamalarının amacı, hastanın uygun zamanda bakılması için uygun acil servis birimlerine yönlendirilmesinin yapılmasıdır. Aynı zamanda etkin bir triyajın amacı, hastaların bekleme sürelerini kısaltmaya yöneliktir. Uygun ve tecrübeli sağlık çalışanları ile yapılan triyaj, acil servisin kalabalık olduğu yoğun saatlerde öncelikli hastaların tedavi ve bakımlarını hızlı bir şekilde almalarını sağlar (Tarhan 2016, 170).

2.1.3. Triyaj Sistemleri

Acil servislere kullanılmak üzere dünyanın birçok yerinde çok sayıda triyaj sistemleri geliştirilmiştir. İlk olarak iki basamaklı (acil – acil değil) sonra sırasıyla üç basamaklı, dört basamaklı ve beş basamaklı triyaj sistemleri geliştirilmiştir; ancak günümüzde gelişmiş ülkelerde üç ya da beş basamaklı sistemin kullanılması önerilmektedir. Tablo 1’de Dünya’da tanımlanmış beş kategorili triyaj sistemleri ve uygulayan ülkeler yer almaktadır.

Tablo 1. Dünyada Tanımlanmış 5 kategorili Triyaj Sistem ve Uygulayan Ülkeler

Triyaj Sistemi	Kullanıldığı Ülke yada Ülkeler
Manchester Triyaj Sistemi (MTS)	• İngiltere, İrlanda, Portekiz, Hollanda
Avustralya Triyaj Sistemi (ATS)	• Avustralya, Yeni Zelanda, Okyanusya
Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS)	• Kanada
Aciliyet Şiddet İndeksi (ESI)	• Amerika Birleşik Devletleri
Güney Afrika Triyaj Sistemi (CTS)	• Güney Afrika
French Triyaj Sistemi (FRENCH)	• Fransa

Kaynak : Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023, S.29-30, Ankara, 2011.

Etkin bir triyaj sistemi sadelik, zaman etkinliği, prediktif doğruluk, güvenirlilik ve en az yanılma özelliklerine sahip olmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2011, 6 ; Ocak 2016, 1). Amerika’da ve dünyada acil tıbbın temelini oluşturan ve gelişmesinde büyük role sahip Amerikan Acil Hekimler Birliği ve Acil Hemşireler Birliği tarafından 2003 yılında geçerlilik ve güvenilirliği daha fazla olduğundan dolayı beşli triyaj sisteminin uygulanması önerilmektedir. Tablo 2’de acil servis triyaj sistemleri gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2015, 6; Karaçay 2007, 9).

Tablo 2. Acil Servis Triage Sistemleri

Acil Servis Triage Sistemleri	
2 li Triage Sistemleri	• Acil • Acil Değil
3 l� Triage Sistemleri	• �ok Acil • Acil • Acil Değil
4 l� Triage Sistemleri	• Hayatı Tehdit Edici • �ok Acil • Acil • Acil Değil
5 li Triage Sistemleri	• Resusitasyon • �ok Acil • Acil • Acil Değil • Sevk

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Acil Triage Eğitim Rehberi,Ocak 2015.

Türkiye’de acil servislerin etkin hizmet sunumu için kırmızı, sarı ve yeşil renk kodlamaları vardır. Yeşil alan; hayati risk içermeyen, yaşamsal bulguları stabil olan, ayaktan başvurusu olan, en fazla bir saate kadar beklemesi akut semptomlar açısından mümkün olan hastaların tetkik, tedavi ve muayene işlemlerinin yapılabilmesi için banko, kayıt, acil yeşil alan bekleme alanları ile yeşil alan bilgilendirme ve yeşil alan muayene alanlarından oluşan kısımdır. Yeşil alan 1 ve Yeşil alan 2 olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Yeşil alan 1; acil servis

Tablo 1. Türkiye’de Kullanılan Triyaj Renkleri, Alanları ve Vaka Nitelikleri

	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK VAKALAR
YEŞİL	Ayaktan başvuran, basit sağlık sorunları olan, genel durumu stabil ve ayaktan tedavi gerektiren hasta grubunu kapsamaktadır.	• Kesi gerektirmeyen, basit sıkırık ve yaralanması olan hastalar. • Hayati bulguları ve genel durumu stabil olan hastaların her türlü basit belirtileri. • Hayati risk taşımayan ve hafif derecedeki ağrılar.
SARI	Kategori 1: Uzun kayıplı riski, önemli morbidite oranı olan ve hayati tehdit etme olasılığı yüksek olan durumlar.	• Herhangi bir nedene bağlı olarak gerçekleşen orta şiddette kanama. • 65 yaş üstü hastalarda meydana gelen karın ağrısı. • Suistimal şüphesi olan çocuk hastalar. • Suisit riski olan hastalar. • Bilinci açık nöbet öyküsü olan hastalar. • Kan basıncının yüksek olması. • Bilinci açık, amnezi ile beraber kafa travmasının meydana gelmesi.
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli olan durumlar.	• Solunum sıkıntısı ve göğüs ağrısı olmayan basit göğüs travmaları. • Basit kanaması olan hastalar. • Bilinç açık minor kafa travmaları • Şiddetli olmayan karın ağrısı ile başvuran hastalar. • Vital bulguları stabil olan minor ekstremiteler travmaları olan hastalar.
KIRMIZI	Kategori 1: Hayati riski yüksek olan, hızlı yaklaşım, acil müdahale ve tedavi gerektiren durumlar.	• Yalnızca ağırlı uyaranlara yanıt veren yada tamamen yanıtsız olan hastalar. • Major çoklu yaralanması olan hastalar. • Hayati bulguları tehdit edecek derecede solunum sayısında ve kan basıncında düşme olan hastalar. • Kalp atışlarının durması. • Solunum olmaması.
	Kategori 2: Hayati riski yüksek olan, 10 dakika içerisinde müdahale edilip tedavi edilmesi gereken durumlar.	• Aşırı ilaç alımına bağlı yanıtsız ve hipoventilasyonda olan hastalar. • Kalp krizine benzer göğüs ağrısı • Hastanın hayati bulgularını tehdit eden nefes darlığı. • Dolaşım bozukluğu olan hastalar.
SİYAH	Afet zamanlarına özgü olarak, ölü yada ölü olarak kabul edilen hastalardır.	• Afetlerde yada benzer durumlarda ölü tanısı konulan hastalar. • Afetlerde yada benzer durumlarda beyin ölümü gerçekleşmemiş olsa bile diğer hayati fonksiyonları olmayan hastalar.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmi Gazete, S.30338, 20.02.2018.

içerisinde ayaktan başvuran, basit sağlık sorunları olan, genel durumu stabil ve ayaktan tedavi gerektiren hasta grubunu kapsamaktadır. Yeşil alan 2; mesai kaydırma veya vardiya branş poliklinikleri alanı olarakta adlandırılan, acil servisin dışında acil servise yakın bir alanda bulunan, branş hekimleri tarafından uygulanan, ayaktan gelen ve 1-4 saat beklemesi akut semptomlar açısından mümkün olan hasta grubunu kapsamaktadır. Sarı alan; ayaktan muayene, tetkik ve tedavi ile şikayetin giderilemeyeceği, tetkik ve tedavinin kısa müşahade altında yapılması gerektiği, yakın gözlem ve izlem ile tanı konulabilecek hastaların olduğu, mahremiyete uygun bölümlerin bulunduğu, banko ve kayıt, bilgilendirme ve bekleme alanlarının olduğu alandır. Kırmızı alan; hayati tehdit oluşturan, hızlı müdahale, eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren hastaların oluşturduğu, vakit kaybetmeden müdahale, tetkik ve tedavilerin yapılabilmesi için içerisinde bekleme, bilgilendirme, resüsitasyon, küçük müdahale, acil ameliyathane ve acil yoğun bakımın olduğu alandır. Acil servise başvuran bütün hastaların triyaj uygulamaları en kısa zamanda yapılarak ilgili kodlamanın bekleme alanına alınır. Acil muayene, tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren hayati riski yüksek olan kritik hastalar beklemeden kırmızı alana alınırlar. Tablo 3’de Türkiye’de kullanılan triyaj renkleri, alanlar ve vaka nitelikleri görülmektedir. Kırmızı alan hasta yakınlarına belirsizlik, korku ve endişelerini azaltmak için belirli aralıklarla bilgilendirme yapılır. Hasta yakınları için uygun bekleme alanı koşulları sağlanır.

Beşli triyaj sistemi ilk olarak 1970 yılında Avusturalya’da bir sağlık çalışanını tarafından hasta sayısındaki artışa bağlı oluşan sorunları çözmek amacıyla geliştirmiştir. Temel amaç hastanın ne kadar sürede tedavi alacağını bazı kodlamalar kullanarak belirlemektir (Karaçay 2007,9). Tablo 4’de Dünya’da uygulanan beşli triyaj sistemlerinin aralarındaki farklar görülmektedir.

Tablo 2. Beşli Sınıflama Sistemlerinin Farklılıkları

Sınıf	Canadian Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS)	Manchester Triyaj Sistemi (MTS)	Australian Triyaj Sistemi (ATS)	Emergency Severity Index (ESI)
1	Resüsitasyon (hemen)	Hemen (kırmızı) 0 dakika	Hayati tehlike mevcut (hemen)	Kategori-I (hemen)
2	Çok acil (15 dakika içinde)	Çok acil (turuncu) 10 dakika içinde	Yaşam tehdidi yakın 10 dakika içinde	Kategori-II Birkaç dakika içinde
3	Acil (30 dakika içinde)	Acil (sarı) 60 dakika içinde	Yaşam tehdidi olasılığı 30 dakika içinde	Kategori-III Bir saate kadar
4	Az acil (60 dakika içinde)	Standart (yeşil) 120 dakika içinde	Ciddi olma olasılığı 60 dakika içinde	Kategori-IV Bekletilebilir
5	Acil değil (120 dakika içinde)	Acil değil (mavi) 240 dakika içinde	Az acil 120 dakika içinde	Kategori-V Geciktirilebilir

Kaynak : Karaçay P, Sevinç S. Acil servislerde triyaj uygulaması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2007;4(2):9-15.

Manchester Triyaj Sistemi (MTS) :

İngiltere’ de 1997 yılı itibarı ile çoğu acil serviste kullanılan 5 kategoriden oluşan, sık başvuru şikayetlerine göre düzenlenmiş skaladır. MTS acil servis doktorları ve hemşireleri arasında ortak bir terminolojinin geliştirilmesi, ortak tanımlamaların yapılması, güçlü bir triaj yönteminin geliştirilmesi, bir eğitim paketinin geliştirilmesi, triaj için resmi kurallar saptanması amacıyla oluşturulmuştur (Ocak 2016, 1; Mackway 2016,1; Windle 2016, 1). Tablo 5’de Manchester triyaj sisteminin grupları ve isimlendirmeleri yer almaktadır.

Tablo 3. Triyaj grup: İsimlendirme

Triyaj Seviyesi	Aciliyet Seviyesi	Tanım	Hedef Zaman	Örnekler	Renk
Seviye 1	Hemen	Hemen tedavi gerektiren hayati tehdit eden yaralanma yada hastalığı olan hastalar	0 dakika	Kardiyak arrest, Nöbet, Ciddi solunum sıkıntısı, Şok	Kırmızı
Seviye 2	Çok Acil	Hayati tehdit oluşturabilecek ciddi sağlık problemi olma ihtimali olan hastalar	10 dakika	Göğüs ağrısı, Major kırık, Ciddi ağrı, Diyabetik ketoasidoz, Akut batın, Yenidoğan ateşi	Turuncu
Seviye 3	Acil	Hemen tedavi gerektirmeyen fakat ciddi sağlık problemi olan hastalar	60 dakika	Basit kırık, Basit Laserasyon, Burkulma	Sarı
Seviye 4	Daha Az Acil	Acilde değerlendirilmesi gereken ancak durumu stabil olan hastalar	120 dakika	Boğaz ağrısı, Döküntü, Konstipasyon, Abrasyon	Yeşil
Seviye 5	Acil Değil	Durumu stabil olan, değerlendirilmesi hasta için yararlı olacak hastalar	240 dakika	Kulak ağrısı, dikiş temizleme, kontrol, Soğuk algınlığı semptomları	Mavi

Kaynak: Windle,J.,Manchester Triage System A Global Sulition, www.triage.it/congresso/images/edocs/.../2-J.%20Windle.pdf,(10.12.2016). Mackway,K., Manchester Triag System, possibility.no/Dag%20plenum_manchester%20triage, (Erişim Tarihi: 10.12.2016).

Manchester triyaj sistemi klinik önceliği üç temel kuralla göre belirler:

- Hem hasta hem de acil servis için klinik yaklaşım geliştirmek.
- Hastanın durumu kötüleşmeden muayene edilmesini sağlayacak kadar kısa bekleme süresi oluşturmak.
- Hastaların klinik önceliklerine triyajda karar vermek.

Sık başvuru yakınmalarına göre ayarlanmış 52 akış şemasından oluşan Manchester triyaj sisteminin avantajları olduğu kadar dezavantajlarında bulunmaktadır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır:

- Akış şemaları çok fazla kendine özgü ve odaklanmıştır.
- Yaşamsal bulguların değerlendirilmesi yoktur.
- Sağlık problemi olan ve bir yaşın altındaki çocukların değerlendirilmesi güçtür.

Australian Triyaj Sistemi (ATS) :

ATS 2000 yılında hasta değerlendirme zamanları ve tıbbi yaklaşımları dikkate alınarak değiştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2011, 29; Pardey 2007, 43; Health Policy Priorities Principal Commitee 2016). Tablo 6’da Avustralya’da bulunan triyaj skalası görülmektedir. Acil servis triyajı, bakımın zamana uygunluğu ile kaynakların kullanılabilirliği arasındaki ilişkinin yönetilmesine yardımcı olur. Klinik hizmetleri hastaların bakım ihtiyaçlarına göre düzenlemek ve etkili bir araç haline getirmek için birim organizasyonu, izleme ve değerlendirilme yapılması gerekmektedir.

Tablo 4. Avustralya Triyaj Skalası

ATS kategorisi	Acuity (azami bekleme süresi)	Performans göstergesi eşik standardı
1	Anında	%100
2	10	%80
3	30	%75
4	60	%70
5	120	%70

Kaynak : Health Policy Priorities Principal Commitee, Australian triage process review, <https://www.aci.health.nsw.gov.au/data/...file/.../australian-triage-process-review.pdf>, (Erişim tarihi: 10.12.2016.).

Artan acil servis talebi, triyaj rolünün evrimi için katalizör olmuştur. Hemşireler tarafından başlatılan kısa bir hasta değerlendirmesi, triyaj kategorilerinin başlangıcını oluşturmuştur. Artan talep, uzun bekleme süreleri triyajın genişletilmesinde rol almıştır. Avustralya'da triyaj aciliyet kriteri ilk olarak gözlemlere ve davranışlara dayanarak geliştirilmiştir (Pardey 2007, 43; Health Policy Priorities Principal Commitee 2016, 1).

Sürekli ve ayrı eylemlerin hemşirelik değerlendirmesini izlediği triyaj hemşirelerinin araştırması, bir doktora görünmek için ne kadar bekleyebilecekleri konusunda hastanın aciliyet düzeyini belirlemiştir. Daha sonraki çalışmalar, ortaya çıkan aciliyet ölçeklerinin tekrarlanabilirliğini ve geçerliliğini göstermiştir (Pardey 2007, 43; Health Policy Priorities Principal Commitee 2016, 1).

Avustralya'da hemşirelerin triyaj gerçekleştirmede yetkili sayılabilmesi için, asgari standartlar ve yetkinlikler gerekmektedir. Bu da devletler ve yerel sağlık

ağlarının kontrolünde triyaj akreditasyonunun temelini oluşturmaktadır. Triage yapan hemşirenin belli bir seviyede olması gerekmektedir. Aynı zamanda deneyim, eğitim ve denetleme gibi rollere sahip olması gerekmektedir (Pardey 2007, 43; Health Policy Priorities Principal Committee 2016, 1).

Canadian Triage ve Aciliyet Sistemi(CTAS) :

1999 yılında geliştirilmiş olan CTAS, devam eden temel üzerinden 2001 yılında pediatrik versiyonu da kapsayan güncellemeler yapılmıştır (Murray 2004, 421; Manos 2015, 1). Tablo 7’de Kanada acil departmanlarında kullanılan triyaj seviyeleri ve renkleri görülmektedir.

Tablo 5. Kanada Acil Departmanı Triage ve Akut Ölçeği Renkleri

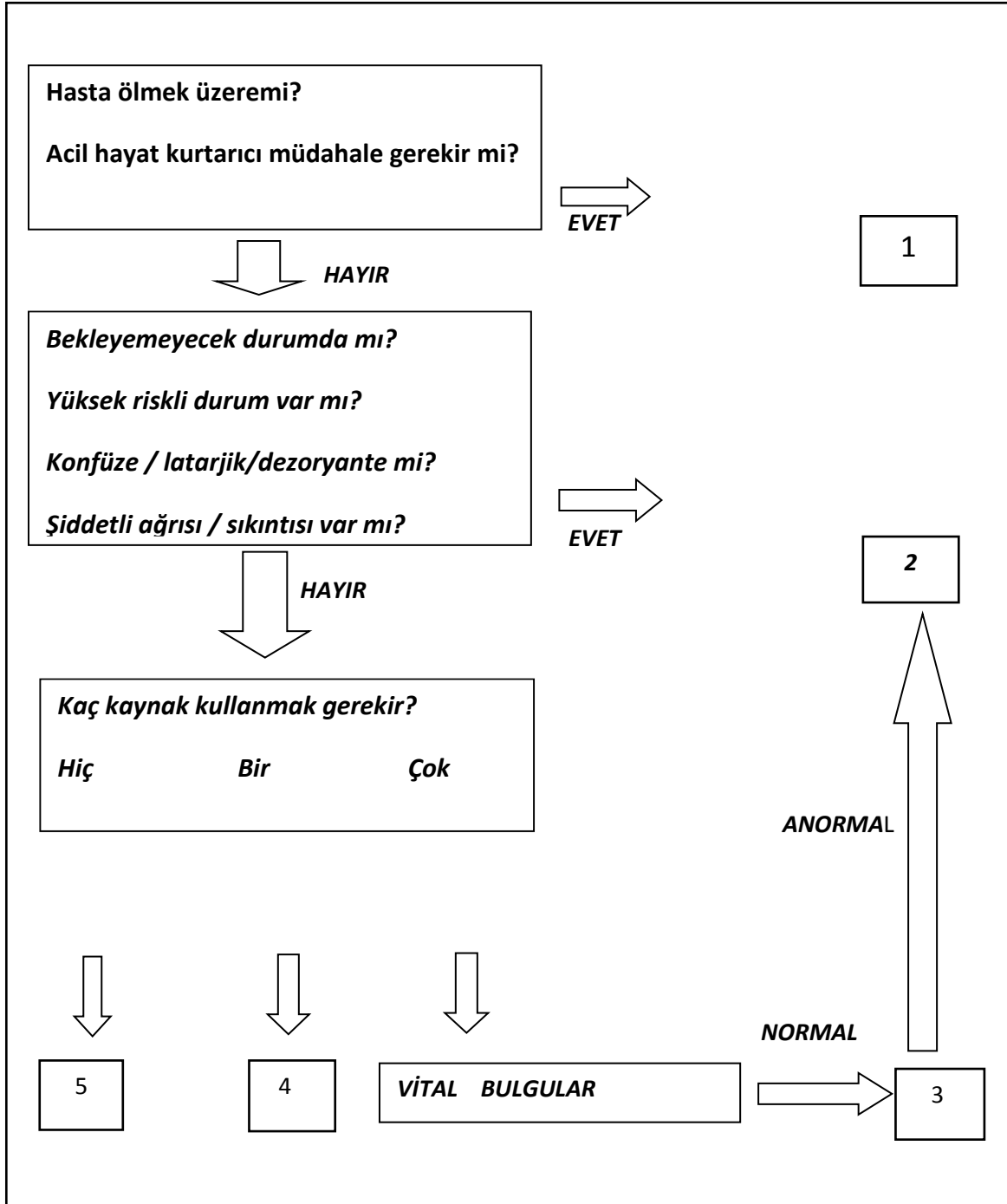
Triage Seviyesi	Aciliyet Seviyesi	Renk
Seviye 1	Resüsitasyon	Mavi
Seviye 2	Çok Acil	Kırmızı
Seviye 3	Acil	Sarı
Seviye 4	Daha Az Acil	Yeşil
Seviye 5	Acil Olmayan	Beyaz

Kaynak: Bullard,M.J., Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines, Revisions to CTAS adult guidelines, CJEM,10(2):136-42, 09.Ocak.2008.

Emergency Severity Index (ESI) :

Acil değerlendirme gerektiren ve bekletilmesi hayati risk içeren hastaları tespit ettikten sonra kaynak kullanımının tahmini üzerinden hastanın triyaj kategorisini belirleyen, bunun için algoritmada 4 temel karar aşaması bulunan kullanımı basit 5 seviyeli triyaj sistemidir (Gilboy 2012, 9; Çınar 2010, 126). Şekil 1’de triyaj değerlendirmesinde kullanılan ESI algoritması yer almaktadır.

