



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
TRİYAJ KARAR VERME BECERİLERİNİN VE
EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

TUĞBA ÇETİNKAYA

DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÖNÜL BODUR

HEMŞİRELİKTE EĞİTİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE EĞİTİM PROGRAMI

İSTANBUL-2022

TEZ ONAYI

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 16.06.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Eğitim Tezli Yüksek Lisans Programı
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Gönül BODUR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Emine ŞENYUVA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Arzu Kader HARMANCI SEREN
Fenerbahçe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

TUĞBA ÇETİNKAYA(İmza)

İTHAF

Tez çalışmamı beni her zaman pozitif yönde etkileyen tüm patili dostlarıma, canımdan öte sevdiğim ailem ve eşime ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Araştırmamın başlangıcından bitimine kadar her aşamada bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, Covid-19 pandemi sürecinde yaşanan zorluklara rağmen olumlu tavrı ve bakış açısıyla ayrıca desteğini esirgemeyen, öğrencisi olmaktan çok mutlu olduğum değerli danışanım Doç.Dr. Gönül BODUR’a teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitim sürecinde bilgileri ile ılık olan değerli hocalarım Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı öğretim üyeleri; Prof. Dr. Hülya KAYA, Doç. Dr. Sevim ULUPINAR, Doç. Dr. Emine ŞENYUVA ve Araş. Gör. Dr. Nil KÜÇÜK YÜCEYURT’a,

Tanıştığım andan itibaren her anlamda destek olan, yüreklendiren, muazzam bakış açısıyla ufkumu genişleten Prof. Dr. Sevgi OKTAY’a ve Yasemin DİNÇ’e minnetle,

Tez çalışmamı yürüttüğüm Covid-19 pandemi sürecinde yoğun ve meşakkatli bir şekilde görevlerini yaparken çalışmama destek olan tüm acil servis hemşiresi meslektaşlarıma,

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca desteklerini esirgemeyen EyüpSultan Devlet Hastanesi acil servisinde görevli tüm hemşire arkadaşlarıma ve hastane yönetimine,

Yüksek lisans sürecinin başından bu yana gerek telkinleri gerek cesaretlendirmeleri ile yola devam etmemi sağlayan aileme, eşime, tüm sevdiklerime, aramızdan ayrılan Tina’ya ve Nazlı’ya bu yolda bana eşlik ettikleri için sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Acil Servis Biriminin Yapısı.....	5
2.1.1. Acil Servislerin Tarihçesi Ve Seviyeleri.....	5
2.1.2. Acil Servislerin Fiziksel Özellikleri Ve İşleyişi	6
2.1.2.1. Acil Servis İşleyişi	7
2.2. Acil Servislerde Triyaj Kavramı	7
2.3. Acil Servis Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları.....	14
2.4. Acil Servis Hemşiresinin Eğitim Gereksinimleri	19
2.5. İlgili Çalışmalar	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi	26
3.2. Araştırmanın Değişkenleri ve Soruları	26
3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.5. Veri Toplama Araçları	27
3.5.1. Bilgi formu (EK 1):.....	27
3.5.2. Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formu (TDMI) (EK 2):	28
3.5.3. Yarı Yapılandırılmış Soru Formu (EK 3):	28
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	29

3.8. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.10. Araştırmanın Güçlükleri	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Acil Servis Hemşirelerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular.....	33
4.3. Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanteri Skorlarına İlişkin Bulgular.....	37
4.4. Kullanılan Ölçeğin Örneklemdeki Güvenirliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	38
4.5. Acil Servis Hemşirelerinin Ölçek Skorlarının Normal Dağılıp Dağılmadığının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	38
4.6. Acil Servis Hemşirelerinin Ölçek Skorlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Değişip Değişmediğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	40
5. TARTIŞMA	47
5.1. Acil Servis Hemşirelerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	47
5.2. Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	49
5.3. Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanteri Skorlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	51
5.4. Acil Servis Hemşirelerinin Ölçek Skorlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Değişip Değişmediğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulguların Tartışılması	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR	65
FORMLAR	79
EK 1: Bilgi Formu	80
EK 2: Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formu (TDMI).....	82
EK 3: Yarı Yapılandırılmış Soru Formu.....	84
EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	85
ETİK KURUL KARARI	86
EK 5: “Trijaj Karar Verme Envanteri Türkçe Formu” (TDMI) Kullanım İzni	86
EK 6: Etik Kurul Kararı.....	86
EK 7: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne Bağlı Kurumların Araştırma İzin Yazıları	88

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	89
ÖZGEÇMİŞ	90



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: 2’li Triyaj Sınıflandırması.....	9
Tablo 2-2: 3’lü Triyaj Sınıflandırması.....	9
Tablo 2-3: 4’lü Triyaj Sınıflandırması.....	10
Tablo 2-4: 5’li Triyaj Sınıflandırması.....	10
Tablo 2-5: Dünya’da ve Türkiye’de Kullanılan Triyaj Sistemlerinin Seviyelerine Göre Karşılaştırılması.....	14
Tablo 4-1: Acil Servis Hemşirelerinin Kişisel Özellikleri (N=239).....	32
Tablo 4-2: Acil Servis Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri (N=239).....	32
Tablo 4-3: Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulgular (N=239).....	33
Tablo 4-4: Acil Servis Hemşirelerinin Ölçekten Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (N=239)	37
Tablo 4-5: Ölçeklerin Örneklemdeki Güvenirliklerine İlişkin Bulgular (N=239)	38
Tablo 4-6: Acil Servis Hemşirelerinin Ölçekten Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar	39
Tablo 4-7: Acil Servis Hemşireler Triyaj Karar Verme Envanterinden Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Kişisel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=239).....	40
Tablo 4-8: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-I (N=239).....	Error! Bookmark not defined.
Tablo 4-9: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Diğer Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-II (N=239)	43
Tablo 4-10: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Görüşlerine Göre karşılaştırılması (N=239)	44

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Triyaj Karar Verme Envanteri İçin Normal Dağılım Grafiği	39
---	----



SEMBOLLER/ KISALTMALAR LİSTESİ

AANP: American Academy of Nurse Practitioners (Amerikan Hemşirelik Uygulayıcıları Akademisi)

ACEP: Amerikan Acil Hekimler Birliği

ANA : American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

ATS: Australian Triage Scale (Avustralya Triyaj Skalası)

CPR: Kardiyopulmoner Resüsitasyon

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

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAH: Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

EKG: Elektrokardiyografi

ENA: Emergency Nurses Association (Acil Hemşireler Derneği)

ESI: Emergency Severity Index (Acil Şiddet İndeksi-AcilCiddiyet İndeksi)

MTS: Manchester Triage System (Manchester Triyaj Skalası)

ORT: Ortalama

SS: Standart Sapma

TDK: Türk Dil Kurumu

YÖK: Yükseköğretim Kurumları

ÖZET

Çetinkaya, T. (2022). Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Triyaj Karar Verme Becerilerinin ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırmanın amacı; acil servis birimlerinde çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesidir. Araştırma, İstanbul Avrupa yakasındaki devlet ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan 239 acil servis birimi hemşiresi ile yapılmıştır. Araştırmada “Bilgi Formu”, “Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” ve “Trijaj Karar Verme Envanteri” veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırmada toplanan verilerin analizi için SPSS 17.0 programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan acil servis birimi hemşirelerin yaş ortalaması (yıl) $29,07 \pm 6,29$, çoğunlukla kadın (%74,9) ve lisans mezunudur (%72,8). Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun eğitim ve araştırma hastanesinde (%56,5), çoğunlukla üçüncü seviye acil servis birimlerinde görev aldıkları (%56,9), mesleği (%65,3) ve acilde çalışmayı (%67,4) isteyerek seçtikleri bulunmuştur. Hemşirelerin çoğunluğunun katıldıkları sürekli eğitim programı olmadığı temel yaşam desteği, ileri kardiyak destek, EKG değerlendirme ve ileri travma ve yaşam desteği, afet planlama ve organizasyon, iletişim, stresle başetme konularında eğitim gereksinimi duydukları saptanmıştır. Araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme envanterinden aldıkları puan ($174,24 \pm 22,99$) ortalama değer in üstünde çıkmıştır. Triyaj karar verme becerileri üzerine cinsiyet, öğrenim düzeyleri, kurum türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, acil servis biriminde çalışma yılı, kadro türü, mesleği isteyerek seçme, çalıştığı birimi isteyerek seçme, acil sertifikasına sahip olma, acilde çalışmaktan memnun olma, triyajda yeterli olma, triyaj eğitimi alma, sürekli eğitim programına katılma, temel yaşam desteği, ileri kardiyak destek, EKG değerlendirme, afet planlama ve organizasyon, ileri travma ve yaşam desteği eğitimi gereksinimi olma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Sonuçlar hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik planlanan hizmetiçi eğitimlerle triyaj karar verme düzeylerinin yükselebileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Acil Servis, Eğitim Gereksinimi, Hemşirelik, Triyaj, Karar Verme

ABSTRACT

Cetinkaya, T (2022). Determination of Triage Decision-Making Skills and Training Needs of Nurses Working in the Emergency Department. Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies, Education in Nursing USA. Master Thesis. Istanbul.

The aim of this study is to determine the triage status of nurses working in emergency services and their training needs for emergency services. The research was carried out with 239 nurses working in the emergency departments of public hospitals and training and research hospitals located on the European side of Istanbul. "Information Form", "Structured Questionnaire" and "Triage Decision Making Inventory" were used as data collection tools in the research. SPSS 17.0 program was used for the analysis of the data collected in the study. The results were evaluated at the 95% confidence interval and the significance level of $p < 0.05$. The mean age (years) of the nurses participating in the study in the emergency department was 29.07 ± 6.29 , and most of them were female (74.9%) and had a bachelor's degree (72.8%). It was determined that the majority of the nurses participating in the study worked in the training and research hospital (56.5%), they often worked in the tertiary emergency services (56.9%), they preferred the profession (65.3%) and the emergency service. (67.4%). According to the results of the research, it was determined that most of them did not have a continuing education program, but they needed basic life support training, advanced cardiac support training, ECG evaluation training and advanced trauma life support training. The scores of the emergency room nurses participating in the study from the triage decision-making inventory (174.24 ± 22.99) were higher than the average value. It was determined that there was no statistically significant difference between the institutions working in terms of gender, education level and triage decision making. A statistically significant difference was found between marital status, having a child, working year, working year in the institution, working year in the emergency service unit, personnel type, choosing the profession as a volunteer, choosing the unit as a volunteer, having an emergency certificate, and being satisfied with working in the emergency service. Statistically significant differences were found in marital status, having children, working years in the institution, working years in the emergency service unit, personnel type, choosing the profession voluntarily, choosing the unit voluntarily, having an emergency certificate, and being satisfied with working at the workplace emergency. The results showed that the level of triage decision-making could increase with in-service trainings planned for the training needs of nurses.

