



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROBLEM ÇÖZME
BECERİSİNİN TRİYAJ KARARINA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Yasemin KARTAL

Danışman
Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ

SAMSUN
2020

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROBLEM ÇÖZME
BECERİSİNİN TRIYAJ KARARINA ETKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Yasemin KARTAL

Danışman
Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ

SAMSUN
2020

Yasemin KARTAL tarafından, Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ danışmanlığında hazırlanan *Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerisinin Triyaj Kararına Etkisi* başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 21.09.2020 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı/Soyadı
Üniversitesi

Ana Bilim/Ana Sanat Dalı

İmza

Sonuç

Başkan

Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Fizyoloji Anabilim Dalı

☐ Kabul

☐ Ret

Üye

Prof. Dr. Fatma Mutlu KUKUL GÜVEN
Kastamonu Üniversitesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

☐ Kabul

☐ Ret

Üye

Doç. Dr. Latif DURAN
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Acil Tıp Anabilim Dalı

☐ Kabul

☐ Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT

Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım yüksek lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

21 /09/ 2020

Yasemin KARTAL

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerisinin Triyaj Kararına Etkisi

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 21.08.2020 tarihinde intihal tespit programlarından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : %25

Tek kaynak oranı: %1 çıkmıştır.

21.09.2020

Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ

ÖZET

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN PROBLEM ÇÖZME BECERİSİNİN TRİYAJ KARARINA ETKİSİ

Yasemin KARTAL

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Acil Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans, Eylül / 2020

Danışman: Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin triyaj kararları üzerine etkisinin incelenmesidir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin problem çözmeye yönelik algılarının ve triyaj kararları hakkındaki düşüncelerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemektir.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini 01.07.2019-01.06.2020 tarihleri arasında Kastamonu merkez ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışmakta olan hemşireler içinden rastgele örnekleme yöntemi ile ulaşılan 80 hemşire oluşturmuştur. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini içeren hemşireyi tanıttıcı bilgi formu, hemşirelerin triyaja ilişkin eğitim özelliklerini içeren bilgi formu, problem çözme ölçeği ve triyaj karar verme ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler IBM SPSS V23 istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde T-testi ve ANOVA korelasyon ve regresyon analizleri uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin problem çözme ölçeği toplam ve üç alt boyut (problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma ve kişisel kontrol) puan ortalamaları sırasıyla $86,89 \pm 16,88$; $27,79 \pm 7,64$; $44,63 \pm 9,66$; $14,48 \pm 3,96$ triyaj karar verme ölçeği toplam ve dört alt boyut (bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme) puan ortalamaları sırasıyla $82,27 \pm 21,50$; $14,77 \pm 4,86$; $21,20 \pm 7,97$; $17,15 \pm 4,02$; $29,15 \pm 8,08$ olarak tespit edilmiştir. Hemşirelerin problem çözme algı düzeyi medeni durum, yaş ve meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Triyaj karar verme düzeyi hemşirelerin mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alma durumu, yaş, meslekte çalışma süresine göre istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p < 0,05$). Problem çözme ölçeği alt boyutları ile triyaj karar verme ölçeği alt boyutları arasında orta düzeyde bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Problem çözme ölçeği alt boyutlarının triyaj karar verme ölçeği alt boyutlarını kısmen etkilediği tespit edilmiştir.

Sonuç: Hemşirelerin problem çözme algısının orta düzeye yakın olduğu, triyaj kararı verme becerisinin ise düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelere yönelik problemleri bir durumla karşılaştıklarında ve triyaj kararı verirken nasıl bir yaklaşım izlemeleri gerektiğine dair sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi ve broşürlerin hazırlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: acil servis, hemşire, karar verme, problem çözme, triyaj.

ABSTRACT

EFFECT OF PROBLEM SOLVING SKILLS OF EMERGENCY DEPARTMENT NURSES ON TRIAGE DECISION

Yasemin KARTAL

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Emergency Nursing Department

Master Thesis, September/ 2020

Supervisor: Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ

Aim: The aim of this study is to examine the effect of problem solving skills of emergency department nurses on triage decisions. In addition, the study aims to determine whether nurses' perceptions of problem solving and their thoughts on triage decisions differ according to their demographics.

Material and Method: The sample of the study was composed of 80 nurses who were reached by random sampling method from nurses working in emergency departments of state hospitals in Kastamonu centers and districts between 01.07.2019-01.06.2020. The data were collected using the nurse introductory information form developed by the researcher in line with the literature, which includes the sociodemographic characteristics of the participants, the information form containing the training characteristics of the nurses on triage, the problem solving scale and the triage decision making scale. The data were analyzed using the IBM SPSS V23 statistical package program. T-test and ANOVA correlation and regression analyses were applied in the analysis of the data.

Results: The problem solving scale and three-subdimension scores (confidence in problem solving ability, approach avoidance, and personal control) of the nurses attending the survey have been found respectively as $86,89 \pm 16,88$; $27,79 \pm 7,64$; $44,63 \pm 9,66$; $14,48 \pm 3,96$. Triage decision-making scale total and four sub-dimensions (cognitive characteristics, experience, intuition, and critical thinking) score averages have been found respectively as $82,27 \pm 21,50$; $14,77 \pm 4,86$; $21,20 \pm 7,97$; $17,15 \pm 4,02$; $29,15 \pm 8,08$. Nurses' perception of problem solving was statistically different according to marital status, age and duration of work in the profession. The level of triage decision making was statistically different depending on the status of nurses receiving triage training after graduation, age, and duration of work in the profession. An average relationship was detected between the subdimensions of problem solving scale and triage decision making scale. It was also found out that the subdimensions of problem solving scale partly affect the subdimensions of triage decision making scale

Conclusion: It was determined that nurses' perception of problem solving was close to moderate, and their ability to make triage decisions was low. It is recommended to prepare brochure and organize continuing education programs for nurses about how they should follow an approach when faced with a problematic situation and when making a triage decision.

Key words: emergency department, nurse, decision making, problem solving, triage.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca tezin yürütülmesinde değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve bana yol gösteren danışman hocam Sayın Prof. Dr. Mustafa AYYILDIZ'a,

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bana katkıları bulunan değerli hocalarım Prof. Dr. Ahmet BAYDIN, Prof. Dr. Türker YARDAN, Prof. Dr. Zeliha KOÇ, Doç. Dr. Latif DURAN, Doç. Dr. H. Ufuk AKDEMİR, Doç. Dr. Celal KATI, Doç. Dr. Özlem MIDİK'a,

Kariyerimin gelişimi için her zaman destekleyen, cesaret veren, değerli bilgileriyle daima yol gösteren Prof. Dr. Turgut ÖZEKE'ye,

Tez çalışmama değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Serkan İLDEN ve sevgili eşi Dr. Öğr. Üyesi Serap YILDIZ İLDEN ve Prof. Dr. Fatma Mutlu KUKUL GÜVEN'e, tezimin istatistiksel çalışmalarında yardımları için Dr. Öğr. Üyesi Tahir BENLİ'ye, tez çalışmam boyunca sabırla sorularımı cevaplayan, tüm samimiyetiyle birlikte desteğini esirgemeyen Öğr. Gör. Dr. Tuğba ÇINARLI' ya, 112 sağlık çalışanı Namık ÇAY'a, yüksek lisans dönem arkadaşlarıma, bu süreç boyunca daima yanımda olduğunu hissettiğim değerli arkadaşım Esra YILMAZ 'a, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen aileme,

Bana her konuda destek olan, umutsuzluğa düştüğüm anlarda olumlu telkinleriyle bana güç veren sevgili eşim Mustafa KARTAL'a

Adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularım ve tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde çok büyük fedakârlıkları olan ve aramızda olmayan çok özlediğim anneme şükranlarımı sunmayı bir borç bilirim.

Anneme ithafen

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Acil ve Acil Servis Kavramı.....	4
2.2. Acil Hemşireliği Tanımı ve Acil Hemşiresinin Özellikleri.....	5
2.2.1. Acil Hemşireliğinin Dünyadaki Tarihi	6
2.2.2. Acil Hemşireliğinin Türkiye’deki Tarihi	6
2.2.3. Acil Hemşireliği Standartları	7
2.2.4. Acil Servis Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	8
2.3. Triyajın Tanımı ve Gelişim Süreci	9
2.4. Dünyada Kullanılan Triyaj Sistemleri	11
2.4.1. Dünyada Kullanılan Bazı Triyaj Sistemleri	12
2.4.2. Acil Şiddet İndeksi (ESI)	13
2.4.3. Avustralya Triyaj Skalası (ATS)	14
2.4.4. Manchester Triyaj Skalası (MTS).....	14
2.4.5. Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası (CTAS)	15
2.5. Türkiye’de Triyaj Sistemi.....	16
2.6. Triyaj Uygulamasında Hemşirenin Rolü	18
2.7. Problemin Tanımı	19
2.8. Problem Çözme	20
2.9. Problem Çözme Aşamaları	21
2.10. Problem Çözme ve Hemşirelik	24
2.11. Problem Çözme Becerisi	26
3. MATERYAL VE METOT.....	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Verilerin Toplanması.....	28
3.5. Veri Toplama Araçları.....	28
3.5.1. Bilgi Formu	28
3.5.2. Problem Çözme Ölçeği	29
3.5.3. Triyaj Karar Verme Ölçeği	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	30
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Triyaj Eğitimi Özelliklerine İlişkin Bulgular	32
4.2. Problem Çözme Ölçeği ve Triyaj Karar Verme Ölçeğine İlişkin Bulgular	34
4.3. Hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	35
4.4. Hemşirelerin Triyaj Karar Verme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	39
4.5. Problem Çözme Ölçeği ile Triyaj Karar Verme Ölçeği Arasındaki İlişki.....	44
4.6. Problem Çözme Ölçeğinin Triyaj Karar Verme Ölçeği Üzerine Etkisi	44
5. TARTIŞMA.....	47
5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Problem Çözme Ölçeği Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	47
5.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Özelliklerinin Triyaj Karar Verme Ölçeği Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	50
5.3. Problem Çözme Ölçeği İle Triyaj Karar Verme Ölçeğinin Karşılaştırılması...	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuç	54
6.2. Öneriler	55
KAYNAKLAR	56
EKLER	63
ÖZGEÇMİŞ	72

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACEM: Australasian Collage for Emergency Medicine (Avustralya Acil Tıp Birliği)

ACEP: American College of Emergency Physicians (Amerikan Acil Doktorlar Birliği)

ATS: Australian Triage Scale (Avustralya Triyaj Skalası)

CAEP: Canadian Association of Emergency Physicians (Kanada Acil Hekimler Birliği)

CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale (Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası)

EDNA: Emergency Department Nurses Association (Acil Servis Hemşireleri Derneği)

ENA: Emergency Nurses Association (Acil Hemşireler Derneği)

ENAF: Emergency Nursing Association Foundation (Acil Hemşireleri Derneği Vakfı)

ESI: Emergency Severity Index (Acil Şiddet İndeksi)

MTS: Manchester Triage System (Manchester Triyaj Skalası)

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Triyaj; çok sayıda hasta veya yaralının önceliklerinin ve gereksinimlerinin belirlenmesi, durumun aciliyetine göre sınıflandırılıp sıraya koyma sürecidir (Karaçay ve Sevinç, 2007). Fransızca “trier” sözcüğünden türemiş olup kelime anlamı olarak seçmek, ayırmak, sınıflandırmak anlamına gelen triyaj ilk kez Fransız ordusundaki yaralı askerler için “açık hastane” ortamının oluşturulmasında kullanılmıştır (Akyolcu, 2007; Bayat ve Şener Uslu, 2016).

Acil servislerin sınırsız kapasitelerinin olduğunun düşünülmesi, günde 24 saat, haftada 7 gün sürekli sağlık hizmeti vermeleri, acil olan veya primer tedavi ve bakım birimlerine ulaşmanın zor ve uzun süreçli olması, gelişmiş tetkik ve görüntüleme yöntemlerine sahip olan acil servislerden daha iyi hizmet alınacağı düşüncesi, yaşlı nüfusunun artması, kronik hastalıkların ve komplikasyonlarının artması gibi birçok nedenden dolayı tüm hastalar tarafından diğer birimlere göre daha çok tercih edilmekte ve bundan dolayı aşırı kalabalığa neden olmaktadır. Bu sebeple; aciliyet düzeyi yüksek olan hastaların yapılacak olan müdahalelerinin gecikmesini önlemek, acil servislerde oluşan kalabalığı ve iş yükünü azaltmak, hasta sirkülasyonunu hızlandırmak için triyaj uygulamaları önem kazanmaktadır (Karaçay ve Sevinç, 2007; Bayat ve Şener Uslu, 2016; Küçükoğlu ve ark., 2017; Bilge İpek, 2019).

Acil servis bekleme alanlarında hastalığın ciddiyetini tespit etmede triyaj sistemleri kullanılmaktadır. Hastalık ve hasta profili açısından farklılıklar olması nedeniyle, her triyaj sistemi başka bir ülkede etkili olmayabilir (Dikme ve ark., 2019). Acil servislerde kullanılmak üzere birçok ülkede farklı triyaj sistemleri geliştirilmiş olup günümüzde en sık kullanılan ve önerilen beşli triyaj sistemleri; Avusturalya’da kullanılan Avustralya Triyaj Skalası, İngiltere’de kullanılan Manchester Triyaj Skalası, Kanada’da kullanılan Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası ve Amerika Birleşik Devletleri’nde kullanılan Acil Şiddet İndeksi’dir (Akyol, 2018).

Acil servis triyajı, hastanın acil servise giriş yapması ile başlar; hastanın gönderileceği bölüm ya da servise devam eder. Acil servis triyajında amaç tanı koymak değil, bakımı önceliklendirmek ve bir sonraki en iyi adımlar veya müdahaleler hakkında hasta için doğru klinik kararı vermektir. Triyaj sürecinde hemşirenin doğru klinik kararı verebilmesi için öncelikle gerektiği kadar ilgili veriyi gözlemlemesi, verileri hızlı bir

şekilde toplamaya odaklanması ve bu bilgilere dayalı bir triyaj kategorisini belirlemesi gerekir. Triage hemşiresi kimin hayatta kalacağına ve kaynakları kimin alacağına odaklanmanın yanı sıra, hastaları kategorize etmek ve bakıma öncelik vermek için sağlam klinik yargıya dayanan ince akıl yürütme ve karar verme becerisine sahip olması gerekir (Karaçay ve Sevinç, 2007; Patel ve ark., 2008; Smith ve Cone, 2010; Bayat ve Uslu, 2016).

Literatür incelendiğinde hemşirelerin triyaja karar verme konusunda yetersiz oldukları vurgulanmaktadır. Küçüköğlü ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada (2017) acil birimlerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun triyaj konusunda eğitim almadıkları, triyaj konusunda kendilerini yeterli bulmadıkları; Segura ve ark. (2017)'nin çalışmasında triyaj hemşirelerinin yeterliliği acil servis deneyimi ve eğitimi ile arttığı; Sungur ve ark. (2009)'nın ve Bal ve Gürkan (2018)'in yaptığı konu ile ilgili benzer çalışmasında triyaj eğitimi alan hemşirelerin eğitim almayanlara göre triyaj bilgi düzeyinin daha iyi olduğu; Kerie ve ark.(2018)'nin çalışmasında hemşirelerin triyaj bilgi düzeyinin orta derecede olduğu sonucuna varılmıştır.

Problem kişinin içinde bulunduğu karmaşık bir durumdur. Bu durumun üstesinden gelme ise problem çözme olarak adlandırılır. Kişinin bir problemi çözmeye yönelmesi, cesareti, isteği ve kendine güven duygusuyla da orantılıdır. Bazı faktörler çeşitli durumlarda problemin çözümünü etkilemektedir. Bu faktörlerin neler olduğunun bilinmesi ve bunlara yönelik düzenlemeler yapılması kişinin problem çözme becerisini geliştirmeye yardımcı olur. Problem çözme esas olarak şu anda nerede olduğumuzu, nereye varmak istediğimizi; ve oraya nasıl varacağımız hakkında karar vermektir. Hemşireliğe ait problem çözme daha çok deneme yanılma yolu ile yapılırken günümüzde bilimsel gelişme ve bilimsel yaklaşım ile birlikte karar verme bilimsel bir yapı kazanmıştır. Hemşireler bilimsel problem çözme metotlarını, sorunların çözümünde uygulamaktadırlar. Hemşirelikte problem çözmede, problem fark edildiğinde problemi çözmek için problem çözme stratejilerinden ve adımlarından yararlanılır (Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Hemşireler uygulamaları sırasında, hasta ve sağlıklı bireylerle çalışırken devamlı problemlerle karşı karşıya kalırlar. Bu nedenle hem hasta bakım kalitesinin artırılması hem de kaliteli hemşirelik uygulamalarının yapılabilmesi ve hastane ortamında ortaya çıkan problemlere uygun çözümler bulunabilmesi için problem çözme

becerilerine sahip olmak ve bunları geliştirmek önem arz etmektedir (Kaya, 2005; elenk ve Topayan, 2017).

Hemşirelerin problem çözme becerileri ile ilgili yapılan çalışmalarda çalışmaya katılan hemşirelerin problem çözme becerileri orta düzeyde olduğunu (elenk ve Topayan, 2017; Bahar ve ark, 2019), başka bir çalışmada hemşirelerin problem çözme becerilerinin orta düzeeye yakın olduğunu belirlemişlerdir (Yıldırım ve Bağşürer, 2019).

Literatür incelendiğinde hemşirelerin problem çözme becerisi ile ilgili birçok çalışmaya rastlanmış, acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararına etkisi ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Kesitsel olarak planlanan bu araştırma sonrasında elde edilen bulgular doğrultusunda, problem çözmenin triyaj kararı üzerine etkisi belirlenecek ve uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerilerinin triyaj kararları üzerine etkisinin incelenmesidir. Ayrıca çalışmada hemşirelerin problem çözmeye yönelik algılarının ve triyaj kararları hakkındaki düşüncelerinin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği belirlemektir.

Daha sonra ölçeklerin başka bir örneklem üzerinde, farklı bir bölgede uygulanması ile kıyaslanabilir sonuçlar elde etmek, çalışmalara öncülük etmek ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Hemşirelerin problem çözme ölçeğine yönelik algıları sosyodemografik özelliklere göre ve alınan triyaj eğitimine göre farklılık gösterir mi?
2. Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeğine yönelik düşünceleri sosyodemografik özelliklere göre ve alınan triyaj eğitimine göre farklılık gösterir mi?
3. Problem özme ölçeği ile triyaj karar verme ölçeği arasındaki ilişki var mıdır?
4. Problem özme ölçeğinin triyaj karar verme ölçeği üzerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Acil ve Acil Servis Kavramı

Acil; geciktirilmemesi, ertelenmemesi, dikkatle yerine getirilmesi gereken durumlar için kullanılan bir terimdir (Bayar, 2013).

Tıbbi anlamda acil: “Zaman kaybetmeden hastanın ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın zamanında verilmesidir” (Ünaldı, 2008; Bayar, 2013).

Türk Dil Kurumunun tanımına göre acil: “Hemen yapılması gereken, ivedi, ivedili, evgin, müstacel” şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu, 2020).

Acil Servis: Bireylerin yaşamsal fonksiyonlarına doğrudan etkide bulunan hastalık ya da yaralanma durumlarında, alanında özel eğitim almış sağlık personeli tarafından müdahale edebilme yetkinliğine sahip, her türlü tıbbi araç - gereçle donatılmış, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan, ilk müdahalenin yapıldığı birime verilen isimdir.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nin Birinci Bölüm Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar kısmının “h” fıkrasında “Acil Servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servisleri”¹ olarak tanımlanan acil sağlık hizmetleri Bal ve Gürkan tarafından (2018) “Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlarda oluşan sağlık sorunlarında sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil serviste görevli sağlık profesyoneli tarafından değerlendirilmesi, tanısının konulması, tıbbi müdahale ve tedavinin yapılması için hizmet veren birimler” olarak tanımlanmaktadır.

Acil birim, durumu aciliyet arz eden, önceliği olan hastaların müdahalelerinin yapıldığı birimdir. Acil birim uzmanlaşmış bir ekipten oluşup, yılın 365, hafta sonu dâhil olmak üzere günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikâyetlerini ve istemlerini ivedilikle çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel problemi belirleyerek ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren hastalara müdahalede bulunan sistemlerin bütünüdür (Bayar, 2013).

