

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS)

**ACİL HEMŞİRELERİNİN ÇALIŞMA KOŞULLARININ
BELİRLENMESİ**

NİHAL ÜNALDI

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. ÜLKÜ BAYKAL**

**HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM PROGRAMI**

İSTANBUL-2008

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

22/07/2008
Prof. Dr. Mehmet GÜRTEKİN

Prof.Dr.Emine Kökoğlu
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Hemşirelikte Yönetim
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Nihal Ünalı
Tez Başlığı : “Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi”
Sınav Yeri : İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 14 / 07 / 2008

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.Prof.Dr.Fatma Eti Aslan Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi /Hemşirelik Bölümü Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 2.Yard.Doç.Dr.Ülkü Baykal (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 3.Yard.Doç.Dr.Ayfer Özbaş İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 4.Yard.Doç.Dr.Nihal Esin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 5.Yard.Doç.Dr.Gülbahar Keskin İ.Ü.Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Nihal Ünalı



İTHAF

Anneme, babama, ablama ve biricik kardeşim Ümit'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Eğitim ve öğrenimim boyunca beraber olduğumuz hemşirelik mesleği adına kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarıma,

Benim için kariyer gelişimimde bana yol gösterici olan, sabırlı, anlayışlı, ilgili ve hoşgörülü yaklaşımıyla her zaman arkamda olup bana değerli zamanını ayıran, beni destekleyen, araştırmam boyunca motivasyonum için elinden geleni yapan, kendisini tanımış olmaktan mutluluk duyduğum çok değerli hocam tez danışmanım Sayın Yard. Doç.Dr. Ülkü BAYKAL'a,

Araştırmam sürecinde araştırmamı yapabilmem için bana kolaylık sağlayıp çalışma saatlerimi uygunlaştıran Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşiresi Sayın Aynur ÜLKER başta olmak üzere Acil Sorumlu Hemşiresi Sayın Nermin DORUK ve acil hemşiresi Asuman TÜSÜZ'e,

Araştırma yaptığım hastanelerin acil birimlerinde yoğun bir şekilde çalışmalarına rağmen bana gerekli yardımı sağlayıp, araştırmaya katkıda bulunan acil servis sorumlu hemşireleri ve acil servis hemşirelerine,

Uzakta da olsalar destekleri her zaman aldığım ve kendilerini yanımda hissetmemi sağlayan değerli aileme,

Araştırmam boyunca benden desteğini esirgemeyen, tez yazımında bana kolaylık sağlayacak gerekli şartların oluşturulmasında rol oynayıp her zaman yanımda ve bana çok yardımcı olan Tolgahan TÜRKKAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN	İİİ
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ	Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	İX
ÖZET	X
ABSTRACT.....	Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Temel Kavramlar	3
2.1.1. Acil Kavramı	3
2.1.2. Acil Bakım/Tedavi	3
2.1.3. Acil Tıp.....	4
2.1.4. Acil Tıp Sistemi	4
2.2. Acil Sağlık Hizmeti	6
2.2.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	7
2.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	9
2.2.2.1. Acil Birimlerin Fiziksel Yapısı	10
2.2.2.2. Acil Birimlerin Sınıflandırılması	20
2.2.2.3. Acil Birim Organizasyonu ile İlgili Standartlar	21
2.2.2.4. Acil Birim Hizmetleriyle İlgili Ulusal Düzenlemeler	23
2.2.2.5. Acil Birim Ekibi.....	26
2.2.2.6. Acil Birimde Çalışan Sağlık Üyelerinin Görev Yetki Ve Sorumlulukları ..	27
2.3. Acil Hemşireliği	31
2.3.1. Acil Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi	32
2.3.2. Acil Hemşiresinin Özellikleri	33
2.3.3. Acil Hemşiresinin Görev Tanımı.....	35
2.3.4. Acil Hemşiresinin Sorumlulukları	37

2.4. Hemşirelerin Çalışma Koşulları	39
2.4.1. Hemşirelerin Çalışma Koşullarını Belirleyen Yasal Düzenlemeler	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	41
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA	65
5.1. Sonuçlar ve Öneriler	74
KAYNAKLAR	78
FORMLAR	84
ETİK KURUL KARARI.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	97

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Acil Hemşirelerinin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı.....	45
Tablo 4-2: Acil Hemşirelerinin İş Bulma Süreciyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	47
Tablo 4-3: Acil Hemşirelerinin Oryantasyonu ve Sürekli Eğitimi ile İlgili Bulguların Dağılımı.....	49
Tablo 4-4: Acil Hemşirelerinin Kariyer Gelişimiyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	50
Tablo 4-5: Acil Hemşirelerinin Performans Değerlendirmeye İlgili Görüşlerinin Dağılımı	51
Tablo 4-6: Acil Hemşirelerinin Ödül Ceza Sistemiyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	52
Tablo 4-7: Acil Hemşirelerinin Ücretlemeyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	53
Tablo 4-8: Acil Hemşirelerinin Çalışma Saatleriyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı.....	55
Tablo 4-9: Acil Hemşirelerinin İzinlerle İlgili Görüşlerinin Dağılımı	56-57
Tablo 4-10: Acil Hemşirelerinin İş Sağlığı ve Güvenliğiyle İlgili Görüş.Dağılımı..	59-60
Tablo 4-11: Acil Hemşirelerinin İş Güvencesi ve Sendikal Örgütlenmeyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı	62

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

1. **SB** :Sağlık Bakanlığı
2. **SML** :Sağlık Meslek Lisesi
3. **ATT** :Acil Tıp Teknisyeni
4. **DMK** : 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
5. **ILO** : International Labour Organisation (Uluslararası Çalışma Örgütü)
6. **ABD** : Amerika Birleşik Devletleri
7. **YTKİY** :Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
8. **EMS** : Emergency Medicine System (Acil Tıp Hizmetleri)
9. **EDNA** : Emergency Department Nurses Association
10. **WHO** : World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)
11. **ACEP** : American College of Emergency Medicine (Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği)
12. **JCAHO** : The Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (Sağlık Bakımı Organizasyonları Akreditasyon Ortak Komisyonu)
13. **ANA** : American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
14. **BCEN** : The Board of Certification for Emergency Nursing (Acil Hemşireliği Sertifikalandırma Kurulu)
15. **SANERC** : Semahat Arsel Nursing Education and Research Center (Semahat Arsel Hemşirelik Eğitimi ve Araştırma Merkezi)
16. **İ.Ü.** : İstanbul Üniversitesi
17. **ISO** : International Organization for Standardization (Uluslararası Standart Organizasyonları)
18. **TSE** : Türk Standartları Enstitüsü

ÖZET

Ünaldı, N. (2008). Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim ABD. Yüksek Lisans. İstanbul.

Bu çalışma, yataklı tedavi kurumlarının acil birimlerinde görevli hemşirelerin çalışma koşullarının belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirildi. Araştırmada, literatür desteğinde hazırlanan ve hemşirelerin özlük hakları bağlamında çalışma koşullarını belirlemeye yönelik 72 sorudan oluşan bir soru formu kullanıldı. Araştırmanın örneklemini İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan ve araştırma izni veren dokuz özel hastane ile bir üniversite hastanesi oluşturdu. Etik kurul onayı ve izin alma süreci tamamlandıktan sonra, acil birimlerinde görevli ve çalışmaya katılmayı isteyen 170 hemşireye soru formu dağıtılmış ve 133 hemşireden eksiksiz toplanan formlar, bilgisayar ortamına aktarılarak yüzdelik dağılımları değerlendirildi. Araştırmada; acil hemşirelerinin çoğunluğunun genç, deneyimsiz ve lise düzeyinde eğitilmiş oldukları; iş bulmada sorun yaşamadıkları, sıklıkla kuruma ve birime oryantasyonlarının yapıldığı, düşük eğitilmiş olmaları nedeniyle terfi edemeyeceklerini düşündükleri (%59,4), performanslarının düzenli değerlendirildiği, aldıkları ücretleri yeterli bulmadıkları (%80,4) ve acilde görevli olmaları nedeniyle ek tazminat almadıkları (%75,2), günlük ve haftalık çalışma saatlerinin fazla olduğu ayrıca fazla mesai yaptıkları ve yeterince izin alamadıkları; iş sağlığı birimi hizmetlerinden yararlandıkları (%96,3), acilde çalışmaya başladıktan sonra sağlık sorunları yaşadıkları (%75,2), sıklıkla sözel şiddete maruz kaldıkları (%79,7) belirlenirken; işten çıkarılma düşüncesi yaşadıkları (%75,2) saptanmıştır. Araştırma sonucunda; acil hemşirelerinin özlük haklarıyla ilgili olarak özellikle çalışma saatleri, ücretlendirmeler ve sendikal örgütlenmeler konusunda olumsuzluklar yaşadıkları bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler : Acil Birim, Acil Hemşiresi, Çalışma Koşulları, Özlük Hakları, Çalışma Mevzuatı

ABSTRACT

Unaldi, N. (2008). Determination of Emergency Service Nurses' Working Conditions. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Nursing Management. Master of Science Thesis, İstanbul.

This is a descriptive study, aiming to determine the working conditions of nurses working in emergency units of bedded healthcare establishment. A questionnaire of 72 items regarding nurses' personnel rights was prepared in base of scientific literature. The sample of the study was comprised of nine private hospitals and one university hospital in European side of İstanbul, who gave the permission to conduct the research. After permission and approval of ethical committee completed, 170 nurses working in emergency units and willing to participate, were asked to fill out the questionnaire forms; data from fully completed forms from 133 nurses were entered in the computer and analyzed with the percentage dissociations. At the end of the study, we determined that emergency nurses are young and inexperienced, and mostly have a high school degree; did not experience difficulties in finding job; usually had an orientation program in the hospital and the unit; they think that they can not promote (59,4%) due to their lower education; their performances are being constantly assessed; they think their payment is not enough (80,4%) and they do not have an extra payment for emergency unit (75,2%); their daily and weekly working schedule is very intense and cannot have much free time; they benefit from occupational health services (96,3%); they experienced health problems after starting to work in emergency room (75,2%); they were often exposed to verbal violence (79,7%); and they are concerning about losing their job (75,2%). In conclusion, it can be stressed that emergency nurses experience some negativities on working hours, payment and unionization, regarding employee personnel rights.

Keywords: Emergency unit, emergency nurse, working conditions, employee personnel rights, working legislations

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Organizmanın işlevlerini, bütünlüğünü bozan etkilere karşı vücudun geliştirdiği düzeltici ve önleyici yanıtların yetersiz kalışı çeşitli hastalık ve yaralanmaların gelişmesine yol açmakta ve bunların tedavi edilmemesi sonucunda yaşamı tehdit eden bir takım durumlar ortaya çıkmaktadır. Yaşamı tehdit eden bu durumların ortaya çıkması ile birlikte aciliyet kavramından söz edilmeye başlanır (Eti Aslan 1998; Özşahin 2005).

Acil kavramı, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünü bozan ve yaşamsal tehlikeye eğilimli durumdaki hasta ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın acilen verilmesi anlamını taşımaktadır (Babadağ 1990; Kılıç 1994).

Acil hizmeti; sağlığı herhangi bir nedenle bozulmuş bir kişinin, o andaki sağlık durumunun daha kötüleşmesini engelleyecek önlemlerin alınması ile hastayı uygun bir sağlık kuruluşuna göndermeyi kapsayan, hekimin kontrolünde yardımcı sağlık personeline uygulanan ve çalışma koşullarında da kendine özgü farklılıkları ve sorunları olan bir sağlık hizmetidir (Türkan ve Tuğcu 2004).

11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayımlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre Acil Sağlık Hizmetleri:“Acil sağlık konusunda eğitim almış sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbi araç ve gereç desteği ile sunulan ve ülke genelinde Genel Müdürlüğün ilgili birimi aracılığı ile tek elden planlanan, idare ve koordine edilen hizmetler” olarak belirtilmiştir (Madde 4).

Acil sağlık hizmetlerinin amacı, hastalanma veya yaralanma hallerinde gereken tıbbi müdahaleyi en erken zamanda başlatmak, gerekiyorsa en uygun merkeze, doğru şekilde göndermek, acil durumlara bağlı ölümleri ve sakatlanmaları en aza indirmektir (Özşahin 2005).

Acil birimler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım arayan her hastanın değerlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli bulundurmak zorundadırlar. Uygun tıbbi bakım, günün 24 saati, haftanın 7 günü verilmelidir. Acil birimin diğer birimlerle uyumlu çalışan ayrı bir bölüm olarak, kabulü acil birimdeki hasta bakım kalitesinin arttırılmasında en önemli basamağı

oluşturmaktadır. Acil birime başvuran hastalara verilecek acil hizmet; acil birimde bulunan, acil tıp konusunda eğitilmiş ve yeterli deneyime sahip sorumlu bir uzman hekim, acil tıp uzmanı ve acil hemşiresi tarafından sağlanmalı ve bu hizmet diğer destek hizmet personelleri tarafından tamamlanmalıdır (Kılıç 1994; Ersoy ve ark. 2002).

Acil hemşiresi, tanı konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısı konumundadır. Acil hemşiresinin zamanının sınırlı olması, buradaki hastaların durumunun aciliyeti, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, acil bakımdaki olanakların kısıtlılığı vb gibi faktörler acil hemşiresinin görevlerini karmaşık ve stresli bir hale getirmektedir (Kuğuoğlu 2004; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Ulusal literatürde acil birimlerle ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, bu konuda yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada acil birimlerin genel özellikleri, acil hemşiresinin iş doyumu, hasta doyumu, stres yönetimi vb konuların ele alındığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada ise, acil hemşirelerinin stres yaşama, iş doyumu ve tükenme vb durumlarını önemli ölçüde etkileyen çalışma koşullarının belirlenmesi düşünülmüştür. Acil birimlerin verdiği hizmetin özelliğinden dolayı hemşirelerin çalışma koşullarının iyileştirilmesi hizmetin kaliteli sunulmasının yanısıra çalışan memnuniyeti, motivasyon, performans artışı, verimlilik vb olumlu sonuçların ortaya çıkmasını da etkileceği söylenebilir.

Bu doğrultuda araştırmada, özellikle ulusal ve uluslararası çalışma mevzuatı (İş Kanunu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu (DMK) ile Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)'nün hemşirelerle ilgili tavsiye kararları) esas alınarak özlük hakları bağlamında acil hemşirelerinin iş bulma ve yerleşme, oryantasyon, sürekli eğitim, ücretlendirme, çalışma saatleri, izinler, kariyer gelişimi, performans, iş sağlığı ve güvenliği gibi çalışma yaşamına ilişkin koşulları belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmada; acil hemşirelerinin çalışma koşullarının özlük hakları bağlamında belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Temel Kavramlar

2.1.1. Acil Kavramı

Organizmanın işlevlerini, bütünlüğünü bozan etkilere karşı vücudun geliştirdiği düzeltici ve önleyici yanıtların yetersiz kalışı çeşitli hastalık ve yaralanmaların gelişmesine yol açmakta ve bunların tedavi edilmemesi sonucunda da yaşamı tehdit eden bir takım durumlar ortaya çıkmaktadır. Yaşamı tehdit eden bu durumların ortaya çıkması ile birlikte acil kavramından söz edilmeye başlanır (Eti Aslan 1998; Özşahin 1999).

Konuyla ilgili literatür incelendiğinde acil kavramının farklı boyutlarla ele alındığı görülmektedir.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre acil; “hemen yapılması gereken, ivedi, ivedili, müstacel” şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu Erişim 21.09.2007 <http://www.tdk.gov.tr/TR/SozBul.aspx?>).

Acil terimi; geciktirilmemesi, sonraya bırakılmaması , ivedilikle yerine getirilmesi gereken şeyler için kullanılan bir terimdir (Kılıç 1994).

Tıp biliminde acil ise “hastanın zaman kaybetmeden tıbbi bakımı ve müdahale gereksinimini” anlamına gelir (Akbulut 2003).

Bazı organ ve sistemlerin fonksiyonlarındaki bozulmaya, organizmanın uzun süre tahammül edebilmesi mümkün değildir. Organ ve sistemlerdeki bu tür bozukluklara acil durum denir (Özşahin 1999).

Tanımlardan da görüldüğü gibi acil kavramı, sağlık açısından insan yaşamını tehlikeye sokan zaman kaybedilmeden müdahale edilmesi gereken, geciktirilemeyen, ertelenemeyen durumları içermektedir.

2.1.2. Acil Bakım/Tedavi

Acil bakım kavramı; sağlıklı bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü bozan, yaşamını tehdit altına alan durumlarda bireyin ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi

bakımın zaman kaybedilmeden verilmesi anlamını taşımaktadır (Babadağ 1990; Özşahin 1999).

11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayınlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre acil tedavi, "hastaneler ile diğer sağlık kurum ve kuruluşlarında acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin bütünü" şeklinde tanımlanmıştır.

2.1.3. Acil Tıp

Acil tıp, kişilerin karşılaştıkları sağlık sorunlarında ölümleri ve kalıcı sakatlıklarının önlenmesinde gerekli olan hızlı müdahale ve hızlı karar vermeyi içeren bir bilim olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım, akut hastalıklarda ve yaralanmalarda özel eğitilmiş sağlık ekibi tarafından hastanın stabilizasyonu, değerlendirilmesi, tedavi ve uygun birimlere yönlendirilmesini sağlamaya yönelik tüm çabaları içerir. Acil tıp hem acil birimlerde hem de hastane öncesi verilen hizmetleri kapsamaktadır (Karcıoğlu ve ark. 2002, http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008).

Acil tıp kavramı, daha çok tıbbi, teknik ve diğer olanaklar ile acil tıp bilgilerinin iyi bir sistem programı içinde uyumlu ve örgütlü bir şekilde, acil hasta ve yaralıların hizmetine çağdaş bir anlayış ve modern tıp uygulamaları şeklinde sunulması şeklinde de tanımlanmaktadır (Aydın 2006).

Acil tıbbın uygulama yeri öncelikle acil birimler olup; bu birimlerde olağanüstü hazırlık amacıyla ve Acil Tıp Hizmetleri Sistemini (Emergency Medicine System-EMS)'nin oluşturulması gerektiği vurgulanmaktadır (Karcıoğlu ve ark 2002).

2.1.4. Acil Tıp Sistemi

Acil tıp sistemi, acil bir olayın bildirilmesinden başlayarak kesin bir tedavi verilmeye kadar yerinde acil hasta bakımının sağlanmasını gerektirir. Acil bakım sistemi hasta ve yaralılara en iyi acil bakımı en kısa zamanda vermek için birlikte çalışan çeşitli bölümlerden oluşmaktadır. Güvenli ve etkin acil bakım sistemlerinin kurulmasında, öncelikle güçlü acil birimlerin oluşturulması gerekmektedir. Acil bakım sistemlerinde acil tıp hekimi, acil tıp teknikeri, acil bakım hemşiresi, hastane yönetimi

ve üst düzey merkezi organizasyonlarının uyumlu çalışmalar göstermeleri gerekir (Soysal ve ark. 2003).

Acil tıp hizmetleri, dünyada Anglo-Amerikan ve Franko-German olarak 2 model üzerine kurulmuştur: (http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008).

Anglo-Amerikan Modeli: Dünyada yeni açılan birçok acil tıp sistemi Anglo-Amerikan modelini benimsemektedir. Bu modele göre hastaların daha yüksek kalitede bakım alabilmeleri için, hastanelere taşınarak acil bakım almaları sağlanmaktadır. Bu modelde, ambulans ve acil bakım teknisyenleri (paramedikler), olay yerinde acil tıp hizmetini başlatıp, kritik hastaları veya yaralıları hastanelerdeki acil birimlere taşımaktadır. Acil birimlerde ise acil ekibi hastaya ileri bakımı vermektedir. Acil birimde bu konuda özel ve ayrı bir eğitim almış alanında uzman acil sağlık ekibi çalışmaktadır. Belçika, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, İrlanda, İtalya, Malta, Polonya, Romanya, Slovenya, İngiltere bu modelin uygulandığı ülkelerdendir. (Fleischmann et al. 2007 <http://www.blackwell-synergy.com/toc/emm/19/4> Erişim 15.03.2008).

Türkiye ise, gerek hastane öncesi gerekse hastanelerdeki acil birim hizmetlerinde Anglo-Amerikan modeli olarak bilinen bu modeli ambulanslarına ve acil servislerine yerleştirmeye çalışmaktadır.

(http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008).

Franco-German Modeli: Birçok ülke Franco-German modelini benimsemiştir. Bu modelde, hastaya olay yerinde müdahale edilmekte ileri bakım sağlamak için acil ekibi ve acil bakım için tıbbi donanım olay yerine taşınmaktadır. Bu modelde, acil ekibi hastane öncesinde genellikle resusitasyon ve ağrı kontrolü vb acil bakım hizmetini üstlenmektedir. Bu modelde hastalar, doğrudan olay yerinden yataklı birimlere yatırılmaktadır (http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008). Almanya, Fransa, İsveç gibi ülkeler bu modeli benimseyen ülkelerdendir. (Fleischmann et al. 2007 <http://www.blackwell-synergy.com/toc/emm/19/4> Erişim 15.03.2008).

2.2. Acil Sağlık Hizmeti

Acil birim, yaşamı tehdit altında olan bireye zaman kaybedilmeden tıbbi müdahale ve bakımın yapıldığı yer olarak ele alınmaktadır (Yıldırım 1994; Akbulut 2003).

Diğer bir tanıma göre acil birim, insan için acil durum geliştiğinde başvurulacak, zamanında ve gerekli müdahaleler ile hayatın devam ettirileceği yerler olarak belirtilmektedir (Taşkın 2002).

Acil birim, fiziksel ve ruhsal bütünlüğü bozulmuş kişilerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla özel olarak düzenlenmiş ve gerekli hizmeti sunacak uzmanlaşmış sağlık çalışanlarının bulundurulduğu birimlerdir. Bu birimler hizmetin, özelliği nedeniyle hastanenin en önemli birimlerinden birisini oluşturmaktadır (Sağ 1996; Baykal 1999; Kanan 2002).

24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000)'ne göre; "Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servisler" olarak tanımlanmıştır.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2000)'ne göre Acil Sağlık Hizmetleri ise: "Acil sağlık konusunda eğitim almış sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbi araç ve gereç desteği ile sunulan ve ülke genelinde Genel Müdürlüğün ilgili birimi aracılığı ile tek elden planlanan, idare ve koordine edilen hizmetler" olarak belirtilmiştir.

Acil sağlık hizmeti; sağlığı herhangi bir nedenle bozulmuş bir kişinin, o andaki sağlık durumunun daha kötüleşmesini engelleyecek önlemlerin alınması ile hastayı uygun bir sağlık kuruluşuna göndermeyi de kapsayan, sağlık ekibi tarafından uygulanan ve çalışma koşullarında kendine özgü farklılıkları ve sorunları olan bir sağlık hizmet türüdür (Türkan ve Tuğcu 2004).

Acil sağlık hizmetleri; uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365 günü, hafta sonları dahil günün 24 saati aksamadan sunulan; hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayet ve istemlerini ilk planda, hızla çözebilecek bir alt yapıya ve temel sorunu

belirleyerek tedavi edebilecek donanıma sahip, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren hastalara müdahale eden sistemin bütünü olarak değerlendirilebilir (Taşkın 2002).

2.2.1. Acil Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Bireylerin kaza ve felaketlerde acil sağlık sorunlarını çözümlmek için girişimlerde bulunmaları çok eski zamanlardaki savaşlara kadar uzanmaktadır. Savaşlar, acil müdahale gereğinin yoğun şekilde ortaya çıktığı durumlardır. Bu savaşlarda hasta ve yaralıların bakım ve taşınmasına yönelik geliştirilmiş organizasyon örnekleri, acil hizmet örgütlenmeleri olarak ele alınmaktadır. Acil sağlık hizmetleri, 1870’li yıllarda Fransızlar’ın yaralı askerlerini hekimlerin tedavi edebileceği savaş alanından uzak bir bölgeye taşınmalarıyla başlamıştır. Bu, acil tıp hizmetlerinin belgeli başlangıcı olarak da kabul edilmektedir (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 25.05.2007).

II. Dünya Savaşı sonrası, savaş sırasındaki yoğun hasta ve yaralı başvurusundaki deneyimlerin ışığında acil sağlık sistemleri kurulmaya başlanmıştır. Kore Savaşındaki deneyimler mobil hastaneler, acil yardım ve ambulans ekipleri gibi acil sistemlerin ve birimlerin sivil hayatta da kurulması gerekliliği fikrini ortaya çıkarmıştır. Özellikle I. ve II. Dünya Savaşları, Kore ve Vietnam Savaşı ile ülkelerin kendi içlerinde oluşan terör olayları, değişik türde yaralanmalar ve doğal afetlerin gelişmesinin yanı sıra, travmaların ölüm nedenleri arasında dördüncü sırayı, sakatlıkların da birinci sırayı alması ayrıca diğer acil hastaların ilk tedavilerinin yapılamamasına bağlı ölüm oranının yüksek düzeye ulaşması gibi durumlar acil sağlık hizmetlerinin kurulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır

(http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD), 1960’larda hizmet vermeye başlayan modern acil tıp hizmetlerini kurarak, acil tıp hizmetleri standartlarının yükseltilmesine ve hastane öncesi acil bakımın kalitesinin artırılmasına yardımcı önemli katkılar sağlamış, ayrıca acil tıp teknisyeni (ATT) kurslarının temelini de atarak, bu alanda uzmanlaşmayı başlatmıştır

(http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Teknik Grubu tarafından 1979’da yayınlanan Acil Tıp Servislerinin Planlanması ve Organizasyonu bülteninde, gelişmekte olan ülkelerin

eğitim programları içerisine acil eğitiminin verilmesi önerilmekte, yalnız tıp fakültesi öğrencilerinin değil, aynı zamanda tüm sağlık personeli, kamu kesimi ve halkın da ilk yardım konusunda eğitilmesinin önemi vurgulanmaktadır (Yıldırım 1994).

Ülkemizdeki acil sağlık hizmetlerinin gelişiminin 1898'den sonra Gülhane'ye gelen Alman hekimlerin sıhhiyelik eğitimine önem vermesiyle başladığı görülmektedir. Bu yıllarda Türk ordusunda yaralı tedavisi sağlık erleri ve hekimler tarafından yapılmaktadır. O yıllarda İngiltere Savunma Bakanı Sidney Herbert, Florence Nightingale'den bir hemşire ekibi kurarak Türkiye'ye gitmesini istemiştir. Bunun üzerine Florence Nightingale ve ekibi İstanbul'a gelmiştir. Florence Nightingale ilk başlarda hastane yöneticileri ve hekimler tarafından olumsuz bir ön yargıyla karşılanmış fakat daha sonra yaralı ve hasta askerlerin nakli, iş yüklerinin artması ve zorlaşması nedeniyle hekimler onunla iş birliği yapmışlardır. Florence Nightingale'in burada sergilemiş olduğu bakım yöntemleri, hasta ve çevresi ile iletişimi farklılık yaratmış ve modern hemşireliğin temellerinin ülkemizde atılmasını sağlamıştır. Ayrıca 1908 Meşrutiyet'ten sonra Uluslararası Kızılhaç örgütü ülkemizde gönüllü yardım şubelerinin açılmasına katkı sağlamıştır (Şentürk 2006; Özaydın 2001).