Key Words: Emergency Department, Training Requirements, Nursing, Triage, Decision Making,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servisler her gün her saat aralıksız bir şekilde başvuru kabulü yapan, ivedi ve ani durumdaki birçok hastanın süratli bir şekilde değerlendirildiği ve tıbbi hizmetlerin verildiği özel birimlerdir (Polat ve ark. 2005; MacLean, 2006). Temel hedef hastalara bu hizmetin kısa zaman içinde ve en ivedi şekilde ulaştırılması olmalı, bu yönde uygulamaya geçilmelidir. Ancak acil olmayan ve basit-hafif yakınmalara sahip hastalar da sıklıkla acil servise başvurmaktadırlar. Bu başvurular sonucu acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu oluşarak; hastaların bekleme sürelerinin uzamasına, acil ve ciddi durumdaki hastalara hizmetin sunulmasında gecikmeler yaşanmasına, acil servise başvuran hastalarda memnuniyetsizlik artışına, tedavi masraflarında artışa, hizmet kalitesinde düşüşe, güvenlik sorunlarına ve acil serviste görev alan çalışanlarda verimin düşmesine yol açmaktadır (Ersel , 2006). Sağlık kurumlarının acil servisleri; acil hastaların durumlarına ve türlerine bağlı olarak hasta kabul edebilme durumu, yapısal durumları, sahip olduğu tıbbi donanım ve çalışan niteliği, hizmetin sağlandığı kesimin özellikleri, bulunulan konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık kurumunun niteliği gibi kıstaslar gözönünde bulundurularak I. II. ve III. seviye şeklinde isimlendirilir. Seviye I (İlçe Devlet Hastanesi) konumundaki acil servisler; Temel Yaşam Desteği (TYD), ileri yaşam desteği sağlayabilen yoğun bakım gerektirmeyen hasta/yaralı bakımı veya takiplerinin yapıldığı acil servislerdir. Seviye II (Her Alanda Uzmanı Olan Hastaneler) konumundaki acil servisler; Seviye I konumundaki acil servis özelliklerine ek olarak uzman düzeyinde değerlendirmelerin yapılabildiği, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme olanaklarına sahiplerdir. Seviye III (Eğitim Hastaneleri) konumundaki acil servisler, kesintisiz şekilde ileri düzeyde inceleme ve tedavi yapabilme olanağına sahip uzman düzeyinde tedavi ve bakımın sağlandığı servislerdir (MEB, 2011, sy. 40-41).

Acile başvuran hastalar arasında durumu daha acil olanlara gerekli olan tıbbi girişimlerin öncelikli olarak sağlanabilmesi önemlidir. Türkçe karşılığıyla “önceliklendirme” anlamına gelen triyaj; hastaların acil servise başvurduğu anda kayıt işlemlerinden hemen önce gerçekleştirilmektedir. Acil servislere yapılan yoğun başvuru sonucu ortaya çıkan kalabalık içinde acil servislerdeki hasta döngüsünü hızlandırmak için oldukça gerekli ve önemli bir basamaktır (Birhekimoğlu, 2014). Acil servise başvuran tüm hastaların yaşamsal bulgularına triyaj alanındaki monitörlerle bakılarak elde edilen

verilere ve hastanın durumuna göre tanı, tedavi işlemleri için sıraya alınıp triyaj koduna uygun olan alana yönlendirilirler(Sağlık Bakanlığı, 2009).

Triyaj kategorilerine göre sırası ile (Sağlık Bakanlığı, 2013);

- Kategori 1 (kırmızı): Bu gruptaki hastalar resüsitasyon odasına alınır ve anında müdahale edilmesi gereklidir.
- Kategori 2 (sarı): Bu gruptaki hastalara müdahale süresi bir saatten fazla olmamak üzere müdahale edilmesi gereklidir.
- Kategori 3 (yeşil): Bu gruptaki hastalar süresi iki saati geçmeyecek şekilde müdahale edilmesi gereklidir.
- Kategori 4 (siyah): Bu gruptaki hastaların ölümü gerçekleşmiştir. Ölüm kartına bilgileri yazılarak hastanın ayak başparmağına bağlanır ve görevli personel tarafından morga indirilir.

Yeşil triyaj kodu ayaktan başvuran, genel durumu dengeli, ayaktan tedavisi sağlanabilecek ileri olmayan sağlık sorunlarına sahip hastaları ifade etmektedir. Sarı triyaj kodu, hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar ile orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve her an ciddileşebilecek durumları kapsamaktadır. Kırmızı triyaj kodu ise yaşamı tehdit eden, hızlı agresif yaklaşım, acil olarak hem değerlendirme hem de tedavinin uygulanmasını gerektiren durumları kapsamaktadır. Bu koşullarda hasta ivedi şekilde kırmızı alana alınır. Buna ek olarak yaşamı riske atma olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içinde değerlendirme ve tedavi edilmesi zaruri haller de kırmızı kategoriye dahil edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013: 3-7).

Triyaj, acil sağlık hizmetlerinde olduğu gibi toplum sağlığı hizmetlerini kapsayan tüm alanlardaki direk olarak bakım sağlayıcı ve bakımı denetleyen tüm hemşireler için mühim bir beceridir. Acil servislere başvuruda bulunan hasta ve ailesinin karşılaşacakları ilk kişi triyaj hemşiresidir. Bu nedenle triyaj hemşiresinin iyi bir iletişim kabiliyetine sahip olması oldukça önemlidir. Triage hemşiresi, acil servise başvuran hasta ve refakatçilerine beşeriyetçi ve hoşgörülü tutum içerisinde destek sağlamalı ve aynı zamanda bu süreç içerisinde değerlendirme verilerini toplayarak tefsir edebilmeli, hasta ve ailesinin eğitim gereksinimlerini belirleyebilmeli, bireylerin kriz durumundaki tepkilerini sakinlikle karşılayabilmelidir. Hemşirenin bu yaklaşımı, hasta ve ailesini

psikolojik ve sosyolojik açıdan rahatlamasına, hastanelerin ve acil birimlerin toplumdaki negatif imajını olumlu yönde değiştirmektedir (Akyolcu, 2007; Baker, 2007; Çelik ve ark., 2009; Hughes et al. 2007).

İyi bir acil hemşiresinin fiziki tanılama ve iletişim yeteneğinin kuvvetli olması, beraberinde pek çok görevi sürdürebilmesi, öncelik belirleyebilmesi, çeşitli özelliklere sahip sağlıklı/hasta ve ailesini etkili bir şekilde yönetebilmesi gerekmektedir. Bunu sağlarken teorik ve pratik kabiliyetinin yanı sıra eleştirel düşünme, karar verme, problem çözme, gereksinim belirleme, stres ve öfke kontrolü, zaman yönetimi gibi üst düzey becerileri de kullanabilmelidir. Karmaşık şekildeki birden fazla görevi yerine getiren ve gerçek bir hasta savunucusu olan acil hemşiresi, hasta ve yakınlarının hissettiklerini anlayabilecek duyarlılığa sahip olmalı, kendinde barındırdığı mizah sezgisi ile onların hissettiği kaygı ve gerginlik düzeyini azaltabilmelidir. Karmaşa ortamında sağlam ve dirayetli karakterini kullanarak sakin davranışlar içerisinde kalarak, pratik ve yerinde kararlar alması ve derhal faaliyete geçmesi oldukça önem arz etmektedir. Bununla birlikte baş etme kabiliyetini kullanarak çalıştığı yerdeki karmaşık olayları yönetebilmelidir. Acil hemşiresi çalışma arkadaşları, hasta ve yakınları ile etkileşim halinde iken iletişim kabiliyetini kullanmalıdır. Tüm bunlar, acil hemşiresinin organizasyon becerisinin yükselmesini ve ekip üyesi olarak rolünü etkin bir şekilde sürdürmesini sağlamaktadır (Kaya & Yalnız 2012; Öz, 2004; Schriver ve ark., 2003).

Sağlık hizmeti sağlayan çalışma yerlerinde , çalışanlara başarı ve bilgi edinme şansı yaratmak, çalışan kişilerin mesleki tecrübelerini artırmak, kişilere özel hizmet içi eğitimler düzenlemek, düzenlenen eğitimin etkisini irdelemek ve eğitimlere olan talebin oluşmasını ve artmasını sağlamak, sağlanan hizmetin niteliğini yükseltmede gözardı edilemez derecede etkilidir(Serbest&Ulupınar,2010;Şenyuva,2011). Kamu hizmetlerinin günden güne komplike hale gelen yapısının yanında bilgi ve teknolojik yenilikler nedeniyle sürekli bir değişim ve yenilenme içinde bulunması, hizmet öncesinde kazanılan bilgi, yetenek, tutum ve tecrübe eksik kalmaktadır. Bu sebeple hemşirelerin değişmekte ve gelişmekte olan koşullarla paralel hizmet içinde sürekli şekilde eğitim almaları gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Çevikbaş, 2002). Kompleks birçok görevi yerine getiren acil servis hemşirelerinin ise, sürekli eğitim etkinliklerinde yer alması bilimsel ve teknolojik gelişmelerle birlikte bilginin hızla eskidiği ve hızla değiştiği bir sağlık bakım sisteminde bir zorunluluktur. Hemşirelerin mesleki gelişimlerinin arttırılması, verilen

bakım hizmetinin kalitesinin yükseltilmesi başta olmak üzere hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin sürekli belirlenerek bu doğrultuda eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi gereklidir (McKibbin, 2010). Literatür incelendiğinde acil servis hemşirelerinin triyaj durumlarını belirlemeye yönelik araştırmalar olmasına rağmen hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine ve aralarındaki ilişkiye yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanamamıştır. Acil servis birimlerinin sürekli değişen ve gelişen bir çalışma ortamı olması nedeniyle bu alanlarda çalışan hemşirelerin, hastaların bakım ve tedavi gereksinimlerinin karşılayabilmesi için değişen/gelişen teknolojiye uyum sağlayabilmesinde sürekli eğitimlerin oldukça önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu bilgiler ile yola çıkarak araştırma, acil servis birimlerinde çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerini ve acil servis birimlerine yönelik eğitim gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Elde edilen sonuçlar; acil servis hemşirelerinin sürekli eğitim etkinliklerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde kullanılması açısından oldukça önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

Acil servisler günün her saati sağlık hizmeti veren, acil ve ani durumdaki birçok hastanın hızlı bir şekilde değerlendirildiği birimler olması sebebiyle bu birimlere başvuru yoğunluğu triyaj etkinliğinin önemini ortaya koymaktadır. Triage uygulayan acil servis hemşirelerinin sahip olması gereken yeterlilikler triyaj etkinliğinin aşamaları kadar önem taşımaktadır. Covid-19 pandemi sürecinde acil servis hemşirelerinin özellikleri ve triyaj uygulama öncelikleri daha fazla öne çıkmıştır. Bireylerin sağlığını tehdit eden durumla karşı karşıya kaldıklarında ilk müracaat ettikleri yerler olan acil servis birimlerinin insan hayatında önemli bir bileşen olduğu görülmüştür. Acil servis birimlerinin yapısı, özellikleri ve acil servis hemşirelerinin sorumluluklarını incelemek, acil servis hemşirelerinin gereksinimlerini ve triyaj durumlarını saptamak açısından gereklidir.