¹ Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği için bkz: Resmî Gazete Tarihi: 11.05.2000 Resmî Gazete Sayısı: 24046(Erişim:05.03.2020)

2.2. Acil Hemşireliği Tanımı ve Acil Hemşiresinin Özellikleri

Acil servis hemşiresi; algılanan veya gerçek fiziksel ya da emosyonel sağlık değişimleri yaşayan, henüz teşhisi konulmamış, acil ve ileri müdahale gerektiren, her yaştaki ve farklı sağlık sorunları olan bireye hemşirelik bakımını kısa sürede sunabilmek için geniş kapsamlı bilgi birikimine ve aynı zamanda bu bilgiyi sunabilme becerisine sahip kişidir (Bayraktar ve Karaca Sivrikaya, 2018; Koç, 2019). Acil hemşireliği uygulaması; gereksinimi belirleme, tanı koyma, tedavi ve değerlendirmeyi içermekle birlikte, karar verme, analitik ve bilimsel düşünme ile soruşturmayı içeren sistematik bir süreci kapsar. Acil serviste problemlerin çözümü; minimum bakım veya ileri yaşam desteği önlemlerini, hasta ve /veya ailenin eğitimini, uygun yönlendirmeyi ve hukuki sonuçlar bilgisini gerektirir (Koç, 2019).

Acil hemşireliği hastanın esenliğinin korunarak ve öncelikli olarak ‘bireylere zarar vermeme’ inancına bağlı kalınarak, her zaman aynı duygu, yargı ve empati ile hareket edilmesini gerektirir. Acil servis hemşiresinin uzman, ileri bilgi ve beceriye sahip, yasal düzenlemelerden haberdar olması gerekmektedir (Ünaldı, 2008).

Acil bakımda gerçekleştirilen hemşirelik fonksiyonları diğer klinik alanlardaki hemşirelik fonksiyonlarına benzerlik göstermekle birlikte, birden çok bağımsız faktörün varlığı hemşirenin görev ve uygulamalarını karmaşık ve stresli hale getirmektedir. Bu faktörler; zamanın ve bilgi elde edilebilmenin sınırlı olması, hastaların durumlarının acil olması, 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 hayati önem taşıması şeklindeki sıralanabilmektedir. Acil hemşireliği, hemşirelik tanınması, sonuçların değerlendirilmesi, hastaların mevcut veya potansiyel, ani gelişen ve hemen müdahale edilmesi gereken, fiziksel veya psikolojik, aralıklı veya akut meydana gelen problemlerini değerlendirilmesi açısından önemi büyüktür (Ünaldı, 2008).

Acil hemşireleri tanı konmamış ve acil müdahale gereksinimi olan her yaş ve popülasyondaki bireye gerekli hemşirelik bakımını uygular (Fırat ve ark., 2017; Koç, 2019). Bu nedenle acil hemşireleri geniş bir bilgi birikimi ve deneyime sahip olmaları gerekliliği vurgulanmaktadır.

2.2.1. Acil Hemşireliğinin Dünyadaki Tarihi

Acil hizmetlerindeki gelişmelerin birçoğuna ilk olarak İngiltere ve Almanya öncülük etmiş ve II. Dünya Savaşı'ndan sonra acil hizmetleri Amerika Birleşik Devletleri'nde önem kazanmaya başlamıştır. 1970'ler de hemşirelik eğitime verilen önem belirgin olarak artmış ve acil hemşireliği de uzmanlık olarak Acil Servis Hemşireleri Derneği (EDNA)'nın girişimleri ile gelişmeye başlamıştır. EDNA Acil Hemşireliği Uygulama Standartları ve Acil Hemşireliği Dergisi gibi çığır açıcı çalışmalar yayınlamış ve sonrasında acil hemşireliği uzmanlığını yasallaştırmaya devam etmiştir (Şelimen ve Gürkan, 2009; Koç, 2019). Bu alanda uzmanlaşmak, aynı zamanda en çok ihtiyaç duyulan araştırmaların yapılmasını sağlamak için diğer hemşirelik programları ile birlikte yüksek lisans programları başlatılmıştır. 1985 yılına gelindiğinde grup adını Acil Hemşireleri Derneği olarak değiştirmiştir. Acil Hemşireliği Uygulama Standartları güncellenmiştir. 1990'lı yıllarda hemşirelikte yenilik ve liderlik ön plana çıkmıştır. Araştırma ve burslarla acil hemşireliğini teşvik etmek amacıyla Acil Hemşireler Derneği Vakfı (ENAF) kurulmuştur. Acil hemşireliği ve hasta bakımını desteklemek için rehberler yayınlanmıştır. 1995 yılında acil hemşireliği uygulama kapsamı, yaralanmanın önlenmesini de içine alacak şekilde genişletilmiştir. 2000 'li yıllarda temel yetkinlikleri hedef almış, yönetim, savunma, üyelik, mesleki gelişim, araştırma ve uygulama gibi kavramlar etrafında yeniden organize olmuştur (Koç, 2019).

2.2.2. Acil Hemşireliğinin Türkiye'deki Tarihi

Türkiye'de hemşirelik alanında ilk mesleki örgütlenme 1933 yılında Türk Hastabakıcılar Cemiyeti ile olmuştur. Daha sonra 1943 yılında Türk Hemşireler Derneği adını almıştır. 1954 yılına gelindiğinde hemşirelik kanunu çıkarılarak hemşirelik mesleğine yönelik rol ve sorumlulukları belirtilmiştir. 1970'li yıllarda bilimdeki ilerleme ve hemşirelikteki değişim ile birlikte branş hemşireliğinin oluşmasına olanak tanımış ve acil hemşireliğinin; geniş bilgi tabanına dayanan, hastanın ihtiyaçlarını karşılamada hizmet sağlayan rol ve sorumluluklarına yenilikler getirilmiştir. Ülkemizde 1996-1997 yıllarında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün Acil Hemşireliği yüksek lisans eğitimini başlatması ile acil hemşireliğinde uzmanlaşma alanına gidilmiştir. Daha sonraları 25/04/2007 5634 sayılı Kanun ile hemşirelerin çalışma alanlarına-pozisyonlarına göre rol ve sorumlulukları açıklanmıştır. 8 Mart 2010 tarihli 27515 sayılı

hemşirelik yönetmeliğinde acil servis hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları açıkça belirtilmiştir (Ünaldı, 2008; Sağlık Bakanlığı, 2010; Orkun ve ark., 2017).

2.2.3. Acil Hemşireliği Standartları

Acil Hemşireliği Uygulamasının Standartları Acil Hemşireler Derneği (ENA) tarafından açıklanmış olan ifadelerdir. Acil bakımda görülen gelişmelere paralel olarak; acil servis hemşiresinin de işlevlerini geliştirip genişletmişlerdir (Ünaldı, 2008).

Bu standartlar; acil hemşireleri ile ilgili değerleri ve öncelikleri yansıtır, profesyonel acil hemşireliği uygulamalarını yönlendirir ve uygulamaların değerlendirilmesi için bir çerçeve oluşturur.

Acil Hemşireliği Standartları;

- Acil hemşiresi; acil bakım ortamında hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarının doğru ve kesintisiz bir şekilde değerlendirilmesine öncülük eder.

- Acil hemşiresi; hasta problemlerini belirlemek için tanılama verilerini analiz eder.

- Acil hemşiresi; hastanın değerlendirilmesine, tanımlanmış problemlerine ve kültürel çeşitliliğe dayanarak, acil duruma sahip olan hastanın bireyselleştirilmiş beklenen sonuçlarını tanımlar.

- Acil hemşiresi; değerlendirme, hasta problemleri ve beklenen sonuçlara dayanarak, acil duruma sahip bir hasta için bakım planı oluşturur ve uygular. Bununla birlikte gözlemlenebilir hasta yanıtlarına ve beklenen sonuçlara ulaşabilme derecesine bağlı olarak bakım planını değerlendirir ve planda değişiklikler yapar. Yaptığı uygulamanın kalitesini ve etkinliğini değerlendirir.

- Acil hemşiresi; mesleki statüyü karakterize eden davranışlarda dahil olmak üzere, belirlenmiş acil hemşirelik standartlarını uygular.

- Acil hemşiresi; kendini geliştirmesi gerektiğinin farkındadır. Mesleki gelişimini ve acil hemşireliği uygulamalarını en üst düzeye yükseltmekten sorumludur.

- Acil hemşiresi; bir mesleği karakterize eden faaliyet ve davranışlarla uğraşır.

- Acil hemşiresi; yaşam için saygı, onur, değer, özerklik ve her kişinin bireyselliğine olan ve diğer insanların inançlarını kabul etmeyi içeren felsefi ve etik kavramlara dayanan bir bakım sağlar.

- Acil hemşiresi; acil hastalar, önemli kişiler ve diğer sağlık personelleri arasında mesleki işbirliği yoluyla açık ve zamanında iletişim sağlar.

- Acil hemşiresi; acil hemşireliği uygulamalarını geliştirmek için araştırma ve kalite geliştirme bulgularını tanır, değerlendirir ve kullanır (Sağlam, 2019).

2.2.4. Acil Servis Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

(1) Hemşirelik bakımı:

- a) Hastanın acil servise kabulünü sağlar.
- b) Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları hekime bildirir.
- c) Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- ç) Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.
- d) Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.
- e) Periferik intravenöz kateter takar ve kateter pansumanlarını yapar, oksijen ve buhar tedavisini uygular, trakeal aspirasyon yapar; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; nazogastrik tüp takar, gastrik lavaj uygular; rektal tüp uygular, lavman yapar; perine bakımı verir, prezervatif sonda / üriner kateter takar ve kateter bakımı verir; sıcak ve soğuk uygulama yapar; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder.
- f) İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.
- g) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- ğ) Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.
- h) Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkarıldığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.

i) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir.

i) Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.

j) Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile terapötik iletişim kurar, onların psikososyal problemlerine uygun hemşirelik bakımı verir.

k) Acil servis enfeksiyonlarının gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemleri alır ve alınmasını sağlar (el yıkama, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb).

l) Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar, morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur.

(2) Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım

a) Hekim tarafından gerçekleştirilen invaziv girişimlere katılır; hemşirelik işlevlerini yerine getirir.

b) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

c) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağırısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatıp, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Hastaya uygulanacak radyolojik tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime transferini organize eder, gerekli durumlarda transfere eşlik eder.²

2.3. Triyajın Tanımı ve Gelişim Süreci

Triyaj kelimesi Fransızca'da sıralamak, seçmek, ayıklamak anlamına gelen trier fiilinden türetilen bir kelimedir. Triyaj, acil servise başvuran hastalarda, hastalık ya da

² Hemşirelik Yönetmeliğinde için bkz: Resmi Gazete Tarihi:08.03.2010 Resmî Gazete Sayısı: 27515 (Erişim:14.03.2020).

yaralanmanın ciddiyetinin tanımlanması ve hayati tehlikesi en yüksek olanların belirlenmesi, bakım arayan mevcut tüm hastaların derhal değerlendirilmesi ve sınıflandırılması gereken dinamik, sürekli ve resmi bir süreçtir. Diğer bir ifade ile hasta ya da yaralının, tedavi ve bakım ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, sağlık bakım kurumlarındaki kaynakların doğru yerde ve doğru zamanda kullanılmasını sağlayan sınıflandırma sistemidir. Triyaj hızlı tanı koyma ve kısa görüşme üzerine temellendirilmiş klinik önceliktir (Considine ve ark., 2004; Akyolcu, 2007).

16 Ekim 2009 yılında Resmi Gazete’de yayınlanan acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğnin birinci bölüm amaç, dayanak, kapsam ve tanımlar kısmının “k” fıkrasında “Acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile ilgili şikâyetleri, belirtilerin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak tabip veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemini, ifade eder”³ şeklinde tanımlanmaktadır.

Hastaların hastaneye ilk başvurdıkları anda kayıt işlemleri başlamadan triyajın gerçekleştirilmesi gerekir. Acile getirilen hastaların aciliyet durumunun belirlenip, durumu daha acil olan hastalara gerekli olan tıbbi girişimlerin öncelikli olarak sağlanması açısından önemlidir (Sungur ve ark., 2009; Gürler ve Duran, 2019).

Acil bakım triyajı, acil servis bakımının başlangıç aşamasıdır. Amaç tanı koymak değil, doğru klinik kararı vermektir. Karar verme sürecinde, hastaların geliş sırasına ve geliş şekline (ayaktan ya da ambulans ile) bakılmaksızın, klinik özelliklerine ve gereksinimlerine göre klinik öncelikleri ve aciliyet düzeyi belirlenir (Bayat ve Şener Uslu, 2016).

Triyaj ilk defa Fransız ordusunda yaralı askerlere “seyyar hastane” ortamının oluşturulmasını tanımlamak için kullanılmıştır. Sonrasında, Amerika Birleşik Devletleri ordusu savaşta yaralanan askerlerin savaş alanından uzakta bulunan hastanelere gönderilirken sınıflandırmaların yapıldığı merkezleri tanımlamak için kullanmıştır. II. Dünya Savaşı sonrası, tıbbi müdahaleler yapıldıktan sonra savaşa geri dönme olasılığı daha yüksek olan askerleri seçmek amacıyla ve bu belirleyici süreci tanımlamak için kullanılmıştır. Bu süreç, tıbbi kaynakların tekrar savaşabilecek olan askerler için

³ Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ için bkz: Resmî Gazete Tarihi: 16.10.2009 Resmî Gazete Sayısı: 27378 (Erişim:26.03.2020)

kullanılmasını sağlamıştır. Kore ve Vietnam savaşı sırasında ve daha sonraki askeri çatışma olaylarında triyaj, yaralı ve sakatlanan kişi sayısının fazla olduğu durumlarda en uygun olanın hangisinin olacağı konusunda günümüzdeki anlamı ile kullanılmaya başlanmıştır (Karaçay ve Sevinç, 2007; Gürler ve Duran, 2019). Triage ilk kez, savaşlardan sonra ve felaket olayları haricinde 1963'te, Amerika Birleşik Devletleri'nde, Yale Newhaven Hastanesi'nin acil servisinde kullanılmıştır (Karaçay ve Sevinç, 2007).

2.4. Dünyada Kullanılan Triage Sistemleri

Triage sistemi, mevcut sağlık hizmetleri, toplum ihtiyacı ve acil servislerin yüküne bağlı olarak bir sağlık kurumundan diğerine değişmektedir (Kerie ve ark., 2018). Etkin bir triyaj sistemi basitlik, zaman etkinliği ve güvenilirlik özelliklerine sahip olmalıdır (Tarhan Ataseven ve Akın, 2016). Olumsuz olayların insidansını en aza indirmek için ve doğru triyaj konularına yardımcı olmak için triyaj sistemleri geliştirilmiştir. Triage sistemlerinin etkinliği çeşitli çalışmalarda incelenmiştir. Acil servislerin yoğunlaşması ile ilgili endişeler ve üç seviyeli aciliyet derecelendirme sisteminin güvenilirliğini sorgulayan araştırmaların yayınlanması ile Amerika'da ve dünyada acil tıbbın temelini atan ve gelişiminde büyük rol alan Amerikan Acil Hekimler Birliği (ACEP) ve ENA tarafından 2003 yılında geçerlilik ve güvenilirliği daha fazla olduğundan beşli triyaj sisteminin kullanılması önerilmektedir (Tarhan Ataseven ve Akın, 2016; Tam ve ark., 2018; Gürler ve Duran, 2019).

Dünyada tüm acil servisler tarafından kullanılan tek bir tür triyaj sistemi olmamakla birlikte birçok ülkede farklı türde triyaj sistemleri kullanılmaktadır (Bayat ve Şener Uslu, 2016; Gürler ve Duran, 2019). Birçok ülke triyaj sistemlerini kendi ülke popülasyonu ve uygunluğu açısından hali hazırda kullanılmakta olan ve geçerliliği kanıtlanmış triyaj protokollerini revize edilerek uygulamaya yansıtmıştır (Tarhan Ataseven ve Akın, 2016).

Triage sistemlerinin öncelikli amacı acil hayati tehlikesi olan hastaların hızla değerlendirilmesini sağlamaktır. Her hastanın tedavisi için en uygun alanın hazırlanması, öncelikli bakım girişimlerinin belirlenmesi ve acil servislerde hasta akışının düzenlenmesi triyaj sisteminin amaçlarındandır (Akyolcu, 2007).

Triage sistemi; tanılama, planlama/uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşmaktadır. Tanılama basamağında, tanı ve tedaviye temel oluşturacak veriler toplanarak hastanın öncelik derecesi ve acilen karşılanması gereken ihtiyaçları belirlenir.

Planlama / uygulama basamağında, hastanın durumuna göre planlama yapılarak uygulamaya geçilir. Değerlendirme basamağında ise triyaj düzeyi belirlenen hastaların daha önce belirlenen ölçütlere göre yeniden tanımlanmasını içerir. Durumu stabil olmayan hastanın tedavisi bitinceye kadar her tıbbi basamakta sürekli ve yeniden triyaj yapılmalıdır (Bayat ve Şener Uslu, 2016).

Trijaj Sistemini Etkileyen Durumlar:

- Günlük başvuran hasta sayısı,
- Sağlık çalışanlarının yeterliliği/uygunluğu,
- Poliklinikler ya da gününbirlik cerrahi kliniklerinin bulunması,
- Sağlık çalışanlarının niteliği ve uygunluğu,
- Özel tedavi alanlarının kullanılabilirliği,
- Çevresel etmenler,
- Yasal ve yönetsel sıkıntıların varlığı şeklindedir (Akyolcu, 2007).

2.4.1. Dünyada Kullanılan Bazı Triyaj Sistemleri

(a) İki katmanlı triyaj sistemi: İki katmanlı triyaj sisteminde hasta acil servise geldiğinde triyaj hemşiresi karşılar. Hızlı bir görsel değerlendirme yapıp, hastanın acilen görülmesi gerekip gerekmediğini ya da triyajın ikinci adımına geçilmesinin güvenli olup olmadığına hızlı bir görsel değerlendirmeden sonra karar verir. Acil olarak görülmesi gerektiğine karar verilen hastalar boş bir yatağa alınır ve yatak başı kayıt edilir. Beklemesinde sakıncası olmayan hastalar, kapsamlı triyaj değerlendirmesini tamamlayan ve belgeleyen ikinci triyaj hemşiresi tarafından görülür. Daha sonra hasta kayıt altına alınıp triyaj protokollerine göre tedavi başlatılabilir. İki katmanlı triyaj sisteminin avantajı, acil servise girdiklerinde tüm hastaların deneyimli bir acil servis hemşiresi tarafından hemen tanınmalarıdır (Gürler ve Duran, 2019).

(b) Üç katmanlı triyaj sistemi: Tarihsel olarak dünyada birçok acil servis tarafından 3 seviyeli bir aciliyet derecelendirme sistemi kullanılmıştır (Şen, 2017; Gürler ve Duran, 2019). Bu derecelendirmeler;

- **Çok Acil:** Acil tedavi gerektirir. Yaşamı, uzvu ya da geleceğini tehdit eder. Beklemeden “derhal” müdahale edilmesi gereken gruptur.

- **Acil:** Durum tedavi edilmediği takdirde hayati tehlike oluşturabilir. Tedavi en kısa sürede yapılmalıdır. “acil” ama “derhal” değil. Beklemeden müdahale edilmesi gereken gruptur. Müdahalenin gecikmesi hastanın yaşamını tehdit edebilir.

- **Acil olmayan:** Düzenli bakım gereklidir. Tedavi geciktirilebilir ya da birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara yönlendirilecek hasta grubudur.

(c) Beş katmanlı triyaj sistemleri: Beşli triyaj sistemi hastanın şikâyetini temel almıştır. Temel amaç kodlama kullanarak hastanın ne kadar süre içerisinde tedavi alabileceğini belirlemektir. Bu triyaj sisteminde hastalar; hemen-ivedi, çok acil, acil, yarı acil veya daha az acil ve acil olmayan şeklinde beş kategoride incelenirler (Tarhan Ataseven ve Akın, 2016).

Günümüzde, en sık kullanılan dört yapılandırılmış triyaj sistemi şunlardır: Acil Şiddet İndeksi (ESI), Avustralya Triage Skalası (ATS), Manchester Triage Skalası (MTS), Kanada Triage ve Aciliyet Skalası (CTAS)’dır (Acosta ve ark., 2012).

2.4.2. Acil Şiddet İndeksi (ESI)

ESI, 4 karar noktasına sahip bir algoritmayı takiben, hastayı 5 acil durum düzeyine ayıran daha sonra kaynak tüketimine göre sınıflandıran bir sistemdir. İlk olarak 1990’lı yıllarda orijinal genel bir kavram olarak geliştirilmiş, daha sonraki yıllarda acil hekimi ve acil hemşiresinden oluşan bir grup tarafından bu kavram araştırmaya bağlı olarak geliştirilmiştir (Çınar ve ark., 2010; McHugh ve ark., 2012; Gürler ve Duran, 2019).