Acil tedavi ve ilk yardım konusunda hemşire yetiştirmek amacıyla 1911'de Besim Ömer Paşa altı aylık bir hemşirelik kursu düzenlemiştir. Aynı yıl Hilal-i Ahmer (Kızılay) adında, İstanbul Aksaray yangınında görevlendirilmek üzere ilk yardım ekipleri kurulmuş, aşocağı açılmış, evleri yananlara barınma olanağı sağlanmış, yaralı ve hastalar tedaviye alınmıştır. Böylelikle ülkemizde ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilmektedir (Şentürk 2006; Özaydın 2001).

Acil ve kaza servislerine başvuruların sayısının hızla artması ve savaşların getirdiği tıbbi deneyimler ilk yardımın önemini ortaya koymuş, insanların bilinçlenmesi ve gelişen tıbbi teknoloji, acil sağlık hizmetlerinin gelişmesinde önemli rol oynamıştır. 1960'lı yıllarda ise, acil birimlerin hastane planları ve yaşam destek üniteleri kritik hastaları içine alacak şekilde planlanmıştır. 1960 ve 70'li yıllarda acil birim ve ambulans merkezleri gelişmeye başlamış, bu gelişme günümüzde de devam etmektedir. (http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008)

Türkiye 1993 yılına kadar, acil sağlık sistemi açısından “gelişmemiş ülkeler” arasında görülmüştür. Türkiye’de acil tıbbın gelişimi gerçek anlamda 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi’nin daveti ile Türkiye’ ye gelen ABD’ li bir Acil Tıp Uzmanı olan

Dr. John Fowler'ın, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Birimi'nde çalışmaya başlaması ile olmuştur. Dr. John Fowler' ın etkin çabaları sonucu 1993 yılında “Acil Tıp Uzmanlığı” ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl Türkiye’de Dokuz Eylül Üniversitesi ve Fırat Üniversitesi olmak üzere iki üniversitede acil tıp anabilim dalı kurulmuştur. Bu dönemdeki ilerlemeler;

(http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/aciltipgelisim.pdf Erişim 04.04.2008).

1993: İlk ve Acil Yardım (Acil Tıp) yeni bir uzmanlık dalı olmuş,

1993: Acil Tıp Teknikeri eğitim programı başlamış,

1993: Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesi İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalları açıldı ve uzmanlık eğitimi vermeye başlamış,

1994: Hastane Öncesi Hizmetlerde 077 Hızır Acil’ den “112 Acil Yardım ve Kurtarma” ya geçilmiş,

1995: Acil Tıp Derneği kurulmuştur.

1998: Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği tarafından ülkemizin tüm bölgelerinde düzenlenen Travma Resüsitasyon Kursu veya bilinen adı ile TRK 03.06.2004 tarihinde T.C Sağlık Bakanlığı’nın onaylanan ‘Acil Hekimliği Uygulama Yönergesi’ gereği Acil hekimlerine zorunlu hale getirilmiştir (<http://www.travma.org.tr/kurs/htt-trk.asp> Erişim 12.07.2008).

2.2.2. Acil Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Birçok ülkede acil birimlerin planlanması ve genel sağlık hizmetleri içinde sunumu ülkelerin kendi bünyesinde oluşturmuş olduğu standartlara uygun bir şekilde düzenlenerek yürütülmektedir.

Acil yardım ve kurtarma hizmetleri bazı ülkelerde itfaiye, polis, ambulans üçgeninde organize edilmektedir. Acil durumlarda polis, olay yerinde güvenliği sağlamak, gerekli adli kayıtları tutmak ve delilleri toplamak; itfaiye, yangınla mücadele ve kurtarma işlemleri; ambulansda bulunan sağlık ekibi ise yaşam desteğini sağlamak ve yaralıyı uygun hastaneye nakletmekle görevlendirilmiş bulunmaktadır (Özşahin 2005).

Bazı ülkelerde ise, acil hasta ve yaralıya yaşam kurtarıcı müdahalenin sağlanabilmesi için vatandaşın da rol aldığı uluslararası bir model olan; olaya ilk tanık olan kişiden

başlayıp hastane acil birimine kadar uzanan bir “Acil Yardım Zinciri” oluşturulmuştur. Bu zincir beş halkayı içermektedir. Bunlar; (Hatipoğlu 1994; Özşahin 2005).

Yaşam Kurtaran Müdahale: Olaya ilk tanık olan kişinin ilk anda yapması zorunlu olan işlemleri kapsamaktadır (elektrik çarpmasında şalterin kapatılması gibi) (Özşahin 2005).

Yardım Çağırma: Olaya tanık olan kişinin ilgili birimlere bilgi vermesini içermektedir (Yangında itfaiyenin aranması gibi) (Özşahin 2005).

Yardım Bekleme: En gelişmiş sistemlerde bile uzman yardımın gelmesi en az beş dakika gibi bir zamanı gerektirmektedir. Bu süre boyunca hasta ve yaralının yalnız bırakılmaması yangın gibi zorunluluk yoksa yerinde bırakılması, uygun pozisyonun verilmesi basit müdahalelerin (kanamaya tampon yapılması gibi) uygulanması ve en önemlisi psikolojik destek sağlanması gerekmektedir (Özşahin 2005).

Ambulans Ekibi: Hekim, diğer sağlık personelleri ve şoförün görev aldığı ambulans ekibi, hastanın stabilizasyonu sağlamak ve ilk müdahalesini gerçekleştirip ilgili sağlık kuruluşuna naklinden sorumludur (Özşahin 2005).

Hastane: Hastaneye ulaşan her hastanın kaydedilmesi, stabilizasyonu, hızlı tanı ve tedavisini yapmak veya ilk müdahale ve hastanın stabilizasyonu sağlanmasından sonra uygun hastaneye gönderilmesinden sorumludur (Özşahin 2005).

Acil sağlık hizmetlerinin amacı, hastalanma veya yaralanma hallerinde gereken tıbbi müdahaleyi en kısa zamanda başlatmak, gerekiyorsa en uygun merkeze doğru şekilde nakletmek ve acil durumlara bağlı ölümleri ve sakatlanmaları en aza indirmek şeklinde belirtilmektedir (Özşahin 2005).

Acil sağlık zinciri, acil yardım ve kurtarma işlemi ile başlamakta, taşıma ,acil bakım ve rehabilitasyon hizmetleri ile devam etmektedir. Bu sistem, oldukça karmaşık olup sistemin iyi işlemesi için zincirin tüm halkalarının eksiksiz çalışması gerekmektedir (Özşahin 2005).

2.2.2.1. Acil Birimlerin Fiziksel Yapısı

İnsanlar içinde bulunduğu fizik çevreyle sürekli etkileşim halinde yaşamaktadır. Günümüzde insanlar yaşamlarının önemli bir kısmını iş yerlerinde geçirmekte

olduğundan, çalışma alanlarının uygun düzenlenmesi, hizmet verilen bireyler ve çalışanlar açısından doyumlu olmayı etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle acil birimlerin fiziksel yapısının planlanmasında, çalışanların görüşleriyle birlikte, toplumun gereksinim ve olanaklarının da göz önüne alınması gerekmektedir. Acil birimler oluşturulurken ülke gerçekleri göz önüne alınarak ünitenin büyüklüğü, yeri, çalışacak personel sayısı, araç-gereçlerin neler olacağı belirlenip gerekli planlamalar yapılmalı ve organize edilmelidir (Kılıç 1994; Sağ 1996; Eti Aslan 1998).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda, acil birimlerin nitelik ve nicelik açısından gereksinimleri karşılayacak düzeyde olmadığı ve var olanların büyük çoğunluğunun fiziki yapı, araç-gereç ve çalışanlar açısından yetersiz olduğu belirtilmektedir (Sağ 1996).

Türkiye’de acil birimlerin mimarı standardı henüz yasal bir düzen içerisinde oluşturulmamıştır. Acil Tıp Derneği, acil birim standartlarına bilimsel veriler ışığında yaklaşılması ve dünyadaki acil tıp hizmetleri ile ilgili sistemlerin araştırılarak Türkiye koşullarına uyarlanmasını önermektedir (Kanan 2002; Sağ 1996).

24 saat hizmet veren bir acil birimin planlanması için hasta bakım kalitesini ve akışını arttırmak, çalışanların rahat edebilmeleri ve hasta ve yakınlarına kolaylık sağlayabilmek adına bilimsel değerler ve kurallar dikkate alınmalıdır (Kanan 2002). Acil birimler planlanırken; göz önünde bulundurulması gereken bazı noktalar aşağıdaki şekilde belirtilebilir:

Yıllık hasta sayısı ve hastaların niteliği: Yıllık hasta sayısı ve bu hastaların niteliği acil biriminin nasıl düzenleneceği konusunda yol göstermektedir. Birimin kurulacağı alan göz önüne alınırsa acil birimler üç farklı şekilde düzenlenebilir:

-Arena tarzında; ortada bir çalışma bankosu etrafına dağılmış, bakım ve tedavi odaları bulunmaktadır. Bu düzenlemenin en iyi yönü hastaların çalışma bankosundan gözlenebiliyor olmaları iken, kötü yönü gizliliğin azalması ve gürültünün fazla olması önüne geçilememesi şeklinde belirtilmektedir (Eti Aslan 1998).

-Modüler tarzda; ana merkez alanı arena tarzında iken, diğer spesifik tedavi alanları bu arenanın modüllerine yerleşmiş şekildedir. Bu düzenleme hizmet kapasitesi fazla olan acil birimler için uygun bir model olarak önerilmektedir (Eti Aslan 1998).

-*Koridor tarzında ise*; acil birim geniş bir koridor üzerine kurulmakta ve bu koridorun her iki tarafında çeşitli birimler ve tedavi odaları yerleştirilmektedir. Ortada olması gereken çalışma bankosu bu koridorun ortasında veya sonunda olacak şekilde yerleştirilmektedir (Eti Aslan 1998).

Acil birimin kurulması için ayrılan bütçe: Birimin kurulmasında en önemli konulardan biri de ayrılan bütçenin miktarıdır (Özşahin 2002). Yeterli bütçenin ayrılması durumunda birimin istenen nitelik ve donanımda olması sağlanacaktır.

Acil birimin yeri: Diğer birimlerle rahat ve hızlı bağlantı kurulması bakımından acil birimin, sağlık kurumunun merkezi bir yerinde olması önerilmektedir. Bu nedenle zemin katlar acil birimler için en uygun yerlerdir. Durumu kritik olan hastaların sedye üzerinde uzun yol almamaları için kolay ulaşılabilen yerlerde yer almalıdır. Özellikle hastanenin bir köşesi bu iş için ayrılmalıdır. Ayrıca hastanın hızlı hizmet almalarını sağlamak için radyoloji, ameliyathane ve yoğun bakım gibi birimlere yakın bir konumda olması gerekmektedir (Sağ 1996; Kılıç 1994).

Acil birimin yatak sayısı: Acil birimler düzenlenirken hizmet kapasitesi açısından yatak sayısı da hesaplanmalıdır. Bu hesaplamada; yıllık hasta sayısı ve bunların ortalama yatış süreleri göz önüne alınabilir veya acil olmayan ve acil olan vakaların oranlanmasına göre yatak sayısı hesaplanabilir. Yataklar, oda veya koğuş sisteminde göre ayarlanabilir (Eti Aslan 1998).

Hastane kayıtlarından yıllık ortalama hasta sayısı belirlendikten sonra, acil birimin yatak kapasitesi hesaplanmalıdır. Yatak sayısı belirlendiğinde, birim için gereken alan genişliğinin toplam hacmi de belirlenmektedir. Yatak sayısı, yıllık hasta sayısına ve bunların ortalama kalış süresine göre ayarlanmalıdır (Eti Aslan 1998).

Acil birimden ilgili bölümlere yapılacak hasta naklinin gecikmesi durumunda acil birimler hastaları tutma veya alıkoyma, gözleme gibi diğer işlevleri de sunacaksa hesaplanan yatak sayısına ilave yataklar da belirtilmelidir. Her acil yatağı için 50 m²'lik acil olmayan yataklar için 40 m² alan olmasına dikkat etmek gerekmektedir. Yatakların yerleşimi ise, ayrı odalar veya koğuş sistemine göre düzenlenebilmektedir (Eti Aslan 1998).

Acil birim için ayrılan alanın büyüklüğü: Acil birim planlanırken dikkate alınması gereken önemli konulardan biri de, acil birim için ayrılan tüm alandır. Acil

birim, sadece hastalara acil müdahelenin yapıldığı tedavi alanıyla sınırlı olmayıp hastanın ve yakınlarının ulaşım ve diğer gereksinimlerini karşılamak için de gerekli alanı kapsamaktadır. Acil birim planlamalarında, toplam ayrılacak alan belirlendikten sonra, acil birim hizmet özelliklerinin gerektirdiği tipteki odalar ve alanların tümü kullanıma uygun şekilde sıralanmalıdır.

Acil birimin bölümleri; giriş, triaj alanı, dekontaminasyon odası, güvenlik/polis, kayıt ve halkla ilişkiler odası, hasta ailesiyle görüşme odası, bekleme salonu, laboratuvarlar, hemşire bankosu, psikiyatrik hasta bakım odası, muayene ve tedavi odaları, alçı odası, resüsitasyon odası, yoğun bakım odası, radyoloji ünitesi, hasta bakım odaları, özel muayene odaları (KBB, göz, jinekoloji vb), ameliyathane, uzman odaları, personel dinlenme, kişisel dolap ve soyunma odaları şeklinde sıralanmalıdır (Eti Aslan 1998; Kılıç 1994; www.acilveilkuyardim.com/araştırmalar/acilservismimarisi Erişim 24.05.2006).

Acil Girişi: Acil serviste ambulans ve acil olmayan hasta girişinin yapıldığı kapılar farklı olmalıdır. Ambulansla gelen hastaların, ayaktan gelen hastalarla ayrı girişleri kullanması durumunda ambulans girişi ve manevra alanı diğer hasta ve yakınları tarafından işgal edilmemiş olur ve girişin sürekli olarak boş kalması sağlanır. Ambulansın hastayı indirip acil servise bırakması kolay olmalı, manevra yapmasına gerek kalmayacak şekilde tek yönlü trafik akışı sağlanmalıdır. Sedyeler veya tekerlekli sandalyeler ile hastaların rahatlıkla içeri alınabilmesi için, giriş ile zeminin aynı seviyede olmasına da dikkat edilmelidir. (Kılıç 1994; Sağ 1996; Eti Aslan 1998; Özşahin 2002; Aydın 2006).

Acil birimin ana giriş kapısı, konum olarak iyi belirlenmiş bir yerde olmalı, dışardan kolayca görülebilecek bir şekilde ve gece iyi aydınlatılmış olmalıdır. Giriş kapısı civarında hasta getiren araba ve ambulansların geçici olarak bekleme yapabilecekleri otopark bulundurulmalı, hemen girişte sedyeler ile tekerlekli sandalyelerin bulunacağı boş bir alan olmalıdır. Giriş, hastalar, hastane çalışanları ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebilecekleri kadar geniş, iyi aydınlatılmış bir konumda olmalıdır. Etrafta gereksiz eşyalar bulundurulmamalı, giriş kapıları hasta ve yakınlarının açmak için uğraşmayacağı şekilde otomatik açılıp kapanabilir tarzda olmalı, acil servis içindeki kapılar aynı anda iki sedyenin geçebileceği genişlikte, hatta sedyelerin yanında asılı serum şişeleri, seyyar monitör ve respiratör cihazlarının olabileceği düşünülerek

genişlik ona göre ayarlanmalıdır (Kılıç 1994; Sağ 1996; Eti Aslan 1998; Özşahin 2002; Aydın 2006).

Girişte hastayı getiren ambulans ve acil bakım teknikerlerinin kayıt işlemleri yapabilecekleri boş bir alan veya oda bulunmalıdır. Giriş kapısı, doğrudan triyaj alanına açılmalı, triyaj alanı hastaların durumlarını ve aciliyet derecelerini ayırt etmeye izin verecek büyüklükte ve konumda olmalıdır. Acil bakım gerekli ise, hasta direkt olarak uygun muayene ve tedavi alanına alınabilmelidir. Hasta bekleme durumunda kalacaksa, bekleme alanına veya bakım verilen alana hemen ulaşabilecek şekilde gönderilebilmelidir (Kılıç 1994; Sağ 1996; Eti Aslan 1998; Özşahin 2002; Aydın 2006).

Triaj alanı: Triaj alanı, hastaların kısaca şikayetlerinin, ilk yaşamsal bulgularının alındığı ve aciliyet durumuna göre ayrıldığı bölümdür. Triaj alanı, hastaların veya yakınlarının kolayca fark edebilecekleri ve kolaylıkla ulaşılabilir bir konumda olmalıdır. Acil birime ayaktan başvuran hastalar da triyaj alanında değerlendirilebilmelidir. Burada, hastanın gereksinim duyduğu bakım düzeyine karar vermek için kısa bir hasta tanılama yapılmalıdır. Bu bölümün acil müdahale ve bekleme alanlarına da komşu olması ve bu alanda tekerlekli sandalye ya da sedye bulundurulması gerekir. Bu alanın standartlarda 50–150 m² arasında olması gerektiği belirtilmektedir. Burada acil birimin güvenliğini sağlayan görevlilere hemen haber vermeyi sağlayan panik düğmesi de bulunmalıdır. Hastanenin diğer birimlerle arasında bağlantıyı sağlayan bir iletişim sistemi kurulmalıdır (Eti Aslan 1998; www.acilveilkyardim.com/araştırmalar/acilservismimarisi, 24.05.2006).

Dekontaminasyon (Hasta Yıkama) Odası: Savaşlarda veya endüstride radyoaktif madde ile kontamine olan ve organofosfatlar ile zehirlenen kişilerin, doğrudan alındığı bir odadır. Aynı anda birkaç hastaya birden yanıt verebilecek kapasitede olması gereken bu odada resüsitasyon ile tedavi ekipmanının yanı sıra en önemli özelliği duş şeklinde akan suyunun olmasıdır. Getirilen kişi veya kişiler önce bu odada yıkandıktan sonra ileri tedavileri başlatılmalıdır. Bu bölümün drenaj suyu, özel kaplarda saklanmalı, normal drenaj sistemine doğrudan akıtılmamalıdır. Akan suyun bulunması ve diğer hastalardan uzak bir bölüm olması gerektiğinden hastane morgunun bu amaçla kullanılması da önerilmektedir (Ersoy ve ark. 2002; Aydın 2006).

Güvenlik /Polis: Son yıllarda yapılan istatistiklere göre acil personeline karşı oluşan şiddet gün geçtikçe artmaktadır. Acil birim içinde güvenlik açısından en riskli

bölge, triyaj alanı ve çevresidir. Bu nedenle, bu bölgenin kaçış noktaları açık bırakılmalı, kapalı devre TV ile izlenmeli ve alarm sistemleri kurulmalı, güvenlik görevlileri 24 saat burada görev yapmalı ve acil birime giren kişilerin güvenlik açısından metal dedektörü ile taraması vb gibi düzenlenmelidir (Eti Aslan 1998; Ersoy ve ark. 2002).

Hasta kabülü: Acil birimde hasta kabul bölümü girişe ve triaj odasına yakın olmalıdır. Hastanın, kayıt sırasında gizliliğinin sağlanmasına özen gösterilmeli ve ayrıca bu bölüm hasta kayıtlarının arşivlenmesi için de kullanılmalıdır (www.acilveilkoyardim.com/araştırmalar/acilservismimarisi Erişim 24.05.2006).

Bekleme odaları: Hasta yakınlarının acil birimdeki hastalar hakkında ayrıntılı bilgi alamaması ve hastalarının tedavileri süresince vakit geçirebilecekleri uygun bir yerin bulunmaması zaman zaman oldukça sıkıntılı durumlar oluşturabilmektedir. Bu bölümle ilgili bir diğer önemli nokta da bekleme salonunun acil servis ile hiçbir bağlantısının olmaması ve buradan içerisinin görülmeyecek şekilde düzenlenmesidir. Bu nedenle bekleme salonlarının belli bir konfora sahip, hasta yakınlarının rahat edebilecekleri ve gereksinimlerini giderebilecekleri, iyi aydınlatılmış, çocuklar için oyuncak ve oyun alanlarının, konforlu koltukların (karşılıklı olacak şekilde), jetonlu yiyecek ve içecek makinelerinin, kredi kartı ve kart ile çalışan ankesörlü telefonların ve televizyonun, erkek ve bayan tuvaletlerinin bulunduğu, duvarlarında tablo vb olan sıcak bir ortam yaratacak şekilde düzenlenmiş yeterince geniş alanlar şeklinde düzenlenmelidir. Bekleme odalarında farklı bölümlere de yer verilmeli, kötü haberlerin verilebileceği özel bir bölüm de oluşturulmalıdır (Eti Aslan 1998; www.acilveilkoyardim.com/araştırmalar/acilservismimarisi Erişim 24.05.2006).

Psikiyatri odası: Psikiyatri muayene odasında hastanın kendine zarar verebileceği hiçbir şey bulunmamalıdır. Dışarıdan hastayı görebilme olanağı olmalı, kilitli kapılar arkasında oksijen ve monitörler olmalı, duvarlara ses izolasyonu yapılmalıdır. Gerekğinde güvenlik görevlisi veya sağlık ekibinin bu noktaya hemen gelebilmesi için bu odanın triyaj odasının hemen yanında olması sağlanmalıdır. Bu odaya genellikle intihar düşüncesi olan, kendisine ve çevresine zarar verebilecek hastalar alındığından hastanın kendisine zarar vermesini engelleyecek önlemler alınmalıdır. Örneğin; odada oksijen vanaları, aspiratör, tansiyon aleti, otoskop, oftalmoskop gibi cihazlar bulundurulmamalıdır. Oda ve içerideki hasta, tavana monte

gizli TV kamerası ile takip edilmeli, odaların kapıları içeriden değil, dışarıdan kilitlenebilir şekilde olmalıdır (Ersoy ve ark. 2002; Aydın 2006; www.acilveilkaydim.com/araştırmalar/acilservismimarisi Erişim 24.05.2006).

Tedavi Salonu: Büyük bir boş alanda, doktor ve hemşire bankosu olarak iki kısımdan oluşmalıdır. Triyaj alanının hemen arkasında, tüm hasta bakım birimlerini gözlereyebilen konumdaki bu alan, acil birimin en önemli alanlarından. Bu alanda; doktor ve hemşirelerin hasta kayıtlarını tutabilmeleri, istemlerini verebilmeleri için gerekli tüm olanaklar sağlanmalı, interkom, duofon ve telefon cihazları, merkezi monitör cihazlarının hazır bulundurulduğu bir hekim ve hemşire bankosu olmalıdır (<http://www.tatd.org.tr/acilmimari.htm>, Erişim 24.09.2006).

Muayene odaları: Muayene odaları, tek kişilik veya hücreler tarzında düzenlenmiş birden fazla kişi için kullanılabilecek şekilde düzenlenmelidir. Yeterli gizlilik ve maksimum faydayı sağlayacak şekilde perdelerle ayrılmış bölümlerden oluşmalıdır. Muayene odalarında muayene sedyesine ek olarak, her bölüme uygun araç-gereçlerin olduğu küçük bir masa, flaster, ışık kaynağı, steteskop, dil basacağı, tansiyon aleti, aspiratör ve oksijen tüpü bulunmalıdır (Eti Aslan 1998; Ersoy ve ark. 2002; www.acilveilkaydim.com/araştırmalar/acilservismimarisi Erişim 24.09.2006).

Küçük Müdahale Odası: Bazı acil birimlerde küçük yaralanmalar, kesikler veya boğaz ağrısı, soğuk algınlığı gibi medikal hastalıkların bir saatten kısa sürede tedavi ve bakımının tamamlanıp gönderildiği alanlar yapılabilmektedir. Bu bölüm ayrı olabildiği gibi, diğer acil ekipleri de ufak müdahaleler için burayı kullanabilmektedir (Aydın 2006).

Resüsitasyon odası: Acil birimin ambulanslı girişine en yakın konumdaki odası olmalıdır. Standartlara göre resüsitasyon alanı 6x6 m² olmalıdır. Kapıları kapanabilmeli, gerektiğinde sıcak tutulabilmeli, elektrik kesintisine karşı jeneratör olmalıdır. Bu birimde taşınabilir veya tavana monte edilmiş röntgen cihazı, hastanın transferi için erişilebilen uygun bir yerde sedye ve gerekli araç ve gereçler bulundurulmalıdır. Çünkü bu odaya solunumu duran veya genel durumu çok kötü olan hastalar, agoni tablosundaki veya çoklu travma tanısı ile getirilen hastalar alındığından, buradaki tüm donanımlar çalışır durumda olmalıdır. Bu odada genel durumu kötü olan bu hastalara anında ve çok yoğun tedavi verildiğinden, kötü durumdaki hastaların durumunun ve yapılan

müdahalelerin diğer hastalar veya yakınları tarafından görülmesi için gerekli önlemler alınmalıdır (Ersoy ve ark. 2002; Aydın 2006).

Acil birimdeki diğer bölümlerin hepsi sadece bir perde ile birbirinden ayrılırken buradaki odaların kapısı olmalı ve hasta varken kapalı tutulmasına özen gösterilmelidir. Burada hasta için gerekli tüm tedavi ve resüsitasyon malzemeleri her zaman hazır bulundurulurken, ortadaki sedyenin etrafı boş tutulmalıdır. Bu şekilde tedavi ekibinin hastanın etrafında 360° dönme olanağı bulunması söz konusu olabilecektir (Kılıç 1994; Özşahin 2002).

Yoğun bakım odası: Bu bölüm, ameliyathaneye yakın olmalı ve yoğun bakım yataklarının gözlem kolaylığı sağlaması amacı ile bel hizasından yukarısı cam olacak şekilde oluşturulan hasta bakım bölümlerini çevrelemesi sağlanmalıdır. Yoğun bakım bölümünde aspiratör, el değmeden pedalla açılan lavabo, EKG cihazı ve havalandırma sistemi vb bulunmalıdır. Bu bölümdeki bir çok araç, elektrik ile çalıştığı için mutlaka jeneratör bulunmalı ve kesintisiz elektrik sağlayan sistemler oluşturulmalıdır (Ersoy ve ark. 2002; www.acilveilkyardim.com/araştırmalar/acilservismimarisi Erişim 24.05.2006).