2.1. Acil Servis Biriminin Yapısı

2.1.1. Acil Servislerin Tarihçesi Ve Seviyeleri

Acil servisler günün her saati sağlık hizmeti veren, acil ve ani durumdaki birçok hastanın hızlı bir şekilde değerlendirildiği ve tıbbi hizmetlerin verildiği özel birimlerdir (Milutinovic ve ark., 2010). Günün 24 saatinde hizmete ulaşılabilen hastanelerin dışarıya açık vitrinleri olarak kabul edilmektedir (Akpınar ve Taş, 2014).

II. Dünya Savaşı sonrası savaş sırasındaki yoğun hasta ve yaralı başvurusundaki artış sebebiyle ihtiyaç doğrultusunda acil sistemler oluşturulmaya başlanmıştır. 1970'lerin başlarında ise ABD'de Acil Tıp Servisleri kurulmaya başlanmıştır. 1980'lerde eğitim, sertifikalandırma, pratik beceriler gibi uygulamalar faaliyete geçmeye başlamıştır (Ulus, 2018). Türkiye'de 1898'li yıllardan sonra Gülhane'ye gelen Alman hekimler sıhhiye eğitimlerine önem vermeye başlamıştır. Florence Nightingale, Kırım savaşında İstanbul'a gelmesi ile askerlerin tedavi ve bakımı için çalışmış, acil sağlık hizmeti vermiştir (Ulus, 2018). Türkiye 'de ilk kez Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında turizm bölgelerinde merkezi bağlantısız araç telefonu ile ulaşılabilen gezici ambulanslar bir süreliğine test edilmiş ve bu düzenleme daha çok trafik kazaları için kullanılmıştır. 1986 yılında İstanbul, İzmir ve Ankara büyükşehir belediyelerinin ambulans, teknik altyapı, şoför ve mali katkılarıyla Sağlık Bakanlığı, 077 Hızır Acil Servis hizmetlerini başlatmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın hekim ve tıbbi malzeme desteğini yaptığı bu hizmetle, şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır (Gülbağcı, 2015).

Acil servisler; acil hastaların durumlarına ve türlerine bağlı olarak hasta kabul edebilme durumu, yapısal durumları, sahip olduğu tıbbi donanım ve çalışan niteliği, hizmetin sağlandığı kesimin özellikleri, bulunulan konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık kurumunun niteliği gibi özellikler gözönünde bulundurularak I. II. ve III. seviye olarak seviyelendirilmektedir (MEB 2011, sy. 40-41; Resmî Gazete, 16 Ekim 2009, sayı 27378).

Seviye I (İlçe Devlet Hastanesi) Konumundaki Acil Servisler: Temel Yaşam Desteği (TYD), ileri yaşam desteği sağlayabilen yoğun bakım ihtiyacı olmayan hasta/yaralı bakımı veya takiplerinin yapıldığı acil servislerdir.

Seviye II (Her Dalda Uzmanı Olan Hastaneler) Konumundaki Acil Servisler: Seviye I konumundaki acil servis özelliklerine ek olarak uzman seviyesinde değerlendirmelerin yapıldığı, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi gibi görüntüleme fırsatlarına sahip acil servislerdir.

Seviye III (Eğitim Hastaneleri) Konumundaki Acil Servisler: Seviye III acil servisleri ileri düzeyde tanı ve tedavi yapma olanağına sahip kesintisiz süre ile uzman düzeyinde tedavinin yapıldığı acil servislerdir (MEB 2011, sy. 40-41; Resmî Gazete, 16 Ekim 2009, sayı 27378).

2.1.2. Acil Servislerin Fiziksel Özellikleri Ve İşleyişi

Acil servisler kesintisiz hizmet veren ve bu süre içerisinde yoğunluğu artıp azalan, herhangi bir zaman dilimi içinde yoğunluğu tahmin edilemeyen hastaneler için oldukça önemli sağlık hizmeti sunulan alanlardır. Ve bu nedenle acil servislerindeki tüm fiziki şartların, tüm bireylerin gereksinimlerini karşılayabilecek özelliklerde olması gerekmektedir. Acil servislerin fiziki yapısına yönelik bulunması gereken şartlar literatür doğrultusunda aşağıda sıralanmaktadır (Temizkan, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009; Tatlı & Altıtop, 2017; Söyük & Arslan Kurtuluş, 2017).

- Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ulaşımı kolay, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, ambulansın doğrudan ulaşabileceği katta veya hastane giriş katında bulunmalıdır.
- Acil servisler, görüntüleme cihazlarına, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulmalıdır.

- Acil servislerin zemini kaymayacak, kırılmayacak, düz ve kolay temizlenebilen özellikte olmalıdır.
- Hastaneye başvuran hastanın yakınları için kesintisiz hizmet verebilecek kafeterya, duyuru sistemi, hasta yakınları için bilgilendirici pano, geceleri de görülebilecek şekilde ışıklandırılmış yönlendirme tabelaları, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş lavabo bulunmalıdır.

2.1.2.1. Acil Servis İşleyişi

Acil servise gelen hasta veya yaralıların herhangi bir sosyal güvenlik durumu sorgulamaksızın tüm başvuruları kabul edilip kaydı yapılır. Kayıt sonrası sağlık profesyoneli tarafından ilk değerlendirmeleri yapılarak ilk tıbbi müdahale yapılması için hasta ilgili alana yönlendirilir, gerekirse hasta karşılama personeli ve sağlık profesyoneli eşliği sağlanır. Tıbbi müdahalesi yapılan hasta ileri tıbbi tedavi ve bakımı uygulanması gerekli ise transfer olabilecek duruma gelmesi sağlanır. Nakli düşünülen hastanın transfer edileceği kurum görüşmeleri sağlanarak gerekli evrak ve belgeleri hazır hale getirilir. Nakil esnasında ihtiyaç duyulabilecek tüm tıbbi bakım ve tedavinin sağlanacağı nakil ambulansı hazır hale getirilir. Hasta ve evrakları ambulans ile nakledilir (MEB 2011, sy. 37-39; Akyolcu, 2014a; Tatlı ve Altıtop, 2017).

2.2. Acil Servislerde Triyaj Kavramı

Acil durum triyajı tarihte ilk kez Napoleon Bonaparte dönemindeki Fransız-Rus savaşı (1812) sırasında uygulanmış ve savaşta ihtiyaç halinde ortaya çıkmıştır. Savaşta yaralılar için yeterli derecede bakım, tedavi imkanları olmaması, yetersiz tıbbi malzemeler ve insan gücünün eksikliğinden dolayı durumu çok kritik olan askerlerin bırakılarak, hafif yaralıların bekletilerek, müdahale edilip görev yerlerinde devam edebilecekler ise ilk olarak tedavi edilerek triyaj yapılmıştır (Nakao ve ark., 2017; Durmaz ve Cebeci, 2021). Savaş haricinde ise ilk defa triyaj 1963 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde Yale Newhalen Hastanesi Acil Servisi'nde kullanılmıştır (Kartal, 2020).

Trijaj Fransızca “ayıklamak, seçmek ve sıralamak” anlamlarını ifade eden “trier” kelimesinden gelmektedir. Sağlık sisteminde triyaj ise; hastaneye başvuran hastaların, yaralıların tedavi ve bakım ihtiyaçlarının aciliyetini belirlemek ve sıraya koymak, bunları

önceliklendirmek için kullanılmaktadır. Triyajı kısa sürede etkin şekilde yapmak, var olan kaynakları doğru şekilde ve doğru zamanda kullanmayı amaçlamaktadır (Acosta ve ark., 2012; Bazıyar ve ark., 2019). Gittikçe artan tedavi ve bakım ihtiyaçları ile birlikte acil servislerin kesintisiz hizmet veriyor olması ve muayenelerin, tetkiklerin ve görüntülemelerin randevusuz yapılıyor olması sebebiyle acil servis başvuruları daha da artarak yoğunluğun devam etmesine sebep olmaktadır (Pines ve ark., 2011; Reblora ve ark., 2020). Bu da triyaj sisteminin gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Triyajın öncelikli amacı; acil yaşamı tehlikede olan hastaların hızlıca belirlenip ihtiyaç duyulan bakım ve tedavinin verilmesinin önemini ve gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Akyolcu, 2014a; Tatlı ve Altıtop, 2017; Bijani, 2020; Reblora ve ark., 2020). Triyaj; acil olanı tanılamayı, yapılacak tedavi ve bakımın hızlandırılmasını, eldeki olanaklardan tam verim alınmasını sağlayarak zaman kaybının önüne geçmektedir (Tam ve ark., 2018; Reblora ve ark., 2020). Dünya’da ve Türkiye’de artan acil servis yoğunluğunun yönetilmesinde triyaj oldukça önem arz etmektedir. Artan talebe karşılık eldeki kaynakların doğru yönetimi doğru triyaj ile mümkün olabilmektedir. Etkin bir triyaj kısa zaman içinde hastanın doğru alana yönlendirilmesini ve tedaviye kısa zaman içerisinde başlamasını sağlar. Böylece triyaj mevcut alandaki yoğunluğu azaltarak diğer hastaların bekleme sürelerini kısaltmaktadır. Doğru triyaj, sağlık profesyonellerinin mevcut bilgi ve deneyimine bağlı olarak değişmektedir. Doğru yapılamayan triyaj, hastanın servisteki tedavi süresini uzatarak hastanın doğru tedavi alma sürecini etkilemekte hayatını riske atmaktadır. Bu durum aynı zamanda hasta yoğunluk artışına sebep olmaktadır. Diğer taraftan eldeki kaynakların yanlış kullanılmasına neden olmaktadır.