ESI’ da esas olan hasta şikâyeti değil, hastaların ihtiyaçları ya da tahmini ihtiyaçlarıdır. Bu ihtiyaçlara uygun parametreler belirlenerek sınıflama yapılır ve sıralandırılır. Daha az şiddetli hastalar genellikle daha az kaynağa ihtiyaç duyar ve ESI seviye 5 olarak sınıflandırılırlar. Daha şiddetli hastalar dört veya daha fazla kaynağa ihtiyaç duyarlar ve seviye 1 olarak sınıflandırılırlar. Seviye 1 olarak sınıflandırılan hastaların acil tıbbi bakıma ihtiyacı vardır. ESI’nın amacı tıbbi bakımı merkezden uzaklaştırmaktır. İlk analizde 3, 4 ve 5 seviyelerine karşılık gelen düşük karmaşıklığa sahip hastalar için yeterli tıbbi bakım sağlamak olacaktır. Bu hastalar genellikle daha az kaynak kullanır ve nadiren hastaneye yatırılması gerekir. Öncelik, yeterli bakım için gerekli kaynakların değerlendirilmesi ve hastaların kaynaklara doğru zamanda erişebilmesinin sağlanması ile bir akış şemasına dayanılarak tanımlanır ve aynı zamanda

özellikle sınırlı kaynaklara sahip servislerde klinik sonuçları iyileştirir (Tarhan Ataseven ve Akın, 2016; Silva ve ark., 2017).

2.4.3. Avustralya Triyaj Skalası (ATS)

ATS, önceleri ismi Ulusal Triyaj Ölçeği olarak bilinirken, 1993 yılında Avustralya Acil Tıp Birliği (ACEM) tarafından geliştirilmiş ve 2000 yılında revize edilmiş olup bugünkü adı ile anılmaya başlanmıştır. Halen Avustralya’da hükümete bağlı ve diğer özel kuruluşların acil servislerinde kullanılmaktadır. ATS, her seviye tıbbi değerlendirilmenin başlatılması için ilişkili bir zaman hedefine sahip olan 5 seviyeli bir triyaj aciliyet ölçeğidir. Hayatı tehdit eden bir durum varsa, zamanın kritik olduğu durum varsa, sıkıntıyı gidermek istiyorsak bu skala kullanılmaktadır (Considine, 2004; Fernandes, 2005). Bu skalanın 3 tane sonucu vardır. “Beklenen triyaj kararı” hemşireler ATS’den o anki probleme uygun triyaj kararını seçmek durumundadır. “Yüksek aciliyet triyajı” hastanın durumu gerekenden daha acil triyaj kategorisindedir. Hastanın tıbbi müdahaleye kadar bekleme süresi beklenenden daha kısa olmasına rağmen, uygun olmayan kaynak tahsisinin etkisi acil servisteki diğer hastaları olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir. “Düşük aciliyet triyajı” hastanın durumu acil değildir ve hastanın bekleme süresi uzun olmaktadır ve bununla bağlantılı olarak da olumsuz yan etki görülebilmektedir (Considine, 2004).

2.4.4. Manchester Triyaj Skalası (MTS)

MTS, 5 seviyeden oluşan bir triyaj skalasıdır. 1997 ’den bu yana İngiltere’de birçok acil servis tarafından kullanılmaktadır. Her biri belirli bir şikâyetin (örneğin, kafa travması ve öksürük) triyajına yardımcı olmak için tasarlanmış 52 sunum akış şeması vardır. Akış çizelgelerinin her biri 6 anahtar ayırıcıyı göstermektedir. Bunlar; 52 farklı akış çizelgesinden birine erişmenin ardından, hastaya en uygun akış şemasını seçerek doğru triyaj kategorisine ulaşır ve hastayı değerlendirir. Hemşire hastayı “acil” ile “acil olmayan” arasında değişen ilgili aciliyet kategorisine ayırır. Bu kategoriye göre hastanın bekleme süresi 0 dakika ile 240 dakika arasında değişmektedir. MTS için temel oluşturan ölçek İngiltere’de kullanımı zorunlu olmuştur. Kullanımı pediatrik hastalar için de dahil olmak üzere kapsamlı bir şekilde doğrulanmıştır (Fernandes ve ark., 2005; FitzGerald ve ark., 2010; Zachariasse ve ark., 2017).

2.4.5. Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası (CTAS)

CTAS, 1990'ların ortalarında New Brunswick'teki Saint John bölge hastanesindeki bir grup hekim tarafından geliştirilen ve temeli ATS'ye dayanan bir skaladır (Fernandes ve ark., 2005). ACEP, 1995 tüm Kanada acil servislerinde 5 seviyeli aciliyet derecelendirme sistemini önermiştir. CTAS acil servise tedavi için gelen her hastanın başvurusundan sonra 10 dk içinde en azından hastayı görsel olarak değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Her bir triyaj decelendirilmesi için hastanın hem şikâyetlerinin hem de durumunun belirtildiği bir liste bulunmaktadır. Acil servis hemşiresi hastanın temel şikâyeti ve tüm verilere odaklanır, hastayı değerlendirir ve hastanın aciliyet durumunu belirler. CTAS, her bir triyaj derecelendirmesi için hekime uygun bir zaman önermektedir. 2004 ve 2008 yılında CTAS revize edilmiştir. Bir rehber hazırlanmış ve bu ölçek İngiltere'nin acil servislerinde kullanılmış, kullanımı pediatrik hastalarda dahil olmak üzere kapsamlı bir şekilde doğrulanmıştır (Beveridge ve ark., 1999; FitzGerald ve ark., 2010; Gürler ve Duran, 2019).

Dünyada kullanılan beş kategorili triyaj sistemleri ve karşılaştırılması Tablo 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Dünyada kullanılan beş kategorili triyaj sistemleri ve karşılaştırılması (Karaçay ve Sevinç, 2007)

Sınıf	Acil Şiddet İndeksi (ESI)	Kanada Triyaj ve Aciliyet Skalası (CTAS)	Manchester Triyaj Skalası (MTS)	Avustralya Triyaj Skalası (ATS)
1	ESI-1 (Hemen)	Resüsitasyon (Hemen)	Hemen (Kırmızı) (0 dakika)	Hayati tehlike mevcut (Hemen)
2	ESI-2 (Birkaç dakika içinde)	Çok acil (15 dakika içinde)	Çok acil (Turuncu) (10 dakika içinde)	Yaşam tehdidi yakın (10 dakika içinde)
3	ESI-3 (Bir saate kadar)	Acil (30 dakika içinde)	Acil (Sarı) (60 dakika içinde)	Yaşam tehdidi olasılığı (30 dakika içinde)
4	ESI-4 (Bekletilebilir)	Az acil (60 dakika içinde)	Standart (Yeşil) (120 dakika içinde)	Ciddi olma olasılığı (60 dakika içinde)
5	ESI-5 (Bekletilebilir)	Acil değil (120 dakika içinde)	Acil değil (Mavi) (240 dakika içinde)	Az acil (120 dakika içinde)

2.5. Türkiye’de Triyaj Sistemi

Ülkemizde acil servis ünitesinin fiziki koşulları, triyaj uygulamaları ve acil servis işleyişi 2009 yılında yayınlanan "Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ" ile hizmetlerin nasıl yürütüleceği açıklanmıştır. Tebliğ’de açıklanan acil servis hizmetlerinin uygulamasına ilişkin veriler üç aşamalı triyaj sistemine uygunluk göstermektedir. Ancak acil servis triyajı amacıyla ülkemize ait özel değerlendirme araçları bulunmamaktadır (Tarhan Ataseven ve Akın, 2016).

Türkiye’de triyaj sistemi renk kodlarına göre üçlü triyaj sistemi kullanılmaktadır. Kırmızı renk kodu; hayatı tehdit eden ya da hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan, acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi edilmesi gereken durumu kritik hastaları tanımlamaktadır. Sarı renk kodu; hayatı tehdit etme olasılığı olan, orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan, daha az aciliyeti olan ve bir süre bekletilebilen hastaları tanımlamaktadır. Yeşil kod ise genel durumu itibari ile durumu iyi olup ayaktan başvuran ve hayati tehdit oluşturmeyen basit sağlık sorunları bulunan aciliyeti olmayan hastaları tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020; Bayat ve Şener Uslu, 2016).

Sağlık Bakanlığı renk kodlaması ve triyaj uygulaması Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Sağlık bakanlığı renk kodlaması ve triyaj uygulaması

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ
YEŞİL	Kategori 1: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan, akut semptomları sebebiyle 1 saatten fazla beklemesi hayati tehdit, morbidite veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servis içerisinde yeşil alanda muayene edilmelidir.
	Kategori 2: Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek 1-4 saat arası beklemekle morbidite veya hayati tehdit oluşturmeyen basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler.
SARI	Kategori 1: Hayati tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar. (Solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ile medikal tedavi ihtiyacı olan hastalar ve subjektif ağrı skoru maksimum skoru % 80'i olan hastalardır)	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tanı/tedavi alanına alınmalıdır.
KIRMIZI	Kategori 1: Hayati tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşımı olmayan hastalar derhal yeniden canlandırma (resusitasyon) odasına alınacaktır.
	Kategori 2: Hayati tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.

2.6. Triyaj Uygulamasında Hemşirenin Rolü

Acil servislerde aşırı kalabalıklaşma olabileceğinden bu servislerde diğerlerine oranla triyaj ihtiyacı daha belirgin olarak görülmektedir. Günümüzde acil servislerde triyaj daha çok hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Tanı konmamış ya da bir travma sonrası acil servise başvuran stresli, kaygılı hasta ve ailelerinin ilk karşılaştıkları sağlık profesyoneli triyaj hemşiresidir. Triyaj hemşiresinin hasta güvenliğini sağlaması, hasta akışını koordine etmesi ve tıbbi kaynakları yönlendirmesi gerekmektedir. Triyaj hemşiresi hastanın durumunu anlayabilecek gelişmiş tanılama becerisine sahip olmalı, hastanın durumunun aciliyetine göre gerekli verileri toplayabilmeli, fiziki değerlendirme yapabilmeli, sonuçları yorumlayıp, telaşsız bir şekilde kısa sürede ve doğru karar verebilmeli, hastalıklarla ilgili kapsamlı bir bilgi birikimine ve organizasyon yeteneğine sahip olmalı ve bununla birlikte zamanı iyi yönetebilmelidir. Acil servislerdeki hemşirelik uygulamaları diğer kliniklerdeki hemşirelik uygulamalarından farklılık içerir. Acil durum gerektiren vakaların olması, iş yoğunluğunun fazla olmasına rağmen zamanın kısıtlı olması, hemşirelik uygulamalarını karmaşık hale getirmektedir. Bu sebeple triyaj uygulayacak olan hemşirenin triyaj süreci ile ilgili iyi bir eğitim alması ve aynı zamanda iyi bir hemşirelik deneyime sahip olması gerekir. ENA, triyaj hemşiresinin en az 6 ay acil servis deneyimi olmasını, temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, travma hemşireliği, pediatrik kurs ve acil hemşireliği sertifikasına sahip olmasını öngörmektedir. ENA, triyaj süresinin en fazla 2-5 dk arasında olmasını önermekle birlikte, zaman aralığının hasta yaşı ile artacağını belirtmiştir. Triyaj hemşiresi bütüncül bir yaklaşım benimsemeli, ekip arkadaşları, hasta ve hasta yakınları ile iletişim becerisinin gelişmiş olması gerekmektedir (Fry ve Burr, 2002; Murray, 2003; Karaçay ve Sevinç, 2007; Tarhan Ataseven ve Akın, 2016; Küçükkoğlu ve ark., 2017).

Trijaj sistemi mevcut sağlık hizmetleri, toplum ihtiyacı ve acil servislerin yüküne göre bir sağlık kurumundan diğerine değişir. Hastayı doğru zamanda, doğru yere sınıflandırmak ve atamak için triyajın ardışık olarak iki tane aşamadan oluşan kendi süreci vardır. Birinci aşama, hemşirelerin hastaları farklı sağlık bölümlerine atamasını sağlayan veri toplamadır. İkinci aşama, erken ölümü önlemek ve daha fazla gelişebilecek komplikasyonları azaltmak için acil serviste hemşire bakımının başlatılmasıdır. Acil servisteki triyaj hemşiresi, acil bakım sunulurken hastanın karşılaştığı ilk kişidir. Triyaj hemşiresi “öncelikle kim görülmelidir?” ve “her bir hasta güvenli bir şekilde ne kadar

bekleyebilir?” sorularının cevabına karar verir. Triyaj tedavi sona erece kadar her tıbbi basamakta yeniden yapılır. Yanlış bir triyaj kararı hastaların beklemesini uzatabilir ve bu da potansiyel olarak olumsuzluklara yol açar (Akyolcu,2007; Tam ve ark., 2018). Bu nedenle triyajın doğru bir şekilde uygulanmasını ve devamlılığını sağlanması için triyajın hemşireler tarafından bilinmesi, özümsemişi ve etkili bir şekilde uygulamaya konması oldukça önemlidir. Hemşireler arasında triyaj becerisi, acil servis gözetiminin temel unsurudur ve standart seviyede yapılmazsa, hastaların klinik bakım sonuçları ve acil servislerin etkinliği tehlikeye girer (Gilboy ve ark., 2012; Kerie ve ark., 2018; Bal ve Gürkan, 2018).

2.7. Problemin Tanımı

Problem, çok geniş kapsamlı bir kavramdır. Her insanın hayatı boyunca çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalması ve bu sorunların üstesinden gelmek için uygun çözüm yolları aramaya çalışması doğaldır ve bu yaşam boyunca devam etmektedir. Bir öğrenci için derslerinde başarısız olması problem oluştururken, araştırılacak olan konular, gelecek için yapılacak olan birçok buluşlar bir bilim adamı için problem olarak ortaya çıkmakta ve çözüm gerektirmektedir (Taylan, 1990).

Jhon Dewey, problemi, insan zihnini karıştıran, ona meydan okuyan ve inancı belirsizleştiren her şey olarak tanımlamaktadır (Gelbal, 1991).

Belirli bir zamanda insanlar için önemli olan ve bir iyileştirme veya çözüm gerektiren gerçek ve istenen sonuçlar arasındaki denge eksikliği olarak tanımlanabilir (Altun, 2003).

Bingham problem kavramını bireyin istediği hedeflere ulaşmak için mevcut gücünün karşısındaki engel olarak tanımlamıştır (Yılmaz Koçak, 2017).

Problem nerede olduğumuz ve nerede olmak istediğimiz arasındaki mesafedir. Bir başka ifade ile istenilmeyen durumdan, istenilen duruma doğru hareketimize engel durumdur (Demirtaş ve Dönmez, 2008).

Morgan problemi temelde kişinin bir hedefe varmada engellenme ile karşılaştığı bir çatışma durumu olarak tanımlarken, D’Zurilla ise problemi kişinin iç ya da dış görevlere tepki vermede güçlük çektiği bir durum olarak tanımlamaktadır (Kaya, 2005).

Heppner (1982) problemi; kişinin içinde bulunduğu engelleyici bir duruma içsel veya dışsal istekleriyle ilişkili olarak verdiği tepki şeklinde tanımlamaktadır.

2.8. Problem Çözme

Bir problemi çözmedeki başarı, problemin ciddilik derecesi ya da karmaşıklık düzeyi ile bunların ele alınış biçiminin etkililiğine bağlıdır. Problemin ele alınış biçimi de kişiden kişiye değişmektedir (Taylan, 1990).

Problem çözme; bilinen veya bilinmeyen engellerle engellenen hedefe giden yol ile mevcut bir durum ve istenen bir hedef arasındaki boşluğu algıladığımız, çözdüğümüz bir süreçtir (Huilit, 1992).

Problem çözme; sorunlarla başa çıkabilmek için bireyi çözüme ulaştıracak bilgilerin kazanılması, bu bilgileri kullanarak etkili olabilecek çözüm yollarının belirlenmesi ve seçeneklerin üretilmesi, bu seçenekler arasından en uygun olan çözüm yolunun seçilmesi ve karar verilmesini kapsayan, bilinçli, akılcı ve çaba gerektiren sistematik bir süreçtir (Kelleci ve Gölbaşı, 2004; Tezel ve ark., 2009; Başar ve ark., 2015; Bahar ve ark., 2019).

Heppner, problem çözmeyi problemlerle başa çıkma kavramı ile eşanlamli olarak kullanmaktadır (Taylan, 1990).

Karşı karşıya kalınan güçlüklerin ve belirsizliklerin ortadan kaldırılmaya çalışılması problemin çözümü olarak adlandırılabilir. Tüm problemlerin çözümü bir dizi kısıtlamaya tabi olarak bilinmeyen veya bazı karara "en iyi" cevap vermek için kullanılan zihinsel bir süreç gerektirir. Bu sürecin kapsamında içinde bulunulan koşullara uymak, engelleri azaltmak ve sonunda organizmayı bir iç dengeye kavuşturmak gibi etkinlikler vardır. Bu süreçte problem bazı insanların zihnini karıştırırken, bazılarının ise karıştırmayabilir. Genel olarak, durum daha önce karşılaşılmamış veya en azından geçmiş deneyimlerden belirli bir çözümün bilinmediği bir durumdur. Eğer kişi bir problem ile daha önceden karşılaşmış ve problemin çözümüne ulaşmış ise, artık o problem kişi için bir sorun olmaktan çıkar. Problemin olabilmesi için yeni ve orijinal olması gerekir (Taylan, 1990; Gelbal, 1991; Huilit, 1992).

Bu süreçte ihtiyaç duyulan beceriler, sorunun içeriğine uygun bir bilgi tabanını içerir; eksik bilgileri tanımlama, bulma, elde etme ve değerlendirme becerisi; kendi başına öğrenme yeteneği; analiz gibi düşünme becerileri (tutarlılığı, nedeni ve ilişkileri sınıflandırın, kontrol edin), yaratıcılık, bakış açılarını genelleme ve basitleştirme ve genişletme becerisi; motivasyon ve azim gibi tutumlar; belirsizlik, korku, endişe ve erteleme ile başa çıkma yeteneği; kişilerarası ve grup becerileri; iletişim becerileri; ve bir

farkındalık, bilgi öğrenirken veya işlerken kişinin kişisel tercihi veya stilidir. Sorunları çözmek için bilgiye ihtiyacımız var, ancak bilgiyi nasıl öğrendiğimiz sorunları nasıl çözdüğümüzü etkiler. Kötü problem çözücüler, yapılandırılmamış bir gerçek veya fikir kümesini ezberlemişlerdir. Onların bilgi hiyerarşisi yoktur. Buna karşılık, iyi problem çözücüler, temel ilkeler ve soyutlamalar etrafında merkezli, özenle geliştirilmiş, organize, hiyerarşik bir bilgi yapısına sahiptir. Problem çözme becerilerinin önemli bileşenlerinden bir tanesi, kişinin farkında olmadığı bilgi olarak adlandırılır. İyi problem çözücüler bu bilgiyi sezgisel olarak kullanırlar, ancak bilginin nereden geldiği sorulduğunda cevap “deneyim” denir. Başka bir bileşen de problem çözme olarak adlandırılan bir bilgi veya deneyim alanının var olduğuna ve bu bilgi veya deneyimin uygulanmasının öğretilebileceğidir (Woods, 1987).

2.9. Problem Çözme Aşamaları

Problem çözme genellikle günlük ve profesyonel bağlamlarda en önemli bilişsel etkinlik olarak kabul edilir. Bilinmeyeni bulmak problem çözme sürecidir. Problem çözme "Bilişsel işlemlerin herhangi bir hedefe yönelik dizisidir" (Jonassen, 2000).

Doğru tanımlanmış bir sorun tamamen çözülebilir. Bu nedenle, sorunların çözümünde yaratıcı sonuçlar elde edebilmek için, öncelikle sorunun ne olduğunu açıkça tanımlamak, problem çözme aşamalarını takip etmek ve problem çözme yöntemlerini tanımak gerekir. Problem çözme süreci, bir durumun bir problem olarak algılanması ile başlar ve istenen bir hedefe ulaşmak için birçok seçenektan uygun olanın seçilmesini ve uygulanmasını içerir. Fogler ve Le Blanc (1995) etkili problem çözme prosedürünün, yüksek düzeyde düşünme, hatırlama, mevcut bilgileri değerlendirme, karar verme ve sonuçları değerlendirme içeren karmaşık bir entelektüel sürecin sonucu olduğunu vurgulamıştır. Problem çözmede başarı, sorunun ciddiyetine veya karmaşıklığına bağlıdır (Terzioğlu, 2006). Problem çözme becerileri bir kişinin verimli ilişki kurma yeteneğini belirler (Altun, 2003).