Ortopedi ve alçı odası: Bu odanın acil birime yakın olması, hemşire bankosundan görülebilmesi ve radyoloji ünitesine yakın olması önemlidir. Ortopedi masası, traksiyon aleti, ateller, koltuk değnekleri, alçı yapmaya yarayan eviyeler ve duvar tipi X-ışın kameraları bulunmalıdır. Yanısıra ortopedi ve alçı odasında alçı açıldıktan sonra kullanılacak olan özel bir su drenaj sistemi olmalıdır. Ayrıca bu bölümde resüsitasyon cihazları da bulunmalıdır (Kılıç 1994; Ersoy ve ark. 2002; Özşahin 2002).

Radyoloji: Genellikle acile gelen hastaların büyük çoğunluğundan radyolojik tetkik istendiğinden acil birimin radyolojiye yakın olmasına mümkünse acil birimin kendi radyoloji bölümünün olmasına özen gösterilmelidir. Acil çekilen filmlerin acil girişimi yapan doktorun hemen değerlendirme yapabilmesi açısından ayrı önemi bulunmaktadır. Bu bölümde aynı zamanda uzak veya yakın olmasına bakılmaksızın durumu kritik olan ve radyolojiye götürülemeyen hastalarda kullanılmak üzere taşınabilir X-ışın cihazları da bulundurulmalıdır (Kılıç 1994; Ersoy ve ark. 2002; Özşahin 2002).

Laboratuvar: Küçük ve iyi işleyen acile yakın bir laboratuvarın bulunması ve kullanımının acil birime gelen hastaların tetkiki için olabildiğince uygun olması gerekir (Kılıç 1994; Ersoy ve ark. 2002).

Monitörlü hasta bakım odaları

Büyüklüğü ortalama 3x4 m civarında olan bu bölümlere bazı akciğer hastaları (KOAHA alevlenmesi, astım krizi), kalp hastalığı olan hastalar (miyokard enfarktüsü, angina pectoris vb) gibi yakın takibi ve monitörizasyonu gerektiren hastaların alınması sağlanmalıdır. Bu bölümde, hastanın dört bir yanı açıkta olmalı, yatak kenarlıkları korumalı olmalı, hasta yatağı acil müdahale gerektiğinde hemen müdahale edilmesine izin verebilecek konumda olmalıdır. Yataklar tekerlekli olmalı, aynı zamanda kolayca stabil hale getirilebilmelidir (Sağ 1996; Eti Aslan 1998; Özşahin 2002; <http://www.tatd.org.tr/acilmimari.htm>, Erişim 29.04.2006).

Resüsitasyon odası dışında monitörlü ve monitörsüz gözlem odalarında sedyelerin perde ile birbirinden ayrılması uygun görülmekte ve bu şekilde hastaların, doktor ve hemşireler tarafından rahatlıkla gözlenebilmesi sağlanmaktadır. Ancak gizliliğinin bozulması, bazı istenmeyen ses ve konuşmalar ile kokuların diğer bölümlere de yayılması sorununa karşı, bu durum bir dezavantaj olarak değerlendirilebilmektedir

(Sağ 1996; Eti Aslan 1998; Özşahin 2002; <http://www.tatd.org.tr/acilmimari.htm>, Erişim 24.09.2006).

Monitörsüz Hasta Bakım Odaları: Basit hastalıkları olan ve bakım sonrası kısa sürede taburcu edilebilecek veya herhangi bir bölüme yatırılacak olan (akut apandisit, vertigo gibi) hastalar için düzenlenmiş odalardır (Sağ 1996; Eti Aslan 1998; Aktuğlu ve Hancı 2006; Özşahin 2002).

Özel Hasta Bakım ve Tedavi Odaları: Bu bölüm, ortopedi tedavi odası, hemen yanında tuvalet olan kadın doğum tedavi odası, pediatrik hasta bakım odası kulak, burun, boğaz ve göz tedavisi vb için kullanılan odaları kapsayan bir bölümdür (Aydın 2006).

Ameliyathane: Acil biriminde ameliyathanenin olup olmayacağına, planlama aşamasında karar verilmelidir. Eğer düşünülmemişse birim içinden ameliyathaneye en kolay şekilde ulaşımı sağlayacak olanaklar sağlanmalıdır (Kılıç 1994).

Hemşire ve hekim bankosu: Bu bölüm kayıt tutma, form doldurma, rapor hazırlama gibi amaçlarla tıbbi personel tarafından kullanılmaktadır. Bu bölüm merkezi bir konumda olmalı ve tüm hastaları görebilecek şekilde düzenlenmelidir. Burada çalışanların yararlanabilmesi için telefon, bilgisayar ve başvuru kaynakları bulunmalıdır. Ayrıca, çalışanların rahatı açısından her bir kişiye 150 cm yazı alanı olacak şekilde geniş tasarlanmalıdır (Kılıç 1994; Eti Aslan 1998; Özşahin 2002).

Uzman odaları, sağlık ekibi üyeleri dinlenme odaları ve soyunma odaları: Boş zamanlarda görevli doktorlar tarafından kullanılacak, yataklı ve duşlu odalar olmalıdır. Ayrıca çalışanların rahat yemek yiyebilecekleri ve giyinip soyunabilecekleri odalar da bulunmalıdır. Bu odalar acil birimden çok uzakta olmamalıdır. Ayrıca acil birimde, kan merkezi, eczane ve acil malzemelerin depolanacağı yakın bir depo da bulunmalıdır (Kılıç 1994).

Sağlık hizmet veren acil birimlerde, verilen hizmet kalitesini arttırabilmek için bazı ayrıntılara dikkat etmek gerekmektedir. Bunları şu şekilde özetleyebiliriz;

Uzun koridorlarda veya büyük bekleme salonlarında ortopedik özürlü kişilerin olabileceğini düşünerek duvarlara yürürken tutunabilecekleri parmaklıklar konmalı ve tekerlekli sandalye kullanan hastalar için özel tuvaletler yapılmalıdır. Duyuma özürlü kişilerin, yapılacak olan anonsları duyamayacağını düşünerek görsel alarm sistemleri kurulmalı, görme özürlü hastalar için ise özel yürüme yolları yapılmalıdır. Acile gelen hastaların gidecekleri yeri bulabilmeleri veya o anda nerede olduklarını anlayabilmeleri ayrıca tuvalet, laboratuvar ve çıkış gibi noktalarını bulmalarına yardımcı olacak yönlendirici levhalar bulundurulmalıdır. Acil birim içindeki koridorlar veya görüş alanı dışındaki bölümler, kör noktalar video kameralar ile izlenmelidir. Genel olarak acil birim için önerilen sıcaklık ortalama 20-22°C, nem oranı ise %50-60 olacak şekilde, ışıklandırma ve havalandırma ayarlarının düzgün yapılması gerekmektedir. Tüm odalarda duvarlara monte negatoskoplar bulunmalıdır. Sadece acil birimi besleyen ve elektrik kesintilerinde beş sn içinde devreye girebilen bir jeneratör hazır olmalıdır. Tuvaletlerde ve tüm muayene birimlerinde, sedye başlarında, koridorlarda acil durumlarda kullanmak için hemşire çağırma zilleri bulunmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarının vaka ve eğitim toplantılarını yapabilecekleri seminer odaları bulunmalıdır (Aktuğlu ve Hancı 2006; <http://www.ttb.org.tr> Erişim 12.04.2007;

http://www.acep.org/emergency_department_planning_and_resource_guidelines Erişim 15.08.2007).

2.2.2.2. Acil Birimlerin Sınıflandırılması

Günümüzde acil birimlerin, hastanenin bir ayrıntısı olmadığı gibi hastane içerisinde bağımsız ve tek başına yeten bir bölüm de olmadığı görüşü benimsenmektedir. Acil birim gerektiğinde hastanenin diğer birimlerinden teknik ve eleman desteği alabilmekte dolayısıyla, acil birimin yapısı bağlı bulunduğu, hastanenin yapısı ve içeriği ile paralellik göstermektedir. Ancak, acil birimler hastanenin özelleştiği konu dışındaki farklı vakalarla karşılaşabilmektedir. Örneğin bir kalp damar hastanesinin acil birimi, bir travma hastasına en azından orta dereceli bir yaşam desteği sağlayabilecek durumda olmalıdır. Bu nedenle, acil birimlerin sınıflandırılması gereksinimi doğmuş olup taşıma sistemi ile eşgüdümlü bir şekilde hasta ve yaralıların özelliklerine göre, yanıt verebilme yetenekleri farklı olan acil birim yapıları oluşturulmuştur (Sur 1998).

Acil birimler verdikleri hizmet, teknoloji alt yapısı ve istihdam ettiği elemanlar açısından sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmalar, değişik ülkelerde bulunan ve acil birim ile ilgili sistemi kuran organizasyonlar tarafından belirlenen standartlar doğrultusunda yapılmaktadır. Bu standartlarda, hastanenin sahip olması gereken tıbbi ekipmandan, değişik uzmanlık dallarındaki hekim sayılarına kadar birçok konu belirtilmektedir. Ancak bu sınıflandırma, acil vakanın yer tercihinde rol oynamamakta; acil vakalara en yakın ve en hızlı müdahale mantığı ile yaklaşılmaktadır (Sur 1998).

Hastaneler, acil bakım gereksinimi olan tüm hasta veya yaralıların uzman acil ekibi tarafından müdahale edileceği yöntem ve organizasyonlara sahip olmalı ayrıca bu hastaneler hizmet verdiği topluma acil sağlık hizmeti sunmadaki olanaklarını belirlemek için kendini sınıflandırıp değerlendirmelidir. Bu sınıflandırmaya göre acil birimler üç grupta ele alınmaktadır (Baykal 1999).

Seviye 1 acil serviste; acil bakımda deneyimli en az bir hekim 24 saat hizmet vermelidir. Ayrıca hastanede, en azından dahiliye, cerrahi, ortopedi, kadın doğum, çocuk ve anestezi servisleri için deneyimli hekimler bulunmalıdır. Diğer konsültasyonlar için yaklaşık 30 dakika içinde hekim sağlanabilmelidir.

Seviye 2 acil serviste; acil bakımda deneyimli en az bir hekim, 24 saat hizmet vermelidir. Özel konsültasyonlar yaklaşık 30 dakika içinde sağlanabilmelidir. Bunun yanı sıra, hastanenin hizmet alanı, gerektiğinde hastanın diğer kurumlara nakli için gerekli hazırlıkların yapılmasını, hatta fiziksel ve psikolojik problemlerin yönetimi için evdeki bakım olanaklarını da kapsamalıdır.

Seviye 3 acil serviste; hastane 24 saat hizmet vermekte ancak nöbet listesine göre yaklaşık 30 dakika içinde en az bir hekim acil servise sağlanmaktadır. Özel konsültasyonlar ise, hastayı takip eden hekimin isteği doğrultusunda eksiksiz bakım verebilecek, isim yapmış bir hastaneye hastanın nakledilmesiyle sağlanabilmektedir.

Seviye 4 acil serviste; acil durum olup olmadığının kararını vererek ilk yardım hizmeti sunulmalıdır. Ayrıca hastaya gerekli bakımı sağlayabilecek kuruluşlarla bağlantılar kurulmalı ve hastalar hastane acil planına göre nakledilmelidir. Hastanın durumunun düzeldiği kayıtlarda yazmıyorsa ve hastanın acil olarak götürüldüğü hastane uygun bakım verecek olanaklara sahipse, hiçbir hasta keyfi olarak başka bir hastaneye nakledilemez. Ayrıca, hastayı alacak kuruluşun hastayı kabul ettiği kesinleşene ve hastanın durumu nakil için uygun olana kadar hasta nakledilemez. Nakil sırasında hastadan sorumlu olanlar belirlenir ve tutulan tüm tıbbi kayıtlar hasta ile birlikte gönderilir.

2.2.2.3. Acil Birim Organizasyonu İlgili Standartlar

Standartlar, acil birimlerin sundukları hizmetlerin iyileştirilip, geliştirilmesi için bir araç olarak kullanılmakta ve optimum hasta yararının güvence altına alınması, yüksek kalitede bakım verilmesi, güvenli bir çevre sağlanması için temel unsurları ortaya koymaktadır. Hastaneleri Kredilendirme Birleşik Komisyonu (JCHAO)'nun acil hizmetler için getirdiği standartlar ve benzer bir içerik gösteren Türk Standartları Enstitüsü (TSE)'nin geliştirdiği acil birimler ile ilgili standartlar, ülkemizde acil hizmet veren veya verecek olan kurumlara ya da kuruluşlara rehber olacak niteliktedir (Oktay 1990; Baykal 1999).

Acil birimlerle ilgili temel standartlar şu şekilde açıklanabilir:

Standart 1: Acil hizmetler, uzman personel tarafından, toplumun gereksinimleri ve hastanenin kapasitesine dayanan iyi tanımlanmış bir plan doğrultusunda verilmelidir. Hastane, acil bakım gereksinimi olan tüm hastaların bakılacağı yöntemlere ve

organizasyona sahip olmalıdır. (Oktay 1990; Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007). Bu standart hasta veya yaralının tanısının konması ve tedavi edilmesi veya uygun bir sağlık kurumuna nakledilmesi ile ilgili işlemleri kapsamaktadır (Oktay 1990).

Standart 2: Acil birimler, için gerektirdiği biçimde organize edilir ve hizmet akışı planlanır. Acil birimde görevli yönetici, yönetici yardımcısı, karar verme yetkisine sahip uzman hekim ve hemşireler yeterli deneyime sahip olmalıdır (Baykal 1999).

Standart 3: Acil birim, diğer birimlere ve bölümlere entegre edilir. Acil birimden gerektiğinde ameliyathane, doğumhane ve özel bakım ünitelerine doğrudan ulaşım sağlanmalıdır (Oktay 1990; Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Standart 4: Tüm çalışanlar, acil bakım konusunda sorumluluk almaya hazırlanır. Acil birimde hasta bakımını üstlenen tüm hekim, lisanslı hemşire ve destek hizmet görevlileri formal eğitimden geçmelidir (Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Standart 5: Acil birimde hasta bakımına yazılı politika ve yöntemlerle ilaçların, kanın malzemelerin ve aletlerin temini ve depolanması, hastanın nakli ve taburcu edilmesi, kimsesiz çocukların bakımı vb yön verilir. Bu politikalar, tüm hasta problemlerinin çözümünü, bakımı, önerileri, malzeme deposunu, yatakların doğru kullanımını, kritik hastaların ameliyata ya da yoğun bakım ünitesine erken transfer işlemlerini, hasta ve aileye verilecek bilgileri, icapçı sağlık personelinin ve uzmanların listesini ayrıca yaygın ve zehirlenmelerde kullanılacak malzemeler ve antidot bilgileri ile bölgesel zehir kontrol bilgi merkezi gibi bilgi verilmesi gereken yetkili kurumların telefon numaralarını kapsamalıdır (Oktay 1990; Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Standart 6: Acil birimde hastaların değerlendirilmesi, tedavileri ve bakım girişimlerinin sonuçlandırılması her basamakta ve her birim düzeyinde aynı kalitede, aynı özellikte, uygun, yeterli ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek bir nitelikte olmalıdır (Oktay 1990, Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Standart 7: Tıbbi kayıtlar, acil birime başvuran her bir hasta için tutulur ve hastanın devam eden hastane kayıtlarına eklenir. Hastanın adı, yaşı, cinsiyeti, geliş

şekli, saati, şikayeti, durumu, ayrılış zamanı, tanısı vb kayıtlar sürekli tutulmalıdır (Oktay 1990; Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Standart 8: Acil birimde uygun kalite kontrol mekanizmalarını kurulması gerekmektedir. Tutulan tüm kayıtların bir nüshası bakımın izlenmesi açısından hastane yönetiminde bulunmalıdır (Oktay 1990; Baykal 1999; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

2.2.2.4. Acil Birim Hizmetleriyle İlgili Ulusal Düzenlemeler

Ülkemizde sağlık mevzuatına göre acil hizmet vermesi istenen kuruluşlar, bu kuruluşların, sağlık görevlilerinin yükümlülükleri ve hasta hakları ise şu şekilde düzenlenmiştir:

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (Madde 15)'ne göre; “Genel ve katma bütçeli dairelere, il özel idarelerine, belediyelere, kamu iktisadi teşebbüslerine ve diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait yataklı tedavi kurumları ile özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi kurumları 24 saat kesintisiz olarak acil sağlık hizmeti verirler. Bu kurum ve kuruluşlar bünyesinde bulunan acil servislerde, acil hasta ve yaralılar karşılanarak, ilk tıbbi müdahale ve tıbbi bakım yapılır. Hasta veya yaralılar için yönlendirme merkezin bilgisi dahilinde yapılır. Birinci fıkrada sayılan özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Başvuran her hasta için acil tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır. Acil sağlık hizmeti, hizmete ihtiyaç duyulan andan itibaren, kesin tedavi sürecine kadar hiçbir kesinti olmadan verilir. Acil servisler, hastaya hastane öncesi bakım sağlayan ambulans hizmetlerini destekler ve gerekirse tıbbi yönlendirme sağlar. İlk tıbbi müdahale yapıldıktan sonra ileri tıbbi bakım ve tedavi konusunda yetersizlik söz konusu ise, sevki uygun görülen hastane ile koordinasyon sağlanarak verilen tıbbi bakımın tamamı ilgili birim sorumlusu tarafından yazılı olarak belgelendirilir. Bu belge nakil yapılacak kuruma hasta ile birlikte gönderilir. Nakil ancak, stabilizasyon sağlandıktan sonra veya hayati tehlike veya sakatlık tehlikesi taşıyan hastaların uygun bakımlarının, stabilizasyonlarının ve tedavilerinin mevcut tıbbi ve teknik imkanlar ile gerçekleştirilemeyeceğinin tespit edilmesi halinde yapılır.”

(<http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm> Erişim 24.02.2007).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (YTKİY) (Madde 7)'ne göre; “Acil hizmetleri, acil polikliniği veya acil servisi, bunlar yoksa nöbetçi tabibi tarafından yürütülür. Bu hizmetler 24 saat süre ile kesintisiz olarak yürütülür. Acil servis baştabibin teklifi ve valilik onayı ile kurulur ve tescil için Sağlık Bakanlığı (SB)’na bildirilir. Bu hizmetlerde, hizmetin sürekliliğini sağlayacak şekilde, yeteri kadar sağlık ve yardımcı sağlık personeli ile hayati önemi haiz araç, gereç ve nöbetçi eczacı bulunmayan kurumlarda da lüzumlu ilaçlar bulundurulur.” (<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?>Erişim 15.09.2006).

Aynı yönetmeliğin 57. maddesinde, “Ağır ve acil müdahaleyi gerektiren hastalar müracaatları halinde yataklı tedavi kurumlarına sosyal güvencesine bakılmaksızın derhal kabul edilir. Gereken her türlü tıbbi müdahaleler zamanında yapılır, işlemleri daha sonra tamamlanır” ifadesine yer verilmiştir. (<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?>Erişim 15.09.2006).

Özel hastaneler yönetmeliği (Madde 39)'nde ise; “Özel hastanelerde, bütün acil başvuruların hiçbir ayırım yapılmaksızın kabul edilmesi ve ilk tıbbi müdahalenin yapılması zorunludur. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunun 3 üncü maddesinin (d) bendi ile öngörülen haklar saklı kalmak kaydıyla; ilk tıbbi müdahale yapıldıktan sonra, hastanın sağlık güvencesine göre sevki gerekiyor veya ileri tıbbi bakım ve tedavi özel hastanede yapılamıyor ise, sevki uygun görülen hastane ile koordinasyon sağlandıktan sonra, hasta ilgili sağlık kuruluşuna nakledilir. Müdavi tabip tarafından hastaya uygulanan tıbbi bakım ve tedavinin belgelendirilmesi ve bu belgenin nakil yapılan sağlık kuruluşuna hasta ile birlikte gönderilmesi gerekir. Hastanın nakli, tıbbi stabilizasyon sağlandıktan ve hayati tehlikenin giderildiğine tıbbi yönden kanaat getirildikten sonra yapılabilir. Özel hastanelerde günün her saatinde acil birimde bir nöbetçi tabip bulundurulması şart olup, acil vakalarda, acil nöbeti ile yükümlü olan tabibin konsültasyon isteğine ilgili dal uzmanının ve diğer personelin uymaları zorunludur (<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?> Erişim 15.09.2007).

Aynı yönetmeliğin 56. maddesinde özel hastanelerin yataklarının %3'ünün gereksinimi olan fakir hastalara ayrılması belirtilmektedir. Ayrıca, “Ücretsiz tedavi için ayrılan bu yataklarda, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Başkanlığınca öngörülen kriterlere uygun fakir ve muhtaç kişilerden, hastanenin bulunduğu yerdeki en büyük mülki amir veya müdürlük tarafından sevk edilen hastalar ile acil olarak müracaat

eden ve başka bir kuruma nakli tıbben mümkün olmayan fakir ve muhtaç hastaların tedavileri ücretsiz olarak yapılır.” ifadesine yer verilmektedir (<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?> Erişim 15.09.2007).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmeliği (Madde 6)’ne göre; “Sağlık ocağı hekimi mütehassıs muayenesine lüzum gördüğü hastaları bağlı bulunduğu sağlık grubu hastanesine sevkeder. Acil ve ağır vakalar ambulansla nakledilir. Hangi hastanın mütehassıs muayenesine sevkedileceği ve hangisinin ambulans servisinden faydalanılacağı hakkında karar yetkisi hekime aittir” (<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20029.html> Erişim 10.05.2008).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Madde 18)’ne göre; “Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi ve insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, meslek ve şahsı sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.”

(<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>. Erişim 10.05.2008).

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ‘nin 112 Acil Sağlık Hizmetlerine bakışı incelendiğinde aşağıdaki maddelerde ifade edilen düzenlemelere ulaşılmıştır.

(<http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm> Erişim 24.02.2007).

“Acil Yardım Çağrısı: Hizmete ulaşmada ilk aşama, acil yardım gerektiren durumlarda Merkeze yapılan başvuru niteliğindeki çağrıdır. Çağrı Merkeze, ücretsiz aranabilen 112 numaralı telefon vasıtası ile yapılır. Çağrı, Merkezin gerekli hizmeti değerlendirmesi ve planlayabilmesi için olay yeri ve niteliği, hasta ya da yaralı sayısı ve bu gibi bilgileri de içerir.”(Madde 18)

“Çağrının Değerlendirilmesi: Merkez, topladığı bilgiler ışığında, talebin acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğini değerlendirir. Değerlendirme yetkisi çağrıyı alan tabibe aittir. Tabip, talebin acil sağlık hizmeti gerektirmediğine kanaat getirir ise, talebi reddetme yetkisine sahip olup, bu takdirde talebin nasıl karşılanabileceğini bildirmekle de yükümlüdür.” (Madde 19)

“Yönlendirme: Bu Yönetmelikte, acil sağlık hizmeti içinde belirtilen istasyonlar, acil servisler ve destek hizmetleri gerektiğinde, Merkez tarafından yönlendirilir. Yönlendirme, yardım talebinin ulaşmasını takiben, Merkez tarafından mevcut iletişim sistemi ile en kısa sürede, talebin mahiyetine en uygun ve/veya en yakın birim veya

birimlerin görevlendirilmesi suretiyle yerine getirilir. Ayrıca Merkez, durumun niteliğine göre ihtiyaç duyduğu diğer kuruluşları da hizmetlerini yönlendirebilmeleri maksadıyla bilgilendirir.” (Madde 20)

“Talebin Yönlendirilen Birim Tarafından Karşılanması: Merkez tarafından yönlendirilen birim en kısa sürede olay yerine ulaşır. Olay yerine ulaşan ekip, yönlendirme sırasında ve olay yerinde edindiği bilgiler ışığında acil yardımı gerçekleştirir. Bu müdahale sırasında hizmeti sunan ekip tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan hastanın ambulans ile nakline karar verilir. Hizmet olay yerinde verilmiş ve hastanın daha ileri tıbbi müdahaleye ihtiyacı bulunmuyor ise, ekip sunduğu hizmet ile ilgili bilgileri Merkeze bildirir.” (Madde 21)

“Nakil: Ekip, nakle karar verir ise, nakil başlamadan Merkez ile iletişime geçerek, gerektiğinde hastanın durumuna en uygun acil servis hakkında yönlendirme ister. Merkez, hizmet kapsamında yer alan acil servislerin o andaki kapasiteleri ışığında, ekibi yönlendirir. Merkez, yönlendirmeyi takiben, gerektiğinde acil servisi olay hakkında bilgilendirir. Nakil sırasında gerekli görülüyor ise, tıbbi müdahale sürdürülür. Nakil sırasında tıbbi müdahalenin yürütülmesi için, bilgi desteğine ihtiyaç duyulur ise, uygun kurum ve kuruluş ile Merkez üzerinden veya iletişim imkanı varsa doğrudan temas kurulur.” (Madde 22)

“Acil Servise Nakil Hasta acil servise, tıbbi değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlandıktan sonra gerekli bilgilendirmeyi takiben nakledilir.”(Madde 23)

2.2.2.5. Acil Birim Ekibi

Günümüzde hastalara verilecek etkin sağlık bakımının ancak disiplinlerarası bir sağlık ekibi ile verilmesi gerekmektedir (Kanan 2002). Acil birimlerde diğer sağlık birimlerinde olduğu gibi, tıbbi, idari ve destek birimlerinin yanısıra, acil birimlerin özelliği dolayısıyla güvenliği sağlamak üzere personel de bulundurulmalıdır (Aydın 2006).

Acil birimler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım arayan her hastanın değerlendirilmesi ve bakımının sunulması için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli bulundurmak zorundadırlar. Acil müdahaleyi gerektiren durumların sorumluluğu ve acil birimde hasta bakım hizmetinin en iyi seviyeye çıkarılması bu birimde görevli acil tıp konusunda eğitilmiş ve yeterli tecrübeye sahip sorumlu bir

uzman hekim, acil tıp uzmanı ve acil hemşiresi tarafından sağlanmalıdır. Acil birimde bulunması gereken sağlık ekibi üyeleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Tıbbi Personel: Acil tıp uzmanları, acil tıp asistanları, icapçı uzmanlar, konsültan doktorlar, radyoloji doktoru, acil servis sorumlu hemşiresi, acil servis hemşiresi, ambulans ve acil bakım teknikeri (Kılıç 1994; Ersoy ve ark. 2002).