2.2.1. Acil triyaj sınıflamaları: Hastanın ilgili birime başvurması ile başlayan triyaj sürecinde zamanı doğru değerlendirebilmek, eldeki kaynakları doğru ve etkin kullanabilmek için triyaj sınıflamalarına ihtiyaç duyulmuştur. Varolan olumsuzlukları azaltmak, hızlı ve doğru şekilde karar vererek ihtiyaç duyulan tedaviyi ve bakımı yapmak adına triyaj sistemleri zaman içerisinde değişmiş ve gelişmiştir (Şimşek, 2018; Gürler ve Duran, 2019). Acil servislerde kullanılmak için dünya genelinde 2’li, 3’lü, 4’lü ve 5’li triyaj sınıflandırması olmak üzere pek çok triyaj sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Her ülke kendi toplumuna uygun, eldeki olanaklar ve toplumun gereksinimleri doğrultusunda triyaj sistemlerini yeniden düzenleyerek kullanmaktadır. Triyaj sınıflamaları içinde en sık kullanılan 3’lü ve 5’li triyaj sınıflamalarıdır (Akyolcu, 2014a;

Ataseven Tarhan ve Akın, 2016; Akyol, 2018). 5’li Triyaj sınıflama sistemleri; Amerikan Acil Hekimler Birliği (ACEP) ve Acil Hemşireler Derneği (ENA) tarafından 2003 yılında güvenilirliği yüksek olduğu için önerilmiştir. Bu nedenle son yıllarda 5’li triyaj sınıflama sistemi kullanımı artmaktadır (Ataseven Tarhan ve Akın, 2016; AlMarzooq, 2020).

Tablo 2-1: 2’li Triyaj Sınıflandırması

Kategori	Tanım
Acil	Mümkün olan en kısa sürede bakım gerektirir. Tehlikeli görünen durum, yaşam için tehdit edici olmayabilir ancak akut girişim gerektirir.
Acil Değil	Rutin bakım gerektirir; durum yaşamı tehdit edici değildir, bakım bekleyebilir/ geciktirilebilir.

(Bracken, 2003).

2’li Triyaj Sınıflandırması; “acil” ve “acil değil” olarak iki aşamalıdır. Hastaneye başvuran yaralı ya da hastanın triyaj hemşiresi tarafından karşılanarak görsel değerlendirme ile yapılan acil olup olmadığına karar verilen sistemdir (Gürler ve Duran, 2019).

Tablo 2-2: 3’lü Triyaj Sınıflandırması

Kategori	Tanım
Çok Acil	Hemen bakım gerektirir; durum yaşamı tehdit edici ve ciddidir.
Acil	Mümkün olan en kısa sürede bakım gerektirir. Tehlikeli görünen durum, yaşam için tehdit edici olmayabilir ancak akut girişim gerektirir.
Acil Değil	Rutin bakım gerektirir; durum yaşamı tehdit edici değildir, bakım bekleyebilir/ geciktirilebilir.

(Bracken, 2003)

3’lü Triyaj Sınıflandırması; birçok ülkede kullanılmış ve kullanılmaktadır ve “çok acil”, “acil” ve “acil değil” şeklinde 3 aşaması vardır (Akyol, 2018; Gürler ve Duran, 2019).

Tablo 2-3: 4'lü Triyaj Sınıflandırması

Sınıf	I	II	III	IV
Tanımlayıcı	Hemen; yaşamı tehdit edici	Stabil; mümkün olan en kısa sürede	Stabil; distres yok	Stabil; distres yok
Yeniden Değerlendirme	Sürekli	Her 15 dakikada bir	Her 30 dakikada bir	Her 60 dakikada bir
Örnekler	Kardiyak arrest, majör travma, solunum distresi, majör yanık	Açık kırık, ağrı, minör yanık, abdominal cerrahi, sickle cell kriz, çocuk ve ateş	Kapalı kırık, kanamasız laserasyon, bulgu ve semptom vermeyen ve oluşumundan 3 saatten fazla süre geçen ilaç içimleri	İsilik, konstipasyon, impetigo, abrazyon, ajitasyon

(Bracken, 2003)

Bu sınıflama 4 ve daha çok sayıda kategori içeren 5'li sistemleri için de kullanılmaktadır. Kategori 1 en acil olanı ve kategori 4 en az acil olanı ifade etmektedir (Bracken, 2003).

Tablo 2-4: 5'li Triyaj Sınıflandırması

5'li Triyaj Sınıflamaları	
Kategori	Tanım
Resüsitasyon (Kategori 1)	Hasta yaşamını tehdit eden durum hemen müdahale gerektirir. (Nabız/ solunum alınmaması, şok vb)
Çok Acil (Kategori 2)	Hızlı tıbbi müdahale gereken, potansiyel yaşamı tehdit edici durum. (Ciddi kafa travması, Gis kanamaları, Şiddetli astım atağı vb)
Acil (Kategori 3)	Acil girişim gerektirir ancak yaşamı tehdit eden durum yoktur. Müdahale edilmediğinde kötüleşme durumu vardır. (Kafa travması, orta şiddette astım, 2 yaş altı kusma/ishal vb)

Daha az acil (Kategori 4)	Acil girişim gerektirmez ancak acil çalışan becerileri gerektiren durumlardır. (ÜSYE, Üriner enfeksiyonlar, Cilt kızarıklığı vb.)
Acil Değil (Kategori 5)	Hastanın birkaç saat ya da daha fazla beklemesinde sakınca olmayan durumlardır. (Minör travmalar, İshal olmayan kusma, Öksürük vb.)

(Christ ve ark., 2010; Akyol, 2018)

Beşli triyaj sınıflandırması ilk olarak 1970 yılında Avusturalya’da acil servis çalışanlarının artan acil servis yoğunluğundan kaynaklanan sorunlarının çözümü için 3’lü triyaj sınıflamalarının geliştirilmesi ile oluşturulmuştur. Bu sınıflamada hastalar; “resüsitasyon”, “çok acil”, “acil”, “yarı acil” ve “acil olmayan” şeklinde beş kategoride incelenirler. Triyajda “Kategori 1” en acil kategoridir. Kalp krizi, ciddi yanıklar veya bir motorlu araç kazasından kaynaklanan yaralanmalar gibi hemen yaşamı tehdit eden durumlar içindir. Bu triyaj sınıflandırmasına göre “Kategori 5” en az acil olan kategoridir. Öksürük veya soğuk algınlığı gibi problemler veya hastalıklar için kullanılmaktadır. Ülkelere göre kullanılan triyaj sınıflandırma sistemleri değişiklik göstermektedir. Farklı ülkelerde pek çok 5’li triyaj sistemleri geliştirilmiştir (Ataseven Tarhan ve Akın, 2016; Durmaz ve Cebeci, 2021).

2.2.2. Acil Servislerde Kullanılan Triyaj Sistemleri: Acil Ciddiyet İndeksi (Emergency Severity Index-ESI) Amerika Birleşik Devletleri’nde, Avustralya Triyaj Skalası (ATS) Avusturalya’da, Manchester Triyaj Skalası (MTS) İngiltere ve Avrupa’da, Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS) ise Kanada ve Fransızca konuşulan ülkelerde yoğunluklu olarak kullanılmakta olan 5’li Triyaj sistemleridir (Acosta ve ark., 2012; Durmaz & Cebeci, 2021).

2.2.2.1. Acil Ciddiyet İndeksi (Emergency Severity Index-ESI): 1995 yılında oluşturulmuş, acil tıp uzmanları ve acil servis hemşireleri tarafından 2012 senesinde geliştirilerek güncellenmiştir. ABD’de en çok kullanılan ve 4 karar noktası bulunan 5’li triyaj sistemidir (Çınar ve ark. 2010; Gürler ve Duran, 2019). Bu sistemde hastanın şikâyeti üzerinden gidilerek hastanın ihtiyacı olan veya olabilecek tahminler üzerinde durularak triyaj kategorize edilmekte ve sıralama yapılmaktadır. Daha az şiddetli

hataların daha az kaynağa ihtiyacı duyacakları öngörülmekte ve “Seviye 5” olarak kabul edilmektedir. Hemen acil bakıma ihtiyacı olanlar ise “Seviye 1” olarak kabul edilmektedir ve en fazla kaynağa ihtiyacı olacağı düşünülmektedir. Arada kalan seviyeler (Seviye 2,3,4) ise hayati bulgulara bakılıp değerlendirilerek gerekirse tekrar sınıflandırılmaktadır. Ancak “Seviye 1” ve “Seviye 5” de hayati bulgular ve tetkikler değerlendirilememektedir ve böylece zaman kaybı yaşanmaktadır (Çınar ve ark., 2010; Buschorn, 2013; Gürler ve Duran, 2019)

2.2.2.2. Avustralya Triyaj Skalası (ATS): İlk olarak ismi Ulusal Triyaj Sistemi (UTS) olan ve Avustralya kamu hastanelerinde sıkça kullanılan bu sistem, 1993 yılında Avustralya Acil Tıp Birliği’nce (ACEM) geliştirilmiş ve en son 2000 yılında güncellenerek şu anki ismini almıştır. Bu sistem, hasta şikâyeti odaklı olup acil müdahale gerektiren durumlarda tercih edilmektedir. Bu sistem, 5 seviyeli bir triyajdır ve günümüzde Avustralya’da yer alan özel ve kamu hastanelerinde halen kullanılmaktadır. “Seviye 1” hemen müdahale, “Seviye 2” maksimum 10 dk bekleme süresi, “Seviye 3” 30 dk, “Seviye 4” 60 dk ve “Seviye 5” ise 120 dk maksimum tedavi uygulama ve değerlendirme için bekleme sürelerine sahip hasta veya yaralıları için oluşturulmuş bir triyaj sistemidir. Önerilen bu sürelerde hasta veya yaralıların genel durumları iyi olmalıdır. Bekleme süreleri içerisinde hastanın genel durumunda bozulma olması halinde hastaya tekrar triyaj uygulanmalı, her iki triyaj bilgileri de kayıt edilmelidir (Australian Government Department of Health and Ageing, 2009).