ESI 1: En fazla kaynağa ihtiyacı olan, acil hayat kurtarıcı değerlendirme gerektiren hastaları içerir. Bu seviyede ciddi solunum sıkıntısı, kardiyak arrest, solunum arrest, bilinci kapalı travma hastası, bradikardi, taşikardi, hipoglisemi gibi hayati riski yüksek olan hastalar bulunur. Acil personelinin hemen hızlı bir şekilde müdahalesi gerekmektedir.



Şekil 1. ESI Algoritması

Kaynak : Gilboy, N., Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, Implementation Handbook, 2012.

ESİ 2: Bekleyemeyecek durumdaki hastaları kapsamaktadır. Bu seviyede göğüs ağrısı, şiddetli ağrısı olan hasta, inme, bilinç bulanıklığı olan yaşlı hasta, sindirim sistemi kanaması olan hasta, pnömotoraks, intihar düşüncesi olan hastalar gibi hastaları kapsamaktadır. Bu hastalar muayne odasına alınır ve 10 dk içerisinde hekimin hastanın başında olması sağlanmaktadır.

ESİ 3: Birden fazla kaynak kullanımı olan ve yaşamsal bulguları stabil olan hastaları içermektedir. Bu seviyede karın ağrısı, pnömoni, kırık şüphesi olan hastalar bulunur. Bu hastalar boş bir muayne odası varsa alınır eğer yoksa bekleme salonunda bekleyebilirler.

ESİ 4: Tek kaynak kullanımı gereken hastaları içerir. Bu seviyede idrar yolu enfeksiyonu, basit kesiler, bel ağrısı, ayak burkulması sorunları yaşayan hastalar bulunur.

ESİ 5: Kaynak kullanımı gerektirmeyen hastaları içerir. Bu seviyede ise boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi hastalar bulunur (Gilboy 2012, 9). Tablo 8-9'da ESİ hayat kurtarıcı girişimler ve ESİ kaynakları yer almaktadır.

Tablo 6. ESI Hayat Kurtarıcı Girişimler

	Hayat Kurtarıcı	Hayat Kurtarıcı Değil
Havayolu/solunum	• Balon maske ventilasyon • Entübasyon • Cerrahi hava yolu • Acil CPAP • Acil BİPAP	• Oksijen maskesi
Elektriksel tedavi	• Defibrilasyon • Acil kardiyoversiyon • Eksternal pacing	• Monitorizasyon
Girişim	• İğne torokostomi • Perikardiosentez • Torakotomi • İntraosseöz girişim	• Tanısal testler • Ekg • Laboratuvar • Ultrason
Hemodinami	• Belirgin sıvı resüsitasyonu • Kan verme • Majör kanama kontrolü	• Damar yolu
İlaçlar	• Nalosan • Dopamin • Atropin • Dektroz %50 • Adenocard	• Aspirin • Nitrogliserin • Heparin • Antibiyotik • Ağrı kesici

Kaynak: Gilboy, N., Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, Implementation Handbook, 2012.

Tablo 7. ESI Kaynakları

Kaynak Sayılanlar	Kaynak Sayılmayanlar
- Laboratuvar (tam kan, rutin, tam idrar) - EKG, Direkt grafi, USG, BT	Anemnez ve Fizik muayene
- Intavenöz sıvılar - Enjeksiyon (iv/im), nebül - Konsültasyon	Oral tedavi, tetenoz, reçete yazma
- Basit girişim (sütür/foley) - Komplike girişim (sedasyon)	Pansuman, Atel uygulama
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Acil Triyaj Eğitim Rehberi, Ocak 2015. Gilboy, N., Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4, Implementation Handbook, 2012.	

2.1.4. Triyaj Bileşenleri

Trijaj sisteminin oluşturulmasında bazı kriterlerin ele alınması ve düzenlenmesi gerekmektedir. Bu kriterleri triyaj uygulamasında görev alan sağlık çalışanı, triyaj uygulama alanı ve triyaj kayıt sistemi oluşturmaktadır (Tarhan 2016, 170; Mowery 2012, 71)

Trijaj uygulama alanı; triyaj alanı acil servisin girişinde bulunmalıdır. Triyaj uygulanacak alan hasta mahremiyetini sağlayabilmek için yarı kapalı olmalıdır. Triyaj alanında kapı mevcut ise kapılar sedye ve sandalye geçişlerine uygun şekilde konumlandırılmalıdır. Triyaj alanı hastanın ilk değerlendirilmesine ve acil müdahale gerektiren durumlara başlamasına olanak sağlayacak genişlikte olmalıdır. Uygulama alanında triyaj görevlileri için masa ve sandalye olmalı, hastaları karşılamak için de tekerlekli sandalye ve sedye bulunmalıdır.

Trijaj kayıt sistemi; etkin sağlık hizmeti sunumu için kayıt önem taşımaktadır. Kayıt, yazılı veya elektronik veri girişi ile yapılabilmektedir. Triyaj esnasında tutulan kayıtlar hasta dosyalarına eklenmelidir. Kayıtları tutarken kolaylık sağlaması amacıyla SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) triyaj modeli uygulanır. 1969 yılında geliştirilen bu model triyaj kayıtlarında genel bir model sunmaktadır. Tablo 10'da geliştirilmiş olan SOAP modeli yer almaktadır.

Tablo 8. Soap Modeli

Soap Sınıfı	Tanım
Öznel veriler	Hastanın mevcut yada gelecek klinik durumunu, kronik hastalıklarını, kullandığı ilaçları, alerji durumu, hastanın söylemiş olduğu, sorulara verilen yanıtı içeren öznel bilgiler.
Nesnel veriler	Geçmiş kayıtlardan elde edilen gözlenebilir, ölçülebilir veya nicelenebilir veriler, fiziksel muayene, tarama ve diğer tanı teknikleri.
Değerlendirme	Bildirilen farklılıkları ve izlenimleri içeren olası teşhis
Plan	Tamamlanmış veya takip edilen bakım planları, tedavi faaliyetleri, eğitim.

Kaynak: Mowery D, Wiebe J, Visweswaran S, Harkema H, Chapman WW. Building an Automated SOAP Classifier for Emergency Department Reports. Health of National Institutes NIH Public Access. J Biomed Inform 2012;45(1):71-81

Triyaj uygulamasında görev alabilen sağlık çalışanları; acil servislerde triyaj uygulamaları hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni, paramedik ve diğer yardımcı personel tarafından uygulanmaktadır.

2.1.5. Triyajda Temel Kurallar

Triyaj daha önceden belirlenmiş olan belirli kurallar içerisinde yapılmalıdır. Bu kurallar; olayların büyüklüğü, hasta yada yaralı sayısı, kurtarma, taşıma ve eldeki tıbbi imkanlar doğrultusunda değişkenlik gösterebilir. Bu kuralları aşağıdaki gibi gösterilebilir:

- Triyaj, olaya maruz kalan herkese uygulanmalıdır.
- Triyajdan sorumlu çalışan, hasta veya yaralıların acil bakımıyla ilgilenmemelidir.
- Triyaj uygulamasında görevler, net bir şekilde belirlenir ve paylaşılır. Genellikle tek kişi sorumlu olur fakat olayın büyüklüğüne göre işleri hızlandırmak amacıyla birden fazla kişi uygulamada görev alabilir.
- Triyaj süresi ayaktaki hasta veya yaralılara en fazla 1 dakika, yatar durumda olan hasta ve yaralılara ise 3 dakikayı aşmamalıdır.
- Triyaj olay yerindeki tüm hasta veya yaralıların tümüne uygulandıktan sonra başa dönülüp yeniden yapılmalıdır.
- Triyaj değerlendirmesi; sırasıyla solunum, dolaşım, bilinç şeklinde takip ederek acil ve öncelikli hasta veya yaralıları tespit etmelidir.
- Triyaj ulaşılan her basamakta tekrar yapılmalıdır.

2.1.6. Triyaj Çeşitleri

Başvuru triyajı; çağrı karşılama merkezi tarafından 112 acil servis hizmetlerine yapılan başvuruları öncelik durumuna göre koordine ederek yapılan ayırma işlemidir.

Vaka triyajı; görevi gerçekleştirecek olan acil yardım ekiplerinin belirlenmesidir.

Alan triyajı; hastane öncesi ve hastanede olmak üzere dört ayrı triyaj alanı bulunmaktadır. Bunlar hastane öncesi alanda afet triyajı, acil serviste afet triyajı, sahada iletişime bağlı triyaj, rutin acil servis triyajıdır.

Hastane öncesi alanda afet triyajı, afet yada olağan dışı durumlarda gerçekleşen birden fazla yaralının ve tek ambulansın olduğu durumlarda diğer ambulansların olay yerine gelmesine kadar olan sürede yapılan ayırma işlemidir. SAVE (Secondary Assessment of Victim Endpoint) triyaj sistemi uygulanmaktadır. Bu sistem kaynakların son derece yetersiz olduğu alanlarda hangi hasta yada yaralının verilecek tedaviden daha çok yarar sağlayabileceğini belirlemek amacıyla tasarlanmıştır. Bu yöntem ile yalnızca tedaviden fayda göreceği düşünülen hasta yada yaralılara temel bakım ve destek tedavi uygulanır. Hasta yada yaralılar üç ayrı kategoriye ayrılır ve kaynaklar uygun bir biçimde kullanılır. Bu kategoriler şu şekilde sıralanmaktadır:

- Ne yaparsan yap ölecek olanlar hasta veya yaralılar.
- Tedavi edilse de edilmese de iyileşecek olan hasta veya yaralılar.
- Yetersiz alan tedavisinden bile fayda görebilecek olan hasta veya yaralılar.

Acil serviste afet triyajı, afet durumunda sahadaki kurallar acil serviste hasta bakımınında geçerlidir. Amaç, daha çok kişiye en üst düzeyde fayda sağlamaktır. Sık karşılaşılan az sayıda yaralının olduğu durumlarda CRAMS skorlaması kullanılabilir. Bu skorlamada; dolaşım, solunum, batın, motor ve konuşma değerlendirilir. Altı ve daha düşük skor alan yaralılar ciddi olarak kabul görür. Tablo 11’de CRAMS skoru gösterilmektedir. Sık karşılaşılan çoklu yaralanmalı durumlarda ise Basit Triyaj ve Hızlı tedavi (Simple Triyaj and Rapid Treatment - START) yöntemi kullanılır. Kurtarıcı personel sıklıkla hastanın ya da yaralının solunum, perfüzyon ve bilinç durumunu hızlı bir şekilde değerlendirir (Oktay 2006, 136). Şekil 2 de START triyaj modeli yer almaktadır.

Sahada iletişime bağlı triyaj; hastane öncesi kurtarıcılar ve hastane istasyonunda ki kurtarıcılar arasında gerçekleşen, hastanın hangi hastaneye, hangi yolla ve hangi araçlar kullanılarak taşınacağına karar vermek amacıyla uygulanır.

Rutin acil servis triyajı, bu dört triyaj alanı içinde en fazla kullanılan ve en geliştirilmiş olan triyaj alanıdır. Triyaj, hastanın aciliyeti ve tedavi ihtiyaçları bakımından hiyerarşik bir karar verme sürecidir. Hasta geliş şikayeti, fiziksel muayene ve vital bulgularına göre sınıflandırılır. Rutin acil triyajında üç seviyeli ve beş seviyeli modeller vardır.

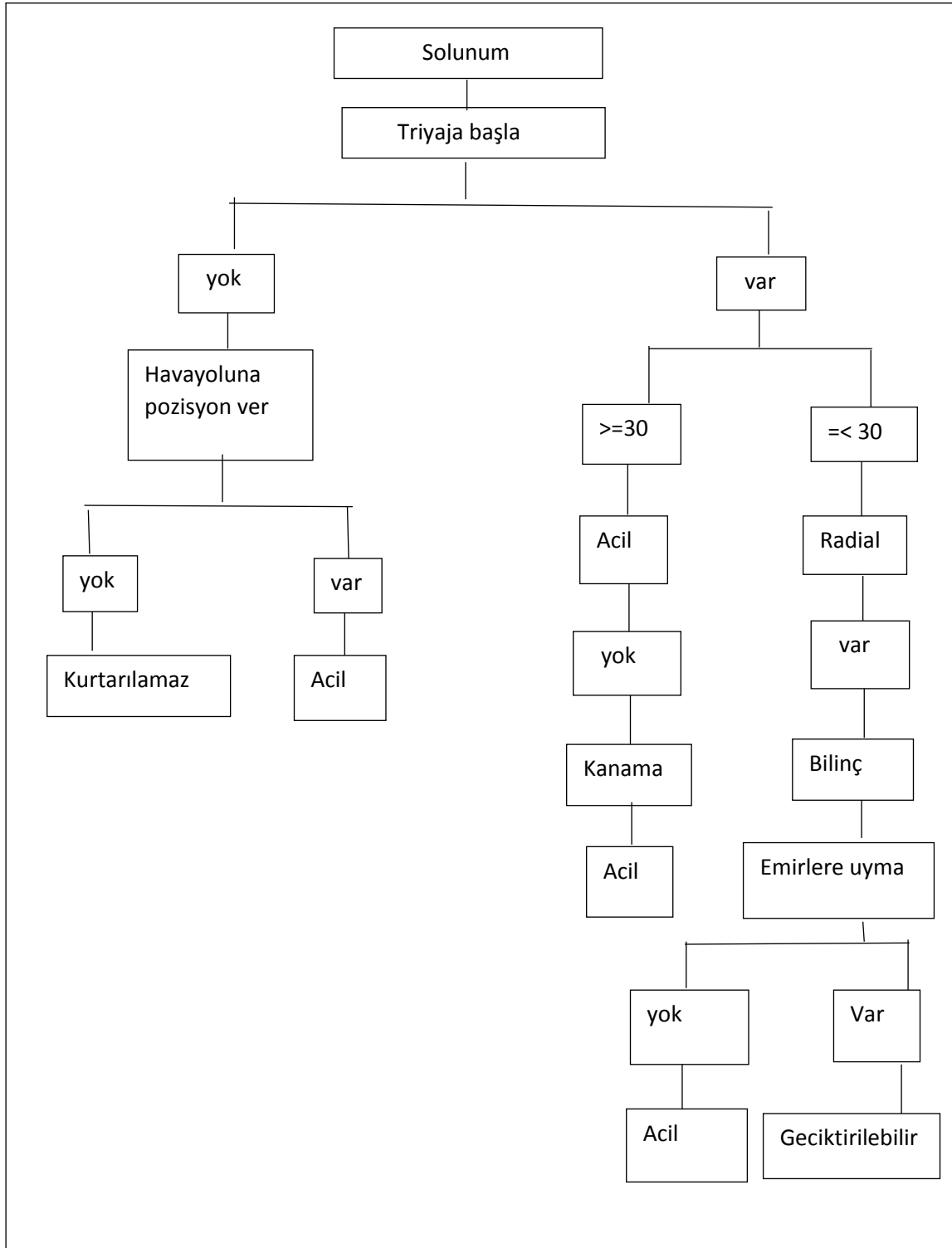
Müdahale triyajı; yapılacak olan işleme hangi vakadan başlanılacağını belirlemek amacıyla yapılan ayırma işlemidir.

Nakil triyajı; transfer önceliğin hangi hasta yada yaralıda olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ayırma işlemidir.

Tablo 9. CRAMS Skoru

Dolaşım	2. Normal kapiller geri dolum ve KB >100mmHg sistolik 1. Uzamış kapiller geri dolum yada KB 85-99 mmHg sistolik 0. Kapiller geri dolum yok yada KB < 85 mmHg sistolik
Solunum	2. Normal 1. Anormal 0. Yok
Batın	2. Batın ve göğüs duyarlılığı yok 1. batın ve göğüs duyarlı 0. Batın rigid, yelken göğüs, batın yada göğüse derin penetran yaralanma
Motor	2. Normal 1. Yalnızca ağrıya yanıt var 0. Deserebre kasılması var yada yanıt yok
Konuşma	2. Normal 1. Konfü yada uygunsuz 0. Anlamsız sesler yada yok

Kaynak: Oktay, C., Afetlerde Hastane Öncesi Müdahale ve Triyaj, STED,Sayı.4, S.136,2002.



Şekil 2. START Triyajı

Kaynak : Oktay, C., Afetlerde Hastane Öncesi Müdahale ve Triyaj, STED,Sayı.4, S.136,2002.

Triyaj hastanesi; alan triyajı yapılamadığı yada fazla vakanın olduğu durumlarda yığılmanın yaşandığı hastanelerde gerekli vaka seçimleri yapılarak diğer hastanelere sevk edilmesi ile yapılan ayırma işlemidir.

Acil servis triyajı; hastanelerin acil servisine başvuran hastaların aciliyet durumuna göre ayrılarak gerekli müdahalelerin yapılması işlemidir.

2.1.7. Triyaj Personelinin Görevleri

Acil servisler aşırı hareketliliğin, telaşın ve heyecanın yüksek olduğu alanlardır ve bu durum triyajda başlar. Triyaj görevlisi, triyaj sürecinin etkin ve sağlıklı ilerlemesi için bir takım stratejiler geliştirme becerilerine sahip olmalıdır (Tarhan 2016, 170; Emergency triage education kit triage workbook 2007, 139).

- Acil servise başvuran hastaları karşılayarak sorunla ilgili gerekli olan bilgileri toplar ve fiziksel değerlendirme yapar.
- Hastanın yaşamsal bulgularına bakarak ilk değerlendirmeyi yapar. Dışarıdan ambulansla yada ayaktan geleceği bildirilen hastaların durumuna ilişkin (yaş, cinsiyet, tanı, riskler vs.) bilgileri toplayarak uygun triyaj yapar.
- Hastanın durumuna göre acil servis hekimini bilgilendirir.
- Her hasta için gerekli olan tıbbi cihaz ve malzemenin hazırlığının yapılması için ekibi bilgilendirir.
- Acil servise başvuran hastayı uygun triyajına göre ilgili alana götürür, ilk işlemler için ilgili bölümdeki hekim yada hemşireye teslim eder.
- Acil servise başvuran hasta yakınları ile iletişim kurarak gereken konularda onları bilgilendirir.
- Triyaj görevlisi, görevini 24 saat kesintisiz vardiyalı olarak devam ettirir.
- Acil serviste kendi görevleri ile ilgili evrak ve formları eksiksiz doldurur ve kayıt altına alır.
- Nöbet yerini, nöbet arkadaşı gelip nöbeti devredinceye kadar izinsiz terk edemez.

Triyaj personeli etkin bir iletişim kurma becerisine sahip olmalıdır. Triage personelinin hasta ve hasta yakınları ile kurmuş olduğu etkin bir iletişim doğru bilgiyi elde etme ve dolayısı ile doğru değerlendirmede temel unsurdur. Dinamik bir ortamda gerçekleştirilen bireyler arasındaki mesaj alıp verme süreci olan iletişim, acil servis gibi kalabalık bir ortamda gerek fiziksel gürültü gerekse psikolojik gürültüden etkilenir. Triage görevlisi, bu sürecin etkinliğini artırmak için iletişime engel olan faktörlerin farkında olması gerekmektedir. Bu faktörleri şu şekilde sınıflandırabiliriz:

- Fiziksel çevre; ortamda masa, pencere, dikkat dağıtan gürültü, ortalıkta dolaşan insanlar ve mahremiyet sağlamada yetersizlik oluşu iletişime engel olacaktır. Triage görevlisi, engel olan faktörlere yönelik önlemleri alarak hasta ile olan görüşmesinin ona özel, ayrıntılı ve gizli olduğu güvencesini vermelidir.
- Zaman kısıtlılığı; triyaj değerlendirmesi, hız ve titizlik dengesini koruyacak şekilde 2 dk ile 5 dk arasında olmalıdır.
- Kullanılan dil; triyaj görevlisi tıbbi terminoloji içeren terimlerden uzak durmalıdır. Jargon kullanımı, herkes tarafından ortak bir dil içermediğinden yanlış anlaşılmalara sebebiyet verecektir. Bundan dolayı daha anlaşılır kelimelerle gerekli bilgi alış verişi sağlanmalıdır.
- Sözsüz davranışlar; ilk karşılaşmada, her iki tarafın vücut dili, yüz ifadesi ve ses tonu iletişime eş değer oranda yön verir.
- Sağlık sorunlarının tabiatı; oldukça hassas ve anksiyeteye sebep olan rahatsızlığa sahip hasta ile iletişim zor olacaktır. Bu durumda üstü kapalı ifadelerden, çarpıtmaların kullanımından ve önemli terimlerin saklanması gibi durumlardan uzak durmak gereklidir.
- Beklentiler ve varsayımlar; hastalar acaba ne olacak beklentisi ile gelirler. Bu beklenti daha önce yaşanmış olan tecrübeler ve durumun aciliyetinden etkilenir ve bazen gerçek dışı olabilir. Bu durum belirtilerin erken tanımlanmasına yardım edebildiği gibi potansiyel olarak uygun olmayan varsayım ve ön yargılarda sebep olabilir.
- Duygular; hasta, hasta yakınları ve triyaj görevliside dahil tüm bireyler stres ve anksiyete durumuna farklı şekillerde ve yoğunlukta tepki verirler.

Bu durumda etkin bir iletişim ve veri toplanamaz. Triyaj görevlisinin sakin kalabilmesi ve etkin iletişim kurabilme becerisinin olması son derece önemlidir.