Destek Personeller: Sekreterlik hizmetleri, sosyal hizmetler uzmanı, idari sorumlu, yardımcı personel (hastabakıcı), teknisyenler, güvenlik görevlileri vb'dir. (Kılıç 1994; Ersoy ve ark. 2002).

2.2.2.6. Acil Birimde Çalışan Sağlık Üyelerinin Görev Yetki Ve Sorumlulukları

Acil Tıp Uzmanı: Acil birimde 24 saat ve haftada yedi gün acil tıp uzmanı hekim bulundurulması gerekir. Acil birimde görevli her hekim, bu birimde hastalığı nedeniyle tedavi edilmeyi bekleyen tüm hastaları değerlendirebilecek, ilk bakımlarını ve tedavilerini yapabilecek seviyede yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır (Ersoy ve ark. 2002; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.08.2007).

Acil Asistan Hekimi:

Acil asistanı, acil tıp uzmanlarının kontrolünde çalışmakta olup hasta bakım ve kontrolünü sağlamak, gerekli müdahale ve tedavi işlemlerini vakit kaybetmeden yapmak ve gerektiğinde hastaları diğer bölümlerin konsültasyonları ile değerlendirip hastaya en iyi acil bakım hizmetini sunmakla görevlidir (Ersoy ve ark. 2002; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.08.2007).

İcapçı Uzmanlar: Hastane yönetimi 24 saat ve haftada yedi gün acil birimin gereksinimlerine yanıt verebilecek diğer birim uzmanlarını içeren icapçı uzman listelerini, acil birim direktörüne iletmelidirler. Bu uzmanlar 10 dakika içinde ulaşılabilecek konumda olmalı ve ulaşıldığında 30 dk. içinde acil birimde olabilecek şekilde hazır bulunmalıdır. Hastane yönetimi ve acil birim yöneticileri icapçı uzman listelerini acil birimin hasta sayı ve niteliklerine göre belirlemelidir (Ersoy ve ark.2007).

Konsültan Hekimler: Hastane içinde bulunması gereken bu hekimlerin 5 dakika içinde acil birimde olmaları gerekmektedir. Bu hekimlerin nöbet listeleri acil birimde bulunmalı ve günlük nöbet listesine günün konsültan ve nöbetçi hekiminin adı yazılmalıdır (Ersoy ve ark. 2007).

Pratisyen Hekimler: Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği (ACEP) ve akademik acil tıp birliğinin yayınladığı bildiri ve raporlarda acil birimlerde ve acil bakım hizmeti basamakları arasında pratisyen hekimlere yer verilmemiştir fakat ülkemizde acil birimlerde pratisyen hekimler de görevlendirilmektedir. Acil birim direktörü acil birimlerde görevli pratisyen hekimlerin bilgi, beceri ve deneyimlerin artırılmasında önemli bir rol üstlenmelidirler (Ersoy ve ark. 2007).

Acil Birim Sorumlu Hemşiresi: Acil hemşiresi sertifikası alabilecek eğitim ve deneyime sahip; ideal olarak 2 yıl acil birim deneyimi, 1 yıl yöneticilik deneyimi olan, bunun yanında liderlik özellikleri taşıyan hemşirelere bu görevin verilmesi uygundur. Acil birimdeki klinik hizmetleri yönetebilecek yeterlilikte olmalıdır. Birim yöneticisi olarak; acil birim hemşireleri ile yardımcı sağlık çalışanlarının yeterli düzeyde mesleki ve bilgiye sahip bireyler olmalarını sağlamalı ve bu kişileri denetlemelidir.

Yönetici konumundaki bu hemşirelerin ileri kardiyak yaşam desteği, ileri travma yaşam desteği, ileri pediatrik yaşam desteği gibi kursları başarıyla tamamlamış olmaları da gerekir. Bu kurslar iki yıl gibi aralarla tekrarlanmalıdır. Sorumlu hemşire acil servis direktörü ile uyumlu bir şekilde çalışarak hekim ve hemşirelerin uyum içinde çalışmalarını sağlamalıdır (Ersoy ve ark. 2007; <http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.08.2007).

Eğitim Hemşiresi: Özellikle eğitim teknikleri konusunda deneyim ve eğitim sahibi ayrıca, iki yıl acil birim veya bir yıl yoğun bakım ve bir yıl acil birimde çalışma deneyimi, ileri yaşam desteği kursunu başarıyla geçmiş ve bunların eğitimcisi konumunda olma gibi özellikleri dikkate alınmalıdır. Eğitim hemşiresi acil birimdeki tüm hemşirelerin oryantasyonundan, eğitiminden ve hemşirelerin klinik bilgi ve becerilerinin değerlendirilmesinden sorumludur. Yıllık hasta sayısı 40.000 üzeri olan acil birimler için, acil birimin kendine ait bir eğitim hemşiresinin olması önerilmektedir (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.08.2007).

Acil Birim Hemşireleri: Acil birim ve yoğun bakımda deneyimli, acil bakım hizmet içi eğitim programını tamamlamış olmalı, acil birim işlem ve prosedürleri hakkında bilgi sahibi ve ileri yaşam desteği kursunu başarıyla tamamlamış olmalıdır. Acil birim hemşirelerinde bulunması gereken nitelikler ise; lider özelliklere sahip olmak, değişen durumlara hızla ayak uydurabilmek, kişilerarası iyi iletişim kurmak,

olaylar karşısında paniğe kapılmamak, kendi stresi ile baş edebilmek, acil birimde çalışmayı sevmek, hızlı çalışarak, doğru karar alabilmek şeklinde sıralanabilir.

Sağlık Bakımı Organizasyonları Akreditasyon Ortak Komisyonu (The Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO) tarafından acil hemşiresinin görevleri kısaca (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.08.2007);

- Tüm uygulama ve girişimleri etik kurallara uyarak yapma
- Hastanın esas şikayeti ve tıbbi öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi alma ve kayıt etme
- Mevcut duruma odaklaşan uygun fiziksel muayene yapma ve kayıt etme
- Hastanın primer tanılması için uygun radyografik ve laboratuvar tetkiklerini isteme, laboratuvar örnekleri alma ve gönderme
- Yaşam bulgularını ölçme ve değerlendirme
- Hasta bakım planı hazırlama
- Acil girişimde bulunma şeklinde tanımlanmıştır.

Triyaj Hemşiresi: Triyaj, acil birime başvuran panik ve çaresizliği yaşayan hasta ya da yaralılar arasında yaşam riski en fazla olanların belirlenmesini, uygun tedavi ve bakım girişimlerinin başlatılmasını sağlayan sistematik bir değerlendirme yöntemidir. Tıbbi ya da hemşirelik tanısı içermeyen triyaj, hızlı tanılama ve kısa görüşme üzerine temellendirilmiş, klinik önceliktir (Akyolcu 2001).

Bilgi, beceri, davranış, eleştirel düşünme, çabuk ve doğru karar verme yetenekleri ile donanmış triyaj hemşireleri, acil birimde verilen hasta bakımının niteliğini olumlu yönde etkileyerek, hastanın yaşam şansının artırılmasına katkı sağlamaktadır (Akyolcu 2001).

Triyaj hemşiresi bakımın uygun zamanda ve yerde verilmesini sağlayarak hasta devrinin sorumluluğunu taşıyan anahtar kişi olarak görülmektedir. Triyaj hemşiresi, hasta bakımını yönlendirilmesinden sorumludur (Oktay 1990).

Triyaj hemşiresi aynı zamanda acil birim hemşiresinin taşıdığı özelliklere de sahip olmalıdır. Triyaj hemşiresinin görevleri ise (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.08.2007);

- İlk değerlendirmenin yapılması (sorun hakkında yeterli bilgi toplama)
- Hastanın fiziksel muayenesi (dış görünüş, yaşam bulguları, yara bölgesi değerlendirme gibi)
- Tanıya yönelik işlemlerin başlatılması (EKG çekimi, röntgen ve laboratuvar tetkiklerini alıp gönderme)
- Kayıt ve bildirim (verilen kararların, yapılan işlemlerin kayda geçirilmesi)
- Hastanın en uygun bakımı alacağı bölgeye gönderilmesi

Acil birimindeki triyaj işlemleri, acil bakım hizmetlerinin sürdürülmesi, yönlendirilmesi, sağlık ekibinin işgücü planlamasının, koordinasyon ve organizasyonunun iyi yapılabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Destek Hizmet Personelleri

Acil Birim Temizlik Hizmetleri: Acil birimler sirkülasyonun yoğun olduğu birimlerdir. Hastalara uygulanan işlemler sonunda odalar, yataklar, malzeme ve acil birim koridorları sürekli kirlenmektedir. Bu nedenle acil birimlerde 24 saat ve haftada yedi gün hizmet veren bir temizlik ekibi olmalıdır. Bu personelin genel temizlik kuralları, hijyen koşulları, deterjanlar ve kimyasal ajanların birbirleriyle etkileşimleri konularında düzenli eğitimlerinin yapılması gereklidir (Ersoy ve ark. 2002).

Destek Hizmet Sorumlusu: Hastanenin klinik hizmetlerinde en az bir yıl deneyime sahip, hastane yönetimi eğitimi almış kişilere bu görevin verilmesi önerilmektedir. Bu görevliler, 24 saat ve yedi gün destek hizmet çalışanlarının görevlerinin uyum ve süreklilik içerisinde yürütülmesinden sorumludur. Acil birim direktörü ve acil birim sorumlu hemşiresinin kontrolünde bu işlemleri yürütür (Ersoy ve ark. 2002).

Sekreterlik Hizmetleri: Acil birimde sekiz saatlik bir çalışma shiftinde 25 hasta için bir hasta kayıt görevlisinin bulundurulması önerilmektedir. Görevlinin haftanın yedi günü acil birimde bulunması zorunludur (Ersoy ve ark. 2002).

Teknisyen: Tüm acil birimde özellikle radyoloji ve kan laboratuvarlarında görev yapan teknisyenler 24 saat, haftada yedi gün görev yapmalıdır (Ersoy ve ark. 2002).

Hasta Taşıma Elemanı: Bu görevliler hastanın taşınması ve transferi yanında hastadan alınan örneklerin gerekli yerlere götürülmesi ve gerekli malzemelerin depodan alınması vb görevleri yürütürler (Ersoy ve ark. 2002).

Sosyal Hizmet Uzmanı: Bu görevin, en az bir yıl sosyal hizmet deneyimi olan kişiler tarafında yürütülmesi önerilir. Acil birimde sosyal hayatı yakından ilgilendiren aile içi şiddet, alkol alımı, çocuk suistimali, suisid gibi durumların sık görülmesi bir sosyal hizmet uzmanına ihtiyacın ne derecede büyük olduğunu gösterir (Ersoy ve ark. 2002).

2.3. Acil Hemşireliği

Acil hemşiresi, tanı konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır (Kuğuoğlu 2004). Diğer bir tanıma göre; acil bakım hemşireliği, hizmet kapsamı çok geniş olan, hasta ya da yaralının aritmi ve kriz gibi nedenlerle fiziksel, duygusal ya da sosyal sağlığını esenliğini ve yaşamını tehdit eden durumların saptanması, tedavi ve bakım girişimlerinin planlanıp, uygulama ve değerlendirilmesi, evsiz kalan kişilerin barınak, yiyecek ve güvenlik gereksinimlerinin sağlanması gibi alanlarda bilgi, beceri ve deneyim gerektiren uzmanlık alanıdır (Yurtseven 1994).

Acil hemşireliği; karmaşık, birincil ve akut gelişimli, geniş kapsamlı bilgi ve beceriye gereksinim duyulan, hastalığın tanısına yardımcı, sağlığı destekleyici özelliklere sahip olunması gereken bir alandır. Hastanın esenliğinin korunarak ve öncelikle ‘bireylere zarar vermeme’ inancına bağlı kalınarak, her zaman aynı duygu, yargı ve empati ile hareket edilmesini gerektirir. Bu özellikleri acil birim hemşiresinin uzman, ileri bilgi ve beceriye sahip, yasal düzenlemelerden haberdar olmasını zorunlu kılmaktadır (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Acil bakımda gerçekleştirilen hemşirelik işlevleri diğer klinik alanlardaki hemşirelik işlevlerine benzerlik göstermekle birlikte, çok sayıda bağımsız faktörün varlığı hemşirenin görev ve uygulamalarını karmaşık ve stresli hale getirmektedir. Bu faktörler; zamanın sınırlı olması, kişilerin durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, ameliyathane, yoğun bakım gibi diğer klinik bakım alanları için aydınlatıcı bilgi gereksinimi olasılığının olması, acil ortamdaki olanakların kısıtlılığı, acil birimlerin geniş uygulama alanlarının olması, hastaya henüz tanı konmamış olması ve olası taşıyıcılıkların bilinmemesi, hızlı ve kritik karar verme sorumluluğunun birey için

yaşamsal önem taşıması şeklindeki sıralanabilmektedir (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Acil hemşireliği, hemşirelik tanınması ve sonuçların değerlendirilmesi, acil müdahale ve hastaların mevcut veya potansiyel, ani gelişen ve acil, fiziksel veya psikolojik, aralıklı veya akut değişik çerçevelerde meydana gelen problemlerini değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır

(<http://www.ena.org/pdf/scopeEmNP.PDF> Erişim 23.04.2008).

2.3.1. Acil Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi

Acil hemşireliği kavramı 1960'lardan itibaren ele alınmaya başlanmış; acil birimlerde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışanlara göre daha farklı özelliklere sahip olmaları ve özel eğitimden geçmelerinin gerekliliği üzerinde durulmuştur. (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

1970'li yıllarda hemşirelikteki değişim ve bilimdeki gelişmeler branş hemşireliğinin oluşmasına olanak tanımış ve özel bir hemşirelik branşı olarak acil hemşireliğinin; geniş bilgi tabanına dayalı, becerili ve hastanın gereksinimlerini karşılamada hizmet sağlayan rol ve sorumluluklarına yenilikler getirilmiştir. 1970 yılında ABD'de bir grup hemşire Emergency Department Nurses Association'ı (EDNA) kurmuştur. Böylece acil birim hemşireleri için profesyonel yetki standartları geliştirilmiş ve eğitim olanakları yaratılmıştır. 1975'te acil hemşireleri uygulama standartları bastırılmış ve bu yayın EDNA ve American Nurses Association (ANA) yöneticileri tarafından onaylanmıştır (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Gelişmiş ülkelerde acil hemşiresinin acil bakımdaki rol ve sorumluluğu gittikçe gelişmeye ve genişlemeye devam etmektedir. ABD'de acil bakım hemşirelerinin yeterliliği yüksek lisans diploması veya sertifika ile belgelendirilmiştir. Mezuniyet sonrası eğitim veren bu programlar, dokuz ile 24 ay sürmektedir. Acil hemşireliği sertifika programları, 1980'li yıllarda başlamış ve halen The Board of Certification for Emergency Nursing (BCEN) tarafından yürütülmektedir. Bu sertifikaların dört yıl geçerliliği olup sertifika yenileme işlemi için yeni bir sınavın yapılması zorunludur (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Ülkemizde ise, özel eğitim görmüş acil bakım ekibinin olmayışı nedeniyle henüz bu alanda batılı ülkeler düzeyine ulaşamamıştır. Acil ekibi içinde önemli yeri olan acil

hemşireliği uygulamalarının, bu konuda özel eğitim almış hemşirelerce yapılmasının önemi tartışmasız kabul görmektedir (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Günümüzde ülkemizde, acil hemşireliği konusunda olumlu gelişmeler olmaktadır. Vehbi Koç Vakfı'na bağlı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) tarafından 1992 yılından itibaren her yıl altı hafta süreyle 'Acil Bakım Hemşireliği Kursu' düzenlenmekte ve SB'ndan onaylı sertifika verilmektedir (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

En son olarak 2003 yılında SB'nın başlattığı çalışma ile öncelikle kendi bünyesinde bulunan hastanelerde görevli acil hemşirelerini kapsayacak şekilde iki ay süreli, teorik ve pratik bölümden oluşan kurs programı hazırlanmıştır. Pilot bölge olarak Ankara ili seçilmiş ve ilk uygulaması yapılmış, diğer illerde de kursun tekrarlanması planlanarak uygulamaya geçilmiştir (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde 1996-97 öğretim yılından itibaren Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı başlatılmıştır. 1999 yılında ise Acil Tıp Derneği bünyesinde Acil Hemşireliği Komisyonu kurulmuş ve halen faaliyetlerine devam etmektedir.

Ayrıca İstanbul'da 2006 yılında Marmara Üniversitesi'nde gerçekleştirilen toplantı ile acil hemşiresi, acil tıbbi tekniker ve acil tıbbi teknisyenleri için eğitim kursunun temeli atılmıştır (<http://www.travma.org.tr/kurs/htt-trk.asp> Erişim 12.07.2008).

2.3.2. Acil Hemşiresinin Özellikleri

Amerikan Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nursing Association), 1991 yılında acil bakım standartlarını belirlemiştir. Acil bakımda görülen gelişmelere paralel olarak; acil birim hemşiresinin de işlevlerini geliştirip genişletmişlerdir. (<http://www.acep.org>, Erişim 30.08.2007). Bu standartlar uygulama ve profesyonel standartlar olmak üzere iki bölüme ayrılmaktadır. Uygulama standartları; hasta tanılama, bakım planı düzenleme, uygulama, bakımın değerlendirilmesi şeklinde belirtilirken profesyonel standartlar ise; eğitimin ve hemşirelik işlevinin devam ettirilmesi, hastaya ait tüm bilgileri kayıt etme, kaliteli bakım sunma, hasta bakımını ve

diğer standartları etik bir çerçevede gerçekleştirme olarak sıralanmaktadır (ENA Boards of Directors 2001, www.ena.org Erişim 23.04.2008)

Acil hemşiresi, acil birim ekibinin diğer üyeleriyle birlikte hastanın bakımını koordine etme becerisine sahip olmalıdır. Hastayı acil birimde durumuna en uygun bölüme almalı, hastanın sistemik değerlendirmesini yaparak, bakım ve tedavi girişimlerini planlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirerek hastanın sevkini yapmalıdır. Hasta ve ailesinde güven duygusu sağlamalı, hastalık veya yaralanma hakkında bilgi vermeli ve eğitmeli, ileri mesleki bilgi ve beceriye sahip, kendini geliştirmeye ve değişime açık, hasta hak ve özgürlüklerine duyarlı, hasta gizliliğine saygılı olmalıdır (<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Acil bakım hemşiresinin yeterlilikleri;

- Fiziksel değerlendirme, hemodinamik ölçümler, kardiyo-pulmoner resüsitasyon tekniği konusunda özel eğitime sahip olma,
- Triyaj yapmada bilgi sahibi olma,
- Hızlı ve geniş tanılama yeteneğine sahip olma,
- Hasta öyküsündeki gerekli bilgileri toplayabilme,
- Hastanın gerekli yerlere güvenli ulaştırılmasını sağlayabilme,
- Hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurabilme,
- Stresle baş edebilmeli ve sorun çözme yeteneğine sahip olma,
- Yönetim becerisi ve liderlik özelliğine sahip olma,
- Kriz durumuna müdahale edebilme,
- Kontrol altına alınmamış ortamlarda soğukkanlılığını yitirmeden uygun bakım verme yeteneğine sahip olma,
- Acil konusunda kendisini sürekli geliştirebilmek amacıyla kurs, seminer, kongre vb aktivitelere katılma,
- Tüm uygulamalarında hastaya zarar vermeme, etik kurallara uygun bakım verme ve hasta hakları konusunda duyarlı davranmaya özen gösterme,

- Yaptığı işlerin sorumluluğunu üstlenme,
- Değişen durumlara hızla uyum sağlayabilme şeklinde belirtilmektedir.

(<http://www.tatd.org.tr> Erişim 12.04.2007).

Ülkemizdeki hastanelerin acil birimlerinde travmalı bir hasta ve ailesine yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyim sahibi olmadan hemşirelerin görevlendirildiği görülmektedir. Bu nedenle hemşireler, kendilerinden beklenen kaliteli sağlık bakım hizmetini veremedikleri gibi, acil travma ünitelerinin doğası gereği ortaya çıkma olasılığı yüksek olan şiddet ve bazı hastalıklarla karşı karşıya kalmak, stresle baş etme güçleri yetersiz olduğunda da ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (Eti Aslan 1998).

2.3.3. Acil Hemşiresinin Görev Tanımı

JCAHO tarafından acil hemşiresinin görevleri;

- Tüm uygulama ve girişimleri etik kurallara uyarak yapma,
- Hastanın esas şikayeti ve tıbbi öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi alma ve kayıt etme,
- Mevcut duruma odaklaşan uygun fiziksel muayeneyi yapma ve kayıt etme,
- Hastanın primer tanılması için uygun radyografik ve laboratuvar tetkiklerini isteme , laboratuvar örneklerini alma ve gönderme,
- Yaşam bulgularını ölçme ve değerlendirme,
- Hasta bakım planı hazırlama,
- Acil girişimde bulunma şeklinde tanımlanmıştır.

Ülkemizde Türkiye Acil Tıp Derneği'nin belirlediği acil hemşirelerinin görev tanımları ise (www.tatd.org.tr. Erişim 12.04.2007);

- İşlemlerini daha önceden belirlenen Acil Servis İşleyiş Kuralları ve Talimatlarına göre yapma,.
- Hastanın fiziksel çevre güvenliği için önlem alma,
- Enfeksiyon kontrolü için gerekli önlemleri alma,
- Hastanın, acil birimde diğer hastaları ve kendini rahatsız edici davranışlarına karşı koruyucu önlemler alma,

- Hastayla iletişimde, terapötik iletişim teknikleri kullanma,
- O₂, buhar ve nebül tedavisi uygulama ve hastanın durumuna göre öksürük ve solunum egzersizi yaptırma,
- Kardiyopulmoner resusitasyon ve hastaların ilk stabilizasyonunda hekime yardım etme,
- Aldığı çıkardığı izlemine yapma,
- Hastanın enteral ve parenteral beslenmesini sağlama,
- Lavman yapma,
- Dren ve kanama kontrolü yapma,
- Gereksinimi olan hastaya sürgü, ördek vb verme,
- Hastanın foley sonda bakımını yapma,
- Hekimin yazılı imzalı istemini alır ve hemşire tedavi formuna kaydetme,
- Kan numunesi alma ve uygun şekilde laboratuara gönderme,
- Hastanın oral/parenteral ilaç uygulamasını yapma,
- Resusitasyon ve müdahale odalarının düzenini, malzemelerini kontrol etme, eksiklerini tamamlama,
- Sıcak ve soğuk uygulama yapma,
- Gereksinimine göre hastaya pozisyon verme, mobilizasyonuna yardımcı olma,
- Kendi bakımını yapamayan hastaya bakım (ağız, el-yüz, saç, göz, ayak, vücut silme, perine bakımı) verme,
- Hasta adına kullanılan sarf malzemeleri ve ilaçları takip etme, ilgili kayıtları tutma,
- Ex olan hastayı hazırlama, morga gönderme,
- Mesleki gelişimi için kurs, kongre, seminer ve hizmet içi eğitim programlarına katılma,
- Hastaya eğitim verme,

- Öğrenci hemşirelerin eğitime katkıda bulunma,
- Hastane “Afet Planı”nda belirtilen görevleri yerine getirme,
- Bağlı olduğu amire, çalışmaları ile ilgili rapor verme ve kendisine verilen mesleği ile ilgili diğer görevleri yapma şeklinde belirtilmektedir.

Tanım ayrıntılı ele alındığında acil hemşirelerinin gelişmiş rol ve işlevlerinden daha çok yardımcı ve destekleyici rol ve işlevlerine değinildiği söylenebilir.

Ayrıca acil hemşirelerinin önemli diğer işlevleri ise; en verimli hasta bakımını sağlayarak acil birimlerde hasta akışını yönetmek, tedavi direktifi verilen müdahalelerin uygunluğunu kontrol ederek hastaların güvenliğini sağlamak, kaliteli bir acil bakımı için hasta eğitimi, duygusal destek ve çevresel güvenliği gibi konulara yönelmek, hastayla ilgili tüm tedavi direktiflerinin beklenen ve zararlı etkilerini takip etmek, hastayla ilgili direktif edilen tüm bakımın önceliğini ve koordinasyonunu sağlamak şeklinde sıralanabilir (Castner J., 2008).

2.3.4. Acil Hemşiresinin Sorumlulukları

Hemşirelere ait görevler; yasa, tüzük, yönetmelik ve genelgelerde dağınık bir biçimde düzenlenmiştir. Bunların dışında, diğer disiplinlere ait, ancak hemşirelerin uygulamakla sorumlu tutulduğu işlevler de bulunmaktadır (Özçelik ve ark. 2006).

Acil hemşiresinin kendisine, hasta/yaralıya, hasta/yaralının ailesine, birimde görevli olan ekip üyelerine ve meslektaşlarına, kurum yönetimine ve topluma karşı sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar (Babadağ 1990; Kutlu ve ark. 2001; <http://www.tatd.org.tr>);

- Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirleme,
- İlk tanılama ve genel tanılama işlevlerini yapma,
- Hekimin olmadığı durumlarda yaşam kurtarıcı girişimlerde bulunma,
- Mesleğin getirdiği ahlaki unsurlar çerçevesinde, bireysellik ve bütünlüğün zarar görmemesi ilkesi ile yaklaşımda bulunma,
- Aileye hastanın genel durumu, yapılan uygulamalar hakkında bilgi verme,
- Aileden bir kişinin ortama zarar vermeyecek şekilde hastasını görmesini sağlama,

- Birimin işleyiş koşullarını iyileştirmek amacı ile klinik ve teknik olası sorunları önleme,
- Bilgi ve uzmanlık sağlayacak deneyimleri edinme amacı ile hizmet içi eğitim planlama ve uygulanmasını sağlama,
- Birimde ekip üyeleriyle stres ve endişe ile baş etmek için olumlu iletişim kurma,
- Kurum yönetimi ve hizmet veren meslek üyeleri arasında geliştirilen ve uygulamaya konulan iş tanımları doğrultusunda politika ve yöntemleri belirleme,
- Bütün acil girişimlerde asepsi-antisepsi koşullarının gerekli olduğunun bilincinde olmalı,
- Hasta haklarını bilmeli ve savunucu rolü üstlenmeli,
- Hasta bireyin gizliliğine saygı göstermeli,
- Verilen hizmetin kaliteli olmasını sağlama,
- Algılamayı ve motor aktiviteleri etkileyecek ilaç vb kullanma alışkanlığı olmamalı,
- Verilen hemşirelik bakımını değerlendirme,
- Birimde profesyonel kaynak kişi olarak hizmet verme,
- Yöresel ve ulusal düzeyde bakım standardı sağlama ve olanaklar ölçüsünde standardı yükseltme,
- Kurum ve birim için olumlu toplumsal ilişkileri sağlama ve sürdürmedir.