2.2.2.3. Manchester Triyaj Skalası (MTS): Avustralya Triyaj Skalası (ATS) temel alınarak oluşturulmuş, hasta şikâyeti bazlı ve farklı hastalıklar için 52 adet akış diyagramı bulunan 5’li triyaj sistemidir. 52 diyagramın her biri yüksek ateş, solunum yolu tıkanıklığı gibi yaşamı riske atan durumlar için belli bir şikâyetin triyajını yapmak üzere oluşturulmuştur. Bu sistem gerektiğinde tekrar triyaj yapılabilmesine de olanak sağlamaktadır. Hasta veya yaralı yapılan triyaj sonunda “*hemen (kırmızı)*”, “*çok acil (turuncu)*”, “*acil (sarı)*”, “*standart (yeşil)*” ve “*acil olmayan (mavi)*” şeklinde kategoriye ayrılır. 0 ile 240 dk arasında kategoriye göre değişen bekleme süreleri vardır (Zachariasse ve ark., 2017; Durmaz ve Cebeci, 2021).

2.2.2.4. Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS): 1990’lı yıllarda Kanada acil hekimlerinin 5’li triyaj sistemi kullanımı önerisiyle Avusturalya Triyaj Sistemi (ATS) temel alınarak oluşturulmuş, hasta semptomlarına ve şikayetlerine dayanılarak yapılan bir triyaj sistemidir. Kanada Triyaj ve Aciliyet Sistemi (CTAS), Avustralya

Triyaj Skalası'na çok benzemekte olup en son 2008 yılında güncellenmiştir. Bu triyaj sisteminde her bir triyaj kategorisi için belli bir süre önerilmektedir. Yapılan triyaj sonrası süreler içinde veya hastanın durumunda bir değişme olduğunda tekrar triyaj yapılabilir. Kategori 1 (resüsitasyon), Kategori 2 (çok acil), Kategori 3 (acil), Kategori 4 (az acil), Kategori 5 (acil değil) şeklinde beş farklı kategorisi vardır. Sıra ile önerilen müdahale süreleri “Hemen”, “15 dk içinde”, “30 dk içinde”, “60 dk içinde” ve “120 dk içinde” olacak şekilde müdahale süreleri önerilmiştir (AlMarzooq, 2020; Durmaz ve Cebeci, 2021).

2.2.2.5. Türkiye’de Acil Servislerde Kullanılan Triyaj Sistemleri: Türkiye’deki fiziksel koşullar, acil servislerin işleyişi ve yapısı ele alındığında 2009 yılında yayınlanan tebliğe göre 3’lü triyaj sisteminin ülkemize daha uygun olduğu görülmüştür. 2009 yılında yayınlanan "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" ile acil servis hizmetlerinin nasıl yürütüleceği açıklanmıştır. Ancak gereksinimler doğrultusunda bu triyaj sisteminde yetersizlikler saptanması nedeniyle 2018 yılında bazı değişikliklere gidilmiş ve şu anki güncel halini almıştır. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı'nın Resmî Gazetede 2018’de yayımlanan “*Acil Servis Genelgesi*”nde ise yeşil alan; “Yeşil alan-1” ve “Yeşil alan-2” şeklinde tekrar düzenlenmiş, triyaj sınıflandırılması “kırmızı, sarı, yeşil-1, yeşil-2” şeklini almıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinde genellikle 3’lü, üniversite hastanelerinde ise 5’li triyaj sistemi kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 2009; Ataseven Tarhan & Akın, 2016; Durmaz ve Cebeci, 2021). Triyaj sistemlerinde değişikliğe neden olabilecek etmenler; başvuru yapan hasta sayısındaki artma ve azalma, sayıca sağlık profesyoneli yetersizlikleri, sağlık profesyonellerinin bilgi seviyeleri ve göreve uygunlukları, donanımsal etmenler, yönetimde yaşanan zorluklar şeklinde belirtilmektedir (Akyolcu, 2014a; Durmaz ve Cebeci, 2021).

Tablo 2-5: Dünya’da ve Türkiye’de Kullanılan Triyaj Sistemlerinin Seviyelerine Göre Karşılaştırılması

Sınıf	Acil Ciddiyet İndeksi (Emergency Severity Index-ESI)	Avustralya Triyaj Skalası (ATS)	Manchester Triyaj Skalası (MTS)	Kanada Aciliyet (CTAS)	Trijaj Sistemi T.C. Sağlık Bakanlığı Triyaj Kodlamaları
Seviye I	ESI-1: Hemen	Hayati tehlike mevcut	Hemen (Kırmızı)	Resüsitasyon (Hemen)	Kırmızı
Seviye II	ESI-2: Birkaç dakika içinde	Yaşam tehdidi yakın (0-10dk)	Çok Acil (Turuncu) (0-10dk)	Çok Acil (15 dakika içinde)	Sarı
Seviye III	ESI-3: Bir saate kadar	Yaşam tehdidi olasılığı (0-30dk)	Acil (Sarı) (0-30dk)	Acil (30 dakika içinde)	Yeşil-1
Seviye IV	ESI-4: Bekletilebilir	Ciddi olma olasılığı (0-60dk)	Standart (Yeşil) (0-60dk)	Az Acil (60 dakika içinde)	Yeşil-2
Seviye V	ESI-5: Bekletilebilir	Az acil (maks.120dk bekleme süresi)	Acil değil (Mavi) (0-120dk)	Acil değil (120 dakika içinde)	Siyah

Kaynak: (Durmaz & Cebeci, 2021; Karaçay & Sevinç, 2007).

2.3. Acil Servis Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Acil servis hemşiresi; psikolojik ya da fiziksel herhangi bir sağlık sorunu sebebiyle hastaneye başvuran, teşhisi net olarak tanımlanmamış, acil müdahale gerektiren hasta ya da yaralı bireylere, almış olduğu profesyonel eğitim doğrultusunda tıbbi bakım ve tedavi sunan meslek profesyonelleridir (Bayraktar & Karaca Sivrikaya, 2018). Bir başka ifade ile acil hemşireliği, birçok tıbbi alanı içinde bulundurması, hasta ve yaralı bireylerin fiziksel, psikolojik ya da sosyolojik açıdan sağlık durumunun ve hayati tehlikelerinin tanımlanması, tedavi ve bakımların uygulanması, sosyal destek imkanı olmayan bireylerin barınma, beslenme gibi faaliyetlerinin sağlanması gibi oldukça büyük bir alanı kapsayan özel ve profesyonel uzmanlık alanı olarak ifade edilmektedir (Ünaldı 2008; Akdemir, 2017).

Acil bakımın gereksinim duyularak ortaya çıktığı ilk yer savaşlardır. Bu sebeple önce Almanya ve İngiltere’de gereksinim duyulmuş, 2. Dünya Savaşı sonrası ise Amerika Birleşik Devletleri’nde gelişim göstermeye devam etmiştir (Orkun ve ark., 2017). Acil bakım 1970’li yıllarda ise; Amsterdam, Hamburg ve Paris başta olmak üzere dünyada etkin bir gelişim göstermeyi sürdürmüştür. Dünya genelinde birçok ülkede triyaj, acil hemşireleri tarafından düzenli şekilde yapılmaktadır. Yine aynı yıllarda Amerikalı hemşireler tarafından Acil Servis Hemşireleri Derneği (Emergency Department Nurses Association) (EDNA) kurularak mesleğe profesyonellik katma ve eğitim imkanları yaratılmıştır. 1975 yılında acil hemşireliği standartları belirlenmiş, Acil Servis Hemşireleri Derneği (EDNA) ve Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) (ANA) tarafından yayınlanmıştır (Ünaldı, 2008; Orkun ve ark., 2017; Duran ve ark., 2019). 1980 Yılında Amerika’da Acil hemşireliği sertifika programları (Certified Emergency Nurse) (CEN) başlamış ve bu sertifikalar 4 yılda bir tekrar sınava girilerek yeniden almayı gerektirmiştir. Bu programlar günümüzde de The Board of Certification for Emergency Nursing (BCEN) aracılığıyla devam etmektedir (Akyolcu, 2014b; Ünaldı, 2008; Orkun ve ark., 2017; Kartal, 2020). 1985 yılında da Londra’da ilk Uluslararası Acil Hemşireliği konferansı gerçekleşmiş ve 78 farklı ülkelerden katılım sağlanmıştır. 1990’lı yıllarda Amerikan Hemşirelik Uygulayıcıları Akademisi (American Academy of Nurse Practitioners-AANP) eğitimlere ve uygulamalara ilişkin düzenleme yayınlamışlardır. Yüksek lisans veya yüksek öğrenim seviyesindeki hemşirelerin katılabileceği uygulamalı hemşirelik sertifika programları başlamıştır (Akyolcu, 2014b; Orkun ve ark., 2017).

Ülkemizde ise acil servis hemşireliği; ilk olarak 1854-1856 yılları arasında Kırım Savaşı sırasında Selimiye Kışlasının hastane haline dönüştürülmesi ve Florence Nightingale’nin askerlere bakım vermesi ile başlamıştır (Akyolcu, 2014b). Cumhuriyetin kurulması ile birlikte hemşirelik gelişmeye başlamış ve bu anlamda 21 Şubat 1925’te ilk açılan okul Kızılay Özel Hemşire Okulu olmuştur. Bunu takiben 1939 yılında Askeri Hemşirelik Okulu, 1943’te Sağlık Bakanlığı’nın Verem Savaş Derneği ile açtığı okullar takip etmiştir. 1955’te Ege Üniversitesi, 1961’de Florence Nightingale ve Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulları açılarak mesleki anlamda profesyonelliğe adım atılmıştır (Velioğlu ve Oktay, 1999; Akyolcu, 2014b;). 1992 yılında kurulmuş olan Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC), 1994 yılından beri “Acil Bakım Hemşireliği Kursu” düzenlemekte ve Sağlık Bakanlığı’ndan onaylı sertifika vermeyi sürdürmektedir (Akyolcu, 2014b; Orkun ve ark., 2017). Zaman içerisinde bilim ve

teknolojideki gelişmeler hemşireliğin de gelişmesine katkı sunmuş ve bunu bir gereksinim haline getirmiştir. Ülkemizde Acil Servis Hemşireliğinde ilk uzmanlaşma yolu 1996-1997 Öğretim yılları arasında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde “Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı”nın başlaması ile gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 25/04/2007 tarihli ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu yayınlanmış ve bu kanunda hemşirelik pozisyonlarına, çalışmakta olan alanlara göre acil hemşiresinin rol ve sorumlulukları belirtilmiştir (Orkun ve ark., 2017; Kartal, 2020). 08.03.2010 yılında Resmî Gazete’de yayınlanan 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliği ile hemşirelerin çalışma alanlarına göre görev tanımları yapılmış, acil hemşirelerinin rol ve sorumlulukları belirlenmiştir. 2011 Yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliğine göre acil hemşiresinin hastanın acile başvurusunu alma, sahip olduğu eğitim ve bilgiler çerçevesinde hastaların önceliklerini belirleme, sıralama yapma rol ve sorumluluklarına sahip olduğu, triyajın acil hemşireleri ile yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Asar, 2013; Orkun ve ark., 2017; Hemşirelik Yönetmeliği, 2010; <https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeligi.html>, Erişim 21.05.2021).