Genellikle iletişim problemi olan kişiler karşılanmamış ihtiyacını dışa vururlar. Bu davranışın triyaj değerlendirmesi üzerine etkilerini en aza indirebilmek için temel insan ihtiyaçlarını, bunlarla karşılaşıldığında nasıl belirtiler gösterdiğini ve üstesinden gelmek için hangi yolların izleneceğini bilmek gerekmektedir. Tablo 12’de dört temel insan ihtiyacı ve onlarla başa çıkma yolları yer almaktadır.

Tablo 10. Dört Temel İnsan İhtiyacı ve Onlarla Başa Çıkma Yolları

Temel İnsan İhtiyacı	İhtiyaç Karşılanmadığında Görülen Belirtiler	Bu İhtiyacı Yerine Getirmek İçin Önerilen Stratejiler
Anlaşılmak	Aynı kelimeleri tekrarlamak, yavaşça yada yüksek sesle konuşma, sinirlenmek, onlar için konuşacak destek kişiler getirmek	- İçeriği duygulardan ayırın - Soru sorun, odağı duygulardan sağlık sorununu keşfetmeye yönlendirin - Duygularını kabul edin, endişeleri için empati kurun - Onu anladığınızı yansıtın ve durumla ilgili bilgilendirin - Kendinizi kontrol edin - Öfkenizi dışa vurmayın
İyi Hissetmek	Etrafa bakınmak, kayıp ve güvensiz görünmek.	- Sıcak ve dostça yaklaşın - Uygun dil kullanın - Triyaj karşılaşmasının sonunda iletişim hatlarını açık tutun.
Önemli Hissetmek-Benlik Kavramı	Dikkat çekmek, sinirlenmek, çaresiz görünmek; kontrolü kaybetmek	- Sinirinin yatışmasına izin verin dinleyin, hiçbir şey söylemeyin; duygularını açığa vurmasına göz yumun - Duygularına tepki vermemeye çalışın - Kişileri isimleri ile çağırın; sorunlarını onaylayın; kişisel ihtiyaçlarına duyarlı olun
Psikolojik ve Fiziksel Rahatlama Hissi	Huzursuz, sinirli, güvensiz görünmek; yardım istemek	- Prosedürleri dikkatli ve sakin bir şekilde açıklayın; güven verin.

Kaynak: Emergency triage education kit triage workbook. Australian Government Department of Health and Ageing. Chapter 3: communication issues. October 2007. Sağlık Bakanlığı, Acil Triyaj Eğitim Rehberi, Ocak 2015

2.2. Acil Servis Triyajı

Acil servis triyajı, acil servislerde genellikle hekim, hemşire, acil tıp teknisyenleri ve paramedikler tarafından uygulanır. Triyaj modern acil servislerin etkin yönetimi için kritik bir süreçtir. Klinik hizmetleri sadece hastanın bakım ihtiyaçlarına göre belirlemek değil aynı zamanda etkili bir şekilde sağlamaktır. Triyaj uygulamaları başladığı andan itibaren sürekli kendini geliştirmiştir. Başlangıç sürecinde büro personelleri yada hastaların kendileri tarafından uygulanan triyaj, acil durumdan etkilenen resmi, yapılandırılmış sürece dönüşmüştür. Bu süreç hemşireler tarafından gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı 2015, 3).

Trijaj sisteminde ana hedef hızlı bir şekilde müdahale edilmesi gereken yada hayati risk oluşturabilecek şikayetleri olan hastaları belirleyerek öncelik vermektir. Hastalar değerlendirilerek acil durumu belirlenip ilgili birimlere yönlendirilir. Ülkemizde kırmızı, sarı ve yeşil alan olarak belirtilir. Hastalar belirlenen kriterler çerçevesinde renk koduna göre ilgili birimlerde muayne ve tedavileri gerçekleşir. Bu renk kodlarının içeriğini şu şekilde gösterebiliriz:

Kırmızı alan; hayati tehdit eden, hemen değerlendirilmesi gereken, hızlı bir şekilde tedavisinin yapılması gereken yüksek risk içeren hastalar bulunmaktadır.

Sarı alan; kalıcı bir hasarı önlemek için doktor muaynesi gereken, daha az aciliyeti olan belirli bir süre bekleyebilen hastaların olduğu alandır.

Yeşil alan; ayaktan başvurusu olan, aciliyet içermeyen basit sorunların olduğu, bekleyebilir hasta grubunu içeren alandır.

Trijaj görevlisi hastanın hangi alana gideceğine bazı algoritma ve skalalar yardımı ile karar verir. Triyajda kullanılabilecek basit ve etkili bir yöntem AVPU (Alert, Verbal, Painful, Unresponsive) skalasıdır. Tablo 13’de AVPU skalası yer almaktadır.

Acil serviste uygulanan triyajın temel amacı, oluşturulan kriterlere uygun basit bir şekilde veri toplayarak, hastaları hemen değerlendirip, şikayetlerine ve

servise başvuru biçimlerine göre ilgili bölümlere göre sınıflandırıp, hastaların güvenliğini ve acil serviste daha hızlı müdahale edilmelerini sağlamaktır.

Tablo 11. AVPU Skalası

AVPU Grubu	Bilinç Düzeyi
A (Alert=uyanık)	Hasta uyanık, sorulara yanıt veriyor, zaman-yer ve kişi oryantasyonu tam.
V (Verbal=sözlü uyarı)	Hasta sözlü uyarana gözlerini açarak tepki veriyor. Zaman-yer ve kişi oryantasyonu tam değil.
P (Painful=ağrılı uyarı)	Hasta sözlü uyarana yanıt vermiyor, ağrılı uyarana tepki veriyor.
U (Unresponsive=yanıtsız)	Hasta ağrılı uyarana da tepki vermiyor.

Kaynak : Sağlık Bakanlığı, Acil Tıyay Eğitim Rehberi,Ocak 2015.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY VE ÇEKMECE BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDEKİ 2. VE 3. BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA TRIYAJ UYGULAMALARININ SAĞLIK PERSONELİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde dünyanın bir çok ülkesinde acil servislerin kalabalıklığı çok iyi bilinen bir problemdir. Her geçen gün hasta sayısı bir çok nedene bağlı olarak artış göstermektedir. Artan kalabalık mevcut kaynakların, acil servis ihtiyaçlarını karşılamasında yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Bu durum hastanın veya ailesinin memnuniyetini, hasta bakım kalitesini ve hasta güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum aynı zamanda şiddet olaylarında artışa da sebebiyet vermektedir. Daha iyi bir hizmet sunmak ve almak için eldeki mevcut kaynakları ihtiyaçlar doğrultusunda uygun bir biçimde kullanmak gerekmektedir. Dünyanın bir çok ülkesinde bu problemle baş etmek için “triyaj uygulamaları” başlamıştır.

Gerçekleştirilen literatür taramalarında dünyanın bir çok ülkesinde üçlü ve beşli triyaj sistemleri yaygın olarak uygulandığı görülmektedir. Süre açısından farklılıklar gösteriyor olsalarda “hızlı ve doğru” triyaj kararı vermek ortak noktalarını oluşturmaktadır. Etkin triyaj uygulamaları hasta akışının hızlanmasını ve hasta güvenliğinin artmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmada acil servislerdeki doktor, hemşire, paramedik ve acil tıp teknisyenlerine triyaj uygulamalarına dair anket uygulanarak, triyaj uygulamalarının daha etkin kimler tarafından yapılması, bu alandaki eksikliklere ve sorunlara çözüm bulunması için 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında triyaj uygulamaları ele alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Kapsamı, Sınırları Ve Kısıtları

Araştırma İstanbul ili Bakırköy ve Çekmece bölgesinde bulunan üç tanesi ikinci basamak ve üç tanesi üçüncü basamak olmak üzere altı tane devlet hastanesini kapsamaktadır. Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bahçelievler Devlet Hastanesinin yetişkin acilinde çalışmakta olan doktor, hemşire, paramedik, acil tıp teknisyenleri ve yardımcı diğer personellerle sınırlıdır.

3.3. Araştırmanın Hipotezi

Sağlık personelinin triyaj sistemine bakış açılarının değerlendirilmesi triyaj sisteminin etkinliğini olumlu yönde artıracaktır.

H₁: Triage karar verme skorları eğitim düzeyi bakımından farklılık gösterir.

H₂: 2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personellerinin triyaj karar verme ölçek skorları açısından aralarında anlamlı farklılık vardır.

H₃: Sağlık sektöründe çalışma yılı arttıkça buna paralel olarak triyaj karar verme ölçek skorlarında artış olacaktır.

H₄: Triage karar verme ölçek skorlarına göre acil servisteki farklı mesleki gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.

H₅: Triage eğitimi alan sağlık çalışanları ile triyaj eğitimi almamış sağlık çalışanları arasında triyaj karar verme ölçek skorları açısından anlamlı farklılık vardır.

3.4. Metodoloji Ve Uygulama

3.4.1. Araştırma Ölçeğinin Oluşturulması

Bu çalışmada temel olarak, çeşitli sağlık personellerinden oluşan katılımcıların mesleki ve demografik özelliklerinin, Triyaj Karar Verme Ölçek Puanı ve alt boyutları bakımından anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığına ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlılık derecesine odaklanmaktadır.

Katılımcıların demografik bilgileri, yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu değişkenleri aracılığı ile belirlenmiştir. Katılımcıların triyaja yönelik mesleki bilgileri ise; çalıştığı kurum (2 ve 3 basamaklı), sağlık sektöründe toplam çalışma yılı, acil serviste toplam çalışma yılı, acil servisteki görev (*att, paramedik, hemşire, doktor, diğer personel*), çalışma şekli (*yalnız gündüz, nöbet, vardiya*), hastanede uygulanan triyaj skalası (*üçlü triyaj skalası, dörtlü triyaj skalası, beşli triyaj skalası, triyaj uyguluyoruz*), hastanede triyajda kimin çalıştığı (*att, paramedik, hemşire, doktor, diğer personel*), triyajda kimin çalışması gerektiğine dair öneri (*att, paramedik, hemşire, doktor, diğer personel*), katılımcının daha önce triyajda çalışıp çalışmadığı, ne sıklıkta çalıştığı ve triyaj eğitimi alıp almadığı ve son olarak da triyaja ilişkin deneyimi kazanma şekli (*hizmet içi eğitim, bilimsel literatür, sertifika programı, yurt dışı eğitim, eğitimimi yok, yaşayarak / çalışarak, deneyimim yok*) soruları ile ölçülmüştür.

Katılımcıların triyaj sistemine bakış açılarının ölçmek amacıyla, Dilek Küçük'ün Türkçe'ye uyarladığı Triyaj Karar verme envanteri kullanılmıştır. 6'lı likert tipinde olan ve toplam 37 maddeden oluşan bahse konu ölçek 4 faktörden (alt boyut) oluşmaktadır. Ölçekteki ilk 7 madde Bilişsel Özellikler boyutunu, 8-18. maddeler Deneyim boyutunu, 19-25. maddeler Sezgi boyutunu ve son olarak 26-37. maddeler Triyaj ile ilgili Eleştirel Düşünme boyutunu ölçmektedir.

3.4.2. Örneklem Ve Verilerin Toplanması

Avcılar Murat Kölük Devlet Hastanesi, Esenyurt Necmi Kadioğlu Devlet Hastanesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Bakırköy Doktor Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi ve Bahçelievler Devlet Hastanesi yetişkin acilde çalışmakta olan doktor, hemşire, paramedik, acil tıp teknisyenleri ve yardımcı diğer personel arasında rastgele örneklem yolu ile katılımcılar seçilmiştir.

Verilerin toplanabilmesi için İstanbul il sağlık müdürlüğünden gerekli yazılı izinler alınarak, çalışmanın evrenini oluşturan sağlık kurumlarının etik kurullarına başvurulup onaylarının alınması ile veri toplanmaya başlanmıştır. Bu araştırmada oldukça yaygın olarak kullanılan anket yöntemi seçilmiştir.

3.4.3 Literatür Taraması

Bu çalışmada, İstanbul'daki iki bölgede yer alan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında uygulanmakta olan triyajın sağlık personeli açısından karşılaştırılması gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda, çalışmaya katılan 289 kişiye 37 maddeden oluşan ölçek uygulanmış ve sonuçta bu kişilerin triyaj sistemine bakış açıları ölçülmüştür.

Ankete katılan kişilerin çoğunluğunu (%59,5) kadınlar oluşturmakta olup evli olanların oranı %41,2 düzeyindedir. Bu kişilerin eğitim durumları incelendiğinde; en fazla lisans mezunları (%42,6) bulunurken bunu sırasıyla yüksek lisans (%22,1), önlisans (%14,5), sağlık meslek lisesi (%13,5) ve doktora (%6,9) mezunları takip etmektedir. Bu veriler, katılımcıların yüksek eğitim düzeyine sahip olduklarını göstermektedir.

Görüşülen kişilerin büyük çoğunluğu (%70,9) 18-30 yaş aralığında yer alırken, 31-40 yaş aralığındakiler %22,1, 41-50 yaş aralığındakiler %6,6 ve 51 yaş ve üzeri olanlar da %0,3'lük bir orana sahiptirler. Anket yapılan kitlenin önemli bir kısmının genç (genç + yetişkin genç) yaştaki bireylerden oluştuğu ve dolayısıyla acil servise başvuran hasta ve yakınlarının daha çok genç personel ile muhatap oldukları görülmektedir.

Katılımcıların önemli bir kısmının (%64,0) üçüncü basamak ve geriye kalanlarının ise ikinci basamak sağlık kuruluşunda görev yaptıkları tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada 2. basamak sağlık kurumlarında çalışan katılımcıların triyaj karar verme ölçek puanı (ortanca= 159) iken 3. basamak sağlık kuruluşlarında bu puanın (ortanca=171) olduğu görülmüştür. Sungur ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada, üniversite ve özel hastanede çalışan hemşirelerin doğru bir şekilde tanımladıklarını, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerde ise bu oranın anlamlı bir biçimde düşük olduğunu görmüştür (Sungur, Aksoy, Biçer ve Aydoğan 2009, 16).

Görüşme yapılan personelin büyük çoğunluğu gençlerden oluştuğu için bu kişilerin sağlık sektöründe çalışma süreleri de çok yüksek değildir. Personelin sağlık sektöründeki çalışma süreleri incelendiğinde; 2-5 yıl arası çalışanlar en yüksek orana (%36,3) sahip iken bunu sırasıyla 1 yıldan daha az süre çalışanlar (%30,5), 6-10 yıl arası çalışanlar (%17,3), 11-15 yıl arası çalışanlar (%7,6), 16-20 yıl arası çalışanlar (%5,5), ve 21 yıldan daha fazla çalışanlar (%2,8) izlemektedir.

Personelin sağlık sektöründe çalışma süreleri ile acil serviste çalışma süreleri birbirine benzerlik göstermektedir. Nitekim görüşülen personelin yaklaşık %72'si 5 yıl ve daha az süre acil serviste çalışmakta iken bunu sırasıyla 6-10 yıl arası çalışanlar (%14,5), 11-15 yıl arası çalışanlar (%6,9), 16-20 yıl arası çalışanlar (%2,8) ve 21 yıl ve üzeri çalışanlar (%2,4) takip etmektedir. Yukarıdaki veriler ışığında, ilgili sağlık sektörlerinde görev yapan personelin çoğunluğunun işe başladığı yıldan itibaren acil serviste görev yaptığını söylemek çok da yanlış olmayacaktır. Bu durum, acil servis personelinin tecrübeli ve deneyimli olduğunu, görev esnasında karşılaşılabilecek birçok problemin çözümünde başarılı olabileceklerini ve hasta memnuniyetini artırabileceklerini göstermektedir. Nitekim 2010 yılında İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılan çalışmada, hasta memnuniyetinde önemli rol oynayan en önemli faktörlerin başında *“hemşirelerin tutum ve davranışı”* ile *“acil servis girişinde hastanın karşılanış şekli”* ve *“içeri alınış anı”* geldiği saptanmıştır (Kabaroğlu 2013, 82). Hasta memnuniyeti üzerine sadece hemşirelerin tutum davranışı değil, doktorlar ve yardımcı personelin davranışlarının da etkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan birçok çalışma, hastaların tekrar acil servisi tercih

etmelerinde hemşirelerin tutum ve davranışlarının etkili olduğunu ortaya koymuştur (Aragon ve Gesell 2003, 229).

Acil serviste görev yapan ve ankete katılan kişilerin önemli bir kısmı (%65,4) hemşirelerden oluşurken bunu doktorlar (%25,3), acil tıp teknisyenleri (%6,69), parametik (%2,8) ve diğer personel (%0,7) izlemektedir. Görüşmeye katılan personelin çoğunluğu (%59,5) acil servislerde nöbet usul çalışırken, vardiya usul çalışanların oranı %28,7 ve sadece gündüz çalışanların oranı da %11,8 düzeylerindedir.

Yapılan araştırmalarda triyaj, çok sayıda hasta veya yaralının olduğu durumlarda, tedavi ve nakil edilmesi gereken hasta veya yaralının tespitine öncelik vermek amacıyla hızlı seçme ve kodlama işlemi yapılması durumudur. Genel olarak acil servis hizmetlerinin kişilere dağıtılması sırasındaki süreci ifade etmekte olan triyaj, hasta acil servise başvurduğu anda başlamaktadır. Bu süreçte, hastanın başvuru yaptığı hastane ve kendisinin profiline uygun olarak geliştirilmiş olan bir triyaj sisteminin varlığı ve kullanılmakta olan triyaj skalası oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır. Dünyada bir çok ülkede, kendi triyaj sistemlerini geliştirmek üzere bir çok çalışma yapılmaktadır. Wuerz ve arkadaşları (2000), yeni beş seviyeli triyaj geçerlik ve güvenirlik üzerine çalışma yapmış olup lkemizde Akıncı (2011), Dokuz Eylül niversitesi hastanesinde triyaj skalası'nın oluşturulması ve uygulanabilirliğinin değerlendirmesine ilişkin çalışmalar yapmıştır (Akıncı 2011, 39-42; Wuerz 2000,236). Akıncı, acil serviste uygulanan triyaj kategorilerinin (I-II-III-IV-V), değerlendirme sürelerini anlamlı ölçüde etkilediğini, aciliyet riski yüksek olan kategorilerde (I-II) diğer kategorilere göre (III-IV-V) daha kısa süre beklediğini bulmuştur. Bu durumun aynı zamanda acil servis kalabalığında azalmalara sebep olduğunu, yine hastaların acil servis içerisinde kalış sürelerinin azalmasına ve hekim tarafından muayne edilmeden kendi istekleri ile giden hasta sayısında azalmalara sebep olduğunu tespit etmiştir (Akıncı 2011, 39-42). Akküçük (2010), yapmış olduğu çalışmada kalabalık acil servislerde, hayati riski yüksek hastalara diğerlerine göre kabul önceliği verilmesi için, etkili, doğru, kolay kullanılabilir triyaj sistemlerinin geliştirilmesi gerektiğini savunmuştur (Akküçük 2010,31). Anket yapılan kişilerin tamamına yakını (%99,3) alıştıkları sağlık kuruluşunda triyajın uygulandığını

belirtmişlerdir. Bu oranın çok yüksek olduğu görülmektedir. Daha önce yapılan çalışmalarda çok farklı sonuçlar elde edilmiştir. 2014 yılında Erzurum ve Ağrı illerinde bulunan beş hastanenin çocuk acil ve genel acil kliniklerinde aktif olarak çalışan 177 hemşireden 154'ü ile yapılan araştırmada ise, ankete katılanların %52,6'sı çalıştıkları birimde triyajın uygulandığını ifade etmişlerdir (Küçüköğlu, Köse, Aytekin ve Kılıç 2017, 116). İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde çalışan 25 personel ile 11 soruluk derinlemesine mülakat yoluyla yapılan araştırma sonucunda ise, acil servislerde triyaj uygulamasının tam anlamıyla işlemediği, özellikle hemşire ve acil tıp teknisyenlerine göre ise triyajın yapılmadığı belirtilmiştir (Söyük ve Arslan 2017, 44).

Triyaj, acil sağlık hizmetlerinde önemli bir yer tutmaktadır. Triyaj sistemi doğru kullanıldığında; yaşam korunur, ileride oluşabilecek hasta kayıpları ve ileri yaralanmalar önlenir, hastanelere aşırı yüklenmelerin önüne geçilir, kritik olmayan hastaların bakımı kolaylaşır, sistemin sağlamış olduğu düzen ve işleyiş hızı sayesinde hastaların korkuları hafiflemekte ve hasta akışı ile birim trafiği de rahatlamış olmaktadır (Şimşek 2018, 84). Hasta sayısı veya acil servise olan talep ne kadar yüksek olursa, mevcut olan imkânlar istenilen kapasitede ve yeterlilikte değilse triyaja duyulan gereksinim de o düzeyde artacaktır. 2. basamak sağlık hizmeti sınıfında yer alan hastanelerin sayısının artması ile birlikte genel triyaj sistemlerinin yerini özerk triyaj sistemleri almaya başlamıştır.