Acil hemşireleri, uyguladıkları girişimleri destekleyen, hasta bakımının belirli standartlarda gerçekleştirilmesini sağlayan yasal düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hasta ve yaralının saygı görme, uygun bakım ve tedavi alma, bakım ve tedavisi hakkında bilgilendirilme, tedaviyi kabul ve reddedebilme, gizliliğine saygı gösterilme gibi hakları bulunmaktadır. Bozuk araç gereç kullanımından ya da personelin hatalı hareketinden tedavi ve bakımda hastanın zarar görmüş olması hatalı uygulamalar olarak görülmektedir. Acil birim hemşiresi hastaya zarar verecek hatalı uygulamalar konusunda dikkatli olmalıdır. İhmal sonucunda hasta bulunduğu durumdan daha kötü hale gelmişse hemşire cezai yaptırım ile karşılaşabilir. Hasta hastaneye

götürülene ve sorumluluk daha ileri düzeyde bir ekip ve birime devredilene kadar hekim ve hemşire tedaviye devam etmelidir. Tedavi ve bakımın bırakılması terk etme olarak nitelendirilir. Nakil sırasında yaşamını kaybetme riski taşıyan hastayı başka bir hastaneye sevk etmenin suç olduğu bilinmelidir. Yararlanma şartları ne olursa olsun hastalar acil durumlar ve doğum için hastaneye kabul edilir. Hasta tedaviyi reddediyor, hiçbir şekilde ikna edilemiyorsa tedaviyi kabul etmediğini bildiren formu imzalaması istenir. Çocuklarda ve bilinci yerinde olmayan hastalarda tedaviyi reddeden yakın akrabasının imzası alınmalıdır. Hastaya yapılan tüm girişimlerden önce sözlü ve yazılı izni alınmalıdır. Çocuklarda ve bilinci yerinde olmayan hastalarda yakın akrabalarından izin alınır. Yakın akrabaların olmadığı durumlarda tıbbi kararlar geçerlidir. Acil durum söz konusu ise içinde bulunulan durumun yaratmış olduğu rıza ile gerekli bakım ve tedavi yapılır (Baransel ve ark. 2006).

2.4. Hemşirelerin Çalışma Koşulları

2.4.1. Hemşirelerin Çalışma Koşullarını Belirleyen Yasal Düzenlemeler

Cumhuriyet döneminde oluşturulan yasal düzenlemelerden hemşireleri doğrudan ilgilendiren ilk düzenleme 1928’de çıkarılan “Sağlık ve Sağlıkla İlgili Mesleklerin Uygulanmasına Ait Kanun” dur. Bu kanun hemşireliği, ortaokul düzeyinde eğitilmiş kadınların yaptığı, serbest çalışma hakkı olan ve ancak diploması bulunan kişilerin yaptığı bir iş olarak görmektedir (Baykal ve ark. 2005).

Daha sonra 1954 yılında çıkarılan “Hemşirelik Kanunu” nda ise hemşire, lise düzeyinde mesleki eğitim alan kadınların yaptığı ve daha çok hekimlerin söylediği işi yapan teknik bir görevli gibi ele alınmaktadır. Bu kanunda, uzman hemşirelerden ve yüksek eğitilmiş hemşirelerden de söz edilmekte ve yüksek eğitimlilerin eğitimci, yönetici olmada öncelikli hakları olduğu vurgulanmaktadır (Baykal ve ark. 2005).

YTKİY’nde ise (1982) hemşirelik, başhekimliğe bağlı yürütülen ve başhekimin yetki verdiği sınırlarda yetkilendirilen bir yardımcı sağlık hizmeti grubu olarak ele alınmaktadır. Hemşirelerin görev-yetki ve sorumlulukları biraz daha ayrıntılı tanımlamakla birlikte hekimlere bağımlılığı devam etmektedir (YTKİY, 1982).

Hemşirelerin özlük haklarıyla ilgili ulusal yasal düzenlemeler incelendiğinde, ülkemizde hemşirelerin büyük çoğunluğunun kamuda çalıştığı ve kamuda çalışan hemşirelerin çoğunluğunun DMK’na bağlı haklara sahip olduğu görülmektedir. Özel

hastanelerde çalışan hemşireler ise, İş Kanunu'na göre diğer niteliksiz işçilerle benzer haklara sahiptirler. Ulusal düzeydeki bu kanunların içerikleri incelendiğinde, hemşireleri diğer çalışanlardan ayıran hükümlerin olmadığı ve ILO'nun 1977 yıl 149 sayılı Tavsiye Kararları'na göre, çoğu yerde yetersizliklerin olduğu söylenebilir. Örneğin ulusal düzenlemelerde yıllık izinler çalışma sürelerine göre verilmektedir (DMK'nda bir-10 yıl çalışanların 20 gün, 10 yıl ve daha fazla süreyle çalışanların 30 gün; 4857 sayılı İş Kanunu'nda ise bir-dört yıl çalışanlar 14 gün, beş-14 yıl çalışanlar 20 gün ve 15 yıl ve daha fazla süreyle çalışanlar 26 gün arasında değişmektedir). Bu ulusal düzenlemelerin belirttiklerine karşın, ILO hemşirelerin yıllık izinlerinin bir ay olması gerektiğini belirtmektedir. ILO'nun hemşireler için getirdiği tavsiye kararları ele alındığında, ülkemizdeki yasal düzenlemelerin çok eksik olduğu ve acilen yenilenmesi gerektiği, özellikle Avrupa Birliği uyum sürecinde bunun çok daha büyük önem göstereceği belirtilebilir (Baykal ve ark. 2005).

Hemşirelik temel eğitiminde esas alınan müfredat programları incelendiğinde, özellikle Sağlık Yüksek Okulları için oluşturulan çekirdek müfredatta, hemşireleri çalışma yaşamına hazırlamaya hazırlamaya yönelik içeriklerin yeterince verilmediği söylenebilir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da hemşirelerin çalışma mevzuatı ve yasal haklarını koruma konusunda bilinçli davranmadığı görülmektedir. Özellikle özel hastane işletmelerinde, işçilerin haklarını koruma açısından sendikal örgütlenmelerin olmaması, hastane yöneticilerinin bu konuda ciddi önlemler almaları da hemşirelerin özlük hakları açısından mağduriyetle karşılaşmalarına yol açmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma; yataklı tedavi kurumlarının acil birimlerinde görevli hemşirelerin çalışma koşullarının özlük hakları bağlamında belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tasarımda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada; “*Acil birimde çalışan hemşirelerin çalışma koşulları özlük hakları bağlamında nasıldır?*” sorusuna yanıt aranmak üzere; iş bulma ve işe yerleşme, oryantasyon, sürekli eğitim, ücretleme, çalışma saatleri, izinler, ödül-ceza sistemi, performans, iş sağlığı ve güvenliği, iş güvencesi gibi insan kaynakları yönetim sürecinin adımları ele alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Avrupa yakasındaki hastanelerin acil birimleri oluştururken; araştırmanın örneklemini, amaçlı örneklem yöntemiyle 100 yatak ve üzeri Sağlık Bakanlığı (SB), üniversite ve özel hastanelerin (25 hastane) genel acil birimlerinde görevli hemşireler oluşturmuştur. Çalışmada, 100 yatak ve üzeri hastanelerin örnekleme alınmasının nedeni, bu hastanelerde acil birimlerin daha fonksiyonel, donanımlı olmaları ve insangücü açısından daha iyi konumda bulunmalarıdır.

Örneklemi oluşturan özel hastanelere (11 hastane) izin yazısı yazılmış ve dokuz hastaneden araştırmanın uygulanması için izin alınmıştır (Ek-1). Örneklemi oluşturan özel hastanelerin acil birimlerinde görev yapan tüm hemşireler araştırma kapsamına alınmış, veri toplama aracını doldurmak isteyen 140 hemşireye soru formu dağıtılmış ve eksiksiz şekilde 111 hemşireden geri toplanmıştır.

Örnekleme giren SB Hastaneleri (12 hastane) için, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Stratejik Araştırma Birimi'ne başvurulmuş ve altı aylık izin alma sürecinden sonra araştırmada uygulanacak olan anket formundaki soruların 20 tanesinin çıkarılması istenmiştir. Ancak bu istek, etik kurul onayı ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü onayıyla uyumlu olmaması ve de tez projesinin bütünlüğünü bozacağı gerekçesiyle uygun

görülmendiğinden, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çalışmanın yapılmasına izin verilmemiştir.

Üniversite hastanelerinde uygulama yapabilmek amacıyla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra, acil dahiliye ve cerrahi birimlerinde görevli hemşirelerden araştırmaya katılmak isteyen 30 hemşireye soru formu dağıtılmış ve 22 tanesi eksiksiz geri dönmüştür. Çapa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'dan ise Aralık 2006 tarihinde başvurulmasına karşın Mart 2008 tarihinde onay alınmış ancak acil dahiliye biriminin izin vermemesi üzerine bu birimden veri toplanamamıştır. Acil cerrahi biriminde ise, hemşirelerin görev yapmadığı belirlendiğinden bu birim örneklem dışı kalmıştır.

Sonuç olarak, araştırma dokuz özel hastanenin acil birimlerinde görevli 111 hemşire ve bir üniversite hastanesinin acil biriminde görevli 22 hemşirenin katılımıyla toplam 133 acil hemşiresi örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın geri dönüş oranı %78.2 olarak bulunmuştur.

Araştırma örneklemini oluşturan hastanelerin özellikleri; araştırmanın uygulandığı üniversite hastanesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.)'ne bağlı, en fazla yatak kapasitesi olan ve tüm branşlarda hizmet veren bir hastanedir. Ayrıca hemşirelik hizmetleri, Uluslararası Standart Organizasyonları (ISO) kalite belgesi almıştır.

Özel hastanelerin beş tanesi uluslararası akreditasyon kurumu Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCHAO) tarafından akredite edilmiş ve İstanbul ilindeki en modern A grubu hastanelerdendir. Diğer bir hastane büyük bir sağlık grubu olma yolunda ve kalite çalışmalarını sürdürmektedir. Diğer üç hastane ise, küçük ölçekli ve hizmet kalitesi açısından belgelendirilmemiş hastane konumundadır.

3.3 Veri Toplama Aracı

Araştırmada, veri toplama aracı olarak literatür desteği doğrultusunda araştırmacı tarafından (Eti Aslan 1998; Baykal ve ark. 2005) hazırlanan soru formu kullanılmıştır. Veri toplama aracı hazırlanırken ulusal çalışma mevzuatı İş Kanunu ve DMK ile ILO'nun hemşirelerle ilgili tavsiye kararları esas alınarak hemşirelerin özlük hakları sistematik bir şekilde sorgulanmıştır. Hazırlanan soru formu anlaşılabilirlik ve içerik uygunluğu açısından altı uzmanın görüşüne sunulmuş (Ek-2) ve alınan geribildirimler

doğrultusunda düzeltildikten ve bir hastanenin acil biriminde denendikten sonra uygulanmıştır.

Son şekline getirilen veri toplama aracındaki (Ek-3);

Yedi soru; hemşirelerin kişisel ve durum değişkenlerini (yaş, eğitim, kurumsal deneyim, acil birim deneyimi),

Yedi soru; iş bulma ve işe yerleşme sürecini(iş bulmada sorun yaşama, işsiz kalma durumu, işe başvuru yolları, kurum değişikliği yapma durumu vb.),

Sekiz soru; kuruma ve birime oryantasyonu (acil birim uygulama standartları ve iş tanımlarının varlığı, birime oryantasyon, sürekli eğitim programları ve eğitime katılımı destekleme politikası vb),

Dört soru; kariyer gelişimini (mesleğe ara vermede pozisyon değişikliği yapılması durumunu, terfi etme ve terfi için gerekli desteğin sağlanma durumu vb),

İki soru; performans değerlendirmeyi (performans değerlendirmenin yapılma durumu, başarısız hemşirelerle uygulanan yaptırım),

Dört soru; ödül ceza sistemini (disiplin komitesinde hemşirenin varlığı, disiplin kararlarına itiraz etme durumu, ödül sistemi vb),

Yedi soru; ücretlendirme sistemini (alınan ücretin yeterliliği, ücret artışı, ek tazminat durumu, yararlanılamayan sosyal olanakların ücretlendirilmesi vb),

Altı soru; çalışma saatlerini (çalışma şekli, günlük, aylık çalışma saati, aylık fazla çalışma saati, günlük dinlenme süresi, çalışma listelerinin duyurulma zamanı),

On bir soru; izinleri (haftalık izin, fazla mesai, nöbet vb çalışma, yıllık izin, doğum öncesi ve sonrası izin, süt izni, süt iznini kullanma şekli, mazeret ve hastalık halinde alınan izinler vb),

On soru; iş sağlığı ve güvenliğini (iş sağlığı biriminin varlığı, verdiği hizmet, muayene ve tedavi olma veya sevk alma durumu, acilde çalışmaya başladıktan sonra yaşanan sağlık sorunları, iş kazalarında kurumun genel yaklaşımı, acil birimde karşılaşılan riskli durumlar ve güvenlik görevlilerin varlığı),

Altı soru iş güvencesi ve sendikal örgütlenmeyi (işten çıkarılma durumu,tazminat ödenmesi, sendikal örgütlenmenin varlığı, hemşirelerin üye olma durumu vb) belirlemeye yönelik olup, toplam 72 sorudan oluşmaktadır.

3.4 Verilerin Toplanması

Öncelikle araştırma örneklemini oluşturan hastanelere resmi izin yazıları yazılmış, izin ve etik kurul onayı süreci tamamlanan dokuz özel hastane ile bir üniversite hastanesinin acil birimlerinden veriler Ekim 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması için, araştırmacı tarafından ön görüşme yapılarak hastanelere tek tek gidilmiş; veri toplama aracı, acil birimde çalışan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelere gerekli açıklamalar yapılarak elden dağıtılmıştır. Daha sonra belirlenen günlerde tekrar hastanelere gidilerek araştırmacı tarafından geri toplanmıştır.

Toplam 170 soru formu dağıtılmış ve eksiksiz doldurulan 133 form istatistik değerlendirmeye alınmıştır.

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistik desteği alınarak bulgular yüzdelik dağılım şeklinde değerlendirilmiştir.

3.6.Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

- SB Hastaneleri için İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almada altı aylık gecikmenin olması ve veri toplama aracındaki soruların önemli bir kısmının (yaklaşık 1/3 oranında) çıkarılmasının istenmesi, araştırmaya başlamada gecikmeye ve motivasyon bozukluğu yaşanmasına sebep olmuştur.
- Üniversite hastaneleri içinde aynı üniversiteye bağlı iki ayrı hastane için, ayrı ayrı etik kurul onayının alınmasının istenmesi ve izin alma sürecinde sorun yaşanması ve araştırmaya başlamada gecikmelere dolayısıyla tez çalışmasının tamamlanmasında gecikmeye yol açmıştır. Özellikle Çapa Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun onay sürecinde diğer hastanelerin (özel ve SB Hastanelerinin)

izinlerini istemesi, dolaylı olarak etik kurul onayında gecikmelerin temel nedeni olmuştur.

- Araştırmada, özel hastanelerin çoğunluğu oluşturması, üniversite hastanesinden toplanan verilerin sayısal azlığı ve SB Hastanelerinin örneklem dışı kalması nedeniyle, çalışma koşullarının belirleyicisi olan kurumsal farklılıklara yönelik karşılaştırmalı istatistiksel analizler yapılamamış, sonuçlar yüzdelik değerler üzerinden incelenmek zorunda kalınmıştır.
- Acil birimlerdeki iş yoğunluğu nedeniyle, acil hemşirelerinin soru formlarını doldurmak için zaman ayıramamaları, araştırmacının hastanelerden soru formlarını geri almada sorunlar yaşamasına ve birçok kez hastanelere gitmesine neden olmuştur.

4. BULGULAR

Acil hemşirelerinin çalışma koşullarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular; kişisel mesleki durum değişkenleri ve insan kaynakları yönetimi süreci dikkate alınarak (iş bulma, yerleşme, oryantasyon, ücretleme vb şekilde) gruplandırılarak incelenmiştir.

Tablo 1. Acil Hemşirelerinin Kişisel Durum Değişkenlerinin Dağılımı (S=133)

Kişisel ve Mesleki Durum Değişkenleri	s	%
Çalıştığı kurum		
Üniversite Hastanesi	22	16,5
Özel Hastane	111	83,5
Eğitim durumu		
SML Hemşirelik	40	30,1
SML Acil Tıp Teknisyenliği	51	38,3
Önlisans Hemşirelik	5	3,8
Lisans	37	27,8
Yaş		
22 yaş ve altı	27	20,3
23-25 yaş	59	44,4
26 yaş ve üstü	47	35,3
Mesleki deneyim		
1 yıl ve altı	26	19,6
2-4 yıl	56	42,1
5 yıl ve üstü	51	38,3
Acil deneyimi		
1 yıl ve altı	46	34,6
2-4 yıl	63	47,4
5 yıl ve üstü	24	18

Acil birim hemşirelerinin kişisel ve mesleki durum değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo1); hastanelerde çalışan acil hemşirelerinin çoğunlukla 23-25 yaş grubunda olduğu (%44,4), sağlık meslek lisesi (SML) acil tıp teknisyenliği (%38,3) ve hemşirelik bölümü (%30,1) mezunu oldukları görülmektedir. Mesleki deneyim sürelerinin genellikle 2-4 yıl arasında (%42,1) ve beş yıl ve üstü (%38,3) olduğu; acil

birim deneyimlerinin ise sıklıkla iki ile dört yıl arasında (%44) ve bir yıl ve altında (%34,6) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Acil Hemşirelerinin İş Bulma Süreciyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

İş Bulma Süreciyle İlgili Görüşler	s	%
İş ararken sorun yaşadınız mı?		
Evet	12	9
Hayır	121	91
İşsiz kaldınız mı?		
Evet	27	20,3
Hayır	106	79,7
İşsiz kalma süreniz?		
1 yıldan az	10	37
1-2 yıl	13	48,2
3 yıl ve üzeri	4	14,8
İşe başvuru yollarınız nelerdir?*		
Kurumlara başvuru yapmak	104	78,2
İlanları izlemek	49	36,8
Kişisel ilişkileri kullanmak	42	31,6
Merkezi sınavlara girmek	40	30,1
İnternet	5	3,8
İş sözleşmesi imzaladınız mı?		
Evet	78	58,6
Hayır	55	41,4
Kurum değişikliği yaptınız mı?		
Evet	56	42,1
Hayır	77	57,9
Kurum değişikliği yapma nedenleriniz?*		
Ücret yetersizliği	38	67,8
Çalışma ortamındaki olumsuz ilişkiler	18	32,1
Kurumdan memnun kalmamak	15	26,7
Şehir değişikliği	5	8,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Acil birimde görevli hemşirelerin iş bulma süreci ele alındığında (Tablo 2); hemşirelerin %91'inin iş ararken sorun yaşamadığı ve işsiz kalmadığı (%79,7) belirlenirken; hemşirelerin sıklıkla doğrudan çalışacakları kurumlara iş başvurusu yaptıkları (%78,2) ve iş sözleşmesi imzaladıkları (%58,6) görülmektedir.

Acil hemşirelerinin kurum değişikliği yapma durumu incelendiğinde (Tablo 2) hemşirelerin bir kısmının kurum değişikliği yapmadığı (%57,9), kurum değişikliği yapanların (%42,1) ise sıklıkla kurum değişikliği yapmalarında ücret yetersizliğinin (%67,8) ve çalışma ortamındaki olumsuz ilişkilerin (%32,1) etkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Acil Hemşirelerinin Oryantasyonu ve Sürekli Eğitimi ile İlgili Bulguların Dağılımı (S:133)

Oryantasyon ve Sürekli Eğitimle İlgili Görüşler	s	%
Aldığınız hemşirelik eğitimi sizi iş ortamına yeterince hazırladı mı?		
Evet	97	72,9
Hayır	36	27,1
Acilde çalışmadan önce birime özgü eğitim aldınız mı?		
Evet	79	59,4
Hayır	54	40,6
Acil hemşireliği uygulama standartlarınız var mı?		
Evet	115	86,5
Hayır	18	13,5
Acil hemşiresinin iş tanımları var mı?		
Evet	115	86,5
Hayır	18	13,5
Yeni başlayan hemşirelere personel el kitapçığı veriliyor mu?		
Evet	77	57,9
Hayır	56	42,1
Kurumunuzdaki sürekli eğitim programlarına katıldınız mı?		
Evet	113	85
Hayır	20	15
Kurumunuzda sürekli eğitim programlarına katılımınızı kolaylaştıran düzenlemeler nelerdir?		
Ücretli izin verilmesi	27	20,3
Çalışma saatlerinin uyumlaştırılması	83	62,4
Ücretsiz izin verilmesi	3	2,3
Eğitim giderlerinin ödenmesi	10	7,5
Eğitim programlarına katılamıyoruz	4	3
Bilmiyorum	6	4,5
Eğitim programlarında hemşirelerin özlük hakları ele alınıyor mu?		
Evet	90	67,7
Hayır	43	32,3

Acil hemşirelerinin oryantasyonu ve sürekli eğitimiyle ilgili bulguların dağılımı incelendiğinde (Tablo 3); aldıkları eğitimin kendilerini iş ortamına yeterince hazırladığı (%72,9), acil hemşirelerinin sıklıkla acilde çalışmaya başlamadan önce birime özgü

eğitim aldıkları (%59,4), çalıştıkları kurumda acil hemşireliği uygulama standartlarının (%86,5) ve acil hemşiresinin iş tanımının olduğu (%86,5), kuruma/birime oryantasyon ve sürekli eğitim programlarına katıldıkları (%85); sürekli eğitim programlarına katılmaları için çalışma saatlerinin uyumlaştırıldığı (%62,4), ve ücretli izin verildiği (%20,3) belirlenirken bu eğitim programlarında acil hemşirelerinin özlük haklarının da ele alındığı (%67,7) ifade edilmiştir.

Tablo 4. Acil Hemşirelerinin Kariyer Gelişimiyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

Kariyer Gelişimiyle İlgili Görüşler	s	%
İş/bölüm değişikliği yaptığınızda veya işe ara verdiğinizde daha düşük pozisyonda göreve başlatılıyor musunuz?		
Evet	21	15,8
Hayır	95	71,4
Bilmiyorum	17	12,8
Bu kurumda uzun yıllar çalışıp üst pozisyonlara gelmeyi (terfi etmeyi) düşünüyor musunuz?		
Evet	54	40,6
Hayır	79	59,4
Yanıtınız hayır ise nedenleri nelerdir?		
Üst pozisyonlar için belirli kişiler var	16	20,3
Daha yüksek eğitim gerekli	37	46,8
Bu hastanede uzun süre çalışmayı düşünmüyorum	26	32,9
Acil birimde terfi etmeniz için gerekli destek sağlanıyor mu?		
Evet	65	48,9
Hayır	68	51,1

Acil hemşirelerinin kariyer gelişimiyle ilgili görüşlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 4); acil hemşirelerinin terfi etmek için gerekli desteği göremedikleri (%51,1) işe ara verme veya bölüm değişikliği yapma gibi durumlarda çoğunlukla pozisyon kayıplarının olmadığı (%71,4) belirlenmiştir.

Ayrıca acil hemşirelerinin çalıştıkları kurumda uzun yıllar görev yapıp daha üst pozisyonlara gelmeyi düşünmedikleri (%59,4); buna neden olarak da bu pozisyonlar

için eğitimlerinin yeterli olmadığı (%46,8) ve uzun yıllar bu hastanede çalışmayı düşünmedikleri (%32,9), ayrıca bu pozisyonlar için belirlenmiş kişilerin var olduğu (%20,3) görüşü üzerinde durulmuştur.

Tablo 5. Acil Hemşirelerinin Performans Değerlendirmeye İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

Performans Değerlendirmeye İlgili Görüşler	s	%
Performansınız uygun kriterlerle düzenli şekilde ölçülüyor mu?		
Evet	78	58,6
Hayır	55	41,4
Başarısız olan hemşirelere ne tür yaptırımlar uygulanıyor?		
Performans primi verilmiyor	27	20,3
Terfi ettirilmiyor	13	9,8
İşten çıkartılıyor	13	9,8
İhtar veriliyor	67	50,3
Başarısızlık nedeni araştırılıyor	13	9,8

Acil hemşirelerinin performans değerlendirmeye ilgili görüşlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 5); hemşirelerin performansının iş tanımlarına uygun kriterlerle düzenli şekilde ölçüldüğü (%58,6) belirlenirken; hemşirelerin önemli sayılacak bir kısmı ise uygun ve düzenli bir performans değerlendirme sistemlerinin olmadığını (%41,4) ifade etmiştir.

Başarısız olan hemşirelere sıklıkla ihtar verildiği (%50,3) ve performans priminin ödenmediği (%20,3); ancak çok düşük bir oranla başarısızlık nedeninin araştırıldığı (%9,8) bulunmuştur.

Tablo 6. Acil Hemşirelerinin Ödül Ceza Sistemiyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

Ödül Ceza Sistemiyle İlgili Görüşler	s	%
Hemşirelerle ilgili soruşturmalarda yapıldığı disiplin komitesinde hemşireler görev alıyor mu?		
Evet	69	51,9
Hayır	25	18,8
Bilmiyorum	39	29,3
Hemşirelerin kendilerine verilen disiplin kararına itiraz edebilme hakları var mı?		
Evet	66	49,6
Hayır	41	30,8
Bilmiyorum	26	19,6
Başarılı olan hemşirelere ödül veriliyor mu?		
Evet	48	36,1
Hayır	64	48,1
Bilmiyorum	21	15,8
Başarılı olan hemşirelere ne tür ödüller veriliyor?		
Plaket	7	14,6
Prim ödeme	6	12,5
Terfi ettirme	7	14,6
Teşekkür belgesi	28	58,3

Hemşirelerin ödül ceza sistemiyle ilgili görüşlerinin dağılımı incelendiğinde (Tablo 6); hemşirelerin yarıdan fazlası hemşirelikle ilgili soruşturmalarda yapıldığı disiplin komitelerinde hemşirelerin yer aldığını (%51,9) belirtirken; hemşirelerin %29,3'ü disiplin komitelerinde hemşirelerin yer alıp almadığını bilmediğini ifade etmiştir.