Literatür incelendiğinde acil hemşirelerinin sahip olması gereken özellikler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Akyolcu, 2014a; Akdemir, 2017; Hemşirelik Yönetmeliği 2010; <https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeligi.html>, Erişim 21.05.2021).

Acil Servis Hemşiresi:

- Fiziksel bulguları değerlendirme teknikleri konusunda eğitilmiş olmalı,
- Doğası gereği gürültülü, stresli, karmaşık ve kalabalık yapısı bulunan acil servis ortamından etkilenmeden hızlı ve doğru triyaj yapabilmeli,
- Geniş bir tanılama bilgisi ve becerisi olmalı,
- Genellikle kaotik bir ortam olan acil serviste ekip içinde etkili bir iletişimi sağlayabilmeli ve yürütebilmeli,
- Acil serviste hasta ve yakının ilk karşılaştığı sağlık profesyoneli olması nedeniyle iyi bir iletişim kurma becerisine sahip olmalı,
- Yaşanabilecek kriz durumlarına gebe olan acil serviste serinkanlılığa sahip olmalı,
- Kendisini sürekli geliştirmeli, yenilikleri takip etmeli, bu anlamda ilgili kurs, sempozyum ve hizmetiçi eğitimlere katılım sağlamalı,

- Acil servis ortamı sürecin hızlıca değiştiği bir ortam olması sebebiyle bu durumlara uyum sağlayabilmeli,
- Mesleğin profesyonelliğine katkı sağlamalıdır (Bracken 2003; Ünalı 2008; Akyolcu, 2014b; Bayat ve Uslu, 2016).

Hasta bireyi, hastane başvurusunda ilk karşılayan acil hemşiresi/triyaj hemşiresidir. Acil hemşiresi, hasta ile karşılaşmasından itibaren fiziksel veya psikolojik şikayetleri tanımlayabilmek için verileri toplamaktadır. Hasta şikayetleri doğrultusunda yaşamsal bulgularını (vücut sıcaklığı, tansiyon, nabız, solunum sayısı, elektrokardiyografi çıktısı, kandaki oksijen seviyesi) ölçer ve kaydeder. Verilerin analizini ve değerlendirmesini sahip olduğu bilgi birikimi ve deneyimiyle yaparak aynı anda başvuran hastaların arasında öncelikli müdahale sıralamasını yani triyajını da yapmaktadır. Acil servis hemşiresi tüm bu görevlerini mesleğin sahip olduğu standartlar çerçevesinde uygulamaktadır. Acil servis hemşiresinin görev ve sorumlulukları, 2011 yılında Hemşirelik Hizmetlerinde Değişikliğe Dair Yönetmelik kapsamında hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra aşağıda belirtilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

- Hastanın acil servise kabulünü gerçekleştirir.
- Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu değişkenleri gözlemler, yorumlar, sonuçlarını kaydeder ve normalin dışında olanları tabibe iletir.
- Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- Aynı zamanda başvuran, acilde yeralan acil vakalar arasında öncelikleri belirler.
- Yatışına kararlaştırılan hastaların ve ameliyata alınacak hastaların kurum içi nakil prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.
- Periferik IV 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.

- İlaçların ve kan, kan bileşenlerinin damarıçine verilmesi işlemlerini kurum politika ve talimatlarına göre başlaması, sürüdürölmesi ve kaydedilmesini sağlar.
- Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- Hastaya gerekli konumu verir, gerekli sürelerde konumunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.
- Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları gözönünde bulundurarak buna yönelik hemşirelik bakımını tasarlar, sürdürür ve yorumlar. Alınan-çıkartılan sıvı takibi yaparak not eder.
- Hastaların solunuma bağlı problemleri çözmek için gereken uygulamaları tasarlar, sürdürür ve yorumlar.
- Kalp piline sahip hastayı gözlemler ve gereken bakımı sağlar.
- Acil servis hastaları ve hasta yakınları ile iyileştirici iletişim sağlar, onların psikolojik ve sosyolojik açıdan sorunlarına yönelik hemşirelik bakımı sağlar
- Acil servis enfeksiyonlarının ilerlemesi ve yaygınlaşmasını engellemek için gereken tedbirleri alır ve alınmasını sağlar (el hijyeninin sağlanması, eldiven, izolasyon, maske, gömlek vb).
- Hayatı sonlanan hastayı ilişkili direktiflere uyarak hazırlar, morga naklini gerçekteştirir ve hasta refakatçilerine yardımcı olur.
- Tabibin uyguladığı invazif girişimlere katılır; hemşirelik görevlerini gerçekteştirir.
- Acil ilaçları, tıbbi ekipman ve aletleri kullanmak üzere hazır halde bulundurur.
- Acil hal ve olaylarda tabip ile iş birliği sağlar. Kalbin durması durumunda mavi kod çağırısı yapar. Kuruma ait protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o süre içinde birimde tabip yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikasına sahip ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Hastaları kaydeder.

- Hastanın laboratuvar incelemeleri için kan ve idrar örneklerini toplar, laboratuvara gönderir, sonuçlarını takip eder, değerlendirmesini yapar ve hastanın hekimine bilgi verir.
- Hastaya uygulanacak radyolojik inceleme için hastayı hazır bulundurur, gerekli alana naklini düzenler, gerekli durumlarda nakile refakat eder (Baransel ve ark., 2006; <http://www.tatd.org.tr>, Erişim 10.06.2021; Hemşirelik Hizmetlerinde Değişikliğe Dair Yönetmelik, 2011).

2.4. Acil Servis Hemşiresinin Eğitim Gereksinimleri

Eğitim köken olarak latince olan ‘educare’ kelimesinden dilimize girmiştir. İnsanın varoluşu kadar eski bir kelime olup birçok anlamı içerisinde barındırmaktadır. Amerikalı felsefeci ve eğitim kuramcısı John Dewey e göre “Eğitim bir vazoyu suyla doldurmak değil, bir çiçeğe kendi tarzında büyüyebilmesi için yardımcı olmaktır.” Yani eğitimi insanın yaşamı boyunca içinde olduğu bilgi, beceri, değer/tutum ve davranışları kazandığı bir süreç olarak ifade etmiştir. Eğitimin yaşama hazırlıktan öte yaşamın kendisi olduğunu dile getirmiştir (Yeşiltaş & Kaymakçı, 2009). Taymaz’a göre eğitim "bireyin kendi yaşantısında istendik yönde davranış değişikliği meydana getirme veya yeni davranışlar kazandırma süreci”dir (Taymaz,1997). İstendik kelimesi ile ifade edilmek istenen eğitimin belirli bir hedefe yönelik olması ve bu amaç doğrultusunda gerçekleşecek olması anlamına gelmektedir. Birçok eğitim tanımlaması yapılmıştır. Hepsinin ortak olarak üzerinde durduğu konu ise bireyde davranış değişikliği oluşturulmasıdır. Genel olarak eğitim davranış değişikliği olarak ifade edilir, bu açıdan baktığımızda da eğitim yaşam boyu devam eden bir süreçtir. Hemşirelik eğitimi bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan hem bilgi hem de pratik eğitimlerinin birlikte yürütüldüğü bir süreçtir. Amaç var olan bireyin kendi potansiyelini kullanarak meslek profesyonelleri kazandırmaktır (Velioğlu, 1994; Akyolcu, 2014b; Görüş ve ark., 2014). Bir mesleğin gelişmesini sağlamak ve o mesleğe profesyonellik kazandırmak için sürekli eğitimlere gereksinim duyulmaktadır. Lisans eğitiminde başlayan bu eğitimler, meslek hayatı boyunca sürekli olarak devam etmektedir. Hemşirelik mesleğine profesyonelliğini kazandırmada ve bunu sürdürmede sürekli eğitimler oldukça önem taşımaktadır (Çavuşoğlu, 2013; AlMarzooq, 2020). ANA’nın tanımına göre hemşireler için sürekli

eğitim; “Hemşirelerden beklenen mesleki rol ve sorumluluklara yönelik gerekli yetkinliliğin kazanılması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için tasarlanmış etkinliklerdir” şeklinde ifade edilmiştir (ANA, 2017).

Teknolojik ve bilimsel açıdan sürekli olarak gelişen, değişen bir alan olan sağlık sisteminde önemli bir yer edinen acil hemşireliğinin bu durumdan etkilenmemesi kaçınılmazdır. Acil servis hemşiresi bu gelişimlerden haberdar olmak, teorik ve pratik açıdan kendisini geliştirmek için güncel eğitimleri takip etmeli ve katılımcısı olmalıdır (Kaya ve ark., 2010; Akyolcu, 2014b; Ghazali ve ark., 2020). Acil servis hemşiresinin sürekli mesleki gelişimi sürdürülmeli, eğitim süreci doğrultusunda planlanmalı ve uygulanmalıdır. Eğitim sürecinin ilk aşaması gereksinim belirleme aşamasıdır. Türk Dil Kurumu (TDK)’na göre gereksinim; “İnsanın gelişimive çevreye en iyi uyumu için gereken koşullarda bir eksikliğin duyulması” olarak ifade edilmiştir (TDK, 2021). Literatüre bakıldığında farklı tanımlamalar ile de karşılaşılabilmektedir. Var olan ile ulaşılmak istenen arasındaki farklılık gereksinim olarak ifade edilmektedir (Şahin, 2006).