Acil servise başvuran hastalara yönelik uygulanacak olan triyaj sınıflandırmasının doğru bir şekilde yapılması büyük önem arz etmektedir. Nitekim hastaların olmaları gereken triyaj sınıflamasından bir alt sınıfa yerleştirilmeleri hastanın tedavi güvenliğinin tehlikeye sokmakta, diğer yandan üst sınıfa yerleştirilmeleri de kaynakların erken bir şekilde tükenmesine yol açabilmektedir. Anket yapılan sağlık kuruluşlarında en çok uygulanan triyaj sisteminin %96,9 ile 3'lü triyaj sistemi olduğu, bununla birlikte çok az oranlarda da olsa 4'lü triyaj (%0,7) ve 5'li triyaj (%1,7) skalalarının da uygulandığını ifade etmişlerdir (Fernandes 2005,39). Yapılan başka bir araştırmada, görüşülen hemşirelerin %39,4'ünün acil hasta tanılmasında "Değerlendirme Formu/Skala" kullandığı, bir başka araştırmada kurumların en fazla 5'li triyaj sistemini kullandığı (%40,9) tespit edilmiş iken, bir

diğer araştırmada ise triyajda belirli bir sınıflama sisteminin kullanılmadığı saptanmıştır (Fernandes 2005, 39; Küçüköğlu, Köse, Aytekin ve Kılıç 2017, 116).

Çoğunlukla hemşireler tarafından triyaj yapılmakla birlikte sadece hekimlerin ya da hekim ve hemşirenin birlikte sorumluluk aldığı uygulamaların da olduğu belirtilmektedir (Karaçay 2007, 9). Araştırmada, örneklem grubu içerisinde triyajda görev yapan personelin çoğunluğunu (%87,5) hemşireler oluştururken, %6,6 ile acil tıp teknisyenleri, %2,8 ile parametik, %2,8 ile diğer personel ve %0,3 ile de doktorların triyaj yaptıkları belirlenmiştir. Araştırma sonucunda, triyaj uygulamada doktorların yok denecek kadar düşük bir paya sahip olmaları dikkate alınması ve üzerinde titizlikle durulması gereken bir husustur. Daha önce yapılan çalışmalarda çok farklı sonuçlar ortaya konmuştur. İstanbul’da 2 üniversite, 4 devlet, 2 SSK ve 3 özel olmak üzere toplam 11 hastanede yapılan bir araştırmada, görüşülen hemşirelerin sadece %12,7’si çalıştıkları birimlerde triyaj hemşiresi olduğunu belirtmiş olup bu kişilerin %42,3’ü acil servise gelen hastaların ilk olarak hekim ve hemşire, %28,2’si hemşire ve %23,9’u da hekim ile karşılaştıklarını; hastayı ilk değerlendiren kişilerin; ya sadece hekim (%43,7), ya hekim ile birlikte hemşire (%36,6) ya da sadece hemşire (%19,7) olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada görüşülen hemşirelerin %39,4’ünün acil hasta tanılmasında “Değerlendirme Formu/Skala” kullandığı saptanmıştır (Akyolcu,2007,7). Bir diğer araştırmada ise, çocuk acil ve genel acil kliniklerinde triyajı uygulayan kişinin %14,28 ile doktor ve %82,72 ile de hemşire olduğu tespit edilmiştir (Küçüköğlu, Köse, Aytekin ve Kılıç 2017, 116). Yapılan bu araştırmada, triyajı çoğunlukla hemşireler gerçekleştirirken, ankete katılanların yarısından fazlası (%54,7) triyajda doktorların olması gerektiğini belirtmiştir. Bununla birlikte, ankete katılanlara göre triyajda çalışması gereken diğer personeller; %24,2 ile hemşireler, %11,8 ile acil tıp teknisyenleri ve %9,3 ile paramediklerdir. Daha önce gerçekleştirilen bir çalışmada, triyajın alanında uzman kişiler tarafından yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır (Söyük 2017, 44). Yine bir başka araştırmada Akıncı, paramediklerin uygulamış olduğu triyaj kategorilerinin ölüm riski yüksek olan gruptaki hastaları tespit etmede duyarlılığının ve özgüllüğün daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (Akıncı 2011, 39). Karabacak’ın (2015) yapmış olduğu bir çalışmada acil serviste çalışan hemşireler ile diğer birimlerden desteğe gelen hemşireler arasında anlamlı fark bulunmamasına rağmen, desteğe

gelen sağlık çalışanlarının tamamının standart ve stabil cevap vermesini, konu hakkında yetkin olmamaları ve güvensizlik hissine bağlı olduğunu bununda değerlendirmeyi iyi yapamadıklarını gösterdiğini savunmuştur (Karabacak 2015, 1).

Görüşme yapılan sağlık personelinin %24,9'u daha önce hiç triyajda alışmamışken birkaç kez çalışanların oranı %35,6, ayda birkaç kez çalışanların oranı %30,5, haftada birkaç kez çalışanların oranı %5,9 ve her gün çalışanların oranı da %3,1 olarak belirlenmiştir.

Acil servislerde görev yapan triyaj hemşirelerinin eğitim almış olmaları büyük önem taşımaktadır. Bu sayede acil servise başvuran hastalar, hemşirelerin kullandıkları triyaj sınıflamalarına göre doğru alanlara yönlendirilmeleri sonucunda hastanedeki kaynak israfı önlenebilecek ve hastaların uygun acil bakıma alınması daha doğru bir şekilde yapılabilecektir. Araştırmaya katılan personelin %76,5'inin triyaj eğitimini aldıkları belirlenmiş olup bu oran erkek personelde çok daha yüksek düzeylerdedir. Triyaj eğitimi alan personel sayısının birçok araştırmaya göre çok yüksek olduğu görülmektedir. Nasırlıer'in (2004) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin triyaj eğitimi aldıktan sonra ve almadan önce ki değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark olduğunu izlemiştir (Nasırlıer 2004, 1). Akküçük'n (2010) yapmış olduğu bir araştırmada da eğitim almamış sağlık personelinin triyaj kategorilerine doğru cevabı vermekte zorlanırken, doğru tanı koymada bir hayli oranın yüksek olduğunu gözlemlemiştir (Akkk 2010,31). Tarhan ve Akın'ın (2016) yapmış oldukları bir çalışmada triyajda çalışan sağlık personelinin triyaja yönelik eğitim almış olması, en az bir yıl mesleki deneyimi ve tecrübesi, hasta ve yakınları ile sağlıklı bir iletişime geçebilmesi, empati kurabilmesi, uygun bir dil ile tıbbi terimleri açıklayabilmesi ve sosyal yeterliliğe sahip olması gerektiğini savunmuştur (Tarhan ve Akın 2016, 16). Yapılan bir başka araştırmada da, İstanbul'da yedisi pediatrik acil ve ikisi de genel acil birimlerinde çalışan 68 hemşire ile anket çalışması gerçekleştirilmiş ve görüşülen hemşirelerin %35,3'ünün triyaj eğitimi aldığı belirlenmiştir (Sungur, Aksoy, Biçer ve Aydoğan 2009,14).

Acil serviste görev yapan personelin tecrübeli, eğitimi ve belirli vasıflara sahip olması gerekmektedir. Özellikle de acil servislerde triyaj uygulamada görev yapan hemşirelerin bu vasıflara sahip olması büyük önem arz etmektedir. Acil

servisteki triyaj hemşiresi; acil servise başvuran hasta ve yakınlarının kriz anında gösterebilecekleri tepkiler karşısında nazik, anlayışlı ve sağduyulu bir yaklaşımla onlara gereken desteği sağlarken aynı zamanda onlardan da gerekli bilgileri toplayabilmeli, fiziki bir değerlendirme yapabilmeli, sonuçları doğru bir şekilde yorumlayarak sakin ve hızlı bir şekilde triyaj kararını verebilmeli ve verdiği kararın yaşamsal anlamda çok önemli olduğunun farkında olmalıdır. Karışık, kalabalık, gürültülü ve stresli bir ortam olan acil serviste sakin bir şekilde çalışabilmelidir. Aynı zamanda kritik düşünme ve sorun çözebilme becerisine sahip olmalı ve tüm sağlık ekibi ile de iyi bir iletişim içerisinde olabilmelidir (Karaçay 2007,9).

Katılımcıların triyaja ilişkin deneyim kazanma şekilleri incelendiğinde, %57,8'inin hizmet içi eğitim yoluyla triyaj konusunda bilgi sahibi olduğu, bununla birlikte %26,6'sının yaşayarak/çalışarak, %6,9'unun bilimsel literatür sayesinde, %2,8'inin sertifika programlarına katılmak suretiyle ve %0,3'ünün de yurt dışı eğitim yoluyla triyaj konusunda bilgi düzeylerini artırmışlardır. Buna karşın ilgili sağlık personellerinden %3,1'i triyaj konusunda deneyimlerinin ve %2,4'ü de bu konuda herhangi bir eğitimlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Tüm bu veriler ışığında, görüşülen kişilerin yaklaşık %95'inin değişik şekil ya da yollardan triyaj konusunda bilgi, tecrübe ve deneyim sahibi oldukları görülmektedir. Tüm bunlar triyaj uygulamada görev yapan personelin başarı düzeylerini etkileyebilmektedir. Başarı düzeyi aynı zamanda triyajda görev alan personele göre de değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin Ersoy ve Akpınar tarafından yapılan ve çoklu yaralanma senaryosunun uygulandığı araştırmada, acil hekimlerinin yaralıları için yetersiz triyaj kararı verme eğiliminde oldukları saptanmıştır (Ersoy 2010, 203). Bir diğer çalışmada ise, doktor ve hemşireler tarafından oluşturulan ekiplerce yapılan triyaj uygulaması sonucunda; hastaların bekleme sürelerinin kısaldığı, muayenelerin deneyimli personel tarafından yapıldığı ve 20 dakika içerisinde muayene ve taburcu edilen hasta sayısında artış olduğu belirtilmiştir (Subash 2004, 542).

Araştırmada, acil servislerde çalışan personelin triyaj ile ilgili eğitimlerini farklı şekillerde aldığı (hizmetiçi eğitim, sertifika programı gibi) görülmektedir. Bu eğitimlerin etkinliği ve yeterliliği kişilere göre değişebilmektedir. Örneğin Yakın Doğu Üniversitesi'nde çalışan 76 adet hemşirenin triyaj bilgileri üzerine yapılan

ankete dayalı bir araştırmada; hemşirelerin %78,9'unun triyaja ilişkin eğitimi meslek eğitimi sırasında daha çok (%80) ders içerisinde bir konu şeklinde olduğu ve aldığı eğitimi %25 ile kısmen ve %30 ile de yeterli bulduğu tespit edilmiş iken mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alan hemşirelerin oranının %32,9 olduğu, alınan triyaj eğitim şeklinin %68 ile hizmet içi eğitim programı, %24 ile kongre, sempozyum, seminer, kurs ve %8 ile de sertifikasyon programı şeklinde olduğu ve aldıkları eğitimi yeterli bulanların oranı da %92 (%68 ile yeterli ve %24 ile de kısmen yeterli) olarak saptanmıştır. Yine aynı çalışmada, hemşirelerin %55,7'si mesleki ve/veya mezuniyet sonrası alınan eğitimlerin klinik uygulamada yararlı olduğunu düşünürken %26,3 ise bunun bazen yarar sağlayabileceğini belirtmişlerdir. Kurum/birimde triyaj eğitiminin uygulandığını belirtenlerin oranı %32,9 olup birimde triyaj uygulanma sıklığı %35,5 ile hemen hemen hiç, %23,7 ile nadiren, %21,1 ile bazen, %13,2 ile her zaman ve %6,6 ile de sık sık olarak ifade edilmiştir. Hemşirelere göre, triyajın “her zaman ve sık sık” en fazla acil serviste uygulandığı, acil serviste triyaj uygulanma sıklığının ise %66,7 ile her zaman, %22,2 ile sık sık ve %11,1 ile de hemen hemen hiç olduğu, acil serviste çalışanların tamamının birimlerinde triyaj formunu kullandıkları saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerden %39,5'i tamamen ve %28,9'u da kısmen triyaj uygulama bilgi ve becerisini yeterli bulurken, %31,6'sı ise yetersiz olduklarını ifade etmişlerdir (Bal 2016, 1). Başka bir çalışmada da, görüşülen hemşirelerden triyaj konusunda eğitim alanların %38,67'si eğitim süresinin yeterli olduğunu ve %27,3'ü de triyaj konusunda kendini yeterli gördüğünü ifade etmişlerdir (Küçüköğlu, Köse, Aytekin ve Kılıç 2017, 116).

Alınan eğitim ile birlikte elde edilen tecrübe ve deneyim sonucunda triyaj kavramı doğru bir şekilde bilinmekte ve uygulanabilmektedir. Daha önce yapılan bir araştırmada, anket yapılan hemşirelerden %67,6'sının triyaj kavramını doğru olarak bildiği ve %61,8'inin triyajın amacını doğru bir şekilde tarif ettiği, bununla birlikte triyaj yapılacak hastada ilk bakılması gereken kriterleri doğru olarak sıralayan ve acil servislerde kullanılan triyaj renklerini tam olarak bilenlerin oranının da %5,9 olduğu belirlenmiştir (Sungur, Aksoy, Biçer ve Aydoğan 2009,14).

Literatürde acil servise başvuran hastaların yaklaşık yarsının acil hasta olduğu, geriye kalanların ise acil olmayan ya da az acil olan hastalar olduğu

belirtilmektedir (Şimşek 2018, 84). Bu durum, acil servise yapılan gereksiz başvurularının önlenmesi gerektiğini göstermektedir. Böylece önemli miktarda kaynak ve maddi tasarruf sağlanabilecektir. Acil servislerde çalışan sağlık personelinin tecrübesi ve doğru bir yaklaşım ile yapacağı triyaj uygulaması sonucunda acil servislerdeki hasta yoğunluğu daha da düşecek ve acil hastalara yönelik daha hızlı ve kaliteli hizmet sunulabilecektir. Bu bağlamda, hastane yönetimlerine büyük görevler düşmektedir.

Bir diğer açıdan triyaj, Türkiye’de özellikle fiziksel durumdaki hastalıkların değerlendirilmesi ve sınıflandırılmasında uygulanmaktadır. Buna karşın, ruhsal sıkıntı nedeniyle acil servise başvuran hastalar için ise spesifik bir triyaj uygulaması söz konusu değildir. Ayrıca, acil servis hizmetlerinde görevli hemşirelerin bu tip hastalara hizmet verirken birçok sorunlarla karşılaşmakla birlikte hastalar da birtakım sorunlar yaşayabilmektedir. Bu bağlamda, ruhsal sıkıntı yayan ve acil servislere başvuran hastalara hizmet veren hemşirelerin bu hastalara karşı sahip olabilecekleri olumsuz duygu, davranış ve tutumları iyileştirilmeli, uzmanlık alanı psikiyatri olmayan acil servis hemşirelerinin bu şekildeki hastaları değerlendirebilme, aciliyet durumunu belirleme, hızlı ve etkin bir biçimde müdahale edebilme becerileri geliştirilmeli, hastalara daha hızlı, etkili ve kaliteli hizmetler verilmeli, bu kapsamda acil servislerin fiziki koşulları daha iyileştirilmeli, tüm çalışanlar arasında ortak bir dil ve işbirliği geliştirilmeli, buna yönelik olarak Sağlık Bakanlığı tarafından da desteklenen ileri triyaj eğitim çalışmaları yapılmalıdır (Büyükbayram ve Engin 2018, 61).

Triyaj sisteminin iyi işleyebilmesi için triyajda görevli personelin takip edilmesi de önemlidir. Aynı zamanda, triyaj uygulanan ve bekleme kararı verilen hastalar için uygun bekleme salonları hazırlanmalıdır. Her şeyden önce, önemsiz hastalığı olan kişilerin önemli hastalığı olanları beklemesi gerektiği konusunda toplumda bilinç oluşturulmalıdır (Şimşek 2018, 84).

Acil servilerde triyaj uygulamasını etkileyen birçok faktör bulunmakta olup bu faktörler sağlık kurumlarına göre farklılık arz edebilmektedir. 2014 yılında yapılan bir araştırmada, hemşirelere göre, acil birimlerde triyaj yapılmasını etkileyen en önemli faktör acil servisin hasta yoğunluğu (%88,3) iken bunu sırasıyla triyaj

bilgisinin yetersiz oluşu (%85,7), acil servisin fiziki koşulları (%79,9), ekip içi iletişim (%59,7), teknik ve tıbbi donanımın yeterliliği (%51,3), alanında uzman hekim ve hemşirenin yokluğu (%37,7) ve personelin yeteneği (%36,4) izlemektedir. Acil servislerde triyaj uygulamanın birçok amacı bulunmaktadır. Her şeyden önce acil servise başvuran ve aciliyeti olan hastaların bir an önce sınıflandırılarak sağlık hizmetinden yararlanması amaçlanmaktadır. Daha önce yapılan bir araştırma sonucuna göre, anket yapılan hemşireler, triyaj uygulamasının amaçları olarak en fazla yaşamsal tehlikesi olan hastayı zaman geçirmeden tanımlama ve acil girişim sağlama (%95,5), hasta akışını ve birim trafiğini rahatlatma (%87,7) ve etkin personel sağlama (%60,4) şeklinde belirtmişlerdir. Acil servislerine başvuran hastalara triyaj uygulanırken farklı değerlendirme kriterleri dikkate alınmaktadır. Bu kriterler, triyaj uygulayan personelin deneyimi ve tecrübesi ile birlikte konu ile ilgili daha önce almış olduğu eğitim gibi birçok faktörün etkisi altındadır. Daha önce yapılmış olan bir araştırmada, acil serviste triyaj alanında görevli hemşirelerin triyaj yaptıkları hastada ilk değerlendirme kriterlerinin hastanın bilinç durumu (%89,0), genel görünümü (%85,7) ve solunumu (%77,3) olduğu belirlenmiştir (Küçükoğlu, Köse, AYTEKİN ve KILIÇ 2017, 116).

Anket yapılan kişilerin cinsiyetleri ile triyaj karar verme ölçeği ile alt boyutlarının ortalama puanlarının birbirlerine çok yakın olduğu saptanmıştır. Ortalama puanlar; Triyaj Karar Verme Ölçeğinde $167,68 \pm 22,12$, Bilişsel Özellikler alt boyutunda $31,66 \pm 6,34$, Triyaj Deneyimi alt boyutunda $53,28 \pm 6,34$, Triyaj Sezgisi alt boyutunda $29,49 \pm 3,94$ ve triyaj ile ilgili Eleştirel Düşünme alt boyutunda da $53,25 \pm 8,26$ olarak hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler 6'lı likert ölçeği tipinde olduğundan dolayı, gerek Triyaj Karar Verme Ölçeği ve gerekse tüm alt boyutlardaki veriler normal dağılım göstermemektedir. Bu durum cinsiyet açısından da geçerlidir.

Trijaj Karar Verme Ölçeğinin, anket yapılan kişilerin cinsiyetine, farklı yaş gruplarına ve medeni durumlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark söz konusu değilken, farklı eğitim seviyelerine göre ise gruplar arasında ise farklılık söz konusudur. Bu durum, eğitim düzeyinin triyaja karar vermede son derece etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Daha önce yapılan bir araştırmada da,

hemşirelerin eğitim düzeyleri ile triyaj yapma durumları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir (Küçüköğlu, Köse, Aytekin ve Kılıç 2017, 116).

Araştırmada ankete katılan kişilerin bir kısmı 2. basamak ve diğerleri de 3. Basamak sağlık kurumlarında görev yapmaktadırlar. Özellikle 3. Basamak sağlık kuruluşlarında triyaj daha fazla uygulanma ve dolayısıyla buralarda görev yapan personelin Triage Karar Verme Ölçek puan ortalamalarının da yüksek olması beklenmektedir. Nitekim araştırma bulgularına göre, 3. Basamakta çalışan kişilerin sahip olduğu Triage Karar Verme Ölçek puan ortalaması 2. Basamakta çalışan personelin sahip olduğu puan ortalamasından daha yüksektir ve puan skorları bakımından aralarında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.

Aynı şekilde triyaj uygulamada görevli ve farklı çalışma yıllarına (tecrübe ve deneyim) sahip personelin Triage Karar Verme Ölçek skorları açısından da aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Her geçen gün daha fazla tecrübe ve deneyime sahip olan personelin triyaj konusunda yüksek skorlar elde etmesi mümkün olabileceğinden dolayı bu sonuç doğal karşılanmalıdır. Acil serviste triyaj uygulama alanında farklı personelin görev yaptığı görülmekte olup en fazla hemşireler bulunmaktadır. Yapılan analizler sonucunda, farklı mesleki tanımlara sahip kişilerin Triage Karar Verme Ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu, bu anlamlı farkın da doktorlar ile acil tıp teknisyenleri ve doktorlar ile hemşireler arasında olduğu saptanmıştır.

Diğer yandan acil serviste çalışan personelin elde ettiği Triage Karar Verme Ölçek skorları ile; çalışma şekli, hastanede uygulanan farklı triyaj skalaları, halihazır triyajda görevli personel, triyajda çalışması/olması gereken personel görüşleri ve triyaj konusundaki farklı deneyim kazanma şekilleri arasında ise istatistiki açıdan herhangi bir anlamlı ilişki tespit edilememiştir.