Acil hemşirelerinin çoğunluğunun kendileri için kararlaştırılan disiplin kararlarına itiraz edebildiği (%49,6), ancak azımsanmayacak oranda hemşirenin de disiplin kararlarına itiraz edip edemeyeceğini bilmediği (%19,6) saptanmıştır.

Acil hemşirelerinin başarılarının sıklıkla ödüllendirilmediği (%48,1), başarılı olup da ödüllendirilen hemşirelere ise çoğunlukla teşekkür belgesi verildiği (%58,3) bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Acil Hemşirelerinin Ücretlemeyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

Ücretlemeyle İlgili Görüşler	s	%
Aldığınız ücreti benzer eğitim alan kişilerle karşılaştırdığınızda yeterli buluyor musunuz?		
Evet	26	19,6
Hayır	107	80,4
Diğer kurumlarda acil hemşirelerine verilen ücretle aldığınız ücreti karşılaştırdığınızda yeterli buluyor musunuz?		
Evet	13	9,8
Hayır	120	90,2
Kurumunuzda enflasyon oranında ücret artışı yapılıyor mu?		
Evet	41	30,8
Hayır	92	69,2
Kurumda ücret düzeyi belirlenirken hangi kriterler dikkate alınıyor?*		
Eğitim düzeyi	102	76,7
Kurumdaki deneyim	67	50,3
Çalışılan birim	88	66,2
Meslekteki deneyim	42	31,6
Çalışma/vardiya şekli	22	16,5
Kurumunuzda acil birimde çalışanlara ek tazminat ödeniyor mu?		
Evet	26	19,6
Hayır	100	75,2
Bilmiyorum	7	5,2
Hastanenizin servis/yemek/ulaşım gibi sosyal olanaklarından yararlanmadığınızda karşılığını ücret olarak alabiliyor musunuz?		
Evet	39	29,3
Hayır	94	70,7
Yararlanmadığınız sosyal olanakların hangisinin karşılığında ücret alıyorsunuz?*		
Yol parası	28	71,8
Yemek ücreti	5	12,8
Kira yardımı	5	12,8
Lojman	1	2,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Acil hemşirelerinin ücretlendirilmeleriyle ilgili bulgularının dağılımı incelendiğinde (Tablo 7); hemşirelerin büyük çoğunluğu aldıkları ücreti diğer benzer

eğitim alan kişilerle karşılaştırdıklarında yeterli bulmadıkları (%80,4), diğer kurumlarda verilen ücretlerle karşılaştırdıklarında ise benzer şekilde ücretlerini yeterli görmedikleri (%90,2) belirlenmiştir. Ayrıca acil hemşirelerinin aldıkları ücrete enflasyon oranında zam yapılmadığı (%69,2) da saptanmıştır.

Acil hemşireleri çalıştıkları kurumda ücret düzenlemesi yapılırken sıklıkla eğitim düzeyinin (%76,7), çalışılan birimin (%66,2), kurumdaki deneyim süresinin (%50,3) dikkate alındığını belirtirken; meslekteki deneyim süresi (%31,6) ve çalışma şeklinin (%16,5) daha az dikkate alındığını ifade etmişlerdir.

Ayrıca acil biriminde çalışan hemşirelere çoğunlukla ek tazminatın verilmediği (%75,2), yanısıra hastanenin ulaşım, yemek ve kreş gibi sosyal olanaklarından yararlanmadıklarında bunun karşılığını ücret olarak alamadıkları (%70,7) ve düşük oranda aldığını belirten hemşirelerin (%29,3) ise sıklıkla yol parası (%71,8) ve yemek ücreti (%12,8) aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 8. Acil Hemşirelerinin Çalışma Saatleriyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

Çalışma Saatleriyle İlgili Görüşler	s	%
Çalışma/vardiya düzeniniz		
İki vardiya	114	85,7
Sadece gündüz	13	9,8
Sadece gece	6	4,5
Günlük çalışma saatiniz		
Gündüz dokuz saat gece 15 saat	6	4,5
Gündüz 10 saat gece 14 saat	50	37,6
Gündüz 12 saat gece 12 saat	77	57,9
Aylık toplam çalışma saatiniz		
192 saat	37	27,8
193–220 saat	68	51,1
221 saat ve üstü	28	21,1
Aylık fazla çalışma saatiniz		
20 saat ve altı	26	19,6
21–50 saat	62	46,6
51 saat üstü	8	6
Yok	37	27,8
Günlük toplam dinlenme süreniz		
30 dk ve altı	6	4,5
31-50 dk	88	66,2
51 dk ve üstü	39	29,3
Çalışma listeleriniz ne kadar önceden duyuruluyor?		
Bir haftadan az	48	36,1
Bir hafta	43	32,3
15 gün	27	20,3
Bir ay	15	11,3

Acil hemşirelerinin çalışma saatleriyle ilgili bulgular Tablo 8’de ele alındığında; çoğunluğunun iki vardiya şeklinde çalıştıkları (%85,7); günlük çalışma saatlerinin gündüz 12 gece 12 saat (%57,9), gündüz 10 gece 14 saat (%37,6) ve aylık toplam çalışma saatlerinin 193 saat ve 220 saat arasında (%51,1) olduğu; aylık fazla çalışma saatlerinin ise 21 ve 50 saat arasında değiştiği (%46,6); günde 31 ile 50 dakika arasında dinlenebildikleri (%66,2) belirlenmiştir. Acil hemşirelerinin çalışma listelerinin hazırlanıp duyurulmasının ise sıklıkla bir haftadan daha az (%36,1) ve bir haftalık zaman aralığında (%32,3) yapıldığı saptanmıştır.

Tablo 9. Acil Hemşirelerinin İzinlerle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

İzinlerle İlgili Görüşler	s	%
Haftalık izninizi kullanabiliyor musunuz?		
Evet	95	71,4
Hayır	25	18,8
Bazen	13	9,8
Nöbet, fazla mesai, resmi tatil günlerinde çalışmanın karşılığını nasıl alıyorsunuz?		
İzin alıyorum	69	51,9
%50 zamlı ücret alıyorum	34	25,6
%100 zamlı ücret alıyorum	8	6
Normal ücret alıyorum	22	16,5
Yıllık izin süreniz?		
14 günden az	8	6
14 gün	67	50,4
15 gün ve üstü	58	43,6
Doğum öncesi ve sonrası izin kullanabiliyor musunuz?		
Evet	80	60,1
Hayır	5	3,8
Bilmiyorum	48	36,1
Doğum sonrası yasal ücretsiz izin hakkınızı kullanabiliyor musunuz?		
Evet	70	52,6
Hayır	4	3
Bilmiyorum	59	44,4
Doğum sonrası ne kadar ücretsiz izin alabiliyorsunuz?		
Altı aydan az	18	25,7
Altı ay ve üstü	36	51,4
Bilmiyorum	16	22,9
Biriminizde süt izni kullanabiliyor musunuz?		
Evet	77	57,9
Hayır	3	2,3
Bilmiyorum	53	39,8
Süt iznini ne şekilde kullanıyorsunuz?		
Her gün bir buçuk saat izin veriliyor	16	20,8
Toplu kullanılıyor	13	16,9
Bilmiyorum	48	62,3

Tablo 9'un Devamı. Acil Hemşirelerinin İzinlerle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

	s	%
Mazeret izni alabiliyor musunuz?		
Evet	120	90,2
Hayır	13	9,8
Hafif hastalıklarda rapor almadan izin veriliyor mu?		
Evet	70	52,6
Hayır	63	47,4
Hastalık/doğum vb özel nedenlerle bölüm ya da çalışma saatlerinde düzenleme yapılıyor mu?		
Evet	121	91
Hayır	12	9

Acil hemşirelerinin izinleriyle ilgili bulgular Tablo 9'da incelendiğinde; hemşirelerinin çoğunluğunun haftalık izinlerini kullanabildikleri (%71,4); nöbet, fazla mesai, resmi tatillerde çalışmalarının karşılığını sıklıkla izin olarak aldıkları (%51,9) ve %50 zamlı ücret aldıkları (%25,6) belirlenirken; %16,5 gibi küçümsenmeyecek bir orandaki acil hemşiresinin ise nöbet, fazla mesai, resmi tatillerde çalışmalarının karşılığında normal ücret aldıkları saptanmıştır. Acil hemşirelerinin yıllık izin olarak 14 gün (%50,4) ile 15 gün ve üstü (%43,6) izin kullandıkları bulunmuştur.

Hemşirelerin doğum öncesi ve sonrası yasal izin haklarını kullanabildikleri (%60,1), önemli orandaki bir hemşirenin ise doğum öncesi ve sonrası yasal izin hakkı olup olmadığı konusunda bilgi sahibi olmadığı (%36,1); acil hemşirelerinin çoğunluğunun doğum sonrası ücretsiz izin kullanabildikleri (%52,6), benzer şekilde %44,4 gibi bir oranla doğum sonrası ücretsiz izin kullanıp kullanmama konusunda bilgi sahibi olmadıkları saptanırken; doğum sonrası ücretsiz izin kullandığını belirten hemşirelerin sıklıkla 6 ay ve üstü (%51,4) ve 6 aydan az (%25,7) ücretsiz izin aldıkları belirlenmiştir (Tablo 9).

Acil hemşirelerinin süt izni kullanma durumu ele alındığında; hemşirelerin yarısının süt iznini kullanabildikleri (%57,9) ve süt iznini sıklıkla her gün bir buçuk saat izin şeklinde (%20,8) kullandıkları ancak acil hemşirelerinin büyük bir kısmının da süt izni konusunda bilgi sahibi olmadığı (%62,3) ortaya çıkmıştır (Tablo 9).

Hemşirelerinin çoğunlukla mazeret izni alabildikleri (%90,2) ve hafif hastalıklarda rapor almadan izin kullanabildikleri (%52,6) bulunurken; önemli oranda acil hemşirelerinin hafif hastalıklarda rapor almadan izin kullanamadıkları (%47,4) görölmüştür (Tablo 9). Ayrıca acil hemşirelerinin çoğunluğu hastalık, doğum vb özel nedenlerle bölüm değişikliği veya çalışma saatlerinde düzenleme yapıldığını (%91) belirtmiştir.

Tablo 10. Acil Hemşirelerinin İş Sağlığı ve Güvenliğiyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

İş Sağlığı Ve Güvenliğiyle İlgili Görüşler	s	%
Kurumunuzda iş sağlığı birimi var mı?		
Evet	82	61,7
Hayır	51	38,3
İş sağlığı biriminden kolaylıkla yararlanabiliyor musunuz?		
Evet	79	96,3
Hayır	3	3,7
Kurumunuzun sağlık biriminde hangi sağlık hizmetleri verilir?*		
Her hemşireye sağlık dosyası oluşturulur	27	20,3
Düzenli periyodik muayene yapılır	26	19,6
Riskli durumlar için ara kontrol yapılır ve koruyucu önlemler alınır	64	48,1
Hastalık durumunda muayene ve tedavi uygulanır	105	78,9
Hastalık halinde kurumunuzda muayene ve tedavi olma olanağınız var mı?		
Evet	104	78,2
Hayır	1	0,7
Sadece acil durumlarda	28	21,1
Hastalık halinde kurumunuzdan diğer kurumlara sevk almada sorun yaşıyor musunuz?		
Evet	30	22,6
Hayır	103	77,4
Acilde çalışmaya başladıktan sonra sağlık sorunları yaşadınız mı?		
Evet	100	75,2
Hayır	33	24,8
Acilde çalışmaya başladıktan sonra yaşadığınız sağlık sorunları nelerdir?*		
Aşırı sinirlilik	49	49
Sindirim bozuklukları	25	25
Uyku bozuklukları	72	72
Baş ağrısı	37	37
Mide ağrısı	22	22
Bel ağrısı	37	37
Kurumunuzun iş kazalarındaki genel yaklaşımı nedir?		
Belirli bir politikası yok	19	14,2
Tazminat ödenir	3	2,3
İyileşene dek izin verilir	61	45,9
Tekrarlamaması için önlem alınır	32	24,1
İş yeri kaza formu doldurularak gerekli prosedürler uygulanır	18	13,5

Tablo 10'un Devamı. Acil Hemşirelerinin İş Sağlığı ve Güvenliği İle İlgili Görüşlerin Dağılımı (S:133)

	s	%
Acil birimde en sık karşılaştığınız riskli durumlar nelerdir?*		
Sözel saldırıya uğrama	106	79,7
Fiziksel saldırıya uğrama	18	13,5
Enfeksiyon	41	30,8
İğne batması	61	45,9
Düşme	14	10,5
Radyasyon	9	6,8
Acil biriminizde güvenlik görevlileri var mı?		
Evet	103	77,4
Hayır	30	22,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Acil hemşirelerinin iş sağlığı güvenliğiyle ilgili görüşleri incelendiğinde (Tablo10); acil hemşirelerinin iş başında meydana gelen hastalık, yaralanma, kaza vb durumlarında çoğunlukla iyileşene kadar izin verildiği (%45,9); olayın tekrar yaşanmaması için önlem alınması (%24,1) yaklaşımının ise daha düşük oranda benimsendiği görülmektedir.

Acil hemşirelerinin çalıştıkları kurumların büyük çoğunluğunda iş sağlığı biriminin olduğu (%61,7) ve hemşirelerin iş sağlığı biriminden kolaylıkla yararlanabildiği (%96,3) saptanmıştır. Hemşirelerin iş sağlığı biriminden sıklıkla hastalık halinde muayene ve tedavi olma (%78,9) şeklinde yararlandıkları; ayrıca bu birimlerde riskli durumlar için ara kontrol ve koruyucu önlemlerin alındığı (%48,1) belirlenmiştir (Tablo 10).

Acil hemşirelerinin büyük çoğunluğu hastalık halinde çalıştıkları kurumda muayene ve tedavi olabildiklerini (%78,2) belirtirken; %21,1 oranında sadece acil durumlarda muayene ve tedavi olabildiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca, hemşirelerin hastalık halinde tanı ve tedavi amacıyla diğer sağlık kurumlarına sevk almada sorun yaşamadıkları (%77,4) da bulunmuştur.

Hemşirelere acilde çalışmaya başladıktan sonra herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı sorulduğunda ise büyük bir çoğunlukla (%75,2) yaşadıkları ve

sıklıkla uyku bozukluğu (%72), aşırı sinirlilik (%49), baş ağrısı(%37), bel ağrısı (%37), sindirim bozuklukları (%25), mide ağrısı (%22) gibi rahatsızlıklar yaşadıkları saptanmıştır (Tablo10).

Ayrıca hemşirelere acil birimde karşılaşılan riskli durumlar sorulduğunda; çoğunlukla hasta ve hasta yakınları tarafından sözel saldırıya maruz kalma (%79,7), iğne batması (%45,9) ve enfeksiyon riski (%30,8) üzerinde durulmuştur. Bunun yanısıra acil hemşirelerinin çoğunluğu görev yaptıkları acil birimlerinde güvenlik görevlilerinin bulunduğunu (%77,4) belirtmişlerdir (Tablo 10).

Tablo 11. Acil Hemşirelerinin İş Güvencesi ve Sendikal Örgütlenmeyle İlgili Görüşlerinin Dağılımı (S:133)

İş Güvencesi ve Sendikal Örgütlenmeyle İlgili Görüşler	s	%
Kurumun beklentilerini karşılamadığınızda işten çıkarılacağınızı düşünüyor musunuz?		
Evet	100	75,2
Hayır	33	24,8
Kurumunuzda hemşirelere işten çıkarılma nedenleri bildiriliyor mu?		
Evet	84	63,1
Hayır	32	24,1
Bilmiyorum	17	12,8
İşten çıkarılma durumunda tazminat ödeniyor mu?		
Evet	28	21,1
Hayır	28	21,1
Bilmiyorum	77	57,8
Kurumunuzda sendikal örgütlenme var mı?		
Evet	24	18
Hayır	109	82
Sendikaya üye misiniz?		
Evet	16	12
Hayır	117	88
Çalıştığınız birimin sağladığı haklar ve çalışma koşullarını diğer kurumlarla karşılaştırdığınızda kurumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?		
Çok daha iyi durumda	56	42,1
Benzer koşullarda; fark yok	62	46,6
Çok daha kötü durumda	15	11,3

Acil hemşirelerinin iş güvencesi ve sendikal örgütlenmeyle ilgili görüşleri Tablo11’de ele alındığında; hemşirelerin büyük bir kısmı beklentileri karşılamadığında işten çıkarılacağını (%75,2) düşünürken, işten çıkarılması durumunda işten çıkartılma nedenlerinin sıklıkla bildirildiği (%63,1) ancak kendilerine tazminat verilip verilmeyeceğini bilmedikleri (%57,8) belirlenmiştir.

Hemşirelerin büyük bir çoğunluğu hastanelerinde sendikal bir örgütlenmenin olmadığını (%82), dolayısıyla da sendikaya üye olmadıklarını (%88) ifade etmişlerdir. Ayrıca acil hemşirelerinden çalıştıkları birimi kendilerine sağlanan haklar ve çalışma

koşulları açısından diğer kurumlarla karşılaştırmaları istendiğinde; hemşirelerin çoğunluğu kendi kurumlarını diğer kurumlarla benzer bulurken (%46,6), %42,1 oranında çok daha iyi konumda olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 11).

5. TARTIŞMA

Dokuz özel ve bir üniversite hastanesi acil biriminde görevli toplam 133 hemşireden elde edilen verilerle gerçekleştirilen bu araştırmada, acil hemşirelerinin çalışma koşullarının belirlenmesine çalışılmıştır.

Acil hemşirelerinin **kişisel durum değişkenleri** incelendiğinde (Tablo 1); büyük çoğunluğunun SML acil tıp teknisyenliği (ATT) (%38,3) ve hemşirelik (%30,1) programlarından mezun oldukları görülmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda da Yıldırım (1994) %63,3, Yurtseven (1994) %52, Eti Aslan (1998) %51,5 Erenler (2007) %45,3 olarak SML mezunu oranını yüksek bulmuşlardır. Bu durum, özellikle İstanbul bölgesinde son yıllarda yaşanan hemşire sıkıntısının bir sonucu olarak, acil tıp teknisyenliği veya önlisans ambulans ve acil bakım teknikerliği (paramedik) bölümlerinden mezun olan sağlık personelinin acil birimlerde hemşirelerin yerine istihdam edildiklerini göstermektedir.

Acil hemşirelerinin büyük çoğunluğunun 25 yaş ve altında (%64,7), 4 yıl ve altında mesleki deneyime (%61,7) ve acil birim deneyimine (%82) sahip olduklarının bulunmasına karşın Yıldırım (1994), Eti Aslan (1998) ve Erenler (2007)'in kamu örnekleminde yaptığı çalışmalarda acil hemşirelerinin yaş ortalamalarının, mesleki ve acil birim deneyimlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada özel hastane örnekleminin ağırlıklı olmasına bağlı olarak, bu hastanelerde hemşire devir hızının yüksek olması sonucunda bu birimlerde daha çok genç hemşirelerin istihdam edildiğini düşündürmektedir.

Acil hemşirelerinin **iş bulma süreci**yle ilgili bulgular ele alındığında (Tablo 2); büyük bir çoğunlukla iş bulmada sorun yaşamadıkları (%91), işsiz kalmadıkları (%79,7), düşük oranda işsiz kalan (%20,3) hemşirelerin ise, bir ile iki yıl arasında işe yerleştikleri (%48,2); işe başvurularını ise kuruma doğrudan yaptıkları (%78,2) belirlenmiştir. Acil hemşirelerinin %41,4'ünün çalıştığı kurumla iş sözleşmesi yapmaması çalışan hakları açısından sorunla karşılaşabileceklerini düşündürmektedir. Baykal ve arkadaşlarının (2005) hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada da benzer şekilde hemşirelerin büyük bir kısmının iş bulmada sorun yaşamadıkları (%83) ve iş başvurularını genellikle kurumlara başvuru şeklinde (%53,3) yaptıkları bulunurken;

büyük çoğunlukla (%79,5) çalıştıkları kurumlarla iş sözleşmesi imzalamadıkları belirtilmiştir.

Bu çalışmalardan da anlaşıldığı gibi özellikle son yıllarda özel sağlık işletmelerinin sayıları giderek artmakta ve hemşireye olan talep de yükselmektedir. Özel hastane ağırlıklı bir örnekleme iş sözleşmesinin önemli bir oranla yapılmaması, çalışan hakları açısından üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak belirtilebilir.

Acil hemşirelerinin genellikle kurum değişikliği yapmamaları (%57,9), kurum değişikliği yapan hemşirelerin ise, çoğunluğunun ücretleri yetersiz bulma (%67,8) ve çalışma ortamındaki olumsuz ilişkiler (%32,1) nedeniyle kurum değişikliği yapması (Tablo 2) acil hemşirelerinin ne kadar zor koşullarda çalışsalar da kurum değişikliği yapmaya yönelmediklerini ancak ekonomik koşullar ve olumsuz ilişkilerden etkilendikleri durumlarda bunu düşündüklerini göstermektedir. Sever (1997) yaptığı çalışmada hemşirelerin %62,7'sinin işten ayrılma düşüncesi içinde olduğunu, Tekin (2001) özel hastanede çalışan hemşirelerin yaklaşık %60,6'sının iş değiştirmeyi düşündüğünü ve iş değiştirmede ücret ile sosyal olanakların yetersizliği üzerinde durulduğunu belirtirken; Özer (2007) ise hemşirelerin %55,6 'sının kurum değişikliği yaptığını ve %62,7'sinin iş değiştirmeyi düşündüğünü, neden olarak da ücret yetersizliği, yönetim tarzından rahatsızlık, çalışma koşullarının olumsuzluğu üzerinde durduğunu ifade etmektedir.

Acil hemşirelerinin **oryantasyon ve sürekli eğitimi**yle ilgili bulgular değerlendirildiğinde (Tablo 3); alınan hemşirelik eğitiminin, hemşireleri çalışma ortamına hazırladığının ve kurumların acil birime görevlendirme yapmadan önce birime özgü eğitimlerin verildiğinin belirlenmesi, hemşirelerin mesleki eğitimlerinin kalitesi açısından oldukça olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Keleş (1998), Baykal ve arkadaşları (2005) kamu hastanesi örnekleminin ağırlıklı olduğu çalışmalarda hemşirelerin çalışacakları birime oryantasyonunun yapılmadığı, Eti Aslan (1998)'ın acil hemşireleri örnekleminde yaptığı çalışmada ise, benzer şekilde oryantasyonlarının yapılmadığı (%73,4) belirtilmektedir.

Bu çalışmada farklı sonuçların elde edilmiş olması örneklem grubunu oluşturan özel hastanelerin hizmet kalitesi ve personel geliştirmeye verdikleri önemle açıklanabilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı hastanelerin büyük çoğunluğunda acil hemşireliği uygulama standartlarının (%86,5), iş tanımlarının (%86,5) olması ve

personel el kitapçıklarının oryantasyon aşamasında çalışanlara verilmesi (%57,9) de bu hastanelerin yürüttükleri kalite çalışmalarının bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Kalite ve akreditasyon çalışmalarının önemli kriterlerinden biri çalışanların sürekli eğitiminin desteklenmesidir. Bu çalışmada acil hemşirelerinin büyük çoğunlukla (%85) sürekli eğitim programlarına katıldığının ayrıca kurumun katılımı kolaylaştırmak için hemşirelerin çalışma saatlerini düzenlediğinin, gerektiğinde izin verdiğinin belirlenmesi, hastanelerin özellikleri dikkate alındığında beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Çalışmada, acil hemşirelerine özlük haklarıyla ilgili eğitimin verildiğinin belirlenmesine karşın, çalışma koşullarıyla ilgili bulgular (çalışma saatleri, izinler, ödül-ceza sistemleri vb) bir bütün olarak değerlendirildiğinde hemşirelerin bazı haklarını bilmediklerinin görülmesi çelişkili bir durum oluşturmaktadır. Bu çelişkinin kaynağının hemşirelerin özlük haklarıyla ilgili olarak, sorun yaşamadıkları konularda eğitim verilmesine karşın yeterince duyarlı olmamalarıyla ilgili olduğu söylenebilir.

Acil hemşirelerinin **kariyer gelişimi**yle ilgili bulgular incelendiğinde (Tablo 4); acil hemşirelerinin iş/bölüm değişikliği yapıldığında veya mesleğe ara verildiğinde pozisyon kaybına uğramamaları (%71,4) çalışan hakları açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Ayrıca ILO'nun tavsiye kararlarında da hemşirelerin mesleki yaşamındaki kesintiler nedeniyle kariyer gelişimlerinin aksamaması ve statü kaybına uğramaması gerektiği belirtilmektedir (Madde 22,23) (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R157> Erişim 01.06.2008)

Acil hemşirelerinin çalıştıkları kurumlarda üst pozisyonlara yükselemeyeceklerini düşünmeleri (%59,4) ve yükselememe nedeni olarak da eğitimlerinin uygun olmaması (%46,8) ile uzun süre aynı hastanede çalışmayı düşünmeme (%32,9) üzerinde durmaları (Tablo 4) acil hemşirelerinin düşük eğitilmiş olmaları ve iş güvencesiyle ilgili bulgularla uyumludur. Bu bulgular, birçok özel hastanede özellikle akreditasyon çalışmasını yapan hastanelerde yöneticilik pozisyonları için lisanslı hemşirelerin tercih edilmesinin, atama kriterlerinde eğitimin bir kriter olarak yer almasının sonucu olarak değerlendirilebilir.

Acil birimde görevli hemşirelere, terfi etmeleri için gerekli desteğin sağlanmaması; Baykal ve arkadaşlarının (2005) ve Kahraman (2007)'in çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Sönmez (2007) 'in çalışmasında da benzer şekilde

hemşirelerin kariyer planlamalarında eğitim düzeyinin, performansın dikkate alındığı belirtilmektedir.

Performans değerlendirmeyle ilgili bulgular ele alındığında (Tablo 5); acil hemşirelerinin çalışma performanslarının uygun kriterlerle düzenli şekilde değerlendirildiği (%58,6) belirlenirken, Tekin (2001)'in özel hastanede yaptığı çalışmasında hemşireler performans değerlendirmelerinin düzenli ve tarafsız yapıldığı (%50,4) belirlenmesine karşın, Baykal (1994)'ın kamu hastaneleri ağırlıklı performans değerlendirmeyle ilgili çalışmasında, hemşirelerin performans değerlendirmeyle ilgili bilgilerinin olmadığı (%54,4) ve değerlendirmelerin gizli yapıldığı (%88,3) ve yapılan değerlendirmelere güvenilmediği (%49) benzer şekilde Baykal ve arkadaşlarının (2005) diğer bir çalışmasında da hemşirelerin performanslarının çoğunlukla ölçülmediği (%62,5), Kahraman (2007)'in özel hastane ağırlıklı yaptığı çalışmada (%67,7) performans değerlendirme sisteminin olduğu ve başarısız olan hemşirelere uyarı cezası verildiği (%74,9) ve Sönmez (2007)'in çalışmasında ise, düşük performanslı hemşirelere sözlü uyarı (%84,7) ve çalıştığı birimi değiştirme (%55,2) gibi yaptırımların uygulandığı ifade edilmektedir.