Eğitimde gereksinim belirlemenin amacı, eğitim ihtiyacının olup olmadığı, hangi bireylerin hangi eğitimlere gerek duyduğunun saptanmasıdır. Bu eğitimlerin hangi şekilde sağlanacağı, söz konusu davranış, bilgi ve becerinin hangi yöntemlerle kazandırılacağı oldukça önemlidir (Yalçın, 2001; Bayar, 2019). Eğitim gereksinimlerini belirleme; performansın iyileştirilmesi, eksikliklerin belirlenmesi ve giderilmesi için bir fırsattır. Günümüzde bilgiye dayalı karar vermek ve gereksinimleri belirlemek her zamankinden daha önemli bir noktadadır. İyi bir gereksinim belirleme çalışması, yapılacak olan eğitimlerin de gelişmesine katkı sunar. İyi bir gereksinim çalışması sadece eğitime katılanların ihtiyaçlarını belirlemekle kalmaz aynı zamanda katılımcıların bağlılığını da sağlar. Gereksinim belirleme, planlanan eğitimlere yön verir ve eğitim hedefine ulaşıp ulaşılamama konusunda yardımcı olur. Çünkü her birey tektir; her bireyin algısı, odaklanma süreleri, ihtiyaç duyduğu konular farklılık göstermektedir (Birol, 2011; Dyson ve ark., 2009; Factors ve ark., 2019). Acil servis hemşirelerinin mesleki gelişimlerini sürdürmeleri için çalıştıkları alana özgü gereksinimlerini belirlemek önemlidir. Bu gereksinimlerin belirlenmesi için kullanılacak yöntemler hedefe kitleye, yapılacak olan eğitim programlarına ve varılmak istenen amaca göre değişiklik göstermektedir. Genel olarak gereksinim belirlemede kullanılan yöntemler; resmi olmayan (informal) görüşmeler, planlanmış (resmi, formal) görüşmeler, odak grup görüşmesi, gözlem, raporların incelenmesi, anket çalışması, soru formları, test

uygulamaları, kayıtlar (tıbbi kayıtlar, hemşirelik kayıtları, laboratuvar bulguları, istatistik veriler, raporlar vb.) şeklinde örneklendirilmektedir (Oyur Çelik ve Kıyan, 2009; Kaya ve ark. 2010; Uysal, 2018). Acil servis hemşirelerinin, değişen hasta profilleri, anlık hasta durum değişimi ve değişken aynı zamanda tahmin edilemeyen acil koşulları ile karşılaşma olasılığı yüksektir. Bu sebeple acil servis hemşireleri; hastaların durumunun, klinik önceliklerinin doğru ve hızlı belirlenmesi için doğru klinik kararı verebilecek gerekli mesleki yeterliliklere sahip olmalıdır. Beklenen mesleki yeterliliğin olmaması, acil servis hemşirelerinin hasta gereksinimlerinin önceliklendirilmesinde hatalar yapmasına ve bunun sonucunda triyaj alanının aşırı kalabalıklaşmasına, hastaların memnuniyetsizliğine ve bazı durumlarda hastaların durumlarının kötüleşmesine neden olmaktadır. Acil servis hemşirelerinin gelişimi; mesleki yeterliliklerinin değerlendirilmesi, iyileştirilmesi gereken alanların belirlenmesi, eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, belirlenen eğitim gereksinimlerine yönelik sürekli eğitim programlarının geliştirilmesi ile mümkündür (Bijani, 2020; Reblora ve ark., 2020). Acil servis hemşirelerinin mesleki bilgi, tutum ve becerilerinin değerlendirilebilmesi için mesleki gelişimlerinin potansiyellerini ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesinin gerekliliği kaçınılmazdır.

2.5. İlgili Çalışmalar

Literatürde acil servislerde çalışan hemşirelerin triyaj karar verme durumları ve eğitim gereksinimleri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde;

Küçüköğlu ve arkadaşlarının 2017 yılında 174 acil hemşiresi ile “Acil Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Triage Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi” amacıyla yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu öğrenciliğinde (%51,3) ve mezuniyet sonrasında (%72,1) triyaj ile ilgili eğitim almadığını ifade etmiştir. Çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyleri ile triyaj uygulaması yapma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin %72,7’sinin triyaj konusunda kendilerini yeterli bulmadıkları, %68,2’sinin triyaj uygulamasının acil servis hemşiresinin görevleri arasında olduğunu düşündükleri belirlenmiştir. Araştırmada hemşirelerin çalıştıkları acil servisin fiziki koşullarının, personelin triyaj konusundaki yeteneğinin ve alanında uzman hekim ve hemşirenin olmamasının triyaj uygulaması

üzerine etkili olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin %51,3'ünün mesleki eğitimleri sırasında eğitim almadığı, eğitim alanların da yarısından fazlasının alınan eğitimi yeterli bulmadıkları (%29,9), mezuniyet sonrasında ise %72,7'sinin triyaj ile ilgili herhangi bir eğitim almadıkları belirlenmiştir. Araştırma sonucunda acil serviste görevli hemşirelerin çoğunluğunun triyaj konusunda eğitim almadıkları, bu konuda kendilerini yeterli görmedikleri ve triyaj eğitimlerinin hizmetiçi eğitimlere dahil edilmesinin gerekliliği ortaya çıkmıştır (Küçüköğlu ve ark., 2017).

Seyhan'ın 2020 yılında "Acil hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi" konulu yaptığı araştırmada İngilizce ve Türkçe dillerinde 2532 veri taranarak dahil edilme kriterlerine uyan 80 çalışma elde edilmiştir. Hemşirelerin acil durum becerileri, acil ekibi, acil servis hemşirelerinin karşılaştığı zorluklar, acil servis kalabalığı, afet, akut karın, anafilaksi, CPR, çalışma yaşam kalitesi, çocuk istismarı/çocuk ticareti, demans, EKG, empati-tükenmişlik, enfeksiyon, etik, geriatrik hastalar, hasta gizliliği, hasta güvenliği, hasta taşıma, hemşirelik, hemşirelik eğitimi, hemşirelikte öğrenme, intravenöz kateter girişi, ilk yardım, intihar, iş yerinde zorbalık, izolasyon önlemleri, kısıtlama, konjenital kalp yetmezliği, kontaminasyon, müfredat, palyatif bakım, pnömoni, pulmoner arteriyel hipertansiyon, radyasyon acilleri ve nükleer olaylar, salgınlar, sepsis, sigara, stres, şiddet, tıbbi hata, travma hemşireliği, travmalar, triyaj, travma sonrası stres bozukluğu, yanıklar, yaralanmalar konularında eğitim gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Acil servis hemşirelerinin lisans eğitimi ve sürekli eğitime ek olarak acil servise özel uygulamalı ve teorik eğitimler alması gerektiği sonucuna varılmıştır (Seyhan, 2020).

Sungur ve arkadaşlarının 2009 yılında Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma hastaneleri (n=5), üniversite hastaneleri (n=2) ve özel hastane (n=2) pediatrik ve genel acil birimlerinde çalışan 86 acil servis hemşiresi ile gerçekleştirdikleri "Acil Servis Hemşireleri Arasında Triage Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmaya göre üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşireler triyaj eğitimi almış olduklarını belirtmiştir. Bu çalışmada elde edilen verilere göre üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşirelerin triyaj eğitimi alma durumu, devlet hastanelerinde çalışan hemşirelere göre anlamlı bir fark oluşturmuştur. Hemşirelerin triyaj konusundaki eğitim düzeyleri, triyaj eğitimi almamaları ve triyajı uygulamamalarıyla ilişkili olarak, bu eğitimi almış ve triyajı aktif olarak uygulamakta olan özel hastane ve üniversite hastanelerine göre düşük bulunmuştur. Çalışma sonucunda acil servis hemşirelerinin acil servise yönelik kurs ve

hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, mevcut eğitimlerin etkinliğinin artırılması, standartları yükseltmek için triyaj formu geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Sungur, 2009).

Akyol'un 2018 yılında yaptığı "Acil Servis Hemşiresinin Triage Kararının Acil Ciddiyet İndeksi (ESI) Sistemi Kullanılarak Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında bir üniversite hastanesi acil servisi erişkin triyaj alanına başvuru yapan ve acil servise kabulü sağlanarak değerlendirilen tüm hastaların triyaj kategorizasyonu geriye dönük olarak incelenmiştir. Acil servise başvuran hastalar en az iki yıl acil servis deneyimine sahip ve acil servis triyajı konusunda 8 saat teorik ve uygulamalı eğitim almış sağlık personeli tarafından değerlendirilmiştir. Triage görevlileri triyaj sınıflamasını T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Triage ve Renk Kodlaması'na göre yapmaktadır. Bu sınıflama ATS'ye benzer ESI'nin tersi olarak hastanın şikayetleri ve semptomlarına göre yapılmaktadır. Başvuru yapan hastalardan eksiksiz bilgi içerenler değerlendirmeye alınmış ve n=3324 olarak hesaplanmıştır. Sağlık çalışanının cinsiyeti ($p=0,075$), mesleki eğitimini aldığı süre ($p=0,304$), meslekte çalışma yılı ($p=0,086$) ve acil serviste çalışma yılı ($p=0,034$) açısından triyaj doğruluğunda istatistiksel anlamlı fark gözlenmemiştir. Çalışma sonucunda triyaj hemşiresinin genel olarak kabul edilebilir bir triyaj başarısı olmakla birlikte beklenenden daha düşük triyaj kategorisi verdikleri görülmüştür. Triage'da doğru karar vermenin artırılması için triyaj hemşiresinin tıbbi bilgisinin artırılması ve bilhassa gerçek vakalar üstünden uygulamalı eğitimlerin yapılması gerekmektedir. Anamnez ve hayati bulgulardaki eksikliklere bağlı triyaj yanlışlarının giderilmesi için her bir hastaya ayrılan triyaj yapma süresinin uzatılması ve doluluk oranı fazla olan zaman dilimlerindeki triyaj ünitesi sayısının artırılması gerekmektedir (Akyol, 2018).