Problem kişinin içinde bulunduğu karışık durumu ifade eder. Problem çözme süreci bu karışık durumun fark edilmesi, istenilen amaca ulaşabilmek için birçok alternatif çözüm yolları arasından en uygun olanın seçilmesi ve uygulamaya konmasını içerir (Taşçı, 2005; Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Problem çözme sürecinin ilk aşaması ön değerlendirme ile başlar. Bu aşamada hemşire birey ve ailesinin bakım gereksinimlerini belirlemeye çalışır. Hemşire veriler ile

ilgili bilgiyi doğru ve eksiksiz olarak, zamanında, yerinde toplamalı ve tamamlamalıdır. Veriler subjektif ve objektif olarak toplanabilir. Subjektif veriler hasta ve ailesinin ifade ettikleri, objektif veriler ise hemşire ve diğer ekip çalışanlarının hasta ile ilgili gözlemleri, tanı ve testler, fiziksel değerlendirme gibi verileri içermektedir (Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Problem bireyin değiştirmek ya da düzeltmek istediği bir durum olabileceği gibi bir gelişme olanağı da olabilir. Gelişme fırsatlarını belirlemek, problemlerin meydana gelmesini engellemek ya da problem meydana gelirse hızlı ve etkili bir şekilde ele alabilmek için kişilerin iç ve dış çevreleri hakkında devamlı bilgi toplamaları gerekir. Bu aşamada bazı teknikler kullanılabilir. Bunlar: Başkalarıyla karşılaştırma, sistem içinde veya sistemin belirli alanlarında meydana gelen problemlerin aranması, beklenen amaç veya standartlar ile güncel performansın karşılaştırılması, nelerin yapılması gerektiğine yönelik belirlenen listelerin şimdiki uygulamalarla karşılaştırılması, tatminkâr gibi görünen bir durumdan hareket edilerek bunun için de potansiyel problemler araştırılmasıdır (Taşçı, 2005).

Heppner (1978), problem çözme aşamalarını psikolojik danışma ile ilişkisi içinde şu şekilde incelemektedir (Taylan, 1990).

- a) Genel yaklaşım
- b) Problemin tanımlanması
- c) Seçeneklerin yaratılması
- d) Karar verme
- e) Değerlendirme

İşlemin her aşaması, bir sonraki aşamaya geçmeden önce tamamlanması gereken belirli adımları içerir (Huilit, 1992).

a) Genel yaklaşım: Problem çözme sürecinin ilk aşamasıdır. Bireyin genel ya da zihinsel yöneliminin nasıl olduğunu göstermektedir. Bireylerin problemlili durumlara genel yaklaşımı (yaklaşma ya da kaçınma tarzı, kontrol edip edememesi ve yeteneklerine güvenip güvenmemesi) problemlerini başarıyla çözme ve başa çıkma becerisini etkilemektedir (Taylan, 1990). Bu aşamada problemin farkında olmak gerekir. Yani bir durumun problem olabilmesi için, o durumun kişiyi rahatsız etmesi ve kişinin rahatsızlık durumunun farkına varması gerekir (Gelbal, 1991).

b) Problemin tanımlanması: Bu aşamada problemin ne olduğu tanımlanarak problem ile ilgili durum ortaya konulur. Hemşirelik tanısı problem çözme sürecinde hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Tanılar problemler karşısında nasıl bir çözüm yolu izleyeceği hususunda hemşirelik uygulamalarına yön verir ve bu sebeple doğru tanının belirlenmesi önemlidir. Bu süreçte problemin ne olduğu açık ve doğru bir biçimde tanımlanmalıdır (Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Hemşire problemin çözümü için kim, ne, ne zaman, nerede, niçin ve nasıl sorularını yanıtlamalıdır. Bu soruların cevabı bulunduktan sonra problem belirlenir ve bu problem karşısında hemşirelik desteğine ihtiyacın hangi düzeyde olduğu da belirlenmelidir. Genelde problemin kolay çözümlenebilmesi özgül olması ile ilişkilendirilir. Bu sebeple problemin kısa, açık ve net tanımlanması gerekmektedir (Taşçı, 2005).

c) Seçeneklerin yaratılması: Var olan bir probleme alternatif çözüm seçeneklerinin geliştirildiği ve bilinen tüm seçeneklerin sınıflanması aynı zamanda başka seçeneklerin düşünüldüğü aşamadır. Problem çözme sürecinde yaratıcılığın en fazla gerektiği basamaktır. Bu aşama hedefe yönelmeyi ve seçim yapmayı gerektirir. Seçiminin kişinin geçmiş yaşantılarının bir fonksiyonu olmadığı, fakat geçmiş tecrübeleri kullanabilme yetisinin önemli bir etmen olduğunu belirtilmektedir (Taylan, 1990; Taşçı, 2005).

Seçenek oluşturmada; geçmiş çözümlerin analizi, problemle ilgili bilgisi olmayan dışardan birinin görüşünün alınması, sorun üzerinde bir gece geçirme, problemi ve olası çözümleri göz önüne getirme gibi bireysel teknikler kullanılabileceği gibi bunun yanında beyin fırtınası, fikir yazma havuzu, nominal grup tekniği gibi grup teknikleri de kullanılabilir. Bu aşamada da hasta ve yakınlarının düşüncelerini önemseme ve bakıma katılımlarının sağlanması problem çözmeye yardımcı olabilir (Taşçı, 2005).

d) Karar verme: Problem çözmede karar verme, sağlık meslek mensuplarının en önemli ve aynı zamanda riskli kısmı olarak kabul edilir. Karar vermeyi bilmek ve yararlı stratejiler uygulamak sağlık personelleri arasında özellikle tıbbi acil durumlarda çalışan personel için önem arz etmektedir. Triyaj, karmaşık karar verme örneklerinden sadece biridir (Heidarive ve Shahbazi , 2016). Tıbbi acil durum personelinin iş duyarlılığı ve karar verme gücünün önemi ve problem çözme yeteneğinin yanı sıra, hastaların triyajı sırasında doğru kararı seçme ve benimseme göz önüne alındığında, sağlık çalışanları

doğru kararı almak için her şeyden daha fazla beceriye ihtiyaç duyarlar (Heidarive ve Shahbazi , 2016). Acil ve kritik durumlar ve doğal afetler gibi acil durumlar genellikle çok önemli kararlar gerektirir. Acil bir olay meydana geldiğinde, acil karar verme onunla başa çıkmada önemli bir rol oynadığından dolayı günümüzde önemi artmaktadır. Acil bir olayla başa çıkabilmek için kapsamlı bir karar almak zordur (Wanga ve ark., 2017).

Hemşirelerin hasta bakım kalitelerini arttırmaları ve profesyonel becerileri geliştirmeleri için problem çözme sürecini tam ve doğru anlamaları gerekir (Başar ve ark., 2015).

e) Değerlendirme: Değerlendirme problem çözmenin son aşamasında seçilen eylem yerine getirildikten sonra gerçekleştirilir ve asıl sonucu değerlendirmek için düzenlenmiştir. Problemin doğru tanımlanması gerekir. Bununla birlikte sorun ile ilgili konularda yeterli düzeyde bilgi sahibi olunmazsa bulunacak çözümler etkisiz kalabilir. Yeterli bilgi toplandıktan sonra etkili davranış biçimi belirlenir ve en iyi çözüme götürüleceği düşünülen seçenekten başlanır ardından elde olan bütün seçenekler uygulamaya konulur ve de son olarak değerlendirmesi yapılır. Başarılı olunmuşsa o yolda ilerlenir; başarısız olunmuşsa başka seçenek uygulamaya konulur (Taylan, 1990).

2.10. Problem Çözme ve Hemşirelik

Hemşirelik tarihinde yer alan en önemli gelişmelerden biri 1980'lerde hemşirelikte hastalık merkezli bakımdan hasta merkezli yani problem çözme yaklaşımına doğru bir gelişme ve değişim yaşanmasıdır. Hasta merkezli bakımda tıbbi bakım ön planda olup amaç hastalık kaynağı olarak görülen hastanın belirtilerini hafifletmektir. Hastanın ön planda olduğu ve hastanın değerlendirilmesine dayanan daha ileri gelişmeler, hasta bakımının hemşirenin planladığı, uyguladığı ve değerlendirdiği hemşirelik süreci olarak adlandırdığımız bireyselleşmiş hemşirelik bakımının başlamasıyla olmuştur (Kaya, 2005; Aştı ve Karadağ, 2016).

Hemşirelik süreci hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan bilimsel bir yöntemdir. Bu süreç hemşirelik fonksiyonlarına kaynaklık eder, bireylere kapsamlı bir bakım sağlar ve hemşirelik mesleğine profesyonel bir konum kazandırırken, bununla birlikte bireyin sağlık ve hastalığına yanıtını tanımlamada, bu yanıtı tanı koymada ve iyileştirmekte kullanılan profesyonel bir yaklaşım sergiler (Kaya, 2005; Aştı ve Karadağ, 2016).

Hemşirelik süreci kavram olarak; bireyin sağlık gereksinimini ve hemşirelik bakımı gereksinimlerini saptamak için problem çözme yaklaşımı olarak tanımlanırken, bilimsel metot ve hemşirelik süreci birbirine benzetilmektedir. Hemşirelik sürecinde bilimsel metodun kullanılması, hemşirelik uygulamalarında bilimsel temeli geliştirir, klinik araştırmaları destekler ve hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistematik bir şekilde kullanılmasını sağlar (Erer ve ark., 2017). Hemşirelerin hastaların problemlerini etkili bir şekilde sorun çözme stratejilerini kullanarak çözüme kavuşturabilmeleri için; bağımsız işlevlerine odaklanmaları ve bu işlevleri yerine getirirken kritik düşünme, güçlü bir bilgi temeline dayalı olarak karar verme ve problem çözme gibi entelektüel becerileri etkili bir şekilde kullanmaları profesyonel bir hemşireden beklenen davranıştır (Gölbaşı,2004; Başar ve ark., 2015). Profesyonel hemşireyi bağımlı hemşireden, acemi ve tecrübesiz hemşireyi uzman hemşireden farklı kılan problem çözme becerileridir (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Problem çözme süreci 1960' lardan bu yana hemşireliğin önemli ve bütünüleyici bir rolü olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik bakımının psikososyal yönüne fizyopatolojik yönü kadar önem verilmiş, hemşirelik uygulamaları, bilimsel tutum ve problem çözümleyici yaklaşımı sağlayan hemşirelik sürecine önem verilmiştir (Kaya, 2005; Aştı ve Karadağ, 2016).

Bu dönemde hemşire kuramcıları tarafından hemşirelik alanında en önemli gereksinimlerin problem çözme ve karar verme becerisi olduğu belirlenmiştir (Taşcı, 2005).

Abdellah ve arkadaşları klinik uygulamalarda tanımladıkları 21 hemşirelik problemi ile ilgili problem çözme yaklaşımını geliştirmişlerdir. Bu yaklaşım ile hemşirelik uygulamalarında kritik düşünme süreci için temel oluşturmuşlardır. Bu yaklaşım Henderson'un modelinde yapılandırılmıştır. Hemşirelik bakım problemleri yaklaşım tarzı olarak hemşirelik süreci için bir temel formüle edilmiştir. Hemşire problem çözücü ve karar vericidir (Ay, 2016).

Orem'in kuramının odağında, hastanın ihtiyaçları vardır ve bu hastanın öz bakım gereksinimleridir. Bu ihtiyaçları karşılayan hemşirenin yaptığı aktivitelerdir. Problem çözme, hastanın öz bakım gereksinimini karşılamasında bir araç olarak tanımlanmış, hemşireliğin amacının hastaların sorunlarını belirlemek ve çözmek olduğunu, hemşirelik

sürecinin hemşirelik eğitimi ve uygulamalarında değerli bir sorun çözme yöntemi olarak kabul edildiğini ifade etmiştir (Erenler, 2007; Ay, 2016).

Henderson; hemşirelik süreci ve hemşirelikte sorun çözmenin eş anlamlı kullanılmaya eğilimli kavramlar olduğunu ve hasta hemşire iletişimini tanımladığını belirtmiştir. Bununla birlikte hemşirelik sürecinin hemşirelik sorunlarının çözüm yollarından sadece biri olduğu düşünülmüştür (Erenler, 2007).

Roy kuramında, problem çözme sürecini hemşirelik süreci içinde bir yardım yöntemi olarak tanımlamıştır (Erenler, 2007)

2.11. Problem Çözme Becerisi

Problem çözme becerisi, kişiyi çözüme götürecek bilgilerin kazanılması ve kullanıma hazır olacak şekilde birleştirilerek, bir sorunun çözümünü uygulayabilme düzeyidir (Yılmaz Karabulutlu ve ark., 2011).

Problem çözme hemşirelik uygulamalarının odağıdır. Dünya Sağlık Örgütü “uygun bakımı vermek için önlemler alma, problem çözme yaklaşımı uygulamasının, hemşirenin yapması zorunlu yeterliliklerden biri” olarak kabul etmiştir (Taşçı, 2005).

Hemşirelerin problem çözme becerilerini geliştirmeleri hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Problem çözmenin kendi rolü olduğunun farkında olmayan ya da bu becerisini bilimsel olarak kullanmayan bir hemşirenin verdiği bakımın kalitesinin yüksek olması beklenemez (Taylor, 2000). Bir problemin çözülmesi ya da çözülememesi birey için birden çok değişkene bağlı olabilir. Problemin kişinin yaşına uygunluğu, çözüm için ön bilgiye sahip olması, eğitim derecesi, yeteneği, sağlığı, tutumu, çözümün bireye getireceği fayda, kişinin bireysel özellikleri gibi güdüsel faktörler problem çözmede etkili olabilir (Gelbal, 1991).

Acil bakım üniteleri; yakın ölüm riski taşıyan çok sayıda hasta, öngörülemeyen olaylar, uzun çalışma saatleri, yetersiz altyapı, yönetimden gelen baskı, aile üyelerinden gelen talepler, bakım, ölüm ve ölüm süreci ile günlük temas halindedirler. Böylece, acı, ızdırıp, çaresizlik, keder, korku, umutsuzluk, terk ve kayıp duygusu acil bakım ünitelerine nüfuz eder, sağlık çalışanlarının yaşam kalitesi üzerinde olası zararlı etkileri olan psikolojik talepler oluşturur. Son yıllarda, acil bakım hizmetlerine yönelik hasta talebinin yanı sıra vakaların karmaşıklığı, bilimsel bilgi, beceri, kendini kontrol ve verimlilik ile yönlendirilmesi gereken sağlık ekibinden hızlı ve iddialı davranış gerektiren durumlar da artmıştır (Ribeiro ve ark., 2016).

Hemşireler farklı gereksinimleri bulunan hastalara bakım vermek, onların problemlerini belirlemek, önceliklerini sıraya koymak, uygun girişimlerde bulunmak ve sonuçları değerlendirmek için kararlar almak durumundadır (Başar ve ark., 2015). Bu sebeple, etkili, güven veren ve kaliteli hemşirelik uygulamalarının yapılabilmesi, çalışılan klinikte meydana gelen problemlere uygun çözümler bulunabilmesi ve hasta bakım niteliğinin arttırılması için problem çözme becerilerine sahip olmak ve bunları geliştirmek önemlidir (Çelenk ve Topayan, 2017). Hemşireler kendilerini etkili problem çözme becerisine sahip bireyler olarak geliştirdikleri takdirde bireyin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini en üst düzeyde sürdürme yönünde daha etkin hizmet verebilirler (Bahar ve ark., 2019).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Kastamonu ili ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararına etkisini incelemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01.07.2019-01.06.2020 tarihleri arasında Kastamonu ili ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerinde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı tarihler arasında Kastamonu merkez ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışmakta olan 18 yaş ve üzeri hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini 01.07.2019-01.06.2020 tarihleri arasında Kastamonu merkez ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışmakta olan hemşirelerden rastgele seçilmiş 80 hemşire oluşturmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen, hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin triyaj eğitimi özelliklerini içeren bilgi formu ile problem çözme ölçeği ve triyaj karar verme ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Veriler hemşirelerin çalıştıkları birimlere ulaşılarak elde edilmiştir. İlgili servislerde çalışan hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, sözlü onam alınarak, gönüllü olan bireylere anket çalışması uygulanmıştır. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 20 / 30 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Bilgi Formu

Literatür araştırması yapılarak oluşturulan bilgi formu; hemşirelerin sosyodemografik bilgilerini içeren 6 soru (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslekte çalışma yılı, çalışılan kurum); hemşirelerin triyajla ilişkin eğitim özelliklerini

içeren 11 soru (mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma durumu, mezuniyet sonrası triyaja yönelik eğitim alma durumu, alınan eğitimi yeterli bulma durumu, alınan eğitimin klinik uygulamalara yarar sağlama durumu vb.) olmak üzere toplamda 17 sorudan oluşmaktadır (EK-1).

3.5.2. Problem Çözme Ölçeği

Bireyin problem çözme becerilerini değerlendirmek amacıyla; 1982 yılında Heppner ve Peterson tarafından geliştirilen ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması N. Şahin, N.H. Şahin ve Heppner (1993) tarafından yapılmıştır. 35 maddeden oluşan likert yanıtlanan ölçekte maddeler “hep böyle davranırım” dan, “hiç böyle davranmam”a kadar değişen 6 seçenekten oluşmaktadır. Maddeler 1 puan ile 6 puan arasında puanlanmaktadır. Problem çözme ile ilgili negatif ve pozitif yargılardan oluşan maddeler rastgele sıralanmaktadır. Negatif olan maddeler puanlamada tersine çevrilmektedir (1,2,3,4,11,13,14,15,17,21,25,26,30,34). Maddelerin bazıları (9,22,29) puanlama dışı tutulup, ölçekte 32 madde değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük 32, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçek problem çözme yeteneğine güven boyutu; bireyin karşılaştığı problem çözmeye ilişkin eylemlere başlarken problem çözebileceğine yönelik özgüvenini ve kendine olan inancını değerlendiren 5, 10, 11, 12, 19, 23, 24, 27, 33, 34 ve 35. maddeleri, yaklaşma kaçınma boyutu; bireyin karşılaştığı problemin çözümüne yönelik, önceki değerlerini gözden geçirmesini ve problem çözmeye yaklaşma veya kaçınma eğilimini değerlendirmeye yönelik 1, 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 30 ve 31. maddeleri, kişisel kontrol boyutu ise bireyin kendini duruma hakim olduğunu hissetmesi, duygularını ve davranışlarını kontrol edebilmesini değerlendiren 3, 14, 25, 26 ve 32. maddeleri içeren olmak üzere üç alt boyut içermektedir. Yüksek puan bireyin problem çözme becerileri konusunda kendini yetersiz algıladığını, düşük puan ise problem çözme becerileri konusunda kendini daha yeterli algıladığını göstermektedir (Şahin ve ark., 1993).

3.5.3. Triage Karar Verme Ölçeği

Triage karar verme ölçeği Cone (2000) tarafından başlangıçta sadece acil serviste hemşirelerin triyaj kararları hakkındaki düşüncelerini belirlemek için geliştirilmiştir. Araştırmacılar daha sonra bunu bir sınırlılık olarak değerlendirmiş ve çeşitli kliniklerde çalışan hemşireler ile askeri hemşirelerde ölçeğin güvenilirliğini test etmişlerdir. Ölçeğin

Türk toplumuna uyarlanması Küçük Alemdar ve ark. (2015) tarafından yapılmıştır. Likert tipte yanıtlanan ölçekte maddeler “kesinlikle katılıyorum” dan “kesinlikle katılmıyorum” a kadar değişen 6 seçenekten oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 37 en yüksek puan 222’dir. Ölçeğin bilişsel özellikler, eleştirel düşünme, deneyim ve sezgi gibi parametrelerden oluşan dört alt boyutu bulunmaktadır. Toplam ölçek ve alt ölçek puanları; hemşirelerin ölçeğe verdikleri puanların toplamından elde edilmektedir. Bilişsel özellikler alt boyutu 7 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler önceliklendirme, organizasyon, adalet ve bilgi ile ilişkilidir. 11 maddeden oluşan deneyim alt boyutu hemşirelerin karar verme ve triyaj ortamında uygun soruları sorma becerilerini değerlendirmektedir. Sezgi alt boyutunda duygular, içgüdüler ve altıncı his ile ilişkili 7 madde bulunmaktadır. Son olarak eleştirel düşünme boyutunun hastayı değerlendirmede kullanılacak gerekli bilgileri alabilme ve iletişim kurabilme yeteneğini değerlendiren 12 maddesi bulunmaktadır (Küçük Alemdar ve ark., 2015).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine her iki ölçeğe ait beceri ve kararlarının farklılıklarını ortaya koymak amacıyla ikili gruplarına göre normal dağılan veriler için bağımsız iki örnek t testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla veriler normal dağıldığı için Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Problem çözme ölçeğinin triyaj karar verme ölçeği üzerine etkisini incelemek için lineer regresyon analizi kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik veriler frekans ve yüzde şeklinde, nicel veriler ortalama $\pm$ s. sapma olarak sunuldu. Önem düzeyi $p<0,05$ olarak alındı.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na başvuru yapılmış ve etik kurul onayı (24.05.2019/ sayı; B.30.2.ODM.0.20.08/450) alınmıştır (Ek-4). Çalışmanın Kastamonu ili merkez ve ilçe devlet hastanelerinde yapılabilmesi için Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli yazılı izin alındıktan sonra uygulamaya

başlanmıştır (Ek-5). Çalışma süresince hastane yönetimi ve ilgili servislerde görev yapan hemşirelere çalışmanın amacı, önemi ve veri toplama anketi ile ilgili açıklama yapılmıştır. Hemşireler bilgilendirilmiş ve sözlü onam alınarak katılımları sağlanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece Kastamonu merkez ve ilçelerinde uygulanmış olması, araştırma sonuçlarının bütün hemşirelere genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.



4. BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Triyaj Eğitimi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3’ de, triyaj eğitimi özelliklerinin yüzdelerik dağılımları Tablo 4’ de gösterilmektedir.

Tablo 3. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin yüzdelerik dağılımları.

	n:80	%
Cinsiyet		
Kadın	54	67,5
Erkek	26	32,5
Medeni Durum		
Evli	39	48,8
Bekâr	41	51,2
Meslekteki çalışma yılı		
1-3 yıl	31	38,8
4-6 yıl	13	16,2
10 yıl ve üzeri	36	45,0
Yaş		
18-25	25	31,3
26-35	26	32,5
36-45	20	25,0
46 ve üzeri	9	11,2
Eğitim Düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	8	10,0
Önlisans	22	27,5
Lisans	50	62,5

Çalışmaya katılan 80 hemşirenin %67,5’ini kadın, %32,5’ini erkeklerin oluşturduğu, %48,8’lik kesimin evli, %51,2’lik kesimin bekâr olduğu, %55’i 10 yılın altında bir süredir mesleğini sürdürdüğü, %32,5’inin 26-35 yaş aralığında olduğu, %62,5’inin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Hemşirelerin triyaj eğitimi özelliklerinin yüzdelik dağılımları

	n:80	%
Meslek eğitiminiz sırasında triyaja yönelik bir eğitim aldınız mı?		
Evet	55	68,8
Hayır	25	31,2
Yanıtınız evet ise nerede eğitim aldınız?		
Dönemlik ders olarak	12	22,0
Dersin içinde bir konu olarak	28	51,0
Kurs	15	27,0
Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?		
Evet	26	47,3
Hayır	11	20,0
Kısmen	18	32,7
Çalıştığınız birimde triyaj değerlendirme formu/skalası kullanılıyor mu?		
Evet	36	45,0
Hayır	44	55,0
Çalıştığınız birimde triyaj girişimini ne sıklıkla uygulama durumuyla karşı karşıya kalıyorsunuz?		
Hemen hemen hiç	7	8,8
Nadiren	9	11,2
Bazen	16	20,0
Sık sık	23	28,8
Her zaman	25	31,2
Mezuniyetiniz sonrası triyaja ilişkin bir eğitim aldınız mı?		
Evet	48	60,0
Hayır	32	40,0
Yanıtınız evet ise bu eğitimi nereden aldınız?		
Hizmet içi eğitim programına katılarak	41	85,4
Sertifikasyon programına katılarak	3	6,2
Kongre, sempozyum, seminer, kurs vb toplantılara katılarak	4	8,4
Yanıtınız evet ise aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?		
Evet	30	62,5
Hayır	4	8,3
Kısmen	14	29,2
Aldığınız eğitimin klinik uygulamanıza yarar sağladığını düşünüyor musunuz?		
Evet	37	77,1
Hayır	2	4,2
Bazen	9	18,7
Klinik uygulamalarınız sırasında triyaj girişimini yeterli düzeyde uygulama bilgi ve becerisine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
Evet	50	62,5
Hayır	6	7,5
Kısmen	24	30,0
Yanıtınız hayır ise size göre bunun neden/nedenleri nedir?		
Mesleki eğitimim sırasında triyaja yönelik eğitim almamış olmam.	3	50,0
Mezuniyet sonrası triyaja yönelik eğitim almamış olmam.	1	16,6
Triyaj girişimini uygulama durumuyla karşılaşmamam ya da çok nadir karşılaşmam.	2	33,4

Araştırmaya katılan hemşirelerin %68,8'inin meslek eğitimi sırasında triyaja yönelik bir eğitim aldığı, eğitim alanların %51'inin bu eğitimi dersin içinde bir konu olarak aldığı, eğitim alanların %47,3'ünün ise aldığı eğitimi yeterli bulduğu tespit edilmiştir.

%55'inin çalıştığı birimde triyaj değerlendirme formu/skalasının kullanılmadığı, %31,2'sinin her zaman, %28,8 sık sık triyaj uygulama durumuyla karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir.

%60'ının mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bir eğitim aldığı ve eğitim alanların % 85,4'ünün bu eğitimi hizmet içi eğitim programına katılarak aldığı, eğitim alanların %62,5' inin ise aldığı eğitimi yeterli bulduğu, %77,1'inin aldığı eğitimin klinik uygulamasına yarar sağladığını, %62,5'inin klinik uygulamaları sırasında triyaj girişimini yeterli düzeyde uygulama bilgi ve becerisine sahip olduğunu düşündüğü ve hemşirelerin %7,5'inin ise triyaj girişimini yeterli düzeyde uygulama bilgi ve becerisine sahip olmadığını düşündüğü tespit edilmiştir.

4.2. Problem Çözme Ölçeği ve Triyaj Karar Verme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Ölçeklere Ait Güvenirlilik Analizi Sonuçları

	Cronbach's Alpha
Problem çözme ölçeği	
Problem çözme yeteneğine güven	0,791
Yaklaşma kaçınma	0,697
Kişisel kontrol	0,717
Toplam	0,779
Triyaj karar verme ölçeği	
Bilişsel Özellikler	0,772
Deneyim	0,915
Sezgi	0,513
Eleştirel düşünme	0,813
Toplam	0,927

Problem çözme ölçeğinin problem çözme yeteneğine güven alt boyutunun alpha değeri 0,791, yaklaşma kaçınma boyutunun alpha değeri 0,697, kişisel kontrol boyutunun alpha değeri 0,717 ve genel alpha değeri 0,779 olarak elde edilmiştir. Alpha değerlerine göre problem çözme ölçeği ve alt boyutları oldukça güvenilir bir ölçek olarak elde edilmiştir. Triyaj karar verme ölçeğinin bilişsel özellikler alt boyutu oldukça güvenilir, deneyim, eleştirel düşünme alt boyutları ve ölçeğin toplam boyutu yüksek derecede güvenilir bir ölçek olarak elde edilmiştir. Ancak sezgi alt boyutu düşük güvenilirlikte bir ölçek olarak elde edilmiştir.

Tablo 6. Problem çözme ölçeği ve triyaj karar verme ölçeğinin toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı (n:80)

Ölçekler	Ortalama	S. sapma	Ortanca	Minimum	Maksimum
Problem Çözme Yeteneğine Güven	27,79	7,64	27,00	16,00	52,00
Yaklaşma Kaçınma	44,63	9,66	45,00	19,00	61,00
Kişisel Kontrol	14,48	3,96	14,00	2,00	24,00
Problem Çözme Ölçeği Toplam Puan	86,89	16,88	88,00	49,00	124,00
Bilişsel özellikler	14,77	4,86	14,00	5,00	29,00
Deneyim	21,20	7,97	21,00	7,00	45,00
Sezgi	17,15	4,02	17,00	7,00	28,00
Eleştirel düşünme	29,15	8,08	29,00	15,00	50,00
Trijaj Karar Verme Ölçeği Toplam Puan	82,27	21,50	81,50	36,00	147,00

Hemşirelerin problem çözme yeteneğine güven alt boyutunun puan ortalaması 27,79; yaklaşma kaçınma alt boyutunun puan ortalaması 44,63; kişisel kontrol alt boyut puan ortalaması 14,48 ve problem çözme ölçeği toplam puan ortalaması 86,89 olarak elde edilmiştir. Triyaj karar verme ölçeğinin bilişsel özellikler alt boyut puan ortalaması 14,77; deneyim alt boyut puan ortalaması 21,20; sezgi alt boyut puan ortalaması 17,15; eleştirel düşünme alt boyut puan ortalaması 29,15 ve triyaj karar verme ölçeğinin toplam puan ortalaması 82,27 olarak elde edilmiştir.

4.3. Hemşirelerin Problem Çözme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Hemşirelerin problem çözme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 7’ de gösterilmektedir.

Tablo 7. Hemşirelerin problem çözme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması.

Boyutlar	Sosyodemografik Özellik	N	Ortalama ± SS	Ortanca (Min. -Mak.)	p
Cinsiyet					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	Kadın	54	28,11 ± 7,48	27,00 (16,00 – 48,00)	0,588
	Erkek	26	27,12 ± 8,07	27,00 (18,00 – 52,00)	
Yaklaşma Kaçınma	Kadın	54	45,43 ± 9,06	46,50 (25,00 – 61,00)	0,288
	Erkek	26	42,96 ± 10,80	41,50 (19,00 – 59,00)	
Kişisel Kontrol	Kadın	54	14,96 ± 3,51	14,00 (7,00 – 24,00)	0,113
	Erkek	26	13,46 ± 4,67	12,50 (2,00 – 24,00)	
Toplam	Kadın	54	88,50 ± 16,03	89,00 (59,00 – 124,00)	0,220
	Erkek	26	83,54 ± 18,39	86,50 (49,00 – 117,00)	
Medeni Durum					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	Evli	39	25,05 ± 6,49	23,00 (16,00 - 40,00)	0,001*
	Bekar	41	30,39 ± 7,81	29,00 (18,00 - 52,00)	
Yaklaşma Kaçınma	Evli	39	43,03 ± 10,57	42,00 (19,00 - 61,00)	0,150
	Bekar	41	46,15 ± 8,56	46,00 (25,00 - 61,00)	
Kişisel Kontrol	Evli	39	13,82 ± 4,15	13,00 (2,00 - 24,00)	0,150
	Bekar	41	15,10 ± 3,71	15,00 (7,00 - 24,00)	
Toplam	Evli	39	81,90 ± 17,28	80,00 (49,00 – 113,00)	0,009*
	Bekar	41	91,63 ± 15,22	91 (55,00 – 124,00)	
Meslek Eğitimi Sırasında Triyaj Eğitimi Alma Durumu					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	Evet	55	27,51 ± 6,76	27,00 (16,00 - 52,00)	0,673
	Hayır	25	28,40 ± 9,42	25,00 (18,00 - 48,00)	
Yaklaşma Kaçınma	Evet	55	44,56 ± 9,53	45,00 (25,00 - 61,00)	0,933
	Hayır	25	44,76 ± 10,14	45,00 (19,00 - 61,00)	
Kişisel Kontrol	Evet	55	14,75 ± 4,18	14,00 (2,00 - 24,00)	0,368
	Hayır	25	13,88 ± 3,43	13,00 (9,00 - 24,00)	
Toplam	Evet	55	86,82 ± 15,77	88,00 (49,00 – 117,00)	0,957
	Hayır	25	87,04 ± 19,44	85,00 (49,00 – 124,00)	
Mezuniyet Sonrası Triyaj Eğitimi Alma Durumu					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	Evet	48	26,67 ± 6,61	27,00 (16,00 - 48,00)	0,131
	Hayır	32	29,47 ± 8,81	28,50 (18,00 - 52,00)	
Yaklaşma Kaçınma	Evet	48	43,83 ± 9,28	44,50 (25,00 - 61,00)	0,373
	Hayır	32	45,81 ± 10,23	46,50 (19,00 - 61,00)	
Kişisel Kontrol	Evet	48	14,77 ± 4,17	15,00 (2,00 - 24,00)	0,416
	Hayır	32	14,03 ± 3,63	14,00 (7,00 - 24,00)	
Toplam	Evet	48	85,27 ± 15,78	88,5 (49,00 – 124,00)	0,297
	Hayır	32	89,31 ± 18,4	87,00 (49,00 – 118,00)	

*p < 0,05, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 7. Hemşirelerin problem çözme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (Devam).

Boyutlar	Sosyodemografik Özellik	N	Ortalama ± SS	Ortanca (Min. -Mak.)	p
Yaş					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	1)18-25	25	31,60 ± 5,90 ^b	31,00 (19,00 - 46,00)	0,001*
	2)26-35	26	24,35 ± 5,60 ^a	24,50 (16,00 - 39,00)	
	3)36-45	20	27,20 ± 8,26 ^{ab}	25,50 (18,00 - 48,00)	
	4)46 ve üzeri	5	24,00 ± 5,92 ^a	21,00 (19,00 - 33,00)	
Yaklaşma Kaçınma	1)18-25	25	46,76 ± 7,22	46,00 (35,00 - 60,00)	0,060
	2)26-35	26	42,62 ± 8,95	42,00 (25,00 - 58,00)	
	3)36-45	20	46,00 ± 11,47	47,50 (28,00 - 61,00)	
	4)46 ve üzeri	5	35,60 ± 9,86	38,00 (19,00 - 45,00)	
Kişisel Kontrol	1)18-25	25	16,36 ± 3,37	16,00 (7,00 - 24,00)	0,061
	2)26-35	26	14,00 ± 4,14	12,50 (9,00 - 24,00)	
	3)36-45	20	13,65 ± 4,28	14,00 (2,00 - 24,00)	
	4)46 ve üzeri	5	13,20 ± 2,28	13,00 (11,00 - 16,00)	
Toplam	1)18-25	25	94,72 ± 12,39 ^a	92,00 (62,00 – 118,00)	0,004*
	2)26-35	26	80,96 ± 13,42 ^b	82,00 (55,00 – 104,00)	
	3)36-45	20	86,85 ± 20,74 ^{ab}	86,00 (49,00 – 124,00)	
	4)46 ve üzeri	5	72,80 ± 14,72 ^{ab}	78,00 (49,00 – 86,00)	
Eğitim Düzeyi					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	28,50 ± 9,62	27,50 (18,00 - 40,00)	0,092
	2)Önlisans	22	24,77 ± 6,44	23,50 (16,00 - 41,00)	
	3)Lisans	50	29,00 ± 7,58	28,00 (19,00 - 52,00)	
Yaklaşma Kaçınma	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	47,37 ± 9,33	47,50 (29,00 - 59,00)	0,585
	2)Önlisans	22	43,27 ± 9,72	44,50 (19,00 - 58,00)	
	3)Lisans	50	44,78 ± 9,77	44,00 (25,00 - 61,00)	
Kişisel Kontrol	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	13,25 ± 5,26	11,50 (8,00 - 24,00)	0,526
	2)Önlisans	22	14,14 ± 4,60	13,50 (2,00 - 23,00)	
	3)Lisans	50	14,82 ± 3,44	15,00 (7,00 - 24,00)	
Toplam	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	89,13 ± 19,33	89,00 (58,00 – 113,00)	0,310
	2)Önlisans	22	82,18 ± 16,29	86,00 (49,00 – 108,00)	
	3)Lisans	50	88,60 ± 16,69	88,50 (55,00 – 124,00)	
Meslekte Çalışma Süresi					
Problem Çözme Yeteneğine Güven	1-3 yıl	31	31,65 ± 7,95 ^b	31,00 (19,00 - 52,00)	0,001*
	4-6 yıl	13	24,54 ± 5,24 ^a	23,00 (18,00 - 34,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	25,64 ± 6,80 ^a	26,00 (16,00 - 48,00)	
Yaklaşma Kaçınma	1-3 yıl	31	46,39 ± 9,44	46,00 (25,00 - 61,00)	0,433
	4-6 yıl	13	43,23 ± 9,92	44,00 (19,00 - 58,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	43,61 ± 9,80	43,00 (25,00 - 61,00)	
Kişisel Kontrol	1-3 yıl	31	15,13 ± 3,66	15,00 (7,00 - 24,00)	0,308
	4-6 yıl	13	15,00 ± 3,76	14,00 (10,00 - 22,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	13,72 ± 4,24	13,50 (2,00 - 24,00)	
Toplam	1-3 yıl	31	93,16 ± 16,32 ^b	92,00 (55,00 – 118,00)	0,028*
	4-6 yıl	13	82,77 ± 13,93 ^{ab}	84,00 (49,00 – 102,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	82,97 ± 17,06 ^a	83,50 (49,00 – 124,00)	

*p < 0,05, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Hemşirelerin cinsiyet durumuna göre problem çözme ölçeği alt boyutları puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin medeni durumuna göre problem çözme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Alt boyutlar incelendiğinde; hemşirelerin medeni durumuna göre problem çözme yeteneğine güven puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). Bekar olanların problem çözme yeteneğine güven puanı evli olanların puanından yüksek olarak elde edilmiştir.

Evli olanların puan ortalaması 25,05 iken bekar olanların puan ortalaması 30,39'dur. Yaş gruplarına göre problem çözme yeteneğine güven puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$).

Hemşirelerin mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma durumu ve mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alma durumuna göre problem çözme ölçeği alt boyutları puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre problem çözme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Alt boyutlar incelendiğinde; 18-25 yaş grubunun puan ortalaması 31,60; 26-35 yaş grubunun ortalaması 24,35; 36-45 yaş grubunun puan ortalaması 27,20; 46 ve üzeri yaşında olanların puan ortalaması 24,00 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 18-25 yaş grubunda olanların problem çözme yeteneğine güven puanının ortalamasının 26-35; 46 ve üzeri yaş gruplarının puan ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre problem çözme ölçeği alt boyutları puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre problem çözme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Alt boyutlar incelendiğinde; meslekte çalışma süresine göre problem çözme yeteneğine güven puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). 1-3 yıl olanların puan ortalaması 31,65; 4-6 yıl olanların puan ortalaması 24,54; 10 yıl ve üzeri olanların puan ortalaması 25,64 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık çalışma süresi 1-3 yıl olanların puan ortalamasının diğer zaman sürelerinin ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer demografik özelliklere göre diğer puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.4. Hemşirelerin Triyaj Karar Verme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 8’ de gösterilmektedir.

Tablo 8. Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması

Boyutlar	Sosyodemografik Özellik	n	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (Min. -Mak.)	p
Cinsiyet					
Bilişsel Özellikler	Kadın	54	15,09 $\pm$ 5,10	14,00 (5,00 - 29,00)	0,403
	Erkek	26	14,12 $\pm$ 4,33	14,00 (7,00 - 22,00)	
Deneyim	Kadın	54	21,80 $\pm$ 8,31	22,00 (7,00 - 45,00)	0,338
	Erkek	26	19,96 $\pm$ 7,21	19,00 (11,00 - 38,00)	
Sezgi	Kadın	54	17,80 $\pm$ 4,16	18,00 (7,00 - 28,00)	0,037*
	Erkek	26	15,81 $\pm$ 3,39	16,00 (7,00 - 22,00)	
Eleştirel Düşünme	Kadın	54	30,43 $\pm$ 8,41	30,00 (15,00 - 50,00)	0,041*
	Erkek	26	26,50 $\pm$ 6,75	27,00 (15,00 - 41,00)	
Toplam	Kadın	54	85,11 $\pm$ 22,94	83,50 (36,00 – 147,00)	0,089
	Erkek	26	76,38 $\pm$ 17,07	74,50 (47,00 – 111,00)	
Medeni Durum					
Bilişsel Özellikler	Evli	39	14,13 $\pm$ 4,44	14,00 (5,00 - 22,00)	0,248
	Bekar	41	15,39 $\pm$ 5,20	14,00 (7,00 - 29,00)	
Deneyim	Evli	39	19,77 $\pm$ 7,79	17,00 (7,00 - 38,00)	0,118
	Bekar	41	22,56 $\pm$ 7,99	23,00 (11,00 - 45,00)	
Sezgi	Evli	39	16,13 $\pm$ 3,71	17,00 (7,00 - 22,00)	0,026*
	Bekar	41	18,12 $\pm$ 4,11	18,00 (9,00 - 28,00)	
Eleştirel Düşünme	Evli	39	27,64 $\pm$ 7,27	29,00 (15,00 - 50,00)	0,104
	Bekar	41	30,59 $\pm$ 8,63	29,00 (15,00 - 48,00)	
Toplam	Evli	39	77,67 $\pm$ 18,82	75,00 (36,00 – 127,00)	0,061
	Bekar	41	86,66 $\pm$ 23,16	85,00 (52,00 – 147,00)	
Meslek Eğitimi Sırasında Triyaj Eğitimi Alma Durumu					
Bilişsel Özellikler	Evet	55	14,36 $\pm$ 4,47	14,00 (5,00 - 29,00)	0,264
	Hayır	25	15,68 $\pm$ 5,60	14,00 (7,00 - 28,00)	
Deneyim	Evet	55	20,75 $\pm$ 7,25	21,00 (7,00 - 43,00)	0,453
	Hayır	25	22,20 $\pm$ 9,45	21,00 (11,00 - 45,00)	
Sezgi	Evet	55	16,87 $\pm$ 3,91	17,00 (7,00 - 27,00)	0,363
	Hayır	25	17,76 $\pm$ 4,28	18,00 (7,00 - 28,00)	
Eleştirel Düşünme	Evet	55	28,56 $\pm$ 7,47	29,00 (15,00 - 45,00)	0,339
	Hayır	25	30,44 $\pm$ 9,32	29,00 (15,00 - 50,00)	
Toplam	Evet	55	80,55 $\pm$ 19,2	81,00 (36,00 – 140,00)	0,289
	Hayır	25	86,08 $\pm$ 25,89	82,00 (47,00 – 147,00)	

*p < 0,05, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 8. Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (Devam).