Bulgular birarada değerlendirildiğinde kamu hastanelerinde görevli hemşirelerin performans değerlendirmelerinin düzenli yapılmadığı, özellikle kalite çalışması yürüten ve akredite olan özel hastanelerde ise; iyi işleyen performans değerlendirme sistemlerinin olduğu ve performans değerlendirme sonuçlarının çalışanlarla paylaşıldığı söylenebilir.

Uygun performans göstermeyen hemşirelere ihtar verilmesi (%50,3) ve performans primi ödenmemesi (%20,3), performans değerlendirme sisteminin sonuçlarının bireyin geliştirilmesi ve eksikliklerinin giderilmesi amacıyla çok cezalandırılmasına yönelik kullanıldığını düşündürmektedir.

Acil hemşirelerinin **ödül ceza sistemiyle** ilgili bulguları incelendiğinde (Tablo 6); hemşirelerle ilgili soruşturmanın yapıldığı disiplin komitelerinde, hemşirelerin yer aldığının (%51,9) belirlenmesi hemşirelerin yönetsel gücü ve karar mekanizmalarına katılmaları açısından oldukça olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Buna karşın Baykal ve arkadaşlarının (2005) çalışması (%42,3) ile Kahraman'ın (2007) yapmış olduğu çalışmada (%50,7) disiplin komitelerinde hemşirelerin yer almadığının ifade

edilmesi, kamu hastanelerinde hemşirelerin soruşturma/disiplin komitelerinde yer almadığını göstermektedir.

Ulusal çalışma mevzuatında bu konuya yönelik açık bir ifadeye rastlanmamakla birlikte, ILO'nun tavsiye kararlarında hemşirelerle ilgili soruşturmanın yapıldığı disiplin komitelerinde, hemşirelerin bulunması gerektiği ifade edilmektedir (Madde 17) (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R157> Erişim 01.06.2008).

Acil hemşirelerinin çoğunluğu başarılı oldukları takdirde herhangi bir ödüllendirmenin yapılmadığını (%48,1) belirtirken; bu bulgular Baykal ve arkadaşlarının (2005) çalışması (%55) ile Kahraman'ın (2007) çalışmasıyla (%58,9) uyumludur. Ödüllendirilen hemşirelerin ise, sıklıkla teşekkür belgesiyle (%58,3) ödüllendirildikleri bulunurken (Tablo 6); Kahraman'ın (2007) çalışmasında hemşirelerin çoğunlukla ikramiye, plaket ve takdir verme şeklinde ve Sönmez (2007)'in çalışmasında da benzer şekilde yüksek performanslı hemşirelerin sözlü olarak takdir edildikleri (%67,3) ifade edilmiştir.

Hemşirelerin **ücretlendirilmesi**yle ilgili görüşleri ele alındığında (Tablo 7); hemşirelerin ücretlerini benzer eğitim alan kişilerin ücretleriyle karşılaştırdıklarında yetersiz buldukları (%80,4) ve diğer kurumlarda görevli acil hemşirelerinin aldıkları ücretlerle karşılaştırdıklarında da yeterli görmedikleri (%90,2) belirlenmiştir. Baykal ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada da hemşirelerin aldıkları ücreti yeterli bulmadıkları (%84) ifade edilirken; Kahraman'ın (2007) yaptığı çalışmada hemşire ücretlemelerinin iyileştirilmesi ve çalışma özelliklerine göre farklı ücretleme sisteminin oluşturulması üzerinde durulmuştur. Acil hemşirelerinin aldıkları ücrete enflasyon oranında artışın yapılmaması (%69,2); Baykal ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmayla benzerlik göstermektedir. Tekin (2001)'in özel hastanede yaptığı çalışmada da benzer şekilde hemşireler aldıkları ücretleri yeterli bulmazken (%61,2) diğer kurumlara göre daha düşük bulduklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmada, hemşire ücretlerinin belirlenmesinde sırasıyla eğitim düzeyi (%76,7), çalışılan birim (%66,2), kurumdaki deneyimin (%50,3) vb esas alındığı belirlenirken; Orak (1999)'ın ve Kahraman'ın (2007) çalışmalarında da hemşire ücretlemelerinde benzer kriterlerin dikkate alınması gerektiği üzerinde durulmuştur.

Hemşirelerin acil birimde çalışmalarının karşılığında ek tazminat almamaları (%75,2) acil birim çalışma koşulları ve iş yoğunluğu dikkate alındığında, bu birimlerin

tercih edilmemelerinin bir nedeni olarak değerlendirilebilir. Eti Aslan (1998)'ın kamu hastanelerinin acil birimlerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin sıklıkla yöneticilerinin isteğiyle bu birimleri tercih ettiklerini (%65) belirtmesi de bu birimlerin yeterince tercih edilmediği görüşünü desteklemektedir.

Acil hemşirelerinin kurumlarının servis, yemek, ulaşım gibi sosyal olanaklarından yararlanmadıklarında karşılığını ücret olarak almamaları (%70,7), karşılığını ücret olarak alanların büyük kısmının da bunu yol parası şeklinde (%71,8) aldıkları görülmüştür (Tablo 7). Erdoğan (1992)'ın çalışmasında ise, hemşirelerin yarıya yakını sosyal olanaklardan faydalandıklarını belirtmişlerdir.

Acil hemşirelerinin **çalışma saatleri**yle ilgili bulgular ayrıntılı incelendiğinde (Tablo 8); hemşirelerin çoğunlukla iki vardiya şeklinde (%85,7) ve gündüz-gece 12 saat (%57,9) ile gündüz 10 saat, gece 14 saat (%37,6) çalışmaları ILO'nun hemşirelerle ilgili tavsiye kararlarına aykırı bir durum oluşturmaktadır. ILO, hemşirelerin günde sekiz saatten fazla çalışmamasını ve sık olmamak kaydıyla günde en fazla dört saat fazla mesai ile çalıştırılabileceğini belirtirken; acil gibi son derece yoğun ve dikkat gerektiren bir birimde hemşirelerin özellikle gece vardiyalarında 14-16 saat çalıştırılmaları üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak değerlendirilmelidir (Madde 33) (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R157> Erişim 01.06.2008)

Bulguların özel hastanelerdeki durumu göstermesine karşın; kamu hastanelerinde görevli hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda da, hemşirelerin çoğunlukla 16 saatlik veya 24 saatlik nöbet sistemiyle çalıştıkları (Sever 1997, Altıntaş 2006) ifade edilmektedir. Erenler'in (1999) çalışmasında da acil hemşirelerinin vardiyalı (%59) ve 24 saatlik nöbetler şeklinde (%13); Öztürk (2002) ise hemşirelerin vardiyalı (%51) ve nöbet (%35) şeklinde çalıştıklarını belirtilmektedir.

Acil hemşirelerinin aylık çalışma saatleri ele alındığında (Tablo 8); İş Kanunu temelinde haftalık 45 saatten, aylık ortalama 180 saat çalışmaları gerekirken, sıklıkla 193-220 saat (%51,1) ve daha fazla (%21,1) çalışıyor olmaları; aylık 21-50 saat fazla mesai (%46,6) yapmaları; dinlenme sürelerinin 31-50 dk. (%66,2) arasında oldukça az olması, acil hemşirelerinin çok yoğun çalıştıklarını ve yeterince dinlenmediklerini düşündürmektedir. Baykal ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmanın özel hastanelerle ilgili bulguları dikkate alındığında bu araştırma bulgularını destekler nitelikte olduğu görülmektedir.

Yıldırım (1994)'ın acil hemşirelerinin sorunlarına yönelik çalışmasında, acil hemşirelerinin fazla nöbet tutmaları ve iki nöbet arasında dinlenememeleri (%20,4) üzerinde önemle durulması da çok yoğun çalıştıklarının bir göstergesidir.

Sağlık sisteminde özellikle son yıllarda yaşanan ciddi eleman eksikliği, birçok hastanenin kadrosundaki az sayıda elemanı fazla çalıştırarak hizmet vermeye çalışmasına neden olmakta; bunun sonucunda da hemşireler uzun saat mesai yaparak, yeterince dinlenemeden hizmet vermek zorunda kalmaktadır.

Yönetici hemşirelerin acil hemşirelerinin çalışma listelerini bir hafta ile daha az bir zaman dilimi (%68,4) içinde hazırlamaları (Tablo 8), acil hemşirelerinin kendi sosyal yaşamlarını programlarını güçleştirmekte, sürekli çalışan birime bağımlı, plansız bir yaşam sürmelerine neden olmaktadır. ILO'nun tavsiye kararlarında, çalışma listeleriyle ilgili düzenlemelerin hemşirelerin sosyal yaşamını planlamasını engellemeyecek bir süre öncesinde yapılması önerilmektedir (Madde 35) (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R157> Erişim 01.06.2008)

Acil hemşirelerinin **izinleri**yle ilgili bulgular incelendiğinde (Tablo 9); acil hemşirelerinin çoğunlukla haftalık izin kullandıkları (%71,4) fazla çalışma, nöbet vb izinlerini aldıkları (%51,9) veya %50 zamlı mesai ücreti aldıkları (%25,6) belirlenirken; bunun ulusal çalışma mevzuatıyla uyumlu olduğu söylenebilir. Buna karşın acil hemşirelerinin %18,8'inin haftalık dinlenme izini kullanamadığını ve fazla çalışmasının karşılığında normal ücret aldığını (%16,5) belirtmesi ise ulusal çalışma mevzuatına (İş Kanunu ve 657 sayılı DMK) ve ILO kararlarına uygun bir düzenleme olmamaktadır. Tüm hemşirelerin haftalık dinlenme izinlerini almaları ve fazla çalışmaları durumunda da farklı ücretlendirmeye tabi tutulmaları özellikle İş Kanunu ve ILO kararlarında belirtilmektedir (İş Kanunu Madde 41, ILO Madde 37).

Acil hemşirelerinin yıllık izin sürelerini çoğunlukla 14 iş günü (%50,4) olması, hemşirelerin çalışma yılları dikkate alındığında İş Kanunu ve DMK ile uyumlu iken ILO'nun hemşirelerin yıllık izinlerinin bir ay olması gerektiğiyle ilgili kararlarıyla uyumsuzdur (Madde39) (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R157> Erişim 01.06.2008). Baykal ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada da hemşirelerin ulusal mevzuata uygun yıllık izin kullandıkları belirtilmektedir.

Acil hemşirelerinin, doğum öncesi ve sonrası (%60,1), doğum sonrası yasal ücretsiz izin (%52,6), süt izni (%57,9) kullanıyor olmaları (Tablo 9) ulusal çalışma

mevzuatıyla uyumlu bulunurken; azımsanmayacak oranda acil hemşiresinin, doğum öncesi ve sonrası izin kullanma hakkı (%36,1) yasal ücretsiz izin hakkı (%44,4), süt izni kullanma hakkı (%39,8) ve süt iznini kullanma şekli (%62,3) vb konularda bilgilerinin olmaması oldukça düşündürücü bir durumdur. Acil hemşirelerinin çoğunluğunun özlük haklarıyla ilgili eğitim almasına karşın, annelik ile ilgili yasal hakları konusunu bilmiyor olmaları, onların genç yaşta olmalarıyla ilgili bir durum olarak değerlendirilebilir.

Acil hemşirelerinin mazeret izni ve hastalık halinde izin alma durumlarında sorun yaşamadıkları ve birim yöneticileri tarafından desteklendikleri görülmektedir (Tablo 9). Ayrıca, acil hemşirelerinin özel koşullarına göre çalışma saatlerinde düzenlemelerin yapıldığını ifade etmeleri, yönetici hemşirelerin acil hemşirelerini desteklediği ve acil hemşirelerinin motivasyonunu artırmak açısından oldukça olumlu bir durum yarattıkları şeklinde değerlendirilebilir. Baykal ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında hemşirelerin mazeret izni aldıklarını ancak hastalık halinde raporsuz izin alamadıkları (%60,3) belirtilirken; Apaydın (2007) hemşirelerin izin almada sıkıntı yaşadıklarını (%44,7) ifade etmektedir.

Acil hemşirelerinin **iş sağlığı ve güvenliği**yle ilgili bulguları ele alındığında (Tablo 10) acil hemşirelerinin çoğunlukla çalıştıkları kurumda iş sağlığı biriminin olduğu (%61,7) ve bu birimden kolaylıkla yararlandıkları (%96,3); bu birimlerde daha çok muayene ve tedavinin uygulandığı (%78,9), hastalık halinde sevk alma sorunlarının olmadığı (%77,4) belirlenmesi araştırma örnekleminin özel hastane ağırlıklı olmasıyla uyumlu bir durum oluşturmaktadır. Baykal ve arkadaşlarının (2005) yaptığı kamu hastaneleri ağırlıklı çalışmada, farklı olarak iş sağlığı biriminin olmadığı (%77,7), hemşirelerin sevk almada sorun yaşadıkları (%76,7), Kahraman (2007)'ın yönetici hemşirelerle yaptığı çalışmada da benzer şekilde iş sağlığı biriminin olmadığı (%62,2) belirtilmektedir.

Ülkemizdeki sağlık sistemi göz önüne alındığında, kamu hastanelerinde iş sağlığı ve güvenliğine yönelik çalışmalar yürütülmezken, özel hastanelerde mevzuat (İş Kanunu) gereği bu birimlerin bulundurulması zorunluluğu söz konusudur.

Acil hemşirelerinin büyük çoğunluğunun acilde çalışmaya başladıktan sonra sağlık sorunları yaşadığını (%75,2) ve sıklıkla uyku bozukluğu, aşırı sinirlilik, baş ve

bel ağrısı gibi şikayetlerinin olduğunun belirlenmesi, çalışma koşullarının olumsuzluğunun bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca acil birimlerinde yaşanan iş kazalarına karşın kurumun izlediği belirli bir politikanın olmaması, sıklıkla etkilenen çalışana iyileşen kadar izin verilmesi (%45,9) ve tekrarlanmasını önlemek için önlem alınması (%24,1) yaklaşımının düşük oranda benimsenmesi üzerinde düşünülmesi gereken bir durum oluşturmaktadır. Kalite belgesi alan hastanelerde öncelikle koruyucu önlemleri almaya ve tekrarı engellemeye yönelik politikaların benimsenmiş olması beklenirken, araştırma bulguları bunu tam destekler nitelikte değildir.

Acil hemşirelerinin en fazla sözel saldırıya uğradığını (%79,6), ayrıca iğne batması, enfeksiyon gibi risklerle karşılaştıklarının belirlenmesi acil ortamının aşırı yoğun, stresli olduğunun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Yurtseven (1994) acil hemşireleriyle yaptığı çalışmada, kaba davranış (%72) ve saldırgan davranışla (%64) karşılaşma oranlarını yüksek bulurken; Eti Aslan (1998)'ın çalışmasında hekim (%76,1) ve hemşirelerin (70,4) şiddetle karşılaşmaları özellikle sözel şiddet oranları benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Altıntaş (2006)'ın çalışmasında ise, hemşirelerin hastalar ve hasta yakınları tarafından sözel (%60,4) ve fiziksel şiddetle karşılaştığı (%25,9), acil birim çalışanlarının Hancı ve arkadaşları (2002)'nin çalışmasında sözel şiddete (%61,1) maruz kaldıkları, Sucu ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise sözel (%94,5) ve fiziksel şiddete (%62,3) maruz kaldıkları belirtilmektedir.

Acil birimlerin çoğunluğunda güvenlik görevlilerin olmasına (%77,4) karşın, yine de acil çalışanlarının şiddete maruz kalmaları güvenlik önlemlerinin istenen düzeyde alınmadığını düşündürmektedir. Erenler (1999) acil hemşirelerinin kendilerini güvenlik açısından rahat hissetmediklerini, Eti Aslan (1998) ise yaptığı çalışmada güvenlik hizmetlerindeki yetersizliklerin hizmet aksamasına neden olduğunu vurgulamaktadır.

Acil birimde çalışan hemşirelerin **iş güvencesi ve sendikal örgütlenme** ile ilgili görüşleri ele alındığında (Tablo 11); acil hemşirelerinin işten çıkarılma düşüncesini yaşadıkları (%75,2) ve işten çıkarılma nedenlerinin çoğunlukla kendilerine bildirildiği (%63,1), işten çıkarılma durumunda tazminat alıp almayacakları konusunu bilmediklerinin (%57,8) belirlenmesi, araştırmanın bir örnekleme gerçekleştirilmesinin

bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Baykal ve arkadaşları (2005)'nın kamu hastaneleri ağırlıklı çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğu işten çıkarılma düşüncesi yaşamadığı (%62,5) ve benzer şekilde Öztürk (2002)'ün çalışmasında da hemşirelerin işten atılma korkusu yaşamadıkları (%53) belirtilirken, buna karşın Tekin (2001)'in özel bir hastanede yaptığı çalışmada hemşirelerin daha fazla iş güvencelerinin olmasını istedikleri (%66,1) ifade edilmiştir.

Özel hastanelerde görevli acil hemşireleri, İş Kanunu'na bağlı çalışmakla birlikte; bulgular, özel hastane yöneticilerinin İş Kanunu'na uygun davranmadıklarını düşündürmektedir. Çünkü İş Kanunu'nda iş sözleşmesinin sona erdirilmesinin koşulları belirtilmekte, işgörenin haklarına değinilmekte ve iş sözleşmesinin tek taraflı geçerli bir neden olmaksızın fesh edilemeyeceği üzerinde durulmaktadır (İş Kanunu Madde 17,18,19,20,21,22). Ayrıca bu çalışmada hemşirelerin de kendi haklarını bilmediklerinin belirlenmesi, özlük haklarının takip edilmesinde sorunların yaşanabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmanın yapıldığı kurumların çoğunluğunda sendikal örgütlenmenin olmaması (%82) ve bunun sonucu olarak da acil hemşirelerinin sendikaya üye olmamaları (%88), özel sağlık işletmelerindeki sendikal örgütlenmelerin durumu dikkate alındığında beklenen bir sonuçtur. Ayrıca acil hemşirelerinin çalışan hakları açısından çalıştıkları kurumların diğer kurumlardan çok farklı olmadığını (%46,6) belirtmesi de özel sağlık kurumlarının özlük hakları açısından birbirinden farklı uygulamalar sergilemediğini düşündürmektedir. Harmancı (2007)'nin çalışmasında hemşirelerin çoğunlukla sendikal organizasyonlara üye olmadıkları (%77,7), Baykal ve arkadaşlarının (2005) kamu hastaneleri ağırlıklı örnekleme yaptığı çalışmada ise, farklı olarak hemşirelerin çoğunluğu kurumlarında sendikalarının olduğunu (%69,7) ve sendikaya üye olduklarını (%56,2) belirtmişlerdir.

5.1. Sonuçlar ve Öneriler

Acil hemşirelerinin çalışma koşullarının belirlenmesi amacıyla 133 acil hemşiresiyle gerçekleştirilen çalışmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

Acil hemşirelerinin **kişisel durum değişkenleri** ile ilgili olarak (Tablo 1); çoğunluğunun özel hastanede (%83,5) çalıştığı, SML mezunu olduğu, 23-25 yaş grubunda (%44,4), 2-4 yıl mesleki deneyim (%42,1) ve acil deneyimine (%47,4) sahip olduğu belirlenmiştir.

Acil hemşirelerinin **iş bulma süreci**yle ilgili olarak (Tablo 2);iş bulma sorunu yaşamadığı (%91), işsiz kalmadığı (%79,7), işe başvurularını çalışacakları kuruma doğrudan yaptıkları (%78,2) ve kurumlarıyla iş sözleşmesi imzaladıkları (%58,6), kurum değişikliği yapmadıkları (%57,9),ancak kurum değişikliği yapmada ise, ücret yetersizliği ve olumsuz çalışma ortamının etkili olduğu bulunmuştur.

Acil hemşirelerinin **oryantasyonu ve sürekli eğitimi**yle ilgili olarak (Tablo 3); aldıkları hemşirelik eğitiminin onları çalışma yaşamına hazırladığı (%72,9), acil birimde görevlendirmeden önce eğitim aldıkları (%59,4) ayrıca birimlerinde uygulama standartlarının (%86,5) ve iş tanımlarının (%86,5) olduğu, personel oryantasyon sürecinde el kitapçıklarının verildiği (%57,9), sürekli eğitim programlarına katıldıkları (%85), eğitime katılımlarının kolaylaştırılması için çalışma saatlerinin uygun biçimde düzenlendiği (%62,4) ayrıca bu eğitimlerde özlük haklara da değinildiği belirlenmiştir.

Acil hemşirelerinin **kariyer gelişimleri**yle ilgili olarak (Tablo 4); acil hemşirelerinin görev değişikliği veya ara verme durumunda kazandıkları haklarının korunduğu (%71,4) ve üst pozisyonlara yükselmek için daha fazla eğitim gerektiği (%46,8) gerekçesiyle terfi etmeyi düşünmedikleri (%59,4) ve terfi konusunda desteklenmedikleri (%51,1) bulunmuştur.

Acil hemşirelerinin uygun kriterlerle düzenli şekilde **performanslarının** değerlendirildiği (%58,6) ve düşük performanslı hemşirelerin uyarıldığı (%50,3) belirlenirken (Tablo5); başarılı olan hemşirelere ödül verilmediği (%48,1) ödül verilmesi durumunda da sıklıkla teşekkür belgesi (%58,3) verildiği, disiplin komitelerinde hemşirelerin görev yaptığı (%51,9) ve hemşirelerin disiplin kararlarına itiraz edebildikleri (%49,6) saptanmıştır (Tablo 6).

Acil hemşirelerinin aldıkları **ücreti** yeterli bulmadıkları (%80,4), diğer kurumlardan daha düşük ücret aldıkları (%90,2) enflasyon oranında ücret artışının yapılmadığı (%69,2), ek tazminat ödenmediği (%75,2) belirlenirken, ücretlemede eğitimin, deneyim ve çalışılan birimin dikkate alındığı, yararlanmadıkları sosyal olanaklar karşılığında ücret almadıkları (%70,7) saptanmıştır (Tablo 7).

Acil hemşirelerinin **çalışma saatleri** dikkate alındığında (Tablo 8); çoğunlukla iki vardiya şeklinde (%85,7) ve 12 saat/gün (%57,9) çalıştıkları, aylık 21-50 saat fazla mesai yaptıkları (%46,6), günlük ortalama 31-50 dakika dinlenebildikleri (%66,2)

bulunurken, hemşire çalışma listelerinin bir haftadan az (%36,1) zamanda yapıldığı belirlenmiştir.

Acil hemşirelerin haftalık **izin**lerini kullanabildikleri (%71,4), yıllık izinlerinin çalışma mevzuatına uygun olduğu, doğum öncesi ve sonrası izinler ile süt izninin çalışma yaşamıyla ilgili yasal düzenlemelerle uyumlu olduğu ancak hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun yasal izin haklarını bilmedikleri belirlenirken (Tablo 9), mazeret izni (%90,2), rapsuz hastalık izni (%52,6) ve hastalık, gebelik, doğum vb nedenlerle çalışma saatlerinde değişiklik yapıldığı (%91) ifade edilmiştir (Tablo 9).

İş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili bulgular ele alındığında (Tablo 10), acil hemşirelerinin iş sağlığı birimlerinden yararlandıkları (%96,3), iş sağlığı birimlerinde muayene ve tedavi olabildikleri (%78,9), sevk almada sorun yaşamadıkları (%77,4), iş kazası durumunda genellikle izin verildiği (%45,9) bulunurken; acilde çalışmaya başladıktan sonra acil hemşirelerinin sağlık sorunları yaşamaya başladıkları (%75,2) ve sıklıkla uyku bozukluğu, aşırı sinirlilik, baş ve bel ağrısı şikayetlerinin olduğu ayrıca acil birimlerde güvenlik görevlilerinin olmasına karşın (%77,4) acil hemşirelerin sıklıkla sözel saldırıya uğradıkları (%79,7) belirlenmiştir.

Acil hemşirelerinin **iş güvencesi ve sendikal örgütlenme**yle (Tablo 11) ilgili olarak çoğunlukla acil hemşirelerinin işten çıkarılma düşüncesi taşıdıkları (%75,2) işten çıkarılma durumunda tazminat ödenme konusunda bilgi sahibi olmadıkları (%57,8) bulunurken; kurumlarında sendikanın olmadığı (%82) ve sendikaya üye olmadıkları (%88) bulunmuş, ayrıca acil hemşirelerinin çalıştıkları hastanelerin diğer hastanelerle benzer çalışma koşullarına sahip olduğu (%46,6) ifade edilmiştir.