Anket yapılan kişilerden daha önce triyajda çalışmama (triyaj konusunda tecrübesiz) durumları ile çeşitli süreler ile triyajda çalışma durumları açısından, elde ettikleri Triage Karar Verme Ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

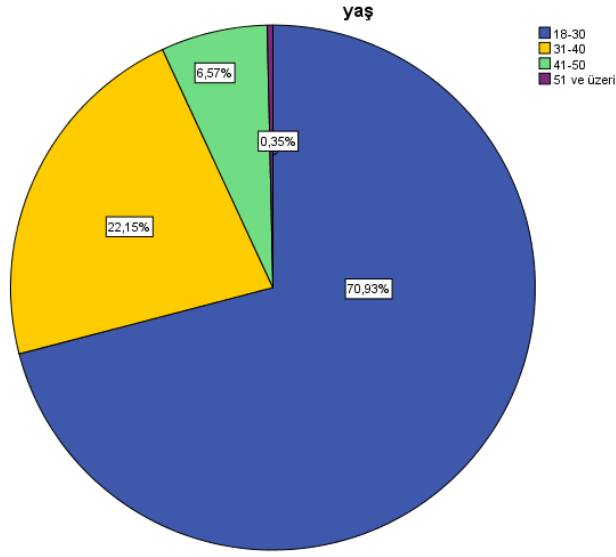
farkın olduğu tespit edilmiştir. Daha önce de bahsedildiği üzere, az ya da çok süre ile triyaj yapanlar ile hiç yapmayanların farklı skor değerleri elde edecekleri aşikârdır.

Benzer şekilde triyaj eğitimi alanlar ile almayanların farklı Triyaj Karar Verme Ölçek skorlarına sahip oldukları (eğitim alanların çok daha yüksek puana sahip oldukları), dolayısıyla bu iki grubu ait Triyaj Karar Verme Ölçek skorları bakımından istatistiksel bir farkın olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan, triyaj konusunda eğitim almayan ve buna karşın her gün triyajda çalışan personel diğerleri ile karşılaştırıldığında oldukça düşük Triyaj Karar Verme Ölçek puanına sahip iken, triyaj konusunda eğitim almış ve her gün triyajda çalışan personel diğerleri ile karşılaştırıldığında daha yüksek Triyaj Karar Verme Ölçek puanına sahiptir. Bu durum, tecrübe ve deneyimden daha ziyade eğitimin triyaj uygulamada ne kadar önemli olduğunu ve bu eğitimi alan personele önemli katkılar sağladığını göstermektedir.

Araştırmada Triyaj Karar Verme Ölçeği ile alt boyutları arasında güçlü ve pozitif, diğer yandan alt boyutların da kendi aralarında pozitif yönde bir ilişkinin olduğu saptanmış olup tüm puan ölçek ve alt boyutlara ilişkin korelasyon katsayıları %1 düzeyinde anlamlıdır.

3.4.4. Demografik Bulgular

Çalışmaya toplamda 289 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %40,5'i (n=117) erkek, %59,5'i (n=172) kadındır. Çalışmaya katılan sağlık personelinin yaklaşık %71'ini (n=205), 18-30 yaş grubu oluşturmaktadır. Şekil 3'de katılımcıların yaş kategorilerine göre oranları yer almaktadır.



Şekil 3. Katılımcıların Yaş Kategorilerine Göre Oranları

Çalışmaya katılan bireylerin demografik özellikleri aşağıdaki tablo 14’de ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

Tablo 14. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Kişisel Bilgiler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	172	59,5
Erkek	117	40,5
Medeni Durum		
Evli	119	41,2
Bekar	170	58,8
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	39	13,5
Ön Lisans	42	14,5
Lisans	123	42,6
Yüksek Lisans	64	22,1
Doktora	21	7,3
Yaş		
18-30	205	70,9
31-40	64	22,1
41-50	19	6,6
51 ve üzeri	1	0,3

Katılımcıların temel demografik özelliklerine bakıldığında, kadın katılımcıların erkeklere kıyasla daha fazla olduğu (%40 - %60), bekar katılımcıların ağırlıkta olduğu (%58,8), eğitim seviyesi açısından lisans mezunu olanların ağırlıkta olduğu (%42,6) görülmektedir.

3.4.4.1. Katılımcıların Triyajla ilgili Mesleki Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların çalıştığı kurumlara bakıldığında, örneklem grubunun yaklaşık üçte ikisinin (%64,1), 3. basamak sağlık kuruluşunda görev yaptığı, katılımcıların yaklaşık yarısının (%53,6), 2 ile 10 yıldır sağlık sektöründe çalıştığı, yaklaşık dörtte üçünün (%73,4) en fazla 5 yıllık acil servis tecrübesi bulunduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların meslek ve triyaj bilgilerine ilişkin istatistiki verileri Tablo 15’de sunulmuştur. Sağlık personeli olan katılımcıların büyük çoğunluğunun (%65,4) acil serviste hemşire olarak çalıştığı, yine örneklem grubunun çalışma şeklinin büyük oranda (%59,5) nöbetleşerek yapıldığı görülmektedir.

Diğer yandan, katılımcıların çalıştığı hastanelerde neredeyse tamamen (%96,9) Üçlü Triyaj skalası uygulandığı, diğer skala tiplerinin ise çok istisnai olduğu belirlenmiştir. Triyajda çalışanların çok büyük bir kısmını (%87,5) hemşireler oluşturmaktadır ve bu sırayı %6,6’lık bir oranla acil tıp teknisyenleri takip etmektedir. Tüm örneklem grubu içerisinde triyajda görev yapan sadece 1 doktor bulunmaktadır (%0,3). Oysa ki katılımcıların “Trijajda kim çalışmalı” sorusuna verdikleri cevaplara bakıldığında, katılımcıların yarıdan fazlasının %54,7, triyajda doktorların çalışması gerektiğini düşündüğü görülmektedir.

Ankete katılan sağlık personelinin dörtte biri (%24,9) daha önce hiç triyajda çalışmamıştır. Triyajda ayda birkaç kez çalışanların oranı ise %30,4’tür (n=88). Her gün triyajda çalışan toplam 9 (%3,1) katılımcı bulunmaktadır. Diğer yandan, katılımcıların yaklaşık üçte ikisi (%76,5) triyaj eğitimi almış ve bu eğitimin büyük bir bölümü de (%57,8) hizmet içi eğitim yoluyla gerçekleşmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların Meslek ve Triyaj Bilgilerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

Trijaj ve Meslek Bilgileri	Kadın		Erkek		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kurum						
2. Basamak Sağlık Kurumu	66	38,4	38	32,5	104	36,0
3. Basamak Sağlık Kurumu	106	61,6	79	67,5	185	64,1
Sektör						
0-1 Yıl	54	31,4	34	29,1	88	3,4
2-5 yıl	69	40,1	36	30,8	15	36,3
6-10 yıl	21	12,2	29	24,8	50	17,3
11-15 yıl	13	7,6	9	7,7	22	7,6
16-20 yıl	10	5,8	6	5,1	16	5,5
21 ve üzeri	5	2,9	3	2,6	8	2,8
Tecrübe						
0-1 Yıl	67	39,0	39	33,3	106	36,7
2-5 yıl	67	39,0	39	33,3	106	36,7
6-10 yıl	19	11,0	23	19,7	42	14,5
11-15 yıl	11	6,4	9	7,7	20	6,9
16-20 yıl	4	2,3	4	3,4	8	2,8
21 ve üzeri	4	2,3	3	2,6	7	2,4
Görev						
Doktor	38	22,1	35	29,9	73	25,3
Acil Tıp Teknisyeni	8	4,7	11	9,4	19	6,6
Paramedik	4	2,3	2	1,7	6	2,8
Hemşire	121	70,3	68	58,1	189	65,4
Diğer Personel	1	0,6	1	0,9	2	0,7
Çalışma Şekli						
Yalnız Gündüz	22	12,8	12	10,3	34	11,8
Nöbet	97	56,4	75	64,1	172	59,5
Vardiya	53	30,8	30	25,6	83	28,7
Hastanede Uygulanan Triyaj Skalası						
Üçlü Triyaj Skalası	169	98,3	111	94,9	280	96,9
Dörtlü Triyaj Skalası	1	0,6	1	0,9	2	0,7
Beşli Triyaj Skalası	2	1,2	3	2,6	5	1,7
Trijaj Uygulanmıyor	0	0	2	1,7	2	0,7

Tablo 15.(Devamı)

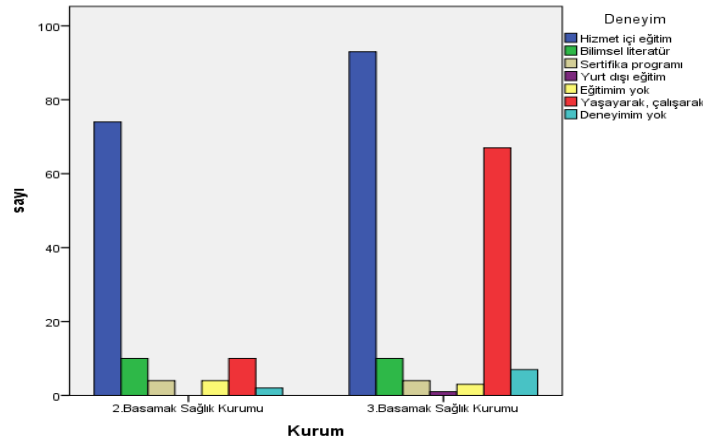
Triyajda kim çalışıyor						
Doktor	1	0,6	0	0,0	1	0,3
Acil Tıp Teknisyeni	9	5,2	10	8,5	19	6,6
Paramedik	3	1,7	5	4,3	8	2,8
Hemşire	156	90,7	97	82,9	253	87,5
Diğer Personel	3	1,7	5	4,3	8	2,8
Triyajda kim çalışmalı						
Doktor	97	56,4	61	52,1	158	54,7
Acil Tıp Teknisyeni	15	8,7	19	16,2	34	11,8
Paramedik	18	10,5	9	7,7	27	9,3
Hemşire	42	24,4	28	23,9	70	24,2
Diğer Personel	0	0,0	0	0,0	0	0
Triyaj Çalışma						
Hayır	38	22,1	34	29,1	72	24,9
Birkaç kez	59	34,3	44	37,6	103	30,4
Ayda birkaç kez	59	34,3	29	24,8	88	4,5
Haftada birkaç kez	10	5,8	7	6,0	17	5,9
Her Gün	6	3,5	3	2,6	9	3,1
Triyaj Eğitim Alma Durumu						
Evet	126	73,3	95	81,2	221	76,5
Hayır	46	26,7	22	18,8	68	23,5
Triyaja İlişkin Deneyim Kazanma Şekli						
Hizmet içi eğitim	100	58,1	67	57,3	167	57,8
Bilimsel literatür	12	7,0	8	6,8	20	6,9
Sertifika programı	5	2,9	3	2,6	8	2,8
Yurt dışı eğitim	0	0,0	1	0,9	1	0,3
Yaşayarak / çalışarak	50	29,1	27	23,1	77	26,6
Deneyimim yok	3	1,7	6	5,1	9	3,1
Eğitimim yok	2	1,2	5	4,3	7	2,4

3.4.4.2. Katılımcıların Triyajla İlgili Deneyimlerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin triyaj deneyimlerine bakıldığında, 2. basamak sağlık kurumlarında çalışanların %50'sinin hizmet içi eğitim alarak yaklaşık %40'ının ise yaşayarak/çalışarak, 3. basamak sağlık kurumlarında yaklaşık %59'unun hizmet içi eğitimle, yaklaşık %19'unun ise yaşayarak/çalışarak bu deneyimi kazandıkları görülmektedir. Tablo 16'da katılımcıların kurum ve triyaj deneyimlerine ilişkin istatistik verileri yer almaktadır.

Tablo 16. Kurum- Deneyim Çapraz Tablosu

		Deneyim							Total
		Hizmet içi eğitim	Bilimsel literatür	Sertifika programı	Yurt dışı eğitim	Eğitimim yok	Yaşayarak, çalışarak	Deneyimim yok	
Kurum	2.Basamak Sağlık Kurumu	74	10	4	0	4	10	2	104
	3.Basamak Sağlık Kurumu	93	10	4	1	3	67	7	185
Total		167	20	8	1	7	77	9	289



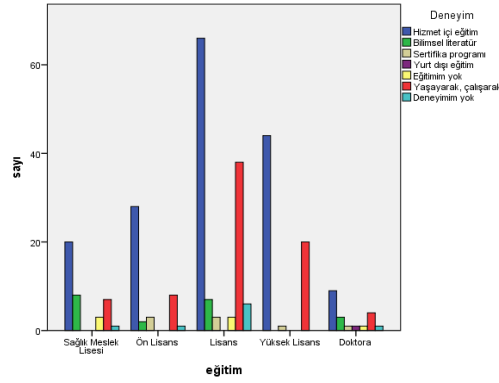
Şekil 4. Katılımcıların Kurum Ve Deneyimleri Arasındaki Grafik

Şekil 4’de de görüldüğü gibi 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında çalışan personelin deneyim kazanma biçimlerinde ilk sırayı hizmet içi eğitim alırken, 2. basamak sağlık kurumlarında bilimsel literatür ve yaşayarak-çalışarak, 3. basamak sağlık kurumlarında ise yaşayarak-çalışarak almaktadır.

Katılımcıların eğitim düzeyleri ve deneyimleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, katılımcıların %56’sının hizmet içi eğitim %27’sinin ise yaşayarak/çalışarak bu deneyimi kazandığını görmekteyiz. Yüksek lisans mezunlarının %70’inin hizmet içi eğitim ile, ön lisans mezunlarının %52’sinin yaşayarak/çalışarak bu deneyimi kazandığını görmekteyiz. Tablo 17’de katılımcıların eğitim ve triyaj deneyimleri arasındaki ilişki yer almaktadır.

Tablo 17. Eğitim-Deneyim Çapraz Tablosu

		Deneyim						Toplam	
		Hizmet içi eğitim	Bilimsel literatür	Sertifika programı	Yurt dışı eğitim	Eğitimim yok	Yaşayarak, çalışarak		Deneyimim yok
eğitim	Sağlık Meslek Lisesi	20	8	0	0	3	7	1	39
	Ön Lisans	28	2	3	0	0	8	1	42
	Lisans	66	7	3	0	3	38	6	123
	Yüksek Lisans	44	0	1	0	0	20	0	65
	Doktora	9	3	1	1	1	4	1	20
Total		167	20	8	1	7	77	9	289



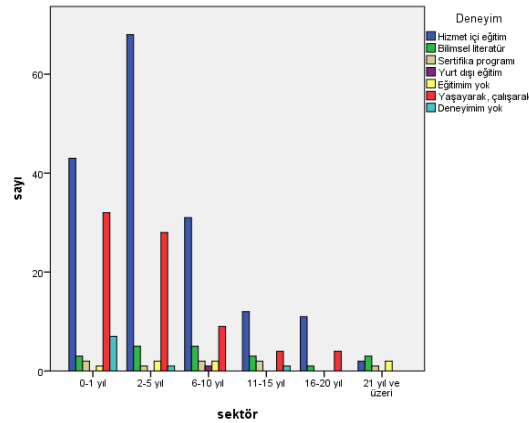
Şekil 5. Katılımcıların Eğitim Ve Deneyimleri Arasındaki Grafik

Şekil 5’te olduğu gibi tüm eğitim gruplarında ilk sırayı hizmet içi eğitim almaktadır. 2. sırayı ise yaşayarak-çalışarak almaktadır.

Katılımcıların sektörde toplam çalışma süreleri ile deneyimleri arasındaki ilişkiye bakıldığında %56’sının hizmet içi eğitim alarak %27’sinin ise yaşayarak/çalışarak bu deneyimi kazandıkları görülmektedir. 21 yıl üzeri katılımcıların %12’sinin hizmet içi eğitim ile %62’sinde yaşayarak/çalışarak bu deneyimi kazandığı görülmektedir. Tablo 18’de katılımcıların sektörde çalışma süreleri ve triyaj deneyimlerine ilişkin çapraz tablosu yer almaktadır.

Tablo 18. Sektörde-Deneyim Çapraz Tablosu

		Deneyim							Toplam
		Hizmet içi eğitim	Bilimsel literatür	Sertifika programı	Yurt dışı eğitim	Eğitimim yok	Yaşayarak, çalışarak	Deneyimim yok	
sektör	0-1 yıl	43	3	2	0	1	32	7	88
	2-5 yıl	68	5	1	0	2	28	1	105
	6-10 yıl	31	5	2	1	2	9	0	50
	11-15 yıl	12	3	2	0	0	4	1	22
	16-20 yıl	11	1	0	0	0	4	0	16
	21 yıl ve üzeri	2	3	1	0	2	0	0	8
Total		167	20	8	1	7	77	9	289



Şekil 6. Katılımcıların Sektörde Çalışma Süreleri Ve Deneyimleri Arasındaki Grafik

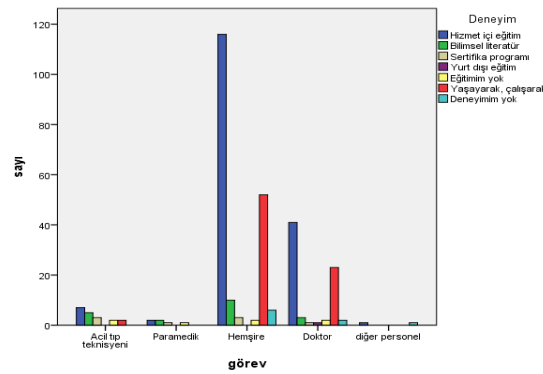
Şekil 6’da yer alan sektör-deneyim grafik çubuğunda, 2-5 yıl arasında çalışan sağlık personelinin ağırlıkta olduğunu ve çalışanların da büyük çoğunluğunun deneyimlerini hizmet içi ile kazandığını görmekteyiz.

Katılımcıların acildeki görevlerine göre deneyim kazanmalarına bakıldığında doktorların %71’inin deneyimlerini hizmet içi eğitimle kazandıklarını onu bilimsel literatür taramaları takip ettiği görülmektedir. Diğer meslek gruplarında bilimsel literatür taramalarına bakıldığında yalnızca hemşirelerin %2’sinin literatür taraması ile deneyim kazandığı görülmektedir. Acil tıp teknisyenlerinin ise deneyimlerinin

%73 oranında yaşayarak/çalışarak kazandığı görülmektedir. Tablo 19’da katılımcıların görevleri ile triyaj deneyimlerine ilişkin çapraz tablosu yer almaktadır.

Tablo 19. Görev-Deneyim Çapraz Tablosu

		Deneyim							Toplam
		Hizmet içi eğitim	Bilimsel literatür	Sertifika programı	Yurt dışı eğitim	Eğitim yok	Yaşayarak, çalışarak	Deneyimim yok	
görev	Acil tıp teknisyeni	7	5	3	0	2	2	0	19
	Paramedik	2	2	1	0	1	0	0	6
	Hemşire	116	10	3	0	2	52	6	189
	Doktor	41	3	1	1	2	23	2	73
	diğer personel	1	0	0	0	0	0	1	2
	Total	167	20	8	1	7	77	9	289



Şekil 7. Katılımcıların Görevleri İle Deneyimleri Arasındaki Grafik

Şekil 7’de yer alan görev-deneyim çubuk grafiğinde hemşirelerin sayısının oldukça fazla olduğu ve deneyimlerini ağırlıkta olarak hizmet içi eğitimle kazandıkları görülmektedir.

3.4.4.3. Katılımcıların Triage Karar Verme Ölçeğine İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Ölçek skorlarına dair sayısal verilerin normal dağılıp dağılmadığına yönelik yapılan Normallik testi sonucunda, hem Triage Karar Verme ölçeği, hem de tüm alt

boyutlarının normal dağılım sergilemediği görülmüştür. Tablo 20’de ölçek ve alt boyutlarının normal dağılım testi yer almaktadır.

Tablo 20. Ölçek ve Alt Boyutlarının Normal Dağılım Testi

Normal Dağılım Testi	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	sd	p	İstatistik2	sd2	p2
Triyaj Karar Verme Ölçeği	0,071	289	0,001	0,992	289	0,141
Bilişsel Özellikler	0,098	289	0,000	0,958	289	0,000
Deneyim	0,138	289	0,000	0,966	289	0,000
Eleştirel Düşünme	0,112	289	0,000	0,977	289	0,000

3.4.4.4. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin, Demografik Veriler Bakımından Gruplar Arası Farklılık Testleri

Erkek ve kadın katılımcıların Triyaj Karar Verme Ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0,263$, $p=0,793$). Tablo 21’de cinsiyete göre triyaj karar verme ölçeğinin bağımsız örneklem testi yer almaktadır.

Tablo 21. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Cinsiyete Göre Bağımsız Örneklem t-Testi

		Varyansların eşitliği için Levene testi		Ortalamaların eşitliği için t-testi				
		F	p	t	sd	p (2-yönlü)	Ortalamalar farkı	Farkın std hatası
Trijaj	Varyansların eşit olduğu varsayılmıştır	0,092	0,762	0,263	287	0,793	0,02021	0,07690
	Varyansların eşit olmadığı varsayılmıştır			0,265	256,846	0,791	0,02021	0,07621

Farklı yaş gruplarına ait katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=2,282$, $p=0,079$). Tablo 22’de yaşa göre istatistiksel analizi yer almaktadır.