Boyutlar	Sosyodemografik Özellik	n	Ortalama $\pm$ SS	Ortanca (Min. -Mak.)	p
	Mezuniyet Sonrası Triage Eğitimi Alma Durumu				
Bilişsel Özellikler	Evet	48	13,92 $\pm$ 4,23	14,00 (5,00 - 21,00)	0,052
	Hayır	32	16,06 $\pm$ 5,49	14,50 (8,00 - 29,00)	
Deneyim	Evet	48	19,81 $\pm$ 6,72	19,50 (7,00 - 38,00)	0,056
	Hayır	32	23,28 $\pm$ 9,27	22,50 (11,00 - 45,00)	
Sezgi	Evet	48	16,38 $\pm$ 3,56	17,00 (7,00 - 24,00)	0,034*
	Hayır	32	18,31 $\pm$ 4,43	18,00 (7,00 - 28,00)	
Eleştirel Düşünme	Evet	48	27,58 $\pm$ 7,22	28,50 (15,00 - 45,00)	0,033*
	Hayır	32	31,50 $\pm$ 8,83	32,00 (15,00 - 50,00)	
Toplam	Evet	48	77,69 $\pm$ 17,94	78,50 (36,00 - 111,00)	0,018*
	Hayır	32	89,16 $\pm$ 24,67	82,50 (58,00 - 147,00)	
	Yaş				
Bilişsel Özellikler	1)18-25	25	17,36 $\pm$ 5,14 ^a	16,00 (10,00 - 29,00)	0,020*
	2)26-35	26	13,46 $\pm$ 4,10 ^b	13,50 (7,00 - 22,00)	
	3)36-45	20	14,10 $\pm$ 4,00 ^{ab}	13,00 (9,00 - 21,00)	
	4)46 ve üzeri	5	13,80 $\pm$ 6,80 ^{ab}	18,00 (5,00 - 20,00)	
Deneyim	1)18-25	25	26,04 $\pm$ 8,10 ^b	24,00 (13,00 - 45,00)	0,002*
	2)26-35	26	17,85 $\pm$ 6,50 ^a	15,50 (11,00 - 33,00)	
	3)36-45	20	20,50 $\pm$ 6,37 ^{ab}	20,00 (13,00 - 38,00)	
	4)46 ve üzeri	5	20,00 $\pm$ 11,55 ^{ab}	19,00 (7,00 - 38,00)	
Sezgi	1)18-25	25	19,60 $\pm$ 4,26 ^b	20,00 (11,00 - 28,00)	<0,001*
	2)26-35	26	16,04 $\pm$ 3,32 ^{ab}	16,50 (8,00 - 21,00)	
	3)36-45	20	17,00 $\pm$ 2,62 ^b	18,00 (13,00 - 22,00)	
	4)46 ve üzeri	5	12,20 $\pm$ 4,97 ^a	14,00 (7,00 - 18,00)	
Eleştirel Düşünme	1)18-25	25	34,04 $\pm$ 8,21 ^b	34,00 (15,00 - 48,00)	0,001*
	2)26-35	26	25,31 $\pm$ 6,79 ^a	25,00 (15,00 - 38,00)	
	3)36-45	20	28,45 $\pm$ 6,98 ^{ab}	29,00 (16,00 - 50,00)	
	4)46 ve üzeri	5	25,20 $\pm$ 7,95 ^a	28,00 (17,00 - 35,00)	
Toplam	1)18-25	25	97,04 $\pm$ 23,10 ^b	94,00 (52,00 - 147,00)	<0,001*
	2)26-35	26	72,65 $\pm$ 16,09 ^a	70,5 (47,00 - 113,00)	
	3)36-45	20	80,05 $\pm$ 16,11 ^{ab}	80 (58,00 - 127,00)	
	4)46 ve üzeri	5	71,20 $\pm$ 26,38 ^a	64 (36,00 - 105,00)	

*p < 0,05, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Tablo 8. Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması (Devam).

Boyutlar	Sosyodemografik Özellik	n	Ortalama ± SS	Ortanca (Min. -Mak.)	p
Eğitim Düzeyi					
Bilişsel Özellikler	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	12,00 ± 4,84	11,00 (7,00 - 21,00)	0,099
	2)Önlisans	22	13,95 ± 4,57	13,50 (5,00 - 21,00)	
	3)Lisans	50	15,58 ± 4,85	14,50 (7,00 - 29,00)	
Deneyim	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	18,00 ± 9,04	14,00 (11,00 - 38,00)	0,465
	2)Önlisans	22	22,05 ± 7,28	22,50 (7,00 - 38,00)	
	3)Lisans	50	21,34 ± 8,12	21,00 (11,00 - 45,00)	
Sezgi	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	17,63 ± 2,20	17,50 (14,00 - 22,00)	0,132
	2)Önlisans	22	15,68 ± 4,26	16,50 (7,00 - 22,00)	
	3)Lisans	50	17,72 ± 4,03	17,50 (8,00 - 28,00)	
Eleştirel Düşünme	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	26,00 ± 11,33	22,00 (15,00 - 50,00)	0,203
	2)Önlisans	22	27,55 ± 8,12	28,50 (15,00 - 41,00)	
	3)Lisans	50	30,36 ± 7,38	29,50 (15,00 - 48,00)	
Toplam	1)Sağlık Meslek Lisesi	8	73,63 ± 25,26	66,00 (47,00 – 127,00)	0,284
	2)Önlisans	22	79,23 ± 20,06	82,00 (36,00 – 113,00)	
	3)Lisans	50	85,00 ± 21,39	83,00 (52,00 – 147,00)	
Meslekte Çalışma Süresi					
Bilişsel Özellikler	1-3 yıl	30	15,74 ± 5,45	15,00 (7,00 - 29,00)	0,359
	4-6 yıl	12	14,46 ± 3,89	15,00 (8,00 - 21,00)	
	10 yıl ve üzeri	34	14,06 ± 4,61	13,00 (5,00 - 22,00)	
Deneyim	1-3 yıl	31	23,68 ± 8,74	23,00 (11,00 - 45,00)	0,082
	4-6 yıl	13	19,15 ± 4,74	19,00 (13,00 - 26,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	19,81 ± 7,82	18,00 (7,00 - 38,00)	
Sezgi	1-3 yıl	31	18,71 ± 4,21 ^a	18,00 (11,00 - 28,00)	0,018 [*]
	4-6 yıl	13	15,69 ± 4,13 ^b	16,00 (7,00 - 22,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	16,33 ± 3,43 ^{ab}	17,00 (7,00 - 22,00)	
Eleştirel Düşünme	1-3 yıl	31	31,58 ± 8,72	30,00 (15,00 - 48,00)	0,079
	4-6 yıl	13	28,92 ± 7,48	31,00 (15,00 - 41,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	27,14 ± 7,33	28,00 (15,00 - 50,00)	
Toplam	1-3 yıl	31	89,71 ± 24,59 ^a	87,00 (52,00 – 147,00)	0,046 [*]
	4-6 yıl	13	78,23 ± 14,04 ^{ab}	78,00 (58,00 – 100,00)	
	10 yıl ve üzeri	36	77,33 ± 19,43 ^b	76,00 (36,00 – 127,00)	

*p < 0,05, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Cinsiyete göre triyaj karar verme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde; cinsiyete göre sezgi puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,037$). Kadınların sezgisel puanı erkeklerin puanından yüksek olarak elde edilmiştir. Kadınların puan ortalaması 17,80 iken erkeklerin puan ortalaması 15,81'dir. Cinsiyete göre eleştirel düşünme puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,041$). Kadınların eleştirel düşünme puanı erkeklerin puanından yüksek olarak elde edilmiştir. Kadınların puan ortalaması 30,43 iken erkeklerin puan ortalaması 26,50'dir.

Medeni duruma göre triyaj karar verme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$). Alt boyutlar incelendiğinde; medeni duruma göre sezgi puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,026$). Bekârların sezgisel puanı evlilerin puanından yüksek olarak elde edilmiştir. Evlilerin puan ortalaması 16,13 iken bekârların puan ortalaması 18,12'dir.

Mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma durumuna göre triyaj ölçeği alt boyutları puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alma durumuna göre triyaj karar verme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Alt boyutlar incelendiğinde; mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alma durumuna göre sezgi puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,034$). Triage eğitimi almayanların sezgi puanı alanların puanından yüksek olarak elde edilmiştir. Triage eğitimi alanların puan ortalaması 16,38 ve almayanların puan ortalaması 18,31 olarak elde edilmiştir. Triage eğitimi alma durumuna göre eleştirel düşünme puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,033$). Triage eğitimi almayanların eleştirel düşünme puanı alanların puanından yüksek olarak elde edilmiştir. Triage eğitimi alanların puan ortalaması 27,58 ve almayanların puan ortalaması 31,50 olarak elde edilmiştir.

Hemşirelerin yaş gruplarına göre triyaj karar verme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Alt boyutlar incelendiğinde; yaş gruplarına göre bilişsel özellikler puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,020$). 18-25 yaş grubunda olanların puan ortalaması 17,36,

26-35 yaş grubunda olanların puan ortalaması 13,46; 36-45 yaş grubunda olanların puan ortalaması 14,10; 46 ve üzeri yaşında olanların puan ortalaması 13,80 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 18-25 yaş grubunda olanların bilişsel özellikler ortalaması 26-35 yaş grubunun ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Yaş gruplarına deneyim puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,002$). 18-25 yaş grubunda olanların puan ortalaması 26,04; 26-35 yaş grubunda olanların puan ortalaması 17,85; 36-45 yaş grubunda olanların puan ortalaması 20,50; 46 ve üzeri yaşında olanların puan ortalaması 20 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 18-25 yaş grubunda olanların deneyim ortalaması 26-35 yaş grubunun ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Yaş gruplarına sezgi puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). 18-25 yaş grubunda olanların puan ortalaması 19,60; 26-35 yaş grubunda olanların puan ortalaması 16,04; 36-45 yaş grubunda olanların puan ortalaması 17,00; 46 ve üzeri yaşında olanların puan ortalaması 12,20 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 18-25 ve 36-45 yaş grubunda olanların sezgi ortalamalarının, 46 ve üzeri yaş grubunda olanların ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Yaş gruplarına göre eleştirel düşünme puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,001$). 18-25 yaş grubunda olanların puan ortalaması 34,04; 26-35 yaş grubunda olanların puan ortalaması 25,31; 36-45 yaş grubunda olanların puan ortalaması 28,45; 46 ve üzeri yaşında olanların puan ortalaması 25,20 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık 18-25 yaş grubunda olanların eleştirel düşünme ortalaması 26-35 ve 46 ve üzeri yaş gruplarının ortalamasından yüksek olarak elde edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Eğitim düzeyine göre triyaj ölçeği alt boyutları puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre triyaj karar verme ölçeği alt boyutları toplam puanının ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır. Alt boyutlar incelendiğinde; meslekte çalışma süresine göre sezgi puanının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,018$). Çalışma süresi 1-3 yıl olanların puan ortalaması 18,71; 4-6 yıl olanların puan ortalaması 15,69; 10 yıl ve üzeri olanların puan ortalaması 16,33 olarak elde edilmiştir. Bu farklılık çalışma süresi 1-3 yıl olanların sezgi puan ortalaması 4-6 yıl çalışma süresinin puan ortalamasından yüksek olarak elde

edilmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer demografik özelliklere göre diğer puanlarının ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

4.5. Problem Çözme Ölçeği ile Triyaj Karar Verme Ölçeği Arasındaki İlişki

Problem çözme ölçeği ile triyaj karar verme ölçeği arasındaki ilişki Tablo 9’ da gösterilmektedir.

Tablo 9. Problem çözme ölçeği ile triyaj karar verme ölçeği arasındaki ilişki.

	Bilişsel Özellikler	Deneyim	Sezgi	Eleştirel Düşünme
Problem Çözme Yeteneğine Güven	0,386**	0,470**	0,324**	0,359**
Yaklaşma Kaçınma	0,283*	0,403**	0,340**	0,295**
Kişisel Kontrol	0,114	0,121	0,011	-0,012

** 0,01 düzeyinde anlamlı korelasyon, *0,05 düzeyinde anlamlı korelasyon

Tablo 9 incelendiğinde problem çözme yeteneğine güven ile bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Problem çözme yeteneğine güven arttıkça bilişsel özellikler, sezgi ve eleştirel düşünme boyutlarında zayıf düzey bir artış sağlanmaktayken deneyim boyutunda orta düzey bir artış sağlanmaktadır.

Yaklaşma kaçınma ile bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Yaklaşma kaçınma arttıkça deneyim arasında orta düzey bir artış söz konusu iken bilişsel özellikler, eleştirel düşünme ve sezgide zayıf düzey bir etkilenme söz konusudur.

Kişisel kontrol ile bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme arasında anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir.

4.6. Problem Çözme Ölçeğinin Triyaj Karar Verme Ölçeği Üzerine Etkisi

Problem çözme ölçeği boyutlarının triyaj karar verme ölçeği boyutları üzerine etkisi Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10. Problem çözme ölçeği boyutlarının triyaj karar verme ölçeği boyutları üzerine etkisi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β^1	β^2	p	R ²	F	p
Bilişsel özellikler	Yaklaşma Kaçınma	0,051	0,101	0,435	0,156	4,691	0,005
	Kişisel Kontrol	0,007	0,006	0,957			
	Problem Çözme Yeteneğine Güven	0,209	0,329	0,011*			
Deneyim	Yaklaşma Kaçınma	0,175	0,212	0,083	0,251	8,510	<0,001
	Kişisel Kontrol	-0,053	-0,026	0,802			
	Problem Çözme Yeteneğine Güven	0,375	0,360	0,004*			
Sezgi	Yaklaşma Kaçınma	0,107	0,256	0,05	0,154	4,619	0,005
	Kişisel Kontrol	-0,115	-0,113	0,311			
	Problem Çözme Yeteneğine Güven	0,111	0,211	0,101			
Eleştirel Düşünme	Yaklaşma Kaçınma	0,142	0,170	0,190	0,158	4,767	0,004
	Kişisel Kontrol	-0,271	-0,132	0,234			
	Problem Çözme Yeteneğine Güven	0,315	0,297	0,021*			

β^1 : Standartlaştırılmamış beta katsayısı, β^2 : Standartlaştırılmış beta katsayısı, *p<0,05

Tablo 10’da problem çözme ölçeği boyutlarının triyaj karar verme ölçeği boyutları üzerine etkisi çok değişkenli lineer regresyon yöntemi ile incelenmiştir. Analiz sonucuna göre problem çözme ölçeği boyutlarından problem çözme yeteneğine güven boyutunun bilişsel özellikler boyutunu istatistiksel olarak etkilediği belirlenmiştir (p=0,011). Ayrıca problem çözme ölçeği boyutlarından yaklaşma kaçınma, kişisel kontrol boyutlarının bilişsel özellikler boyutunu istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (p>0,05). Problem çözme yeteneğine güven puanı arttıkça bilişsel özellikler puanı artmakta ve problem çözme yeteneğine güven puanı bir birim arttığında bilişsel özellikler puanı 0,209 artmaktadır. Problem çözme ölçeği boyutları tarafından bilişsel özellikler boyutunun %15,6’sı açıklanmaktadır.

Korelasyon analizinde yaklaşma kaçınma ile bilişsel özellikler arasında anlamlı ilişki çıkmakla birlikte regresyon analizinde anlamsız olarak elde edilmesi tüm değişkenlerin birlikte modele eklenmesinden kaynaklanmaktadır. Tek başına istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki sergilemediklerini ortaya koymaktadır. Problem çözme ölçeği boyutlarından problem çözme yeteneğine güven boyutunun deneyim boyutunu istatistiksel olarak etkilediği, yaklaşma kaçınma ile kişisel kontrol boyutlarının ise deneyim boyutunu istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir (p>0,05). Ayrıca problem çözme yeteneğine güven puanı bir birim arttığında deneyim puanını 0,375 arttırdığı

elde edilmiştir. Deneyim boyutunun %25,1'i yaklaşma kaçınma, kişisel kontrol ve problem çözme yeteneğine güven puanları tarafından açıklanmaktadır.

Problem çözme ölçeği boyutlarından problem çözme yeteneğine güven, yaklaşma kaçınma ile kişisel kontrol boyutlarının sezgi boyutunu istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Problem çözme ölçeği boyutlarından problem çözme yeteneğine güven boyutunun eleştirel düşünme boyutunu ekilediği belirlenmişken yaklaşma kaçınma, kişisel kontrol boyutları eleştirel düşünme boyutunu istatistiksel olarak etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca problem çözme yeteneğine güven boyutu bir birim artığında eleştirel düşünme boyut puanı 0,315 artmaktadır. Eleştirel düşünme boyutunun %15,8'i yaklaşma kaçınma, kişisel kontrol ve problem çözme yeteneğine güven boyutları tarafından açıklanmaktadır.

5. TARTIŞMA

Çalışma acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararına etkisini incelemek amacıyla Kastamonu merkez ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışmakta olan 80 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen veriler 3 bölümde tartışılmıştır.

- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin problem çözme ölçeği alt boyutları ile karşılaştırılması
- Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin triyaj karar verme ölçeği alt boyutları ile karşılaştırılması
- Problem çözme ölçeği ile triyaj karar verme ölçeğinin karşılaştırılması

5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Problem Çözme Ölçeği Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Çalışmamızda hemşirelerin problem çözme ölçeği toplam puan ortalamasının $86,89 \pm 16,88$ olduğu tespit edilmiştir. Ebru Kaya (2005) çalışmasında toplam puan ortalama değeri $90,57 \pm 19,94$; Eyüboğlu (2012) çalışmasında toplam puan ortalama değeri $90,16 \pm 14,40$; Başar ve ark.(2015) çalışmasında hemşirelerin problem çözme toplam puan ortalama değeri $88,47 \pm 18,97$; Karakurt ve Ekinci (2015) çalışmasında toplam puan ortalama değeri $85,00 \pm 33,19$; Yıldırım ve Bağısürer (2019) ölçekten aldığı toplam puan ortalama değeri $97,54 \pm 15,53$ olarak belirlemiştir. Bu sonuçlar hemşirelerin problem çözme algı düzeylerini orta düzeye yakın olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu sonuçlar bizim araştırma bulgularımızı da destekler yöndedir. Bu çalışmada problem çözme ölçeği alt boyut ortalama puanı en yüksek yaklaşma kaçınma boyutuna, en düşük alt boyut ortalama puanı kişisel kontrol boyutuna aittir. Araştırma bulgularımızı destekler yönde Ebru Kaya (2005), Tercanlı (2011) Yılmaz Koçak (2017), Yıldırım ve Bağısürer (2019) ve Aydınöz ve ark.(2020) hemşirelerle yapmış oldukları çalışmalarda problem çözme ölçeği alt boyut ortalama puanı en yüksek yaklaşma kaçınma boyutu, alt boyut ortalama puanı en düşük kişisel kontrol boyutuna ait olarak belirlemişlerdir. Bu bağlamda hemşirelerin problem çözme algısının orta düzeye yakın olmasının nedeni; kişisel kontrollerinin yüksek olmasından dolayı, problem çözmeye yaklaşımdan kaçınmaları ile ilişkilendirilmektedir.

Cinsiyete göre hemşirelerin problem çözme algısının benzer düzeyde olduğu bulunmuştur. Benzer olarak, Nazlı (2013), Çelenk ve Topoyan (2017), Bahar ve ark., (2019), Aydınöz ve ark., (2020)'nın çalışmasında da hemşirelerin cinsiyetine göre problem çözme algı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görölmemiştir. Eyüboğu (2012) ve Yılmaz Koçak (2017) ise problem çözme ile ilgili yapmış oldukları çalışmada kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre problem çözme algı düzeyinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Ofşin (2019) çalışmasında erkek hemşirelerin problem çözme algısını kadın hemşirelere göre daha yüksek düzeyde olduğunu belirlemiştir. Acil servis çalışma ortamının kalabalık ve stresli bir ortam olmasına rağmen, bir sorunla karşılaşıldığında bütün hemşirelerin hızlı ve doğru kararlar verebilmesi beklenmektedir. Bu bağlamda çalışmamızda kadın ve erkek hemşirelerin problem çözme algılarının benzer olması sevindirici bir sonuçtur.