Acil hemşirelerinin çalışma koşullarıyla ilgili elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

- Acil birimlerdeki hemşirelerin genç ve deneyimsiz olmaları bu birimlere yeni mezunların başlatılması, mesleki tükenmişlik yaşamalarını kolaylaştırdığından, çalışacakları birimin belirlenmesinde çalışanların kendi tercihlerinin dikkate alınması,
- Acil hemşirelerinin özlük haklarıyla ilgili eğitim almış olmalarına karşın, çalışma saatleri, izinler, tazminat ödenmesi vb konularda yeterince bilgi sahibi

olmamalarının üzerinde durulmalı ve öncelikle hemşirelik temel eğitiminde bu konulara değinilmeli,

- Lise düzeyinde eğitimli sağlık çalışanlarının acil birimlerde istihdamına ağırlık verilmesi nedeniyle dikey yönde terfi edememeleri, hastanelerin hizmet standartlarıyla uyumlu olmakla birlikte acil çalışanlarının yatay yönde uzmanlaşma açısından desteklenmeleri,
- Hemşirelik hizmetleri yöneticilerinin performans değerlendirme sistemini kullanırken ödüllendirmeye daha fazla önem vermeleri ve geri bildirim mekanizmasını daha etkili kullanmaları,
- Acil hemşirelerinin ücretlerinin belirlenmesinde, çalışma koşullarının dikkate alınması ve yeterli düzeyde ek ödeme sisteminin oluşturulması,
- Acil birimde çalışanların 12 saat ve üzeri mesaiyle fazla çalıştırılmamalarına, dinlenmeleri için yeterince izin verilmesine özen gösterilmesi,
- Acil birimde çalışmanın yarattığı sağlık sorunlarının oluşmaması için insangücü planlamasının iyi yapılması, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanlara yönelik psikolojik desteğin sağlanması, gerektiğinde rotasyon yönteminin kullanılması,
- Güvenlik önlemlerinin, hem fiziksel yapının iyileştirilmesi hem de görevlilerin sayı ve niteliğinin artırılması ile daha etkin hale getirilmesi,
- Özellikle özel hastane yöneticilerinin, çalışanlar için işten çıkarılma korkusunu giderici personel politikaları oluşturmaları, yöneticilerin çalışanlarıyla açık bir iletişim içinde katılımcı bir yönetim anlayışını benimsemesi,
- Ayrıca özel hastanelerde izin verilemeyen sendikal örgütlenmelerin önünün açılarak çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik işçi-işveren ilişkilerinin artırılması yanısıra meslek örgütlerinin de hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin sorunlarına karşı duyarlı olmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akbulut, Y. (2003). Acil servislerin amaç dışı kullanımı:Kullanımı etkileyen faktörler, kullanımın yol açtığı problemler ve azaltılmasına yönelik önlemler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2, 9. Erişim, 10.09.2007,

http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=1544

Aktuğlu. K., Hancı H. (1999) Acil servislerde şiddet tehdidi, *Tıp ve Sağlık Hukuku* Toprak Ofset, İzmir Erişim 04/01/2006

<http://www.mevzuatdergisi.com/1999/05a/01.htm>

Akyolcu, N. (2001). Acil hemşireliğinde triyaj, *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 1 Erişim 06.01.2008. <http://www.trjemergmed.com/arsiv/2001/mart/tatd5.pdf>

Altıntaş, N. (2006). Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Apaydın, K. (2007). Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetmel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Eti Aslan, F. (1998). İstanbul'daki Acil travma ünitelerinin mevcut durumunun belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 2:4 ,175-194

Aydın, G. (2006) Hastane Acil Servislerinin Organizasyonu ve Yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin Bu Açından Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Babadağ, K. (1990) Acil hasta bakımında önceliklerin belirlenmesi İçinde S.Oktay, G. Aksoy, B.Yürügen, (Editörler) *Acil Hemşireliği Kitabı*. İstanbul:İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları; 1-5.

Baransel A., Dülger E.H., Yıldırım C. (2006) Acil hemşiresinin görevleri ile hukuksal ve etik sorumlulukları, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*. 6(2) 93-94 Erişim 12.01.2008

<http://www.trjemergmed.com/arsiv/2006/haziran/tjmergmed89.pdf>

Baykal, Ü. (1994). Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Baykal, Ü. (1999) Acil servis standartları. *İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **43-44**, 86-93

Baykal Ü., Sezgin B., Seren Ş. (2005). Ulusal Çalışma Mevzuatı ve Uluslararası Çalışma Örgütü'ne Göre Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi. 3.Uluslararası ve 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi 7-10 Eylül 2005 İzmir Sözel Bildiri.

Castner, J. (2008) Emergency nursing decisions: *A Proposed System of Nursing Diagnosis, Journal of Emergency Nursing* **34:1** 35 Erişim 14.03.2008 http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL

Emergency Nurses Association. Scope of Emergency Nursing Practice Erişim 23.05.2008, <http://www.ena.org/pdf/scopeEmNP.PDF>

Erdoğan, H. (1992). Personel Devri ve İş Tatmini ile İşten Ayrılma Düşüncesi Arasındaki İlişkiyi Ölçmeye Yönelik Bir Araştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Erenler, A. (2007). Acil Servis Hemşirelerinin Problem Çözme Becerilerini Algılayışları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ersoy G, Ayrık C., Çevik A.A., Karcıoğlu Ö. (2002) Acil Servis Nedir, Nasıl Olmalıdır? İçinde Çımrın, H.A., (Ed.), *Acil Servis ve Akademik Acil Tıp Türkiye İçin Kılavuz*, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası, İzmir., **1** 11-34

Ersoy G., Rodoplu, Ü., Atilla, R. (2002). *Acil servis mimarisi*. Erişim 24.05.2006 <http://www.acilveilkyardim.com/arastirmalar/acilservisimimarisi.htm>

Fleischmann T., Fulde G. (2007) Emergency Medicine in Europe. *Emergency Medicine Australasia*, **19**,300-302. Erişim 15.03.2008, <http://www.blackwell-synergy.com/toc/emm/19/4>

Gürlek, Ö. (2005) Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirlerden Beklentileri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon

Hancı H., Boz B., Demirkan Ö. Kılıçcıoğlu. B. Yağmur F. (2002) Acil serviste şiddete maruz kalan sağlık personeline anket çalışması, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **3(2)**, 16-20, Erişim 02.01.2007 <http://www.trjemergmed.com/arsiv/2003/haziran/tatd2.pdf>

Harmancı, A.K. (2003) Hemşirelerin Mesleki Organizasyonlara İlişkin Görüşleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hatipoğlu S., Yurt V. (1994). *Hemşireler İçin Tıbbi ve Cerrahi Acil Durumlar* Yayın No **11 /** Ankara Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Hemşirelik Yüksekokulu Komutanlığı Yayınları

Hemşire, tekniker ve teknisyenler için travma ve resusitasyon kursu. Erişim 12.07.2008 <http://www.travma.org.tr/kurs/htt-trk.asp>

International Labour Organisation 157 Sayılı Tavsiye Kararı (1977) Erişim 19.04.2008. International Labour Organisation, <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R157>

İş Kanunu (2003) Erişim 25.02.2008 <http://www.calisma.gov.tr/mevzuat/4857-is-kanunu.htm>

Kahraman, B. (2007). Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Personelini Yönetirken Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Karşı Alınan Önlemler. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kanan, N. (2002) Acil birimlerde ekip ilişkileri. *İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **48**, İstanbul.

Keleş, Z. (1998) Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hizmet İçi Eğitime Yönelik Düşünce Beklenti ve Sorunları. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kuğuoğlu, S. (2004) *Acil Bakım* D.Şelimen (Ed), (3.Baskı) 3-10, Yüce Yayın, İstanbul

Kutlu L, Koşar N, Kenanlı M. (2001) Acil bakımda hemşirelik yaklaşımlarının genel ilkeleri. İçinde A. Yıldırım (Ed.), *Olağanüstü Durumlarda Hemşirelikte Acil Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları*. İstanbul: İ.Ü. Basımevi; 24-26

Oktay, S. (1990) Acil birimin yönetimi, *Acil Hemşireliği*, 17-20, İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları, İstanbul.

Orak, N. (1999). Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hemşireler ile Denk Eğitiminden Geçmiş Sağlık Personeli Ücretlerinin (Yapılan Ödemelerin) Karşılaştırılması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özaydın, Z. (2001) *Hemşirelikte Bir Öncü Perihan Velioğlu*, 1.Baskı İstanbul: Prof.Dr. Perihan Velioğlu Fonu Yayınları 307-311

Özçelik Z., Karaduman B., Bafra K., Yıldırım A., Çelik S., Ülker S. (2006) *Hemşirelikte Haklar ve Sorumluluklar Türk Hemşireler Derneği*. Odak Ofset Matbaacılık Ankara 37

Özer, E. (2007). Akreditasyon Belgesine Sahip Özel Hastanelerdeki Yönetici Hemşirelerin Liderlik Tarzlarının, Hemşirelerin İşten Ayrılma Nedenleri Üzerine Etkileri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özşahin, A. (2002). Hastanelerde Acil Servis Organizasyonu. Erişim 15.09.2007, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1541

Öztürk, H. (2002). Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sağ, A. (1996). Acil Cerrahi Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin İlk Saatlerde Uyguladıkları Bakımın Belirlenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sever, A.D. (1997) Hemşirelerin İş Stresi ile Başa Çıkma Yolları ve Bunun Sonuçlarının Araştırılması. Yayımlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Soysal S., Karcıoğlu Ö., Topaçoğlu H. (2003) Acil tıp sistemleri *Cerrapaşa Tıp Dergisi* **34** 51-57. Erişim 10.09.2007

<http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2003v34/s1/giris.htm>.

Sönmez, B. (2007). Sağlık Kuruluşlarında Kariyer Planlama ve Geliştirme Uygulamalarına İlişkin Hemşire Yöneticilerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sucu G., Cebeci F., Karazeybek E. (2006) Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **7(4)**,156-162. Erişim 12.01.2008. <http://www.trjemergmed.com/arsiv/2007/aramak/156.pdf>

Sur, H. (1998) Hastane acil birim örgütlenmesinde dikkat edilmesi gerekenler, *Modern Hastane Yönetimi*, **11(7)**, İstanbul.

Standarts of practice for the nurse practitioner in the emergency care setting (2001). Erişim 25.06.2007, Emergency Nursing Association, <http://www.ena.org>

Şentürk, S. (2006) Florence *Nightingale Hemşire Mektepleri ve Hastaneleri Vakfı Tarihçesi (1956-2006) ve Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu*, 1.Baskı İstanbul: Birmat Matbaacılık, 10-18

Tekin, D.E. (2001). Özel Bir Hastanede Hemşirelik Personeli Devir Hızının Hemşirelerin İş Doyumu ve Hasta Doyumuyla İlişkisinin Araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Türk Dil Kurumu (2008). Erişim 21.09.2007, <http://www.tdk.gov.tr>

Türkan H., Tuğcu H. (2004) 2000-2004 Yılları arasında yüksek sağlık şurasında değerlendirilen acil servislerle ilgili tıbbi uygulama hataları, *Gülhane Tıp Dergisi*, **46(3)**,226-231 Erişim 12.09.2006, http://www.gulhanemedicaljournal.org/pdf/pdf_GMJ_174.pdf

Yurtseven, F. (1994). Acil Cerrahi Servislerindeki Hasta Ailelerinin ve Hemşirelerin Sorunları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

Yıldırım, G. (1994). Acil Serviste Hemşirelik Hizmetlerini Etkileyen Faktörler ve Hastaların Beklentilerinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Dünyada acil tıp tarihsel gelişimi Erişim 04.04.2008,

http://www.tatep.org/index_dosyalar/arsiv/acilтипgelisim.pdf

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönetmelik, Erişim 10.05.2008

<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20029.html>.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği (2006) Erişim 24.02.2007

<http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2007/03/20070315-6.htm>

Acil servis hemşiresinin görev, yetki, sorumluluk ve yasal zorunlulukları. Erişim 25.05.2007 <http://www.tatd.org.tr>.

Acil mimari. Erişim 24.09.2006. <http://www.tatd.org.tr/acilmimari.htm>

Özel Hastaneler Yönetmeliği (2002) Erişim 06.09.2008, T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?>

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (1983) Erişim 15.09.2006 ,T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?>

Sağlık Kuruluşları Ruhsatlandırma Yönetmeliği (1987) Erişim 15.09.2006 <http://sbu.saglik.gov.tr/ruhsatlandirma/>

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (1960) Erişim 10.05.2008

<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>

FORMLAR

EK 1: Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Listesi

EK 2: Görüşüne Başvurulan Uzman Kişilerin Listesi

EK 3: Anket Formu

EK 4: Araştırmanın Yürütüldüğü Hastanelerin İzin Yazıları

EK-1**ARAŞTIRMANIN YÜRÜTÜLDÜĞÜ HASTANELER****Üniversiteye Bağlı Hastaneler**

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Özel Hastaneler

1. Acıbadem Carousel Hastaensi
2. Özel Alman Hastanesi
3. Amerikan Hastanesi
4. Bahçelievler Medicana Hospital
5. Fatih Vatan Hastanesi
6. Florence Nightingale Hastanesi
7. International Hospital
8. Memorial Hospital
9. 29 Mayıs Hastanesi
10. Özel Avcılar Hospital

EK-2**ALINAN UZMAN GÖRÜŞLERİNİN LİSTESİ**

1. **Prof. Dr. Nevin KANAN** İstanbul Üniveristesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
2. **Prof. Dr. Neriman AKYOLCU** İstanbul Üniveristesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hemşireliği Öğretim Üyesi
3. **Prof. Dr. Fatma Eti ASLAN** Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
4. **Yard. Doç. Dr. Şeyda ÖZCAN** İstanbul Üniveristesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
5. **Yard. Doç. Dr. Nurten KAYA** İstanbul Üniveristesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
6. **Şükran Yaşar KİŞİOĞLU** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Eski Acil Birimler Başhemşiresi

EK -3**Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi Anketi**

Bu araştırma, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı kapsamında “Acil hemşirelerinin çalışma koşullarının belirlenmesi amacıyla” yürütülen bir tez çalışmasıdır. Aşağıdaki sorular acil hemşirelerin çalışma koşulları, özlük hakları dikkate alınarak hazırlanmıştır.

Acil birimde çalışan bir meslektaşınız olarak aşağıdaki sorulara samimi yanıtlar vermeniz dileğiyle teşekkür ediyorum.
Saygılarımla

Nihal ÜNALDI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Öğrencisi
27034

Danışman

Yrd.Doç.Dr. Ülkü BAYKAL
Tel: 0 212 440 00 00 /

1- Çalıştığınız kurum:

() Sağlık Bakanlığı Hastanesi () Üniversite hastanesi () Özel hastane

2- Eğitim durumunuz:

() Sağlık meslek lisesi hemşirelik () Sağlık meslek lisesi ebelik
() Önlisans hemşirelik
() Önlisans acil teknikerliği () Lisans () Lisans üstü () Diğer

3- Yaşınız:**4- Hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....****5- Acil birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....****6- Bu hastanedeki çalışma süreniz?.....**

7- Hemşirelik mesleğini seçmeden önce hemşirelik mesleği ile ilgili bilginiz var mıydı? (mesleği tanıyor muydunuz ?)

() Evet () Hayır

8- İş ararken sorun yaşadınız mı ?

() Evet () Hayır () Diğer

9-İşsiz kaldınız mı? ()Evet ()Hayır

Yantınız *evet* ise işsiz kaldığınız süre? ay.....yıl

10- İş ararken hangi yolları denediniz?

() Kurumlara başvuru () İlanları izlemek () Kişisel ilişkileri kullanmak
() Merkezi sınavlara girmek / KPSS gibi Diğer.....

11- Çalıştığınız kurumla sözleşme imzaladınız mı ? () Evet () Hayır

12- İş/kurum değişikliği yaptınız mı?

()Evet ()Hayır

Yantınız *evet* ise niçin lütfen kısaca açıklayınız.

13- Acil hemşiresinin uygulamalarına yönelik standartlarınız var mı ?

() Evet () Hayır

14- Acil hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları belirlenmiş mi (görev tanımları) belirlenmiş mi ?

() Evet () Hayır

15- Acil birimde görevlendirilmeden önce birime özgü eğitim aldınız mı ?

()Evet () Hayır

16- Yeni işe başlayan hemşirelere personel el kitapçıkları veriliyor mu ?

() Evet () Hayır

17- Mesleki eğitiminiz sizi iş ortamına / çalışma yaşamına yeterince hazırladı mı ?

() Evet () Hayır

18- Kuruma / birime oryantasyonunuz ve sürekli eğitim programlarına katılımınız sağlanıyor mu ?

() Evet () Hayır () Diğer

19- Sürekli eğitim programına (kurs, kongre vb)katılmak istediğinizde aşağıda belirtilen kolaylıklardan hangisi gösteriliyor ?

- () Ücretli izin verilmesi () Ücretsiz izin verilmesi
 () Eğitim giderlerinin ödenmesi () Çalışma saatlerinin uygunlaştırılması
 () Diğer

20- Bu eğitim programlarında (oryantasyon- hizmet içi eğitim –sürekli eğitim)hemşirelerinin özlük hakları (çalışma mevzuatı) ele alınıyor mu ?

- () Evet () Hayır () Diğer

21- Biriminizde yükselmeniz (terfi etmeniz) için gerekli destek (yönlendirme / danışmanlık) sağlanıyor mu ?

- () Evet () Hayır

22-Hemşireler, iş ya da bölüm değişikliği yapıldığında veya ara verme (doğum, çocuk bakımı vb) durumu olduğunda önceki pozisyon / statüden daha düşük bir konumda işe başlıyorlar mı?

- () Evet () Hayır () Diğer.....

23- Bu hastanede, uzun yıllar çalışıp, en yüksek terfi basamağına/pozisyona gelebileceğinizi düşünüyor musunuz ?

- () Evet () Hayır () Diğer

Yanıtınız hayır ise, niçin açıklayınız.

24- Hemşirelik personelinin başarısı (performansı)uygun kriterlerle düzenli şekilde değerlendiriliyor mu?

- () Evet () Hayır () Diğer

25- Başarısız olan hemşirelere nasıl bir ceza veriliyor ?

- () Performansa göre verilen ücret/ primden yararlanamıyorlar
 () İşten çıkarılıyorlar
 () Terfi ettirilmiyorlar
 () İhtar veriliyor () Diğer ...

26- Hemşirelerle ilgili soruşturma (disiplin) durumları söz konusu olduğunda disiplin komitelerinde hemşireler görev alıyor mu?

- () Evet () Hayır () Diğer ...

27- Hemşireler kendileri için verilen disiplin kararına itiraz edebiliyorlar mı ?

() Evet () Hayır () Diğer ...

28- Hastanenizde başarılı olan hemşirelere ödül veriliyor mu ?

() Evet () Hayır () Diğer ...

Yanıtınız *evet* ise ne tür ödüller veriliyor ?

29- Hemşire olarak aldığınız ücreti, diğer benzer eğitim alanların ücretleriyle karşılaştırdığınızda yeterli buluyor musunuz ?

() Evet () Hayır () Diğer...

30- Farklı kurumlarda (kamu/ özel) hemşirelere verilen ücretleri düşündüğünüzde, biriminizdeki ücretler yeterli geliyor mu?

() Evet () Hayır () Kısmen () Diğer...

31- Kurumunuzda enflasyon oranında ücret artışları yapıyor mu?

() Evet () Hayır () Diğer

32- Kurumunuzda ücret düzeyi belirlenirken nelere dikkat ediliyor?

() Eğitim düzeyi () Çalışılan birim (acil birim,yoğun bakım, ameliyathane vb)
 () Kurumdaki deneyim süresi () Meslekteki deneyim süresi
 () Çalışma düzeni (vardiyalı çalışma, gündüz çalışma vb)

33- Acil birimlerde çalışanlar için özel tazminat / prim ödeniyor mu ?

() Evet () Hayır () Diğer

34- Hastanenin sunduğu sosyal olanaklardan (servis, yemek, ulaşım vb) yararlanmadığınızda karşılığını ücret olarak alıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Diğer

Yanıtınız *evet* ise ne tür yardım alıyorsunuz?

() Servisi kullanmayanlara yol parası ödemesi
 () Yemek yemeyene yemek ücreti ödemesi
 () Kira yardımı () Kreş yardımı () Diğer.....

35- Günlük çalışma saatiniz :

36- Aylık toplam normal çalışma saatiniz :

37- Aylık mesai (fazla çalışma) saatiniz :

38- Çalışma düzeniniz? ()3 vardiya ()2 vardiya ()Sadece gündüz

()Sadece gece ()Diğer

39- Günlük dinlenme süreniz :

Çay molası dk Yemek molası dk Diğer

40- Çalışma listeleriniz kaç gün önce hazırlanıp duyuruluyor ?

41- Her hafta ardı ardına iki gün izinli olacak şekilde haftalık tatil yapmanıza olanak sağlanıyor mu?

() Evet () Hayır () Diğer

42- Nöbet, fazla mesai/ resmi tatil günlerinin karşılığında

() İzin alıyorum () %50 zamlı ücret alıyorum () %100 zamlı ücret alıyorum

() Diğer

43- Yıllık izin hakkınız : gün

44- Yasal hakkınız olan doğum öncesi ve doğum sonrası izinlerinizi kullanabiliyor musunuz?

() Evet () Hayır () Diğer

45- Doğum sonrası ücretsiz izin veriliyor mu ? ()Evet () Hayır () Diğer ...

Yanıtınız evet ise ne kadar veriliyor?

46- Emziren hemşireler için süt izni veriliyor mu ?()Evet ()Hayır () Diğer

Yanıtınız evet ise süt izni nasıl kullanılıyor? () Süt izni verilmiyor

() Her gün saat izin alınmıyor

() Süt izni toplu kullanılıyor

() Diğer ...

47- Geçerli bir mazeretiniz olduğunda mazeret izni alabiliyor musunuz?

() Evet () Hayır () Diğer ...

48- Hafif hastalıklarda (nezle, grip vb) rapor almadan yöneticileriniz tarafından izin veriliyor mu?

() Evet () Hayır

49- Hastalık, doğum vb özel nedenlerle bölüm ya da çalışma saatlerinizi değiştirmeniz gerektiğinde uygun düzenlemeler yapılıyor mu ?

() Evet () Hayır () Diğer ...

50- İşbaşında meydana gelen hastalık, yaralanma, kaza vb durumlarda hastanenizin genel yaklaşımı nasıldır?

- () Hastanenin bu konuda belirli bir politikası yoktur.
- () Çalışanın etkilendiği duruma göre tazminat ödenir.
- () İyileşene kadar izin verilir.
- () Olayın tekrar yaşanmaması için önlemler alınır.
- () Diğer

51- Hastanenizde “iş sağlığı” birimi (çalışanların muayene- tedavilerinin yapıldığı) var mı?

() Evet () Hayır () Diğer

Yanıtınız *evet* ise hemşire olarak iş sağlığı birimden kolaylıkla yararlanabiliyor musunuz?

52- Sağlık biriminde hemşireler için aşağıda belirtilen sağlık hizmetlerinden hangileri verilmektedir?

- () Her hemşirenin sağlık dosyasının oluşturulması
- () Düzenli periyodik muayenelerin yapılıp, kaydedilmesi
- () Riskli durumlar için ara kontrollerin ve koruyucu önlemlerin yapılması
- () Hastalık durumunda muayene ve ilaç yazılma işlemlerinin yapılması
- () Diğer

53- Hastalık halinde çalıştığınız hastanede muayene ve tedavi olabiliyor musunuz?

()Evet ()Hayır ()Sadece acil durumlarda ()Diğer.....

54- Hastalık halinde tanı ve tedavi amacıyla diğer sağlık kurumlarına (özel, üniversite hastanesi gibi) gitmek için sevk almada sorun yaşıyor musunuz?

()Evet () Hayır () Diğer....

55- Acil birimde çalışmaya başladıktan sonra sağlık sorunları yaşadınız mı?

()Evet ()Hayır

Yanıtınız *evet* ise ne tür sağlık sorunları yaşadınız?

() Aşırı sinirlilik, gerginlik () Sindirim sistemi bozuklukları
() Uyku düzeninde bozukluk () Baş ağrısı () Mide ağrısı () Bel ağrısı
() Diğer

56- Acil birimde en sık karşılaştığınız riskli durumlar nelerdir?

() Hasta ve yakınları tarafından sözel saldırıya maruz kalma
() Hasta ve yakınları tarafından fiziksel saldırıya maruz kalma
() Enfeksiyonla karşılaşma
() İğne batması ()Diğer
() Düşme
() Radyoaktif madde

57-Acil birimde güvenlik görevlileri var mı?

()Evet ()Hayır ()Diğer.....

59-Kurumunuzun beklentilerini karşılayamadığınızda işten çıkarılacağınızı düşünüyor musunuz ?

() Evet () Hayır

60- Hastanenizde hemşirelere işten çıkarılma nedenleri bildiriliyor mu?

() Evet () Hayır () Diğer

61- İşten çıkarılan arkadaşlarınıza, hak ettikleri maddi-manevi imkanlar (tazminat,izin, referans mektubu vb) sağlandı mı?

() Evet ()Hayır () Bilmiyorum

62- Hastanenizde sendika var mı? () Evet () Hayır

63- Sendikaya üye misiniz ? () Evet () Hayır

64- Çalıştığınız birimde hemşirelere sağlanan haklar ve çalışma koşullarını diğer kurumlarla karşılaştırdığınızda nasıl buluyorsunuz ?

() Çalıştığım birimin diğerlerinden çok daha iyi konumda olduğunu düşünüyorum.

() Diğer kurumlarla benzerlik gösteriyor, farklı avantajları yok.

() Diğer kurumlardan çok daha kötü konumda çalıştığımızı düşünüyorum.

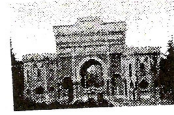
() Diğer

İLGİ VE DESTEĞİNİZE ÇOK TEŞEKKÜR EDERİZ...

ETİK KURUL KARARI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI



İstanbul, 2 Ocak 2007 /

Sayı : 1570
Konu :

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokul Müdürlüğüne

İLGİ: 13.12.2006 tarihli, 5732 sayılı yazınıza:

Okulunuz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında görevli **Yard.Doç.Dr.ÜLKÜ BAYKAL**'ın danışmanlığında Yüksek Lisans eğitimine devam eden **NİHAL ÜNALDI**'nın yürüteceği "Acil Birimlerin Mevcut Durumu ve Acil Hemşirelerin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri **09 Ocak 2007** tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini saygılarımla rica ederim.

(Signature)

Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM
Dekan Yardımcısı ve Etik
Kurul Başkanı

EKİ:
1 dosya
İlgiliye bağlandı
RA
16.02.07

FLORANCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
OKULU MÜDÜRLÜĞÜ
247
20.2.2007

Not : Yanıtlarda yazınızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel : (0212)4143000

**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI**

Toplantı Tarihi : 24/01/2007

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 1

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Ülkü BAYKAL'ın danışmanlığında, Yüksek Lisans Eğitimine devam eden Nihal ÜNALDI'nın yürüteceği 2006/2463 protokol numaralı "Acil Birimlerin Mevcut Durumu ve Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi" başlıklı anket çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI

Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL

İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Cahide GÖKKUŞU

Biokimya A.D

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Sevinç EMRE

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP

I.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU

Biokimya A.D

Prof.Dr. Veli UYSAL (Katılmadı)

Patoloji A.D.

Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)

Genel Cerrahi A.D.

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nihal	Soyadı	Ünaldı
Doğ.Yeri	İstanbul	Doğ.Tar.	28/01/1982
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	38890705460
Email	nhlc34@hotmail.com	Tel	0 505 485 45 34

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu	2004
Lise	Konya Yabancı Dİ Ağırlıklı Atatürk Kız Lisesi	2000

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Acil Hemşiresi	Bakırkör Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2005-
2.	Hemşire	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Esenler Semt Polikliniği	11/2004-05/2005
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	İyi	55.0	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	60.4	57.9	55.3
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok iyi
Excel	Çok iyi
Powerpoint	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Sağlık Bakanlığı 2006 Yılı Acil Bakım Hemşireliği Sertifika Kursu

2002-2003 yılı İstanbul Üniversitesi Yabancı Diller Bölümü İngilizce Sertifika Programı