Tablo 22. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Yaşa Göre İstatistiksel Analizi Testi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	2,773	3	0,924	2,282	0,079
	Gruplar İçinde	115,425	285	0,405		
	Toplam	118,198	288			

Farklı eğitim seviyelerine sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F=9,639$, $p=0,000$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma testlerinden Tamhane's T2 testleri sonucunda;

- Doktora yapmış olan katılımcılar (ölçek puanı sıra ortalaması 5,0850) ile lisans mezunu katılımcılar (4,3622) arasında ($p=0,00$);
- Doktora yapmış olan katılımcılar (5,0850) ile sağlık meslek lisesi mezunu katılımcılar (4,3641) arasında ($p=0,00$);
- Doktora yapmış olan katılımcılar (5,0850) ile ön lisans mezunu katılımcılar (4,3012) arasında ($p=0,00$);
- Yüksek lisans yapmış olan katılımcılar (4,7031) ile ön lisans mezunu katılımcılar (4,3012) arasındaki ($p=0,09$) puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Tablo 23. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Eğitim Durumuna Göre Betimsel İstatistikler Tablosu

	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Sağlık Meslek Lisesi	39	4,3641	0,69395	0,11112
Ön Lisans	42	4,3012	0,44083	0,06802
Lisans	123	4,3622	0,66562	0,06002
Yüksek Lisans	65	4,7031	0,58643	0,07274
Doktora	20	5,0850	0,30266	0,06768
Toplam	289	4,4803	0,64063	0,03768

Tablo 23’de triyaj karar verme ölçeğinin eğitim durumuna göre betimsel istatistikler tablosu yer almaktadır.

Evli ve Bekar katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=1,363$, $p = 0,174$). Tablo 24’de triyaj karar verme ölçeğinin medeni duruma göre bağımsız örneklem testi yer almaktadır.

Tablo 24. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Medeni Duruma Göre Bağımsız Örneklem Testi

		Varyansların eşitliği için Levene testi		Ortalamaların eşitliği için t-testi			
		F	p	t	sd	p (2-yönlü)	Farkın std hatası
Trijaj	Varyansların eşit olduğu varsayılmıştır	1,035	0,310	1,363	287	0,174	0,07646
	Varyansların eşit olmadığı varsayılmıştır			1,373	259,992	0,171	0,07594

Sağlık sektöründe farklı çalışma yılı tecrübelerine sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F= 2,634$, $p= 0.024$). Bu farkın Triyaj Karar Verme Ölçeği alt boyutları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik yapılan analizlerde, Triyaj Deneyimi bakımından anlamlı bir farkın bulunmadığı fakat Bilişsel Özellikler ve Eleştirel Düşünme alt boyutları bakımından anlamlı bir farkın bulunduğu görülmüştür. Bu farklı çalışma yılı tecrübelerine sahip katılımcıların arasında;

- 0-1 yıldır sağlık sektöründe çalışan katılımcılar ile 6-10 yıl arası çalışan katılımcılar arasında ($p=0,04$);
- 0-1 yıldır sağlık sektöründe çalışan katılımcılar ile 11-15 yıl arası çalışan katılımcılar arasındaki ($p=0,015$) puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Tablo 25. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Sektöre Göre İstatistiksel Analiz Testi

		Kareler Toplamı	sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	5,256	5	1,051	2,634	0,024
	Gruplar İçinde	112,942	283	0,399		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	22,964	5	4,593	4,005	0,002
	Gruplar İçinde	324,525	283	1,147		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	8,785	5	1,757	2,245	0,050
	Gruplar İçinde	221,482	283	0,783		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	1,676	5	0,335	0,700	0,624
	Gruplar İçinde	135,620	283	0,479		
	Toplam	137,296	288			

Acil servis bölümünde farklı çalışma yılı tecrübelerine sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme Ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F= 5,479$, $p=0.00$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tukey post hoc testleri sonucunda;

- 6-10 yıldır acil servis bölümünde çalışan katılımcılar (ortama değeri 4,7988) ile 0-1 yıl arası çalışan katılımcılar (4,3726) arasında ($p=0,003$);
- 6-10 yıldır acil servis bölümünde çalışan katılımcılar (4,7988) ile 21 yıl ve üzeri bu bölümde çalışan katılımcılar (4,0214) arasında ($p=0,027$);
- 6-10 yıldır acil servis bölümünde çalışan katılımcılar (4,7988) ile 16-20 yıl arası çalışan katılımcılar (3,9250) arasındaki ($p=0,004$)
- 16-20 yıldır acil servis bölümünde çalışan katılımcılar (3,9250) ile 11-15 yıl arası bu bölümde çalışan katılımcılar (4,7025) arasındaki ($p=0,033$) puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Tablo 26’da triyaj karar verme ölçeğinin sağlık çalışanının acilde çalışma sürelerine göre değişim analizi yer almaktadır.

Tablo 26. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Tecrübeye Göre Betimsel İstatistikler Tablosu

	Sayı	Ortalama	Std Sapma	Std. Hata
0-1 yıl	106	4,3726	0,59105	0,05741
2-5 yıl	106	4,4920	0,64106	0,06227
6-10 yıl	42	4,7988	0,54767	0,08451
11-15 yıl	20	4,7025	0,74418	0,16640
16-20 yıl	8	3,9250	0,57383	0,20288
21 yıl ve üzeri	7	4,0214	0,68426	0,25863
Toplam	289	4,4803	0,64063	0,03768

Acil servis bölümünde farklı çalışma yılı tecrübelerine sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme Ölçeği alt boyutları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik yapılan analizlerde, farklı çalışma yılı tecrübelerine sahip katılımcıların arasında ise, Triyaj Deneyimi, Bilişsel Özellikler ve Eleştirel Düşünme alt boyutları bakımından anlamlı bir farkın bulunduğu (sırasıyla $F= 2.789$, $p= 0.018$ $F= 5.394$, $p= 0.000$, $F= 3.408$, $p= 0.005$) görülmüştür. Tablo 27’de triyaj uygulamalarının ve alt boyutlarının tecrübeye göre Anova testi istatistiksel analizi yer almaktadır.

Tablo 27. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Tecrübeye Göre İstatistiksel Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	10,432	5	2,086	5,479	0,000
	Gruplar İçinde	107,765	283	0,381		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	30,235	5	6,047	5,394	0,000
	Gruplar İçinde	317,254	283	1,121		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	13,076	5	2,615	3,408	0,005
	Gruplar İçinde	217,192	283	0,767		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	6,448	5	1,290	2,789	0,018
	Gruplar İçinde	130,848	283	0,462		
	Toplam	137,296	288			

Ölçek alt boyut ortalama puanları bağlamında acil bölümde çalışılan yıla göre oluşturulan gruplar incelendiğinde, katılımcıların ilk 10 yıl içerisinde boyutlardaki değerlendirme skorlarının arttığı, 11. Yıldan sonra ise alt boyutlar kapsamında genel bir düşme trendinin olduğu görülmektedir.

Tablo 28. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Tecrübeye Göre Niteleyici Analiz Testi

		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Bilişsel Özellikler	0-1 yıl	106	4,0236	0,95962	0,09321
	2-5 yıl	106	4,2264	1,13102	0,10985
	6-10 yıl	42	4,7381	1,07911	0,16651
	11-15 yıl	20	4,4625	1,03959	0,23246
	16-20 yıl	8	3,5625	0,83184	0,29410
	21 yıl ve üzeri	7	3,0000	1,47902	0,55902
	Total	289	4,1946	1,09844	0,06461
Eleştirel Düşünme	0-1 yıl	106	3,9387	0,89008	0,08645
	2-5 yıl	106	4,0330	0,94629	0,09191
	6-10 yıl	42	4,4206	0,76884	0,11863
	11-15 yıl	20	4,5000	0,79288	0,17729
	16-20 yıl	8	3,5417	0,59595	0,21070
	21 yıl ve üzeri	7	4,1190	0,46859	0,17711
	Total	289	4,0755	0,89417	0,05260
Trijaj Deneyimi	0-1 yıl	106	4,7726	0,68613	0,06664
	2-5 yıl	106	4,8736	0,65164	0,06329
	6-10 yıl	42	5,0500	0,60132	0,09279
	11-15 yıl	20	4,9200	0,86487	0,19339
	16-20 yıl	8	4,3000	0,71913	0,25425
	21 yıl ve üzeri	7	4,3714	0,83409	0,31526
	Toplam	289	4,8374	0,69045	0,04061

Acil serviste farklı mesleki statülere (*ATT, paramedik, hemşire, doktor, diğer personel*) sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F=10,846$ $p=0.000$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan Tamhene's T2 post hoc testleri sonucunda;

- Doktorlar (ölçek puanı sıra ortalaması 4,8664) ile Acil Tıp Teknisyeni katılımcılar (4,1605) arasında ($p=0,020$);
- Doktorlar (4,8664) ile Hemşire olan katılımcılar (4,3762) arasındaki ($p=0,000$) puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Acil servis bölümünde farklı mesleki statülere sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme Ölçeği alt boyutları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik yapılan analizlerde, farklı mesleki statülere sahip katılımcıların arasında ise Triyaj Deneyimi, Bilişsel özellikler ve Eleştirel Düşünme alt boyutları bakımından anlamlı bir farkın bulunduğu (sırasıyla $F= 12.814$, $p=0.000$, $F = 4.998$, $p=0.001$, $F= 4.998$, $p=0.002$) görülmüştür. Yapılan ikili tarama testi anova analizi Tablo 29’da yer almaktadır.

Tablo 29. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Mesleklere Göre İstatistiksel Analiz Testi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	15,663	4	3,916	10,846	0,000
	Gruplar İçinde	102,534	284	0,361		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	22,852	4	5,713	4,998	0,001
	Gruplar İçinde	324,637	284	1,143		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	12,974	4	3,244	4,239	0,002
	Gruplar İçinde	217,293	284	0,765		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	20,991	4	5,248	12,814	0,000
	Gruplar İçinde	116,305	284	0,410		
	Toplam	137,296	288			

Alt boyutlar bazında meslek gruplarının puan ortalamaları incelendiğinde, bilişsel özellikler boyutu bakımından en düşük puana Paramedik grubun, en yüksek puana ise doktorlar grubunun sahip olduğu; Triyaj deneyimi açısından bakıldığında en düşük puana “diğer personel” grubunun, en yüksek puana ise doktorlar grubunun

sahip olduğu; Eleştirel Düşünme boyutu açısından bakıldığında ise hemşire grubunun en düşük, diğer personel ve doktor gruplarının en yüksek puana sahip olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel analizlerin mesleklere göre triyaj uygulamalarındaki değerleri Tablo 30’da yer almaktadır.

Tablo 30. Triage Karar Verme Ölçeğinin Mesleklere Göre Niteleyici Analizi

		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Triage Uygulamaları	Acil tıp teknisyeni	19	4,1605	0,83692	0,19200
	Paramedik	6	4,2167	0,56892	0,23226
	Hemşire	189	4,3762	0,60595	0,04408
	Doktor	73	4,8664	0,51505	0,06028
	diğer personel	2	4,0500	0,42426	0,30000
	Total	289	4,4803	0,64063	0,03768
Bilişsel Özellikler	Acil tıp teknisyeni	19	3,9737	1,07979	0,24772
	Paramedik	6	3,4583	1,32681	0,54167
	Hemşire	189	4,0635	1,01907	0,07413
	Doktor	73	4,6541	1,15367	0,13503
	diğer personel	2	4,1250	1,94454	1,37500
	Total	289	4,1946	1,09844	0,06461
Eleştirel Düşünme	Acil tıp teknisyeni	19	4,0877	1,03245	0,23686
	Paramedik	6	4,3889	0,61162	0,24969
	Hemşire	189	3,9312	0,92985	0,06764
	Doktor	73	4,4110	0,67705	0,07924
	diğer personel	2	4,4167	0,82496	0,58333
	Total	289	4,0755	0,89417	0,05260
Triage Deneyimi	Acil tıp teknisyeni	19	4,2789	0,80525	0,18474
	Paramedik	6	4,4167	0,65549	0,26760
	Hemşire	189	4,7683	0,66935	0,04869
	Doktor	73	5,2247	0,48556	0,05683
	diğer personel	2	3,8000	1,13137	0,80000
	Toplam	289	4,8374	0,69045	0,04061

Farklı çalışma şekline sahip (*yalnız gündüz, nöbet, vardiya*) katılımcıların Triage Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F= 4.823$, $p = 0.009$). Vardiya ve nöbet şeklinde çalışan grubun

yalnızca gündüz çalışan guruba oranla daha etkin triyaj skorlaması yaptığı görülmüştür.

Farklı çalışma şekline sahip (*yalnız gündüz, nöbet, vardiya*) katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından Triyaj karar verme ölçeği skorlaması alt boyutlarına bakıldığında ise Triyaj Deneyimi, Bilişsel Özellikler ve Eleştirel Düşünme alt boyutları bakımından anlamlı bir farkın bulunduğu (sırasıyla $F= 6.536$, $p= 0.002$ $F= 6.072$, $p= 0.003$, $F= 3.474$, $p= 0.02$) görülmüştür. Tablo 31’de çalışma şekline göre triyaj uygulamalarının alt boyutlarına göre analizi yer almaktadır.

Tablo 31. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Çalışma Şekline Göre İstatistiksel Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	3,856	2	1,928	4,823	0,009
	Gruplar İçinde	114,341	286	0,400		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	14,155	2	7,077	6,072	0,003
	Gruplar İçinde	333,335	286	1,166		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	5,461	2	2,731	3,474	0,032
	Gruplar İçinde	224,806	286	0,786		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	6,001	2	3,001	6,536	0,002
	Gruplar İçinde	131,295	286	0,459		
	Toplam	137,296	288			

Görevli olduğu hastanede farklı triyaj skalaları (*3’lü, 4’lü, 5’li, triyaj uygulanmıyor*) uygulanan katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F= 0.832$, $p= 0.477$). Tablo 32’de triyaj karar verme ölçeği ve triyaj skalası arasındaki istatistiksel analizi yer almaktadır.

Tablo 32. Triyaj Karar Verme Ölçeği ile Triyaj Skalası İstatistiksel Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	1,026	3	0,342	0,832	0,477
	Gruplar İçinde	117,172	285	0,411		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	1,701	3	0,567	0,467	0,705
	Gruplar İçinde	345,788	285	1,213		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirisel Düşünme	Gruplar Arasında	4,650	3	1,550	1,958	0,120
	Gruplar İçinde	225,617	285	0,792		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	2,644	3	0,881	1,866	0,136
	Gruplar İçinde	134,652	285	0,472		
	Toplam	137,296	288			

Tablo 33. Triyaj Karar Verme Ölçeği ile Triyaj Çalışanı İstatistiksel Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	2,537	4	0,634	1,558	0,186
	Gruplar İçinde	115,660	284	0,407		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	0,520	4	0,130	0,106	0,980
	Gruplar İçinde	346,970	284	1,222		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirisel Düşünme	Gruplar Arasında	1,524	4	0,381	0,473	0,756
	Gruplar İçinde	228,744	284	0,805		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	9,894	4	2,474	5,514	0,000
	Gruplar İçinde	127,402	284	0,449		
	Toplam	137,296	288			

Görevli olduğu hastanede triyaj bölümünde farklı düzeylerde sağlık personeli (ATT, paramedik, hemşire, doktor, diğer personel) çalışan katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır ($F= 1.558$, $p= 0.186$). Tablo 33’de triyaj karar verme ölçeği ile triyajda çalışan farklı sağlık grupları arasındaki istatistiksel analiz testi yer almaktadır.

Triyajda kimin çalışması gerektiğine dair farklı görüşlerde (*ATT, paramedik, hemşire, doktor*) olan katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=2,498$, $p=0.060$). Tablo 34’de triyajda kimin çalışmasına yönelik anova analizi yer almaktadır.

Tablo 34. Triyaj Karar Verme Ölçeği ile Kim Çalışmalı İstatistiksel Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	3,029	3	1,010	2,498	0,060
	Gruplar İçinde	115,169	285	0,404		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	24,049	3	8,016	7,063	0,000
	Gruplar İçinde	323,441	285	1,135		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	1,978	3	0,659	0,823	0,482
	Gruplar İçinde	228,289	285	0,801		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	2,651	3	0,884	1,871	0,135
	Gruplar İçinde	127,402	285	0,472		
	Toplam	137,296	288			

Daha önce triyajda hiç çalışmayan katılımcılar ile çeşitli sürelerde (toplamda birkaç kez, haftada birkaç kez, ayda birkaç kez) çalışan katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($F= 6.666$, $p= 0.000$). Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma testlerinden Tamhane’s T2 sonucuna göre tablo 35’de niteleyici analizi yer almaktadır. Bu testin sonucunda;

Tablo 35. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Çalışma Şekline Göre Niteleyici Analizi

		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Trijaj uygulamaları	Hayır	72	4,7660	0,64250	0,07572
	Birkaç kez	103	4,3383	0,70878	0,06984
	Ayda birkaç kez	88	4,4642	0,40839	0,04353
	Haftada birkaç kez	17	4,1382	0,63677	0,15444
	Hergün	9	4,6222	0,90177	0,30059
	Toplam	289	4,4803	0,64063	0,03768
Bilişsel Özellikler	Hayır	72	4,7083	0,93917	0,11068
	Birkaç kez	103	4,3641	0,91473	0,09013
	Ayda birkaç kez	88	3,6364	1,17438	0,12519
	Haftada birkaç kez	17	3,8676	0,93172	0,22598
	Hergün	9	4,2222	1,34306	0,44769
	Toplam	289	4,1946	1,09844	0,06461
Eleştirel Düşünme	Hayır	72	4,2384	0,84375	0,09944
	Birkaç kez	103	3,8479	1,06594	0,10503
	Ayda birkaç kez	88	4,2557	0,64522	0,06878
	Haftada birkaç kez	17	3,6471	0,58595	0,14211
	Hergün	9	4,4259	0,98640	0,32880
	Toplam	289	4,0755	0,89417	0,05260
Trijaj Deneyimi	Hayır	72	5,1056	0,69178	0,08153
	Birkaç kez	103	4,6223	0,72028	0,07097
	Ayda birkaç kez	88	4,9205	0,43869	0,04676
	Haftada birkaç kez	17	4,5412	0,88816	0,21541
	Hergün	9	4,9000	1,05830	0,35277
	Toplam	289	4,8374	0,69045	0,04061

- Daha önce hiç triyaj tecrübesi bulunmayan katılımcılar (ölçek puanı ortalaması 4,7660) ile toplamda birkaç kez triyajda çalışan katılımcılar (4,3383) arasında ($p=0,001$);
- Daha önce hiç triyaj tecrübesi bulunmayan katılımcılar (4,7660) ile haftada birkaç kez triyajda çalışan katılımcılar (4,1382) arasında ($p=0,012$);

- Daha önce hiç triyaj tecrübesi bulunmayan katılımcılar (4,7660) ile ayda birkaç kez triyajda çalışan katılımcılar (4,4642) arasındaki ($p=0,008$) puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Daha önce triyajda hiç çalışmayan katılımcılar ile çeşitli sürelerde çalışan katılımcıların Triyaj Karar Verme Ölçeği alt boyutları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik yapılan analizlerde, farklı sürelerde triyaj tecrübesine sahip katılımcıların arasında, Triyaj Deneyimi, Bilişsel özellikler ve Eleştirel Düşünme alt boyutları bakımından anlamlı bir farkın bulunduğu ($F=6.847$, $p=0.000$, $F=12.271$, $p=0.000$, $F= 4.712$, $p= 0.001$) görülmüştür. Tablo 36’da ikili karşılaştırma testlerinden Tamhane’s T2 testi anova analizi yer almaktadır.

Tablo 36. Triyaj Karar Verme Skorunun Çalışma Şekline Göre Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	10,144	4	2,536	6,666	0,000
	Gruplar İçinde	108,053	284	0,380		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	51,208	4	3,582	4,712	0,001
	Gruplar İçinde	296,281	284	0,760		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	14,330	4	3,582	4,712	0,001
	Gruplar İçinde	215,938	284	0,760		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	12,076	4	3,019	6,847	0,000
	Gruplar İçinde	125,221	284	0,441		
	Toplam	137,296	288			

Trijajda çalışma sürelerine alt boyutlar kapsamında bakıldığında, tüm alt boyutlarda triyajda hiç çalışma tecrübesi bulunmayan sağlık personelinin, ölçek puanlarının, çalışan sağlık personeline kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer yandan, farklı çalışma süreleri arasında, haftada birkaç kez çalışan grubun en düşük alt boyut puanlarına sahip olması yönünde gelen bir eğilim olduğu görülmektedir. Diğer yandan, triyajda hiç çalışmayan sağlık personeli ile hergün

alışan sağlık personelinin Triyaj Karar Verme leği alt boyutları bakımından benzer puan ortancalarına sahip olması da oldukça dikkat çekicidir.

Trijaj eğitimi alan ve almayan katılımcıların Triyaj Karar Verme lek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F=15,066$, $p= 0,000$). Triyaj eğitimi alan katılımcıların ölçek puanı ortalamalarının ($4,5595$), almayan katılımcıların sıra ortalamalarından ($4,2228$) ok daha fazla olduğu ve aradaki bu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Tablo 37’de ikili karşılaştırma testleri anova analizi yer almaktadır.

Tablo 37. Triyaj Karar Verme Skorunun Eğitim Alma Durumuna Göre Niteleyici Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	5,895	1	5,895	15,066	0,000
	Gruplar İçinde	112,302	287	0,391		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel zellikler	Gruplar Arasında	2,015	1	2,015	1,674	0,197
	Gruplar İçinde	345,475	287	1,204		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirisel Düşünme	Gruplar Arasında	11,359	1	11,359	14,893	0,000
	Gruplar İçinde	218,908	287	0,763		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	5,135	1	5,135	11,152	0,001
	Gruplar İçinde	132,161	287	0,460		
	Toplam	137,296	288			

Tablo 38’de triyaj karar verme leğinin eğitim alma durumuna göre niteleyici istatistiksel analizi yer almaktadır. Tablo 37’de de grldğu gibi eğitim alan sağlık çalışanının eğitim almayan sağlık çalışanına oranla Triyaj Uygulamalarında Ve Triyaj Karar Verme leği alt boyutlarında ortalamalarının yüksek olduğu izlenmektedir.