Evli hemşirelerin problem çözme algı düzeyinin bekâr hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulgularımızı destekler yönde Aydınöz ve ark. (2020) çalışmasında evli hemşirelerin problem çözme algı düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Türe (2019) ise çalışmasında bekâr hemşirelerin problem çözme algı düzeyinin diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Yıldırım ve Bağsürer (2019), Çelenk ve Topoyan (2017) çalışmasında evli ve bekâr hemşirelerin problem çözme algısının benzer düzeyde olduğunu belirlemiştir. Evli hemşirelerin bekâr hemşirelere göre, sosyal yaşamlarında daha çok sorumluluk sahibi olmalarıyla birlikte daha çok problemle karşılaştıkları bu nedenle problem çözme algılarının geliştiği ve problem çözme ile ilgili özgüvenlerinin arttığı düşünölebilir.

Hemşirelerin mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma ve mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alma durumuna göre problem çöme algı düzeyinde istatistiksel olarak bir farklılık belirlenmemiştir. Bu konuyla ilgili litaratürde benzer çalışmaya rastlanmamıştır. Mesleki eğitim sırasında ve mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alanların problem çözme algısının benzer düzeyde olduğu söylenebilir. Bunun nedeni problem çözmenin; çevre, yetiştirilme tarzı, kişisel özellikler gibi farklı faktörlerden kaynaklanıyor olabileceği ile ilişkilendirilebilir.

46 yaş ve üzeri hemşirelerin diğer yaş gruplarına göre problem çözme algı düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yılmaz Koçak (2017) çalışmasında bulgularımıza paralel olarak hemşirelerin yaşları ilerledikçe problem çözmeye yönelik

algısının daha iyi düzeyde olduğunu belirtmiştir. Kelleci ve Gölbaşı (2004) ise çalışmasında 30 ve altı yaş grubunda olan hemşirelerin kendilerini problem çözme konusunda daha başarılı algıladıklarını belirtmiştir. Tercanlı (2011) ise çalışmasında yaş gruplarına göre problem çözme algısının benzer düzeyde olduğu sonucuna varmıştır. 46 yaş ve üzeri hemşirelerin sosyal hayatta yaşa bağlı karşılaştığı sorunların fazla ve çeşitli olması, meslekte deneyim sahibi olmaları ile birlikte karşılaştığı farklı vaka sayısının fazla olması sonucunda problem çözme algısının geliştiği düşünülmektedir. Çalışmamızda 46 yaş ve üzeri yaş grubundan sonra problem çözme yeteneğine güven algısı 26-35 yaş grubunda yüksek bulunmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu 2001-2019 verilerine göre kadınlarda ortalama evlilik yaşı 23,4-26,9; erkeklerde 27,6-30,3 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda evli olan hemşirelerin problem çözme algısının daha yüksek olduğu tespit edilmişti. 26-35 yaş grubunda bulunan hemşirelerin de problem çözme algısının yüksek olmasının nedeni evli gruba dâhil olmaları ile ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre problem çözme algısında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer olarak, Çelenk ve Topoyan, (2017), Aydınöz ve ark., (2020) çalışmasında hemşirelerin problem çözme algısının benzer düzeyde olduğunu belirlemiştir. Kaya (2005) yaptığı çalışmada önlisans mezunu hemşirelerin problem çözme algı düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Tercanlı (2011) ise çalışmasında lisans düzeyinde öğrenim gören hemşirelerin problem çözme algılarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Çalışmamıza katılan hemşire sayısının çoğunluğunu lisans mezunu hemşireler oluşturmaktadır. Gerek eğitim sürecine bağlı deneyimleri gerekse de akademik eğitimlerinin daha uzun ve detaylı olmasına bağlı olarak, problem çözme algı düzeylerinin, önlisans ve meslek lisesi mezunlarına göre daha yüksek çıkması beklenirken, çalışmamızda meslek lisesi ve önlisans mezunu hemşirelerin de problem çözme algı düzeyleri lisans mezunu hemşirelerle benzer düzeyde çıkmıştır ve bu da sevindirici bir sonuçtur.

Bu çalışmada meslekte çalışma süresi 1-3 yılın üzerinde olan hemşirelerin problem çözme algı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda problem çözme yeteneğine güven algısı da yüksektir. Benzer olarak, Nazlı (2013) ve Kaya (2005) çalışmasında hemşirelerin mesleki kıdemi arttıkça problem çözme algı düzeyinin de arttığını bildirmiştir. Bulgularımız aksine Kelleci ve Gölbaşı (2004) çalışmasında çalışma deneyimi az olan hemşirelerin kendilerini daha iyi problem çözücü olarak algıladıkları

sonucuna varmıştır. Yıldız ve Güven (2009) ve Yıldırım ve Bağısürer (2019) ise çalışmasında, hemşirelerin çalışma yılının problem çözme algı düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşmışlardır. Çalışmamızda problem çözme yeteneğine güven algısının yüksek olmasının nedeninin, hemşirelerin mesleki deneyimi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Hemşirelerin Sosyodemografik ve Özelliklerinin Triyaj Karar Verme Ölçeği Alt Boyutları ile Karşılaştırılması

Çalışmamızda hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği toplam puan ortalamasının $(82,27 \pm 21,50)$ altında olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği alt puan ortalamasının en yüksek eleştirel düşünme, en düşük puan ortalamasının ise bilişsel özellikler olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde hemşirelikte acil servislerde çalışan hemşirelerin triyaj kararı düşüncelerini değerlendiren çalışmalar incelendiğinde triyaj karar verme ölçeği kullanan sadece bir çalışmaya ulaşılmıştır. Yaman Aktaş ve Küçük Alemdar (2017) acil servislerde çalışan sağlık çalışanlarının triyaj karar verme düzeylerini incelediği çalışmasında triyaj karar verme ölçeği toplam puan ortalama değeri $172,89 \pm 18,00$, triyaj kararı veren diğer sağlık çalışanlarına göre hemşirelerin toplam puan ortalama değeri $(177,08 \pm 17,83)$ olarak bildirmiştir. Triyaj karar verme ölçeği alt boyutlarından ise deneyim boyutunun ortalama puanı en yüksek, bilişsel özellikler boyutu puan ortalamasının en düşük olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin triyaj karar verme konusunda kendilerini yeterli görmelerine rağmen triyaj karar verme ölçek puanları ortalamanın altında çıkmıştır. Hemşirelerin triyaj karar verme düşüncelerinin düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeni hemşirelerin triyaj konusunda eğitim almalarına rağmen, triyajın önemini yeterince kavrayamamış olmalarından dolayı aldıkları eğitimi yeterli buluyor olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bu bağlamda triyaj eğitiminin niteliklerinin sorgulanması gerekli olduğu düşünülmektedir.

Cinsiyete göre triyaj karar verme düzeyi istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Erkek hemşirelerin yakın bir tarihte hemşirelik mesleğine dâhil olmalarına rağmen, kadın hemşirelerle benzer düzeyde triyaj kararı veriyor olmaları sevindirici bir bulgudur. Ancak kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre sezgi ve eleştirel düşünme alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur.

Medeni duruma göre triyaj karar verme düzeyi istatistiksel olarak farklılık göstermemekle birlikte bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre sezgi alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur. Koç ve ark. (2018) çalışmasında hemşirelik uygulamalarında sezgisel yaklaşımın deneyimli hemşireler arasında yaygın karşılaşılan bir durum olduğunu belirtmektedir. Bekâr hemşirelerin çoğunlukla mesleğin ilk yıllarında olduğu düşünülürse deneyimleri evli hemşirelere göre daha azdır. Çalışmamızda bekâr hemşirelerin sezgilerinin daha yüksek çıkması sezgisel yaklaşımın deneyimle doğru orantılı olduğu tespiti bağlamında hareketle şaşırtıcı bir sonuç vermiştir.

Hemşirelerin mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma durumuna göre triyaj karar verme düzeyi istatistiksel olarak farklılık göstermemektedir. Mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alanların sezgi ve eleştirel düşünme alt boyutunu kullanarak triyaj kararı verdikleri belirlenmiştir. Örneklemimizde mesleki eğitim sırasında sadece dersin içinde bir konu olarak triyaj eğitimi alınması bulgumuz ile örtüşmektedir. Mezuniyet sonrası alınan triyaj eğitimi ile kişinin bilgi birikiminin artması ve bilgilerini sınaması konusunda eleştirel düşünebildiği, alınan eğitimin sezgisel yaklaşımı desteklediği ve bu durumun triyaj kararına etkisi olduğu düşünülmektedir.

18-25 yaş grubu hemşirelerin triyaj kararı verme düzeyinin diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. 18-25 yaş grubu triyaj kararı verirken bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme alt boyutlarını kullandığı belirlenmiştir. Bilişsel esnekliğe sahip olan bireyler seçeneklerin farkında, yeni ve zor durumların etkin bir şekilde üstesinden gelebilecek, alternatif düşünce ve fikirler üretebilecek, yeni durumlara uyum sağlayabilecek düzeyde olması beklenmektedir (Turan ve ark, 2019). 18-25 yaş aralığından sonra triyaj karar verme düzeyinin azaldığını görmekteyiz. Bunun nedeninin yaş ilerledikçe bilişsel özellikleri kullanma yetisinin azalması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin triyaj kararı verirken eğitim düzeyine göre farklılık görülmediği ve lisans, önlisans ve meslek lisesi mezunları arasında benzer şekilde karar verdikleri tespit edilmiştir. Gerek problem çözme algı düzeyi gerekse de triyaj kararı verme düzeylerinin; lisans, önlisans veya meslek lisesi eğitimlerinden ziyade, aktif meslek yaşantılarındaki deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi 1-3 yıl arasında olanların triyaj kararı verme düzeyinin daha yüksek olduğu, triyaj kararı verirken de sezgilerini kullandığı tespit

edilmiştir. Meslekte çalışma yılı arttıkça triyaj karar verme ölçeğinin alt boyutlarını kullanma düzeyi de azalmaktadır.

5.3. Problem Çözme Ölçeği İle Triage Karar Verme Ölçeğinin Karşılaştırılması

Problem çözme yeteneğine güven algısı ve yaklaşma kaçınma algısı boyutları ile bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Her iki boyut ile deneyim arasında daha kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kişisel kontrol ile bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Problem çözme ölçeği alt boyutlarından problem çözme yeteneğine güven algısı arttıkça bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme boyutları düzeyinde artış olmaktadır. Kantek ve Gezer (2010) çalışmasında eleştirel düşünme becerisinin, problem çözme becerisinin temelini oluşturduğu ve eleştirel düşünme becerisi yüksek olan bireylerin aynı zamanda etkili birer problem çözücü olacağını vurgulamıştır. Deneyim boyutu diğer boyutlara göre daha fazla etkilenmektedir. Hemşirelerin problem çözme yeteneğine güven algısı arttıkça, mesleki hayatta karşılaştıkları benzer ya da etkileyici vakalar, karar verme sürecinde vakalara karşı farkındalık kazandırmakta ve kritik koşulların belirlenmesinde yardımcı olarak deneyimin de artmasına katkı sağlamaktadır. Deneyimin, hemşirelerde hastanın durumuyla ilgili ipuçlarını tanımlama yeteneğini geliştirdiği ve hasta ile ilgili ipuçlarının yorumlanmasında bilişsel süreçleri kullanmayı artırdığını göstermiştir. Böylece deneyimin sezgisel karar vermeyi güçlendirerek klinik karar verme becerilerini geliştirdiği, hastaya uygun doğru girişimleri planlamayı ve yanlış karar alma olasılığını azalttığı da saptanmıştır. Çoğu hemşirenin de sıralama ve karar verme sürecinde sezgiyi kullandıkları bildirilmiştir (Sucu ve ark., 2012; Kerie ve ark., 2018). Bu bağlamda kişi triyajı nasıl yöneteceği konusunda deneyim, sezgi, bilişsel özellik ve eleştirel düşünmeden faydalanarak hızlı ve etkili triyaj kararı verebileceği düşünülebilir.

Acil servislerde kaliteli, güvenli, etkin ve hızlı bakımın sunulması için doğru kararların verilmesi gereklidir. Bu süreçte hemşirelerin en önemli sorumluluğu, hastanın bakımını yönetmek için doğru klinik kararlar almaktır. Literatür incelendiğinde genel olarak hemşirelerin problem çözme algı düzeyinin orta düzeyde olduğu görülmektedir (Kelleci ve Gölbaşı, 2004; Kaya, 2005; Çelenk ve Topoyan, 2017). Ülkemizde triyaj karar

verme ölçeği ile ilgili daha önce yapılmış tek bir çalışmaya rastlanmıştır (Yeşim Aktaş ve Alemdar,2017). Bu nedenle çalışmamızın bulgularını kıyaslayacak veri sayısı yeterli değildir. Bu bağlamda problem çözme becerilerini arttırmaya yönelik girişimler desteklenerek, triyaj karar verme sürecinin hızlandırılması sağlanabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Problem çözme ölçeği toplam puan ortalama değeri 86,89 olarak elde edilmiştir. Bu puan ortalama puanın altında olup acil serviste çalışan hemşirelerin genel olarak problem çözme algısının orta düzeye yakın olduğu söylenebilir. Hemşirelerin problem çözme ölçeği alt boyutları ortalama puanları en yüksek yaklaşma kaçınma alt boyutu iken kişisel kontrol alt boyutu puanı en düşük olduğu belirlenmiştir.

Problem çözme algı düzeyi evlilerde, 46 yaş ve üzeri yaş grubunda, meslekte çalışma süresi 1-3 arası yılın üzerinde olan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma, mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alma ve eğitim düzeyinin problem çözme algısını etkilemediği belirlenmiştir. Meslekte çalışma süresi arttıkça problem çözme algı düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir.

Trijaj karar verme ölçeği toplam puan ortalama değeri 82,27 olarak elde edilmiştir. Bu puan ortalama puanının altında olup hemşirelerin triyaj karar verme düşüncelerinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin triyaj karar verme ölçeği alt puan ortalamasının en yüksek eleştirel düşünme, en düşük puan ortalamasının ise bilişsel özellikler olduğu belirlenmiştir.

Trijaj karar verme düzeyi mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alan, yaş grubu 18-25 yaş aralığında olan, meslekte çalışma süresi 1-3 yıl olan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet, mesleki eğitim sırasında triyaj eğitimi alma, eğitim düzeyinin triyaj karar verme düşüncesini etkilemediği belirlenmiştir.

Problem çözme yeteneğine güven boyutu ve yaklaşma kaçınma boyutu ile triyaj karar verme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmakla birlikte deneyim boyutu ilişkisi diğer boyutlara göre her iki boyutla daha kuvvetli bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Kişisel kontrol boyutu ile triyaj karar verme ölçeği alt boyutları arasında bir ilişki tespit edilmemiştir.

Problem çözme yeteneğine güven boyutunun triyaj karar verme ölçeği tüm alt boyutları üzerine etkisi olduğu belirlenirken, problem çözme yeteneğine güven ve kişisel kontrol boyutunun triyaj karar verme ölçeği alt boyutlarına etkisi olmadığı tespit edilmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme algı düzeyini arttırmak için problem çözme eğitiminin verilmesi, triyaj karar verme düzeyini artırılması için de triyaj eğitim programlarının düzenlenmesi, sürekliliğinin sağlanması ve mevcut eğitimlerin etkinliğinin artırılması,
- Problem çözme ve triyaj ile ilgili broşürler hazırlanması,
- Hemşirelerin mesleki eğitimi sırasında triyaj eğitiminin dönemlik ders olarak verilmesi,
- Triage bölümünde 18-25 yaş grubunda olan hemşirelerin daha aktif rol alması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abaan S, Altıntoprak A. Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz değerlendirme Analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 62-67.
- Acosta AM, Duro CLM, Lima MADS. Activities of the nurse involved in Triage/Risk classification assessment in emergency services: An Integrative Review. Rev Gaucha Enferm 2012; 33 (4): 181-190.
- Akyol G. Acil Servis Hemşiresinin Triyaj Kararının Doğruluğunun ESI Sistemi Kullanılarak Değerlendirilmesi. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Antalya, Uzmanlık Tezi, 2018: 3-18.
- Akyolcu N. Acil Birimlerde Triyaj. İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi 2007; (58): 7-17.
- Altun İ. The perceived problem solving ability and values of student nurses and midwives. Nurse education today 2003; 23(8): 575-584.
- Ataseven Tarhan M, Akın S. Triyaj Uygulamalarında Hemşirelerin Rollerini. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016; 3(2): 170-171.
- Ay, F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 6. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2016;49.
- Bahar Z, Gördes Aydoğdu N, Fındık M, Özdilek S, Ercan B, Ulukaya T. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi 2019; 1(2): 3-14.
- Bal S, Gürkan A. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Triaj Bilgilerinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 1(1): 1-12.
- Başar G, Akın S, Durna Z. Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme Ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(1): 125-147.
- Bayar H. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliğine Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Bayat M, Şener Uslu N. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2016; 2(3): 42-7.
- Bayraktar AK, Karaca Sivrikaya S. Acil Servis Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2018;15 (1): 57-62.

- Beveridge R, Ducharme J, Janes L, Beaulieu S, Walter S. Reliability of the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: Interrater agreement. *Annals of Emergency Medicine* 1999; 34(2): 155-159.
- Bilge İpek, A. Kalabalık Acil Servisler İçin Yeni Bir Triaj Sistemi: Öztiraj. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2019.
- Considine J, A. LeVasseur S, Villanueva E. The Australasian Triage Scale: Examining Emergency Department Nurses' Performance Using Computer and Paper Scenarios. *Ann Emerg Med* 2004; 44: 516-523.
- Çelenk O, Topayan M. Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Problem Çözme Beceri Düzeylerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2017; 10(4): 251-259.
- Çınar O, Çevik E, Salman N, Cömert B. Hastanesi Acil Servisinde Bir Üniversite Uygulama Deneyimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2010; 10(3): 126-131
- Demirtaş H, Dönmez B. Ortaöğretimde Görev Yapan Öğretmenlerin Problem Çözme Becerilerine İlişkin Algıları. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008; 9(16): 177-198.
- Dikme Ö, Atilla R, Çolak Oray NÇ, Saraçoğlu G, Girgin MC, Akyol PY. Dokuz Eylül Triyaj Sistemi: Beş kategorili triyaj algoritmi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Emergency Medicine* 2019; 2(3): 1-7.
- Erenler A. Acil Servis Hemşirelerinin Problem Çözme Becerilerini Algılayışları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2007.
- Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi Hemşirelik Süreci. *Lokman Hekim Dergisi* 2017; 7(1): 1-5.
- Eyüboğlu G. Hemşirelerin Çevresel Güçlendirme Algıları ve Problem Çözmeye İlişkin Öz Değerlendirmeleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2012.
- Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, S., Rosenau AM, Sawchuk P, Thompson DA, Travers DA, Bonalumi N, Suter RE. Five-Level Triage: A Report from the ACEP/ENA Five Level Triage Task Force. *Journal of Emergency Nursing* 2005; 31(1): 39-50.
- Fırat B, Karataş G, Barut A, Metin G, Sarı D. Acil Servis Hemşirelerinin Etik Duyarlılıklarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2017; 10(4): 229-235.
- FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency Department Triage Revisited. *Emergency Medicine Journal* 2010; 27(2): 86-92.

- Fry M, Burr G. Review of the triage literature: Past, Present, Future? Australian Emergency Nursing Journal 2002; 5(2): 33-38.
- Gelbal S. Problem Çözme: Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1991; 6 :167-173.
- Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, Eitel D. Emergency Severity Index, version 4:ImplementationHandbook,<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/esi/esihandbk.pdf>, 2012. Erişim tarihi: 14.03.2020
- Gürler S, Duran L. Triyaj.Duran L, Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri),6. Baskı, Ankara, Palme Yayınevi. 2019; 59-71.
- Heidari ve M, Shahbazi_ S. In Medical Emergencies.International Journal of Criticall Illness &Injury Science the Impact of Problem Solving Skill Training On Personnel's Decision Making and Critical Thinking 2016; 6 (4): 182-187.
- Heppner PP, Hibell J, Neal GW, Weinstein CL, Rabinowitz FE. Personal Problem Solving: A Descriptive Study of Individual Differences, Journal of Counseling Psychology 1982; 29(6): 580-590.
- Heppner PP, Peterson CH. The development and implications of a personal problem solving inventory. Journal of Counseling Psychology 1982; 29(1): 66-75.
- Huitt WG. Problem Solving and Decision Making: Consideration of Individual Difference Using the Myers-Briggs Type Indicator. Journal of Psychological Type 1992; (24): 33-44.
- Jonassen DH. Toward a design theory of problem solving. Educational Technology Research and Development 2000; 48(4): 63-85.
- Kanbay Y, Aslan Ö, Işık E, Kılıç N. Hemşirelik Lisans Öğrencilerinin Problem Çözme ve Eleştirel Düşünme Becerileri. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2013; 3(3): 244-251.
- Kantek F, Gezer N. Bir Sağlık Yüksekokulunda Öğrencilerin Eleştirel Düşünme Ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. International Conference on New Trends in Education and Their Implications, Antalya, 2010; 186-190.
- Karaçay P, Sevinç Ç. Acil Servislerde Triyaj Uygulaması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2007; 4 (2): 9-15.
- Karakurt N, Ekinçi M. Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 4(4): 574-593.