Tablo 38. Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Eğitim Alma Durumu Göre Analizi

		Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata
Trijaj Uygulamaları	Evet	221	4,5595	0,60863	0,04094
	Hayır	68	4,2228	0,67809	0,08223
	Toplam	289	4,4803	0,64063	0,03768
Bilişsel Özellikler	Evet	221	4,2410	1,15327	0,07758
	Hayır	68	4,0441	0,88830	0,10772
	Toplam	289	4,1946	1,09844	0,06461
Eleştirel Düşünme	Evet	221	4,1855	0,83713	0,05631
	Hayır	68	3,7181	0,98296	0,11920
	Toplam	289	4,0755	0,89417	0,05260
Trijaj Deneyimi	Evet	221	4,9113	0,66292	0,04459
	Hayır	68	4,5971	0,72770	0,08825
	Toplam	289	4,8374	0,69045	0,04061

Trijaj ile ilgili farklı deneyim kazanma şekline (*Hizmet içi eğitim, Bilimsel literatür, Sertifika programı, Yurt dışı eğitim, Eğitimimi yok, Yaşayarak / çalışarak, Deneyimim yok*) sahip katılımcıların Triyaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($F = 0,426$ $p = 0,862$).

Tablo 39. Triyaj Karar Verme Skorunun Deneyim Kazanma Biçimine Göre Analizi

		Kareler Toplamı	Sd	Ortalama Kareler	F	p
Trijaj Uygulamaları	Gruplar Arasında	1,061	6	0,177	0,426	0,862
	Gruplar İçinde	117,136	282	0,415		
	Toplam	118,198	288			
Bilişsel Özellikler	Gruplar Arasında	4,116	6	0,686	0,563	0,759
	Gruplar İçinde	343,373	282	1,218		
	Toplam	347,489	288			
Eleştirel Düşünme	Gruplar Arasında	3,035	6	0,506	0,628	0,708
	Gruplar İçinde	227,233	282	0,806		
	Toplam	230,267	288			
Trijaj Deneyimi	Gruplar Arasında	3,278	6	0,546	1,150	0,334
	Gruplar İçinde	134,018	282	0,475		
	Toplam	137,296	288			

Tablo 39’da homojen olarak dağılma göstermeyen deneyim kazanma biçiminin ikili karşılaştırma testlerinden yapılan analizler sonucunda, anova analiz testi yer almaktadır.

3.4.5. Ölçek Geçerlilik Ve Güven Analizleri

Ankette kullanılan 37 maddelik Triyaj Karar Verme Ölçeğine verilen cevapların iç tutarlılık katsayısı Cronbach Alfa 0,874 olarak belirlenmiştir. Ölçeğe ait alt boyutlardan olan Bilişsel Düşünme alt boyutuna ait iç tutarlılık kat sayısı 0,751, Triyaj Deneyimi alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,884, ve Eleştirel Düşünme alt boyutuna ait iç tutarlılık katsayısı 0,797 olarak belirlenmiştir. Tablo 40’da triyaj envanterinin ölçeği ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık analizi yer almaktadır.

Tablo 40. Triyaj Envanterinin Ölçeği Ve Alt Boyutlarına Ait İç Tutarlılık Analizi

FAKTÖRÜN ADI	SORU İFADESİ	FAKTÖR AĞIRLIKLARI	FAKTÖRÜN AÇIKLAYICILIĞI	GÜVENİLİRLİK (Cronbah's Alpha)
TRİYAJ DENEYİMİ	Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.	0,779	25,460	0,884
	Hastaların şikayetleri ile kendi değerlendirme bulgularım arasında bağlantı kurabilirim	0,755		
	Trijaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.	0,717		
	Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim.	0,691		
	Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.	0,689		
	Tedavi edilinceye kadar hastaların sorumluluğunu alırım	0,661		
	Hastalarla iyi iletişim kurarım.	0,645		
	Trijaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım.	0,591		
	Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim	0,584		
	Trijaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim.	0,578		
ELEŞTİREL DÜŞÜNME	Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır	0,826	16,208	0,797
	Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.	0,718		
	Trijaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.	0,667		
	Trijajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim.	0,626		
	Bir şeylerin kötü gideceğini hissedirim.	0,599		
	Bir kişinin görünüşünden acil bakıma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.	0,578		
BİLİŞSEL DÜŞÜNME	Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.	0,858	13,429	0,751
	Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.	0,817		
	Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz.	0,610		
	Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim.	0,556		
Toplam Açıklayıcılık			55,097	
Kaiser Meyer Olkin Ölçek Geçerliliği				0,874
Barlett Küresellik Testi				Ki Kare 2604,581
				sd 190
				p değeri 0,000

Bazı maddelerin faktör ağırlıklarının birden fazla faktör altında yakın değerler alması nedeniyle analizden çıkarılması gerekmiştir. Bazı maddelerin de bulundukları faktör içinde anlam bütünlüğünü bozması nedeniyle analiz dışı bırakılması söz konusu olmuştur. Düşük faktör ağırlıklarına sahip yani faktör yükü 0,50'nin altında olması nedeniyle de elenen ifadeler olmuştur. Aşağıdaki tablo 41'de yer alan sorular analiz dışı bırakılarak, faktör analizi yeniden yapılmıştır.

Tablo 41. Analiz Dışı Bırakılan Soru İfadeleri

FAKTÖRÜN ADI	SORU İFADESİ
BİLİŞSEL DÜŞÜNME	Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım.
	Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim.
	Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.
TRİYAJ DENEYİMİ	Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.
SEZGİ	İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.
	İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.
	Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.
	Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.
	İyi yargılama yapabilirim.
	Geçmiş deneyimlerim karar vermeme kolaylaştırır.
	Triyaj becerilerime güvenirim.
ELEŞTİREL DÜŞÜNME	Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.
	Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğunu biliyorum. Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.
	Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.
	Triyaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim.
	Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.
	Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığı konusunda iyi bir fikir edinebilirim.

Yapılan faktör analizi sonucunda triyaj karar verme ölçeğinin teoride olması gereken 4 boyutundan biri olan “sezgi” boyutu elenmiş, bu durumda yapılan güvenilirlik analizi sonucunda triyaj deneyimi, eleştirel düşünme ve bilişsel özellikler alt boyutlarının ölçeği oluşturduğu görülmüştür. Bu alt faktörlerin herbirinin Cronbach’s Alpha değerleri 0,70 sınırının üzerindedir.

3.4.6. Triaaj Karar Verme Ölçeği Ve Alt Boyutları Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Ölçeğin alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde, tüm alt boyutların ölçek toplam puanları ile güçlü ve pozitif yönlü bir korelasyon ilişkisi bulunduğu görülmektedir. Diğer yandan, ölçek alt boyutları ve toplam puanının birbirleri ile olan tüm korelasyon katsayılarının $p < 0,001$ seviyesinde anlamlı olduğu görülmektedir. Ölçek toplam puanları ile en güçlü korelasyon ilişkisine sahip alt boyutun, triyaj deneyimi alt boyutu olduğu görülmektedir ($r = 0,855$, $p = 0,000$). Ölçek alt boyutlarının birbirleri ile olan korelasyon katsayıları incelendiğinde ise, aralarında en güçlü korelasyon ilişkisi bulunan alt boyutların triyaj deneyimi ve bilişsel düşünce ($r = 0,455$, $p = 0,000$), en zayıf korelasyon ilişkisi bulunan alt boyutların ise bilişsel düşünce ve eleştirel düşünme alt boyutları ($r = 0,263$, $p = 0,000$) olduğu görülmektedir. Tablo 42’de ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki korelasyon ilişkileri yer almaktadır.

Tablo 42. Ölçek toplam puanı ve alt boyut puanları arasındaki Korelasyon İlişkileri

Ölçek ve Alt Boyutları arasındaki Korelasyon Katsayıları	Ölçek Toplam Puanı	Ölçek Alt Boyutları			
			Triaaj Deneyimi	Bilişsel Düşünce	Eleştirel Düşünme
Ölçek Toplam Puanı	1		0,855**	0,698**	0,716**
Triaaj Deneyimi			1	0,455**	0,383**
Bilişsel Düşünce				1	0,263**
Eleştirel Düşünme					1

3.4.7. Hipotez Testleri

3.4.7.1. Eğitim Düzeyine Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi

Farklı eğitim gruplarına sahip kişilerin, triyaj uygulamalarına karar vermeleri farklılık göstermektedir. İkili karşılaştırma testlerinden Tamhane's T2 testinin sonuçları incelendiğinde, eğitim değişkenlerini oluşturan doktora grubu diğer gruplardan farklılık göstermektedir. Yüksek lisans grubunun triyaj uygulama skorlaması ise ön lisans ve lisanslara göre anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Eğitim durumu arttıkça triyaj uygulamaları bakımından iyileşme olduğu görülmektedir.

Tablo 43. Rank Tablosu

	eğitim	Sayı	Ortalama sıra değerleri
Trijaj uygulamaları	Sağlık Meslek Lisesi	39	127,13
	Ön Lisans	42	117,40
	Lisans	123	130,57
	Yüksek Lisans	65	173,64
	Doktora	20	233,50
	Toplam	289	

Tablo 43'de eğitim düzeylerinin triyaj uygulamarındaki rolleri yer almaktadır. Katılımcıların ağırlıklı olarak lisans mezunu olduğu görülmektedir. Doktora mezunlarının triyaj ortalama sıra değerlerinin (233,50) en yüksek olduğu ve ön lisans mezunlarının (117,40) ise en düşük değeri aldığı görülmektedir. Tablo 44'de de test istatistikleri tablosu yer almaktadır.

Tablo 44. Test İstatistikleri Tablosu

	triyaj
Ki-kare	40,130
sd	4
p değeri	0,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Gruplandırma Değişkeni: eğitim

Tablo 45: Eğitim Seviyesinin Triyaj Uygulamaları Üzerindeki Anova Analizi

Bağımlı Değişken: Triyaj					
	Karelerin toplamları	sd	Ortalama kare	F	Anlamlılık
Gruplar arası	14,061	4	3,515	9,587	0,000
Grup içi	104,137	284	0,367		
Toplam	118,198	288			
Varyansların homojenlik testi					
		Levene İstatistiği	sd1	sd2	Anlamlılık
Trijaj	Ortalamaya göre	5,532	4	284	0,000
Ortalamaların eşitliğinin dirençli testleri					
	İstatistik	sd1	sd2	Anlamlılık	
Welch	22,602	4	98,494	0,000	
Brown-Forsythe	11,783	4	195,095	0,000	
Çoklu karşılaştırmalar					
(I) Eğitim durumu		Ortalama fark (I-J)	Standart hata	Anlamlılık	
Sağlık Meslek Lisesi	Ön Lisans	0,06291	0,13029	1,000	
	Lisans	0,00191	0,12629	1,000	
	Yüksek lisans	-0,33746	0,13343	0,129	
	Doktora	-0,70733*	0,12914	0,000	
Ön Lisans	Sağlık Meslek Lisesi	-0,06291	0,13029	1,000	
	Lisans	-0,06100	0,09071	0,999	
	Yüksek lisans	-0,40037*	0,10041	0,001	
	Doktora	-0,77024*	0,09463	0,000	
Lisans	Sağlık Meslek Lisesi	-0,00191	0,12629	1,000	
	Ön Lisans	0,06100	0,09071	0,999	
	Yüksek lisans	-0,33937*	0,09518	0,005	
	Doktora	-0,70923*	0,08905	0,000	
Yüksek Lisans	Sağlık Meslek Lisesi	0,33746	0,13343	0,129	
	Ön Lisans	0,40037*	0,10041	0,001	
	Lisans	0,33937*	0,09518	0,005	
	Doktora	-0,36987*	0,09892	0,004	
Doktora	Sağlık Meslek Lisesi	0,70733*	0,12914	0,000	
	Ön Lisans	0,77024*	0,09463	0,000	
	Lisans	0,70923*	0,08905	0,000	
	Yüksek lisans	0,36987*	0,09892	0,004	

Tamhane testleri yapılmıştır. * p<0,05

Tablo 45’de doktora eğitimi almış olan çalışanların diğer eğitim durumlarına göre triyaj uygulamalarında farklılık gösterdiği görülmektedir. Tablo 43’deki tanımlayıcı istatistik ortalamalarına bakıldığında doktora eğitimine sahip çalışanların

triyaaj karar verme seviyelerinin diğeer eğitim düzeylerine göre daha yüksek olduğuna karar verilir.

3.4.7.2. İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarındaki Sağlık Personeli İle Triyaaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi

2. Basamak ve 3. Basamak Sağlık Kurumunda görev yapan katılımcıların Triyaaj Karar Verme ölçek skorları bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($t = -5.193$, $df=287$, $p=0.000$). Triyaaj uygulamaları 3. basamak sağlık kurumlarında 2. basamak sağlık kurumlarına nazaran daha etkin olduğu görülmektedir. Tablo 46’da 2. ve 3. Basamak sağlık kurumlarında triyaaj uygulamalarının grup istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 46. Triyaaj Uygulamalarının 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarına Ait Grup İstatistikleri

Triyaaj Uygulamaları	Kurum	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Ortalama Standart Hata
triyaaj	2.Basamak Sağlık Kurumu	104	4,2303	0,66670	0,06538
	3.Basamak Sağlık Kurumu	185	4,6208	0,58171	0,04277

Tablo 47. 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarına Varyansların Eşitliği İçin Bağımsız Örneklem t- Testi

		Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t-Testi						
		F	Manidarlık	t	sd	Manidarlık İki Yönlü	Ortalamalar ar farkı	Farkın standart hatası	95% Güven Aralığı Olasılıklı	
									Alt Sınır	Üst Sınır
Triyaaj uygulamaları	Varyansların Eşit Olduğu Varsayılmıştır	1,620	0,204	-5,193	287	0,000	-0,39052	0,07520	-0,53853	-0,24251
	Varyansların Eşit Olmadığı Varsayılmıştır			-4,999	190,495	0,000	-0,39052	0,07812	-0,54462	-0,23643

Tablo 47’de triyaj uygulamaları ile ilgili kurumlar arasında farklılık ilişkisini karşılaştırmak için yapılan bağımsızlık örneklem t-testi yer almaktadır.

3.4.7.3. Acil Serviste Çalışma Süresine Göre Triage Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi

Acil serviste çalışma süresi ile yapılan araştırmalarda gruplar arasında anlamlı farklılıklar görülmektedir. Tukey testi sonucuna göre 6 ile 10 yıl arasında çalışan sağlık personelinin triyaj uygulama skorlaması diğer gruplara nazaran anlamlı farklılık göstermektedir. Anova analizine göre F değeri 5,479 buna karşılık gelen p değeri 0,00 bulunmuştur. Tablo 48’de acil serviste çalışma sürelerine göre triyaj uygulamalarının niteleyici analizi yer almaktadır. 6-10 yıla kadar çıkan süreçte ortalamaların arttığı fakat 16-20 yıl arasına gelindiğinde anlamlı bir biçimde düşüşe geçildiği görülmektedir.

Tablo 48. Acil Serviste Çalışma Sürelerine Göre Triage Uygulamalarının Niteleyici Analizi

	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	95% Güvenirlik Aralığı		Minimum	Maximum
					Alt Sınır	Üst Sınır		
0-1 yıl	106	4,3726	0,59105	0,05741	4,2588	4,4865	2,70	6,00
2-5 yıl	106	4,4920	0,64106	0,06227	4,3685	4,6154	2,75	5,95
6-10 yıl	42	4,7988	0,54767	0,08451	4,6281	4,9695	3,30	5,65
11-15 yıl	20	4,7025	0,74418	0,16640	4,3542	5,0508	2,85	5,90
16-20 yıl	8	3,9250	0,57383	0,20288	3,4453	4,4047	3,20	4,65
21 yıl ve üzeri	7	4,0214	0,68426	0,25863	3,3886	4,6543	2,90	4,80
Toplam	289	4,4803	0,64063	0,03768	4,4061	4,5544	2,70	6,00

Tablo 49. Tecrübenin Triyaj Uygulamaları Üzerindeki Anova Analizi

Bağımlı Değişken: Triyaj					
	Karelerin toplamları	sd	Ortalama kare	F	Anlamlılık
Gruplar arası	10,432	5	2,086	5,479	0,000
Grup içi	107,765	283	0,381		
Toplam	118,198	288			
Varyansların homojenlik testi					
		Levene İstatistiği	sd1	sd2	Anlamlılık
Trijaj	Ortalamaya göre	0,550	5	283	0,739
Çoklu karşılaştırmalar					
Tecrübe		Ortalama fark (I-J)	Standart hata	Anlamlılık	
0-1 yıl	2-5 yıl	-0,11934	0,08476	0,722	
	6-10 yıl	-,42617*	0,11251	0,003	
	11-15 yıl	-0,32986	0,15044	0,244	
	16-20 yıl	0,44764	0,22626	0,357	
	21 yıl ve üzeri	0,35121	0,24082	0,691	
2-5 yıl	0-1 yıl	0,11934	0,08476	0,722	
	6-10 yıl	-0,30683	0,11251	0,073	
	11-15 yıl	-0,21052	0,15044	0,727	
	16-20 yıl	0,56698	0,22626	0,126	
	21 yıl ve üzeri	0,47055	0,24082	0,372	
6-10 yıl	0-1 yıl	,42617*	0,11251	0,003	
	2-5 yıl	0,30683	0,11251	0,073	
	11-15 yıl	0,09631	0,16765	0,993	
	16-20 yıl	,87381*	0,23805	0,004	
	21 yıl ve üzeri	,77738*	0,25192	0,027	
11-15 yıl	0-1 yıl	0,32986	0,15044	0,244	
	2-5 yıl	0,21052	0,15044	0,727	
	6-10 yıl	-0,09631	0,16765	0,993	
	16-20 yıl	,77750*	0,25815	0,033	
	21 yıl ve üzeri	0,68107	0,27100	0,124	
16-20 yıl	0-1 yıl	-0,44764	0,22626	0,357	
	2-5 yıl	-0,56698	0,22626	0,126	
	6-10 yıl	-,87381*	0,23805	0,004	
	11-15 yıl	-,77750*	0,25815	0,033	
	21 yıl ve üzeri	-0,09643	0,31937	1,000	
21 yıl ve üzeri	0-1 yıl	-0,35121	0,24082	0,691	
	2-5 yıl	-0,47055	0,24082	0,372	
	6-10 yıl	-,77738*	0,25192	0,027	
	11-15 yıl	-0,68107	0,27100	0,124	
	16-20 yıl	0,09643	0,31937	1,000	

Tukey testleri yapılmıştır. * p<0,0

Tablo 49’da ise varyansların homojenlik analizi test sonuçları yer almaktadır. Tukey HSD’ye göre homojen alt grupların belirlenmesi için yapılan analizde 6-10 yıl arasında çalışan personel ile 0-1, 16-20, 21 yıl üzeri çalışan sağlık çalışanı arasında pozitif yönde anlamlı fark görülmektedir. Aynı zamanda 11-15 yıl çalışan sağlık personeli ve 16-20 yıl arasında çalışan sağlık personeli arasındada pozitif yönde anlamlı fark görülmektedir.

3.4.7.4. Mesleki Gruplara Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi

Farklı meslekteki kişilerin, mesleki gruplara göre triyaj karar verme skorları anlamlı farklılıklar göstermektedir. Yapılan Anova analizi sonuçlarında F değeri 10,846 buna karşılık gelen p değeri 0,00 bulunmuştur. Doktorların triyaj karar verme skorlarının hemşire ve acil tıp teknisyenlerine göre anlamlı farklılıklar içerdiği görülmüştür. Mesleki gruplar ile triyaj karar verme ölçek skorlaması arasındaki tanımlayıcı istatistiksel analiz aşağıda yer almaktadır. Tablo 50’de mesleki gruplara göre triyaj uygulamalarının niteleyici analizi yer almaktadır. En yüksek ortalama doktorların (4,8664) en düşük ortalama ise diğer personele (4.0500) ait olduğu görülmektedir.

Tablo 50. Mesleki Gruplarına Göre Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının Niteleyici İstatistiksel Analizi

					95% Confidence Interval for			
					Mean			
					Alt Sınır	Üst Sınır		
	Sayı	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Alt Sınır	Üst Sınır	Minimum	Maximum
Acil tip teknisyeni	19	4,1605	0,83692	0,19200	3,7571	4,5639	2,70	5,40
Paramedik	6	4,2167	0,56892	0,23226	3,6196	4,8137	3,30	5,05
Hemşire	189	4,3762	0,60595	0,04408	4,2892	4,4631	2,75	6,00
Doktor	73	4,8664	0,51505	0,06028	4,7463	4,9866	3,45	5,90
diğer personel	2	4,0500	0,42426	0,30000	0,2381	7,8619	3,75	4,35
Toplam	289	4,4803	0,64063	0,03768	4,4061	4,5544	2,70	6,00

Tablo 51. Eğitim Seviyesinin Triyaj Uygulamaları Üzerindeki Anova Analizi

Bağımlı Değişken: Triyaj					
	Karelerin toplamları	sd	Ortalama kare	F	Anlamlılık
Gruplar arası	15,663	4	3,916	10,846	0,000
Grup içi	102,534	284	0,361		
Toplam	118,198	288			
Varyansların homojenlik testi					
		Levene İstatistiği	sd1	sd2	Anlamlılık
Trijaj	Ortalamaya göre	2,784	4	284	0,027
Ortalamaların eşitliğinin dirençli testleri					
	İstatistik	sd1	sd2	Anlamlılık	
Welch	9,826	4	6,533	0,007	
Brown-Forsythe	10,616	4	28,468	0,000	
Çoklu karşılaştırmalar					
Görev durumu		Ortalama fark (I-J)	Standart hata	Anlamlılık	
Acil tıp teknisyeni	Paramedik	-0,05614	0,30135	1	
	Hemşire	-0,21566	0,197	0,966	
	Doktor	-0,70591*	0,20124	0,02	
	diğer personel	0,11053	0,35618	1	
Paramedik	Acil tıp teknisyeni	0,05614	0,30135	1	
	Hemşire	-0,15952	0,2364	0,999	
	Doktor	-0,64977	0,23996	0,315	
	diğer personel	0,16667	0,3794	1	
Hemşire	Acil tıp teknisyeni	0,21566	0,197	0,966	
	Paramedik	0,15952	0,2364	0,999	
	Doktor	-0,49025*	0,07468	0	
	diğer personel	0,32619	0,30322	0,998	
Doktora	Acil tıp teknisyeni	0,70591*	0,20124	0,02	
	Paramedik	0,64977	0,23996	0,315	
	Hemşire	0,49025*	0,07468	0	
	diğer personel	0,81644	0,306	0,909	
Diğer personel	Acil tıp teknisyeni	-0,11053	0,35618	1	
	Paramedik	-0,16667	0,3794	1	
	Hemşire	-0,32619	0,30322	0,998	
	Doktor	-0,81644	0,306	0,909	

Tamhane testleri yapılmıştır. * p<0,05

Tablo 51’de ikili karşılaştırma testlerinden Tamhane’s T2 testinin çoklu karşılaştırma analizi yer almaktadır. Bu analize göre doktorların, acil tıp teknisyeni ve hemşire grupları arasında pozitif yönde anlamlı fark bulunmaktadır.

3.4.7.5. Triyaj Eğitimi Alanlar Ve Almayanlar Arasında Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlaması Analizi

Trijaj eğitimi alan sağlık çalışanları ve almayan sağlık çalışanları arasında gerçekleştirilen triyaj karar verme skorlamasında anlamlı fark görülmüştür ($t= 3.882$, $df= 287$, $p=0.00$). triyaj eğitimi alanlar almayanlara oranla triyaj karar vermede daha etkindir. Aşağıdaki tablo 52’de triyaj karar verme ölçek skorlamasının triyaj eğitimi alan ve almayan sağlık personeline ait grup istatistikleri yer almaktadır.

Tablo 52. Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının Triyaj Eğitimi Alan ve Almayanlara Ait Grup İstatistikleri

Trijaj Uygulamaları	Trijaj Eğitim	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	Hata Ortalaması
triyaj	Evet	221	4,5595	0,60863	0,04094
	Hayır	68	4,2228	0,67809	0,08223

Tablo 53. Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının Triyaj Eğitimi Alan ve Almayanlar Arasındaki Varyansların Eşitliğini Ölçmek İçin t-Testi

		Levene Testi		Ortalamaların Eşitliği İçin t-Testi						
		F	Manidarlık	t	Sd	Manidarlık İki Yönlü	Ortalamalar Farkı	Farkın Standart t Hatası	95% Güven Aralığı Olasılıklı	
									Alt Sınır	Üst Sınır
Trijaj Uygulamaları	Varyansların Eşit Olduğu Varsayılmıştır	4,351	0,038	3,882	287	0,000	0,33671	0,08675	0,16597	0,50745
	Varyansların Eşit Olmadığı Varsayılmıştır.			3,665	102,417	0,000	0,33671	0,09186	0,15452	0,51890

Tablo 53’de triyaj uygulamalarının triyaj eğitimi alan ve almayan sağlık çalışanları arasındaki varyansların eşitliğini ölçmek için t-testine başvurulmuştur.

Tablo 54. Hipotez Sonuçları

Hipotez	Sonuç
H ₁ : Triyaj karar verme skorları eğitim düzeyi bakımından farklılık gösterir.	Desteklendi
H ₂ : 2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık personelinin triyaj karar verme ölçek skorları açısından aralarında anlamlı farklılık vardır.	Desteklendi
H ₃ : Sağlık sektöründe çalışma yılı arttıkça buna paralel olarak triyaj karar veme ölçek skorlarında artış olacaktır.	Kısmen Desteklendi
H ₄ : Triyaj karar veme ölçek skorlarına göre acil servisteki farklı mesleki gruplar arasında anlamlı farklılık vardır.	Desteklendi
H ₅ : Triyaj eğitimi alan sağlık çalışanları ile triyaj eğitimi almamış sağlık çalışanları arasında triyaj karar veme ölçek skorları açısından anlamlı farklılık vardır.	Desteklendi

Tablo 54’de yapılan araştırmanın hipotez sonuçları yer almaktadır. Hemen hemen tüm sonuçların desteklendiğini görülmektedir. Yalnızca sektörde çalışma yılının belli bir zamana kadar artış gösterirken, belli bir zamandan sonrada paralel olarak azalma gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ

Yapılan bir çok çalışmada çeşitli sebeplerden dolayı acil servislere başvurularının artmış olduğu, sadece ülkemizde değil dünyanın bir çok yerinde kalabalık acillerin büyük sorun teşkil ettiği görülmektedir. Bu sorunla başedebilmek için ülkelerin kendi standartlarında geliştirmiş oldukları yada kullandıkları triyaj uygulamalarının etkinliğini arttırmak gerekmektedir.

Bu araştırmada, farklı eğitim seviyeleri olan, 2. basamak ve 3. basamak sağlık kurumunda görev yapan, sağlık sektöründe farklı çalışma yılı tecrübesi olan, farklı meslek gruplarını oluşturan, triyaj eğitimi alan ve almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada, triyaj karar verme envanteri puan skorlaması ile eğitim değişkenleri arasında, eğitim düzeyi arttıkça ortalama sıra değerlerinin paralel olarak arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Kurumlar arasında yapılan analizde, 3. basamak sağlık kurumlarında yapılan triyaj uygulamalarının 2. basamak sağlık kurumlarına nazaran daha etkin olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan personelin acil serviste çalışma süreleri incelendiğinde, acil sevislerde çalışma süreleri arttıkça triyaj karar verme skorlamasının da belirli bir yıla kadar arttığı sonrasında ise azalma gösterdiği tespit edilmiştir. Mesleki gruplar arasında yapılan analizde, doktorların hemşirelere nazaran triyaj karar verme skorlamasında daha etkin olduğu fakat triyajda hekimlerin değil hemşirelerin ağırlıkta çalıştığı tespit edilmiştir. Trijaj eğitimi alan sağlık çalışanlarının triyaj eğitimi almayan sağlık çalışanlarına oranla triyaj karar verme skorlamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada, cinsiyet, yaş, medeni durum, triyaj skalası, triyajda kim çalışıyor, triyajda kim çalışmalı ve deneyim kazanma şekilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Triyaj kategorileri ve deneyim kazanma biçimleri arasında ne kadar anlamlı fark görülmesede literatür taramasında başarı düzeyini olumlu yönde etkilediği görülmüştür.

Yapılan çalışmada, 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarının bazılarının yakın zamana kadar 5'li triyaj skalası kullandığı yeni 3'lü triyaj skalasına geçtikleri görülmüştür. 3'lü ve 5'li triyaj skalası kullanan kurumlar arasında bir çalışma yapılarak triyaj uygulamalarının etkinliği değerlendirilebilir. Triyaj uygulamalarında yer almayan, çoğunluğunu yüksek lisans ve doktora mezunlarının oluşturduğu,

hekim grubunun Triyaj Karar Verme Ölçek Skorlamasının yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Hekimlerin ve hemşirelerin homojen olarak dağılabildiği kurumlarda triyaj uygulamalarına yönelik çalışmalar ile etkinlik değerlendirmesi yapılabilir.

Yapılan bu çalışma sonucunda, triyaj konusunda görev alan yada alacak personelin mutlaka ilgili konuda eğitim alması, bu eğitimlerin değerşik şekillerde verilebileceği, ayrıca acil serviste triyaj konusunda çalıştırılacak kişilerin uzman ve deneyimli olması, bu personellerin çalışma alanlarının sabit olması, acil servislerin triyaj uygulanabilmesi için uygun şekillerde dizayn edilmesi gibi birçok öneriler getirilebilir. Bu konuda, gerek sağlık kuruluğu yönetimlerine ve gerekse bunların bağlı olduğu üst kurumlara (Üniversite, Bakanlık vs.) büyük görev ve sorumluluklar düşmektedir.

KAYNAKÇA

- Akıncı, Ö., **Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi Triyaj Skalası'nın Oluşturulması Ve Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi**, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011, S.39-43.
- Akküçük, H.M., **Kalabalık Acil Servisler İçin Hasta Ve Sağlık Personeli Triyajı**, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2010.
- Akyolcu, N., **Acil Birimlerde Triyaj**, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, Sayı.58, 2007, S.7-17.
- Aragon, S.J. ve Gesell, S.B., **A patient satisfaction theory and its robustness across gender in emergency departments: a multi group structural equation modeling investigation**, Am J Med Qual, sayı:18, 2003, 229-41.
- Australian Government, **Emergency triage education kit triage workbook**, Department of Health and Ageing, Chapter 3: communication issues, 2007.
- Bal, S., **Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Triyaj Bilgisi**, Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi, 2016.
- Birhekimoğlu,T.,**StartTrijajModeli**,<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/kriz/belge/triaj.pdf> , (13.07.2016).
- Bullard, M.J., **Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines, Revisions to CTAS adult guidelines**, CJEM, sayı: 10(2), 2008,136-42.
- Büyükbayram, A. ve Engin, E., **Acil Psikiyatrik Bakım Ve Ruh Sağlığı Triyajı**, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, sayı: 9(1), 2018, 61-67.

Çınar, O., **Emergency Severity Index Triaaj Sistemi ve Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Uygulama Deneyimi**, Türkiye Acil Tıp Dergisi, S.10(3), 2010, 126-131.

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, **Hemşirelik Kanun Yönetmeliklerdeki Görev Yetki ve Sorumlulukları**, www.diskapieah.gov.tr/diskapi/dokumanlar/hemşirelik-kanun-yonet-sorum.ppt, (09.05.2016).

Ersoy, N. ve Akpınar, A., **Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice**, Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery, sayı: 16(3): 203-209.

Fernandes, C.M., Tanabe, P., Gilboy, N., Johnson, L.A., McNair, R.S., Rosenau, A.M., Sawchuk, P., Thompson, D.A., Travers, D.A., Bonalumi, N. and Suter, R.E., **Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force**, J Emerg Nurs, sayı: 31, 2005, 39-50.

Gilboy, N., **Emergency Severity Index (ESI), A Triage Tool for Emergency Department Care Version 4**, Implementation Handbook, 2012.

Health Policy Priorities Principal Commitee, **Australian triage process review**, https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/...file/.../australian-triage-process-review.pdf, (10.12.2016.).

Kabaroğlu, K., Eroğlu, S.E., Ecmel Omur, Ö., Denizbaşı, A ve Akoğlu, H., **Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması**, Marmara Medical Journal, sayı:26, 2013, 82-89.

Karaçay P ve Sevinç S., **Acil servislerde triyaj uygulaması**, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, sayı: 4(2), 2007, 9-15.

Küçüköğlu, S., Köse, S., Aytekin, A. ve Kılıç, T., **Acil birimlerde çalışan hemşirelerin triyaj konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi**, J Pediatr Emerg Intensive Care Med, sayı: 4, 2017, 116-122.

Lök, U., **An Observation on Two Hospitals in America**, The Journal Of Academic Emergency Medicine, S.11, 2012, 253-257.

Mackway, K., **Manchester Triag System**, possibility.no/ Dag%20_ plenum _manchester%20triage, (Erişim Tarihi: 10.12.2016).

Manos, D., **Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale**, Canadian Association of Emergency Physicians, S.4(1), 2002, 16-22.

Milli Eğitim Bakanlığı, **Acil Sağlık Hizmetleri Triyaj**, Ankara 2011.

Milli Eğitim Bakanlığı, **Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı**, Ankara, 2011.

Mowery D, Wiebe J, Visweswaran S, Harkema H. ve Chapman WW, **Building an Automated SOAP Classifier for Emergency Department Reports**, Health of National Institutes NIH Public Access. J Biomed Inform S.45(1), 2012, 71.

Murray, M., **Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale Implementation Guidelines**, Canadian Association of Emergency Physicians, S.6, 2004, 421-427.

Ocak,T., **Trijaj Yöntemleri**, <http://slideplayer.biz.tr/slide/2873486/>,(10.10.2016).

Oktay, C., **Afetlerde Hastane Öncesi Müdahale ve Triyaj**, STED, Sayı.4, 2002 S.136.

Oktaç, C., (2006), **İkinci Basamak Sağlık Kurumlarının (Hastanelerin) Acil Servislerinde Çalışan Personelin Görev Tanımları**, Türkiye Acil Tıp Derneği, İzmir.

Öner Şimşek, D., 2018. **triaj sistemlerine genel bakış ve türkiye’de acil servis başvurularını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile belirlenmesi**, Sosyal Güvençe Dergisi, sayı: 13, 2018, 84-115.

Sağlık Bakanlığı, **Acil Triyaj Eğitim Rehberi**, Ocak 2015.

Sağlık Bakanlığı, **Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ**, 16 Ekim 2009.

Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023**, S.29-30, Ankara, 2011.

Söyük, S. ve Arslan Kurtuluş, S., **Acil servislerde yaşanan sorunların çalışanlar gözünden değerlendirilmesi**, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, sayı: 6(4), 2017, 44-56.

Subash, F.D., **Team triage improves emergency department efficiency**, Emerg Med J, sayı:21, 2004, 542–544.

Sungur, E., Aksoy, B., Biçer, S. ve Aydoğan, G., **Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi**, JOPP Derg, sayı: 1(1), 2009, 14-18.

Şahbaz, B., **Göğüs Ağrısı İle Acile Başvuran Hastalara Hemşireler Tarafından Uygulanan Triyajın Retrospektif Olarak İncelenmesi**, Yüksek lisans tezi, Acıbadem Üniversitesi, 2015.

Tarhan, A.M ve Akın,S. **Triyaj Uygulamalarında Hemşirelerin Rollerini**, CBU-SBED, sayı: 3(2), 2016, 170-174.

Tekşam,Ö., **Çocuk Acil Servislerinin Kalabalığına Genel Bakış ve Çözüm Önerisi Olarak Triyaj**, Hacettepe Tıp Dergisi, S.40, 2009, 125-132.

Windle, J., **Manchester Triage System A Global Solution**, www.triage.it/congresso/images/edocs/.../2-J.%20Windle.pdf, (10.12.2016).

Wuerz, R.C., Milne, L.W., Eitel, D.R., Travers, D. ve Gilboy,N, **Reliability and Validity of a New Five-level Triage instrument**, Academic Emergency Medicine: official Journal of the society for Academic Emergency Medicine, sayı:7, 2000, 236-242.

EKLER

Ek 1: Anket Formu Örneği

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, Beykent Üniversitesi tarafından yürütülmekte olan “İstanbul İli Bakırköy ve Çekmece Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğindeki 2. ve 3. Basamak Sağlık Kurumlarında Triyaj Uygulamalarının Sağlık Personeli Açısından Karşılaştırılması” isimli araştırma ile ilgilidir. Bu araştırma çalışması **tamamen akademik bir amaca yönelik** olup, çalışmanın amacı; acil serviste çalışan sağlık personelinin triyaj sistemine bakış açısının değerlendirilmesiyle ilgili veriler elde ederek bu hususta anlamlı bilimsel sonuçlara ulaşabilmektir.

Gönderilecek cevaplar **kesinlikle gizli tutulacaktır**. Birbirine benzeyen ve tekrar gibi görünen sorular araştırma tekniği açısından sorulması zorunlu sorulardır. Dolayısıyla bütün soruların cevaplandırılması, değerlendirmenin sağlıklı yapılabilmesi için büyük önem arz etmektedir. İlginiz için teşekkürlerimizi sunar, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Araştırma Sorumlusu: Prof. Dr. Bahaddin SİNSOYSAL bsinsoysal@beykent.edu.tr

Araştırma Sorumlusu:Sevda POLAT(Y.Lisans Öğrencisi)

polatsevda_60@hotmail.com

Formu Dolduran Hakkında Genel Bilgiler	
Çalıştığınız Kurum :	☐ 2. Basamak Sağlık Kurumu ☐ 3. Basamak Sağlık Kurumu
Yaşı :	☐ 18-30 ☐ 31-40 ☐ 41-50 ☐ 51 ve üzeri
Cinsiyeti :	☐ Erkek ☐ Kadın
Eğitim Durumu :	☐ Sağlık Meslek Lisesi ☐ Önlisans (2 Yıllık)
	☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
Medeni Durumu :	☐ Evli ☐ Bekar
Sağlık Sektöründe Toplam Çalışma Süresiniz (yıl olarak) :	☐ 0-1 ☐ 2-5
	☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21 ve üzeri
Acil Serviste Toplam Çalışma Süresiniz (yıl olarak) :	☐ 0-1 ☐ 2-5 ☐ 6-10
	☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21 ve üzeri
Acildeki Göreviniz :	☐ Acil Tıp Teknisyeni ☐ Paramedik ☐ Hemşire ☐ Doktor
	☐ Diğer Personel
Çalışma Şekliniz :	☐ Yalnız Gündüz ☐ Nöbet ☐ Vardiya
Hastanenizde Uygulanan Triyaj Skalası :	☐ Üçlü Triyaj Skalası ☐ Dörtlü Triyaj Skalası
	☐ Beşli Triyaj Skalası ☐ Triyaj Uygulamıyoruz
Hastanenizde triyajda kim çalışıyor :	☐ Acil Tıp Teknisyeni ☐ Paramedik ☐ Hemşire ☐ Doktor
	☐ Diğer Personel
Trijajda kim çalışmalı:	☐ Acil Tıp Teknisyeni ☐ Paramedik ☐ Hemşire ☐ Doktor
	☐ Diğer Personel
Trijajda çalıştınız mı?	☐ Hayır ☐ Birkaç kez ☐ Ayda birkaç kez
	☐ Haftada birkaç kez ☐ Her gün
Trijaj Eğitimi Aldınız mı? :	☐ Evet ☐ Hayır
Hastanenizde Acil Serviste Hastaların Triyajına İlişkin Deneyim Kazanma Şekliniz :	
☐ Hizmet içi eğitim ☐ Bilimsel literatür ☐ Sertifika programı	
☐ Yurt dışı eğitim ☐ Eğitimimi yok ☐ Yaşayarak / çalışarak ☐ Deneyimim yok	

TRİYAJ KARAR VERME ENVANTERİ

Aşağıdaki sorular triyaj karar verme envanteri ile ilgilidir. Bu ölçekte; (1) Hiç katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Biraz katılmıyorum, (4) Biraz Katılıyorum, (5) Katılıyorum ve (6) Tamamen katılıyorum seçeneğini temsil etmektedir.						
	1	2	3	4	5	6
B1.Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B2.Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B3.Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B4.Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B5.Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B6.Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B7.Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D8.Hastalarla iyi iletişim kurarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D9.Trijaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D10.Trijaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D11.Tedavi edilinceye kadar hastaların sorumluluğunu alırım	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D12.Hastaların şikayetleri ile kendi değerlendirme bulguları arasında bağlantı kurabilirim	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D13.Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D14.Trijaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D15.Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D16.Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D17.Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D18.Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S19.İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S20.İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S21.Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S22.Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S23.İyi yargılama yapabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S24.Geçmiş deneyimlerim karar vermeme kolaylaştırır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S25.Trijaj becerilerime güvenirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E26.Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E27.Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğunu biliyorum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E28.Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E29.Trijaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E30.Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

E31.Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığı konusunda iyi bir fikir edinebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E32.Triyaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E33.Bir kişinin görünüşünden acil bakıma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E34.Triyajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E35.Bir şeylerin kötü gideceğini hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E36.Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E37.Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır	☐	☐	☐	☐	☐	☐



ÖZGEÇMİŞ

02 Ekim 1985 tarihi, Tokat ili Reşadiye ilçesi doğumluyum. İlk orta ve liseyi aynı ilçede tamamladıktan sonra, Gazi Osmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Meslek Yüksek Okulunda, Hemşirelik Bölümünü bitirdim. Bu bölümden 2008 yılında mezun oldum. Mezuniyetim sonrası 2009 yılı mart ayında İzmir Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesine atamam gerçekleşti ve 18 ay kardiyoloji servisinde görev yaptım. 2010 yılı ağustos ayında İstanbul Doktor Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesine yeniden atamam gerçekleşti. Yaklaşık 9 yıldır acil serviste acil hemşiresi olarak görevimi sürdürmekteyim. 2014 yılında Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisansa Başladım.

Özel ilgi alanlarım, amatör olarak fotoğrafçılık yapmak.

Sevda POLAT