- Kaya E. Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 6-8.
- Kaya N. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. Atabek Aştı T, Karadağ A, Editör, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 137-175.
- Kelleci M, Gölbaşı Z. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004;8 (2):1-8.
- Kerie S, Tilahun A, Mandesh A. Triage skill and associated factors among emergency nurses in Addis Ababa, Ethiopia 2017: a cross-sectional study, BMC Res Notes 2018; 11:658-664.
- Koç Z. Acil Hemşireliği: Tarihi Perspektif. Duran L, Editör, Sheehy nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri), 6. Baskı, Ankara, Palme Yayınevi. 2019; 3-7.
- Küçükoglu S, Köse S, Aytekin A, Kılıç T. Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Triyaj Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. J Pediatr Emerg Intensive Care Med 2017; 4:116-122.
- McHugh M, Tanabe P, McClelland M, Khare RK. More Patients Are Triageed Using the Emergency Severity Index Than Any Other Triage Acuity System in the United States. Academic emergency medicine 2012 ;19:106-109.
- Murray MJ. The Canadian Triage and Acuity Scale: A Canadian perspective on emergency department triage. Emergency Medicine 2003; 15: 6–10.
- Nazlı S. Hemşirelerde Duygusal Zeka Ve Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Konya İli Örneği” Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2013.
- Orkun N, Eşer İ, Güneş Çelik G. Acil Hemşireliği Tarihi İ. Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi 2017; 5(1) :16-25
- Patel VL, Gutnik LA, Karlin DR, Pusic M. Calibrating urgency: triage decision-making in a pediatric emergency department. Adv in Health Sci Educ 2008; 13:503–520.
- Polatkan R. Lisans Mezunu Hemşirelerin Önem Verdikleri ve Sahip Olduklarını Düşündükleri Yönetim Bilgi ve Becerilerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2004.
- Ribeiro RM, Pompeo DA, Pinto MH, RCHM. Coping Strategies of Nurses in Hospital Emergency Care Services Acta Paul. Enferm 2015; 28(3): 216-223.

- Sağlam Z. Acil Hemşireliği Uygulaması. Duran L. Triyaj.Duran L, Editör, Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri), 6. Baskı, Ankara, Palme Yayınevi. 2019; 8-15.
- Sağlık Bakanlığı 2009. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11321/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-teblig.html>. Erişim tarihi: 26.03.2020.
- Sağlık Bakanlığı 2000. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10438/acil-saglik-hizmetleri-yonetmeligi.html>. Erişim tarihi: 05.03.2020.
- Sağlık Bakanlığı 2010. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeligi.html>. Erişim tarihi:14.03.2020.
- Sağlık Bakanlığı 2018. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerini Uygulama Usul ve Esaslari Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapilmasına Dair Tebliğ. <https://www.Resmigazete.Gov.Tr/Eskiler/2018/02/20180220-4.htm>. Erişim tarihi: 25.08.2020
- Şahin, N., Şahin, N. H. and Heppner, P. P. The psychometric properties of the Problem Solving Inventory. Cognitive Therapy and Research 1993; 17(4): 379-396.
- Segura EM, Fortuño ML, Usach TS, Miravete ES, Lleixà MA, Borrás MRC, Pallarés GM, López GM. Competence of triage nurses in hospital emergency departments. Emergencias 2017; 29:173-177.
- Silva JA, Emi AS, Leão ER, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Emergency Severity Index: accuracy in risk classification. Einstein. 2017;15(4):421-7 DOI: 10.1590/S1679-45082017AO3964
- Smith A, Cone KJ. Triage Decision-Making Skills. Journal for nurses in staff development 2010; 26(1): 14-19.
- Sucu G, Dicle A, Saka O. Hemşirelikte Klinik Karar Verme, Etkileyen Etmenler ve Karar Verme Modelleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9 (1): 52-60.
- Sungur E, Aksoy B, Biçer S, Aydoğan G. Acil Servis Hemşireleri Arasında Triyaj Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Jinekoloji Obstetrik Pediatri Dergisi 2009; 1(1): 14-18.
- Şelimen D, Gürkan A. Türkiye’de Acil Hemşireliğinin Tarihsel Gelişimi ve Mevcut Durumu. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi 2009;15(5): 413-415.
- Şen, F. Dispne Nedeni İle Acil Servise Başvuran Hasta Senaryoları İle Hemşirelik Öğrencilerinin Triyaj Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2017; 3-17.

- Tam HL, Chung SF, Lou CK. A review of triage accuracy and future Direction, BMC Emergency Medicine 2018; 18:58 <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>
- Taşçı S. Hemşirelikte problem çözme süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005;14 ;73-78.
- Taylan S. Heppner'in Problem Çözme Envanterinin Uyarlama, Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışmaları. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 1990.
- Taylor C. Clinical problem-solving in nursing: insights from the literature. Journal of Advanced Nursing 2000; 31(4): 842-849.
- Tercanlı, N. Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Terzioğlu F. The perceived problem-solving ability of nurse managers. Journal of Nursing Management 2006; 14: 340–347.
- Tezel A, Arslan S, Topal M, Aydoğan Ö, Koç Ç, Şenlik M. Hemşirelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12 (4):1-10.
- Turan N, Durgun H, Kaya H, Ertas G, Kuvan D. Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Durumları ile Bilişsel Esneklik Düzeyleri Arasındaki İlişki. JAREN 2019; 5(1): 59-66.
- Türk Dil Kurumu <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 26.06.2020
- Ünalı N. Acil Hemşirelerinin Çalışma Koşullarının Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 1-39.
- Wanga L, Wanga YM, Martínezb L.A group decision method based on prospect theory for emergency situations. Information Sciences 2017; (418–419):119–135.DOI: 10.1016/j.ins.2017.07.037
- Woods DR. “How Might I Teach Problem Solving?” In J. Stice (Ed.), Developing Critical Thinking and Problem-Solving Abilities, J.E. Stice, Ed. New Directions for Teaching and Learning, Jossey-Bass, San Francisco, 1987: 55-72.
- Yıldırım B, Bağısürer N. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Süreçlerinin İncelenmesi. Ortadoğu Tıp Dergisi 2019; (1): 27-33.
- Yıldırım B, Özkahraman Koç Ş. Hemşirelikte Problem Çözme. S.D.Ü. Sağlık bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011; 2(3): 155-159.
- Yıldız H, Güven M. Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. e-Journal of New World Sciences Academy 2009; 4(4).

Yılmaz Koçak M. Hemşirelerin Öz-Yeterlilik Algıları İle Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2017: 10-16.

Zachariasse JM, Seiger N, Rood PPM, Alves CF, Freitas P, Smit FJ, Rukema GR, Moll
Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. PLoS One. 2017; 12 (2)



EKLER

Ek-1 Anket Formu

Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerisinin Triyaj Kararı Üzerine Etkisi

Bu araştırma Kastamonu ili ve ilçelerinde acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararı üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmaktadır.

Anket formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve triyaja ilişkin eğitim özellikleri, ikinci bölüm problem çözme ölçeği, üçüncü bölüm ise triyaj karar verme ölçeğinden oluşmaktadır.

Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

OMÜ. Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Acil Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi Yasemin KARTAL

Bölüm 1. Bireysel Özellikler

1. Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek

2. Yaşınız (yıl) :

3. Eğitim Düzeyi: () Sağlık Meslek Lisesi () Önlisans () Lisans () Lisansüstü () Doktora

4. Medeni durumu: 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Boşanmış

5. Meslekte çalışma yılınız(yıl-ay olarak):.....

6. Çalışılan Kurum:.....

Bölüm 2. Triyaja İlişkin Eğitimsel Özellikler

7. Meslek eğitiminiz sırasında triyaja yönelik bir eğitim aldınız mı?

() Evet () Hayır (yanıtınız hayır ise 10. soruya geçiniz)

8. Yanıtınız evet ise;

1. () Dönemlik ders olarak

2. () Dersin içinde bir konu olarak

3. () Kongre

4. () Kurs

5. () Diğer (lütfen belirtiniz).....

9. Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz ?

1.() Evet 2.() Hayır 3.() Kısmen

10. Mezuniyetiniz sonrası triyaja ilişkin bir eğitim aldınız mı?

1. () Evet 2. () Hayır

11. Yanıtınız evet ise bu eğitimi nereden aldınız;

1. () Hizmet içi eğitim programına katılarak

2. () Sertifikasyon programına katılarak

3. () Kongre, sempozyum, seminer, kurs vb toplantılara katılarak

4. () Diğer (lütfen belirtiniz).....

12.Yanıtınız evet ise aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Kısmen

13. Aldığınız eğitimin klinik uygulamanıza yarar sağladığını düşünüyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Bazen

14. Çalıştığınız birimde triyaj değerlendirme formu/skalası kullanılıyor mu?

1. () Evet 2. () Hayır (Yanıtınız evet ise aşağıdaki soruyu cevaplayınız.)

15. Çalıştığınız birimde triyaj girişimini ne sıklıkla uygulama durumuyla karşı karşıya kalıyorsunuz?

1. () Hemen hemen hiç

2. () Nadiren

3. () Bazen

4. () Sık sık

5. () Her zaman

16.Klinik uygulamalarınız sırasında triyaj girişimini yeterli düzeyde uygulama bilgi ve becerisine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1. () Evet 2. () Hayır 3. () Kısmen

17.Yanıtınız hayır ise size göre bunun neden/nedenleri nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. () Mesleki eğitimim sırasında konuya ilişkin herhangi bir bilgi almamış olmam.

2. () Mezuniyet sonrası konuya ilişkin olarak yeterli eğitimi almamış olmam.

3. () Triyaj girişimini uygulama durumuyla karşılaşmamam ya da çok nadir karşılaşmam.

4. () Triyaj girişimini uygulama konusunda yeterli düzeyde kendime güvenimin olmaması.

5. () Diğer (lütfen belirtiniz).....

Ek-2 Problem Çözme Ölçeği

PROBLEM ÇÖZME ÖLÇEĞİ

Bu ölçeğin amacı, günlük yaşamınızdaki problemlerinize (sorunlarınıza) genel olarak nasıl tepki gösterdiğinizi belirlemeye çalışmaktır. Sözü ettiğimiz bu problemler, matematik ya da fen derslerinizdeki alışmış olduğunuz problemlerden farklıdır. Bunlar, kendini karamsar hissetme, arkadaşlarla geçinememe, bir mesleğe yönelme konusunda yaşanan belirsizlikler ya da boşanıp boşanmama gibi karar verilmesi zor konularda ve hepimizin başına gelebilecek türden sorunlardır. Lütfen aşağıdaki maddeleri elinizden geldiğince samimiyetle ve bu tür sorunlarla karşılaştığınızda tipik olarak nasıl davrandığınızı göz önünde bulundurarak cevaplandırın. Cevaplarınızı, bu tür problemlerin nasıl çözülmesi gerektiğini düşünerek değil, böyle sorunlarla karşılaştığınızda gerçekten ne yaptığınızı düşünerek vermeniz gerekmektedir. Bunu yapabilmek için kolay bir yol olarak her soru için kendinize şu soruyu sorun: “Burada sözü edilen davranışı be ne sıklıkla yaparım?”.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:

- 1.Hep böyle davranırım
- 2.Çoğunlukla böyle davranırım
- 3.Sıklıkla böyle davranırım
- 4.Arada sırada böyle davranırım
- 5.Ender olarak böyle davranırım
- 6.Hiç böyle davranmam

Ne kadar sıklıkla böyle davranırsınız?	Hep (1) (2) (3)(4) (5) (6)	Hiç (1) (2) (3) (4) (5) (6)
1.Bir sorunumu çözmek için kullandığım çözüm yolları başarısız ise bunların neden başarısız olduğunu araştırmam	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
2.Zor bir sorunla karşılaştığımda ne olduğunu tam olarak belirleyebilmek için nasıl bilgi toplayacağımı uzun boylu düşünmem.	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	(1) (2) (3) (4) (5) (6)
3.Bir sorunumu çözmek için gösterdiğim ilk çabalar başarısız olursa o sorun ile başa çıkabileceğimden şüpheye düşerim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
4.Bir sorunumu çözdükten sonra bu sorunu çözerken neyin işe yaradığını, neyin yaramadığını ayrıntılı olarak düşünmem.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
5.Sorunlarımı çözme konusunda genellikle yaratıcı ve etkili çözümler üretebilirim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
6.Bir sorunumu çözmek için belli bir yolu denedikten sonra durur ve ortaya çıkan sonuç ile olması gerektiğini düşündüğüm sonucu karşılaştırırım.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
7. Bir sorunum olduğunda onu çözebilmek için başvurabileceğim yolların hepsini düşünmeye çalışırım.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)	(1) (2) (3) (4)(5) (6)

8. Bir sorunla karşılaştığımda neler hissettiğimi anlamak için duygularımı incelerim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
9. Bir sorun kafamı karıştırdığında duygu ve düşüncelerimi somut ve açık seçik terimlerle ifade etmeye uğraşmam.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
10. Başlangıçta çözümünü fark etmesem de sorunlarımın çoğunu çözme yeteneğim vardır.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
11. Karşılaştığım sorunların çoğu, çözebileceğimden daha zor ve karmaşıktır.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
12. Genellikle kendimle ilgili kararları verebilirim ve bu kararlardan hoşnut olurum.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
13. Bir sorunla karşılaştığımda onu çözmek için genellikle aklıma gelen ilk yolu izlerim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
14. Bazen durup sorunlarım üzerinde düşünmek yerine, gelişigüzel sürüklenip giderim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
15. Bir sorunla ilgili olası bir çözüm yolu üzerinde karar vermeye çalışırken seçeneklerimin başarı olasılığını tek tek değerlendirmem.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
16. Bir sorunla karşılaştığımda, başka konuya geçmeden önce durur ve o sorun üzerinde düşünürüm.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
17. Genellikle aklıma ilk gelen fikir doğrultusunda hareket ederim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
18. Bir karar vermeye çalışırken her seçeneğin ölçer, tartar, birbirleriyle karşılaştırır, sonra karar veririm.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
19. Bir sorunumu çözmek üzere plan yaparken o planı yürütebileceğime güvenirim.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
20. Belli bir çözüm planını uygulamaya koymadan önce, nasıl bir sonuç vereceğini tahmin etmeye çalışırım.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
21. Bir soruna yönelik olası çözüm yollarını düşünürken çok fazla seçenek üretmem.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
22. Bir sorunumu çözmeye çalışırken sıklıkla kullandığım bir yöntem, daha önce başıma gelmiş benzer sorunları düşündürmektir.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
23. Yeterince zamanım olur ve çaba gösterirsem karşılaştığım sorunların çoğunu çözebileceğime inanıyorum.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
24. Yeni bir durumla karşılaştığımda ortaya çıkabilecek sorunları çözebileceğime inancım vardır.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
25. Bazen bir sorunu çözmek için çabaladığım halde, bir türlü esas konuya giremediğim ve gereksiz ayrıntılarla uğraştığım duygusunu yaşarım.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
26. Ani kararlar verir ve sonra pişmanlık duyarım.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
27. Yeni ve zor sorunları çözebilme yeteneğime güveniyorum.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
28. Elimdeki seçenekleri karşılaştırırken ve karar verirken kullandığım sistematik bir yöntem vardır.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)

29. Bir sorunla başa çıkma yollarını düşünürken çeşitli fikirleri birleştirmeye çalışmam.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
30. Bir sorunla karşılaştığımda, bu sorunun çıkmasında katkısı olabilecek benim dışındaki etmenleri genellikle dikkate almam.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
31. Bir konuyla karşılaştığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, durumu gözden geçirmek ve konuyla ilgili olabilecek her türlü bilgiyi dikkate almaktır.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
32. Bazen duygusal olarak öylesine etkilenirim ki, sorunumla başa çıkma yollarından pek çoğunu dikkate bile almam.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
33. Bir karar verdikten sonra, ortaya çıkan sonuç genellikle benim beklediğim sonuca uyar.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
34. Bir sorunla karşılaştığımda, o durumla başa çıkabileceğimden genellikle eminimdir.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)
35. Bir sorunun farkına vardığımda, ilk yaptığım şeylerden biri, sorunun tam olarak ne olduğunu anlamaya çalışmaktır.	(1) (2) (3) (4)(5) (6)

Ek-3 Triyaj Karar Verme Ölçeği

	TRİYAJ KARAR VERME ÖLÇEĞİ	KESİNLİKLE KATILIYORUM	KATILIYORUM	BİRAZ KATILIYORUM	BİRAZ KATILMIYORUM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1	Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.	1	2	3	4	5	6
2	Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.	1	2	3	4	5	6
3	Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz.	1	2	3	4	5	6
4	Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım.	1	2	3	4	5	6
5	Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
6	Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.	1	2	3	4	5	6
7	Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim.	1	2	3	4	5	6
8	Hastalarla iyi iletişim kurarım.	1	2	3	4	5	6
9	Trijaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım.	1	2	3	4	5	6
10	Trijaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim.	1	2	3	4	5	6
11	Tedavi edilinceye kadar hastaların sorumluluğunu alırım.	1	2	3	4	5	6
12	Hastaların şikâyetleri ile kendi değerlendirme bulgularım arasında bağlantı kurabilirim.	1	2	3	4	5	6
13	Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim.	1	2	3	4	5	6
14	Trijaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.	1	2	3	4	5	6
15	Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim.	1	2	3	4	5	6
16	Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.	1	2	3	4	5	6
17	Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.	1	2	3	4	5	6
18	Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.	1	2	3	4	5	6
19	İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.	1	2	3	4	5	6
20	İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6
21	Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım.	1	2	3	4	5	6
22	Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.	1	2	3	4	5	6

23	İyi yargılama yapabilirim.	1	2	3	4	5	6
24	Geçmiş deneyimlerim karar vermemi kolaylaştırır.	1	2	3	4	5	6
25	Triyaj becerilerime güvenirim.	1	2	3	4	5	6
26	Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.	1	2	3	4	5	6
27	Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5	6
28	Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.	1	2	3	4	5	6
29	Triyaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim.	1	2	3	4	5	6
30	Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6
31	Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığı konusunda iyi bir fikir edinebilirim.	1	2	3	4	5	6
32	Triyaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.	1	2	3	4	5	6
33	Bir kişinin görünüşünden acil bakıma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
34	Triyajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim.	1	2	3	4	5	6
35	Bir şeylerin kötü gideceğini hissederim.	1	2	3	4	5	6
36	Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.	1	2	3	4	5	6
37	Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır.	1	2	3	4	5	6

Ek-4 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/450

24.05.2019

Sayın Prof.Dr Mustafa AYYILDIZ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararı üzerine etkisi** başlıklı OMÜ KATK 2019/422 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 23.05.2019 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-5 İl Sağlık Müdürlüğü İzni

T. C.
KASTAMONU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 44008972-903.07 /

Konu : Bilimsel Araştırmaların İzinleri

KOMİSYON KARARI

Başvuru süresince Komisyonumuza Müdürlüğümüze bağlı hastanelerde Tez/anket çalışması yapmak için; "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerisinin Triyaj Kararı Üzerine Etkisi " konusu ile müracaat eden Kastamonu Üniversitesi Çatalzeytin Meslek Yüksekokulu Öğretim Görevlisi Yasemin SOY'un müracaatı incelenmiştir.

İnceleme sonucunda Müdürlüğümüzden Tez/ anket çalışması için izin istenilen ve çalışma yapılacak hastanelerden de ön izin alınan; "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerisinin Triyaj Kararı Üzerine Etkisi " konusu için tez/anket ve Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğünün 28/02/2014 tarih ve 5181.1272 sayılı Mukamı Onaylı **Bilgi Güvenliği Politikaları** yönergesine uygun olarak hemşirelerin ve hastaların kişisel mahremiyeti ve yasal haklarına riayet edilerek hastanelerimizdeki hizmetleri aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre ve başvurudaki formun bilgilerinin göz önünde bulundurularak yapılması ve sonucunun Müdürlüğümüze sunularak değerlendirilmesi suretiyle UYGUN görülmüştür.

Komisyon Başkanı

Dr. Sadettin YAZI

İl Sağlık Müdürü

Üye

Uzm. Dr. Özgür YILMAZ

Başkan

Üye

Mustafa HINDIK

Uzman

Üye

Levent AKKURU

Uzman

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yasemin KARTAL

Doğum Yeri: Erbaa

Doğum Tarihi: 14/06/1985

Medeni Hali: Evli

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2008

OMÜ Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı 2017-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Cumhuriyet Üniversitesi Genel Pediatri Servisi 2009-2014

Kastamonu Üniversitesi Çatalzeytin Meslek Yüksekokulu 2014-Devam

E-posta: yaseminsoy@kastamonu.edu.tr

ORCID ID: 0000-0002-8309-0608