Büyükbayram'ın 2019 yılında "Acil Serviste Ruh Sağlığı Triage Yaklaşımının Etkinliği" konulu çalışması acil serviste çalışan hemşirelerin ruh sağlığı triyaj yaklaşımının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Metodolojik, tek gruplu (hemşire) ve randomize olmayan (hasta) gruplu yarı deneysel ve analitik bir özellikte bir çalışmadır. Çalışmaya eğitim programına katılan 30 hemşire (katılım oranı %68,18); eğitim öncesi dönemde 200 hasta, eğitim sonrası dönemde ise 165 hasta dahil edilmiştir. Acil servis hemşirelerine "Acil serviste ruhsal sıkıntısı olan hastaya yaklaşım ve ruh sağlığı triyaj skalası (RSTS)" konulu eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası hastalara RSTS uygulanmış; RSTS uygulamasının geçerlik ve güvenirliği ve hemşirelere verilen eğitimin

etkinliği ile ilgili bulgular elde edilmiştir. Eğitim sonrasında hemşirelerin bilgi düzeylerinin ve ruhsal sıkıntısı olan hastalara yönelik iş doyumunun arttığı, iş yükünün azaldığı, hastalara bakım verirken hemşirelerin kendilerine güvenme durumlarının arttığı, bakım verirken daha az g    k yaşadıkları bulunmuştur. Sonuç olarak uygulanan eğitim programının ruhsal sıkıntısı olan hasta bireylere bakım vermeye yönelik duygu, düşünce ve tutum konusunda olumlu bir etkisi görülmektedir (Büyükbayram, 2019).

Safazadeh ve arkadaşları 2018 yılında, acil hemşireliği eğitiminde teori ve pratik arasındaki boşluğun sebeplerini ortaya çıkarmak için yapmış oldukları 18 yarı yapılandırılmış görüşmeyi içeren nitel bir araştırma yapmışlardır. Araştırma, lisans programının yürütüldüğü bir hemşirelik okulu ve bir eğitim hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Pratik ve teori arasındaki uzaklığın sebepleri  ğrenci, eğitimci, süreç ve  evre başlıklı dört kategoride ele alınmıştır. Klinik eğitimciler, öğrenciler ve hemşireler ile toplamda n=156 kişi ile çalışma y r t lm ştur. Lisans hemşirelik öğrencileri ve en az 1 yıl acil servis klinik deneyimleri bulunan lisans mezunu hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma sonucunda öğrenciler mesleği gelecekte yapmak istememelerinin, sınav odaklı çalışmaları sebebiyle pratik ve teori arasında boşluğun oluşma nedeni olarak belirtmişlerdir. Acil servisin çok yoğun oluşu çevresel bir neden olarak bulunmuştur. Sürece bağlı nedenler; eğitime ilişkin süreci kapsamakta olup eğitim programlanması, programların yürütülmesi ve değerlendirilmesi şeklinde-dir. Eğitimlerin ihtiyaçlar belirlenerek, ihtiyaçlara yönelik hazırlanması ve verilmesi var olan boşluğun giderilmesinde önem arz ettiği sonucuna varılmıştır (Safazadeh ve ark., 2018).

Reay ve arkadaşları 2017 yılında Kanada'daki acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme durumlarını ve sürelerini etkileyen nedenleri incelemişlerdir. Her bir triyaj; klinik ve teori arasında farklı bir etkileşimi ortaya çıkarmaktadır. 11 lisans mezunu triyaj hemşiresi ile 3 odak grup çalışması yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre, zorlayıcı triyaj karar verme sürecinde birbirleriyle ilişkili üç g     tema ortaya çıkmıştır: rekabet (hastane öncesi/acil servis öncesi), düzensiz hasta artış ve azalışı, kişisel kapasite. Sonuca göre triyaj, triyajı uygulayan görevlinin kişisel özelliklerinden, hasta-hemşire etkileşiminden, çalışma ortamındaki değişikliklerden etkilenmektedir (Reay ve Smith-MacDonald, 2020).

Chen ve arkadaşlarının 2006 yılında Tayvan'daki on farklı yetişkin acil servislerde yapmış oldukları çalışmada acil servis hemşirelerinin triyaj kararlarının doğrulukları ve etkileyen faktörler incelenmiş ve n=279 hemşire örneklem kapsamına

alınmıştır. Acil servisler; tıp merkezleri, bölge hastaneleri ve ilçe hastaneleri ele alınarak 10 yetişkin acil durum senaryosu sunulmuş ve araştırmaya katılan hemşirelerin triyaj kararları incelenmiştir. Yapılan çalışma sonucunda çalışılan hastane tek başına baz alınır ve buna yönelik triyaj başarısı ve eğitimleri düşünülürse hata yapılacağı sonucu elde edilmiştir. Bu sebeple sürekli eğitimlerin çalışan kişilerin varolan deneyimlerine, bilgi birikimlerine, ihtiyaç duyduğu noktalara odaklanılarak oluşturulursa başarının sağlanacağı sonucuna varılmıştır. Çalışma öncesi hemşirelere verilen triyaj eğitimlerinin yetersiz olduğu ortaya konmuştur. Araştırma sonucuna göre acil servis deneyimi, verilen triyaj eğitimi, hemşirenin eğitim düzeyi triyaj kararına önemli ölçüde etki etmektedir. Triage eğitimleri bu faktörler dikkate alınarak gözden geçirilmeli ve tekrar düzenlenmelidir (Chen, 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tasarım Tipi

Araştırma acil serviste çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: “Trijaj Karar Verme Envanteri Türkçe Formu” (TDMI) olarak belirlendi.

Bağımsız Değişken: Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, hemşire olarak toplam çalışma yılı, görev yaptığı kurumda çalışma yılı, çalıştığı kurum, çalıştığı kadro şekli, görev yaptığı acil birimi, görev yaptığı birimdeki çalışma yılı), mesleki özellikleri (mesleği isteyerek seçme durumu, çalışılan birimi isteyerek seçme durumu, acil servis sertifikasına sahip olma durumu, acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu, triyaj konusunda kendini yeterli görme durumu, bireysel gelişim için sürekli eğitimlere katılma durumu) ve acil serviste öncelikli eğitim gereksinimi konuları bağımsız değişken olarak belirlendi.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma; acil servis hemşirelerinden oluşan hemşire örneklem grubunu içeren sağlık kuruluşlarında gerçekleştirildi. Araştırma verileri 10.10.2020 / 13.02.2021 tarihleri arasında toplandı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul’un Avrupa yakasında eğitim-araştırma ve devlet hastanesinde çalışan acil servis hemşireleri oluşturdu. Araştırmanın örnekleme tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiş olup tabaka ölçütü olarak hastane türü (Devlet hastanesi/Eğitim-Araştırma hastanesi) ve acil servis seviyeleri (Seviye1-2-3) ölçüt alındı. Covid-19 pandemisi nedeniyle İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kurum izni verilen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Seviye 1 dört hastane, Seviye 2 iki hastane ve Seviye 3 bir hastane olmak üzere 400 yatak kapasiteli ve üstü eğitim-araştırma ve devlet hastanelerinin acil birimlerinde çalışan hemşireler örneklem kapsamına alındı. Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin belirlenmesinde ölçek madde sayısının 5-10 katı olması önerilmektedir. Bu nedenle Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formu

güvenirlik ve geçerlik çalışması için 350 acil servis hemşiresi hesaplandı. Araştırmanın örnekleminin % 68'ine ulaşılarak araştırma 239 acil hemşiresi ile gerçekleştirildi.

Tablo 3-3-1: Araştırmanın Evren ve Örneklemi Oluşturan Kurum ve Hemşire Sayıları

Kurum	Seviye Türü	Kurum Türü	Acil hemşiresi Sayısı	Ulaşılan hemşire sayısı
A	1	Devlet Hastanesi	35	22
B	1	Devlet Hastanesi	27	19
C	1	Devlet Hastanesi	35	21
D	1	Devlet Hastanesi	23	17
E	2	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	57	39
F	2	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	88	61
G	3	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	85	60

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, “Bilgi Formu”, “Yarı Yapılandırılmış Soru Formu” ve “Triyaj Karar Verme Envanteri” veri toplama aracı olarak kullanıldı.

3.5.1. Bilgi formu (EK 1):

Araştırmacılar tarafından literatür (Duchcher, 2008; Taştan ve ark. 2013) doğrultusunda geliştirilmiş olup, hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, öğrenim durumu, hemşire olarak toplam çalışma yılı, görev yaptığı kurumda çalışma yılı, çalıştığı kurum, çalıştığı kadro şekli, görev yaptığı acil birimi, görev yaptığı birimdeki çalışma yılı), mesleki özelliklerini (mesleği isteyerek seçme durumu, çalışılan birimi isteyerek seçme durumu, acil servis sertifikasına sahip olma durumu, acil serviste çalışmaktan memnun olma durumu, triyaj konusunda kendini yeterli görme durumu, bireysel gelişim için sürekli eğitimlere katılma durumu) ve acil serviste öncelikli eğitim gereksinimi konularını belirleme durumuna yönelik toplam 19 adet sorudan oluşturuldu.

3.5.2. Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formu (TDMI) (EK 2):

Trijaj Karar Verme Envanteri; (Triage Decision Making Inventory; TDMI) 2000 yılında Cone tarafından başlangıçta sadece acil serviste hemşirelerin Triyaj kararları hakkındaki düşüncelerini belirlemek için geliştirilmiş bir araçtır. Araştırmacılar daha sonra bunu bir sınırlılık olarak değerlendirdi ve çeşitli kliniklerde çalışan hemşireler ve askeri hemşirelerde ölçeğin güvenilirliği test edildi. “Trijaj Karar Verme Envanteri Türkçe Formu”, Küçükalemdar ve arkadaşları tarafından 2015 yılında Türkçe’ye uyarlandı (Küçükalemdar ve ark. 2015).

TDMI, 37 sorudan oluşan likert tipte bir ölçek idi. Ölçekte maddeler “Kesinlikle Katılmıyorum” dan (1) “Kesinlikle Katılıyorum”a (6) değişen altı seçenekten oluşmakta idi. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 222 idi. Toplam ölçek ve alt ölçek puanları; katılımcıların ölçeğe verdikleri puanların toplamının, ölçekteki soru sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Ölçeğin triyaj kararlarını vermede *bilişsel özellikler, deneyim, sezgi ve eleştirel düşünme* gibi parametrelerden oluşan dört alt boyutu bulunmakta idi. Ölçeğin iç tutarlılık ve güvenilirliğinin göstergesi olan Cronbach alfa katsayısı 0,88 olup araştırmamızda Cronbach alfa katsayısı 0,93 bulundu. Alt boyutlar için Cronbach Alpha katsayısı 0,84 ile 0,89 arasında değişmekte idi. *Bilişsel Özellikler* alt boyutu 7 maddeden oluşmakta idi. 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 değerlendirmekte idi. *Sezgi* alt boyutunun duygular, içgüdüler ve altıncı his ile ilişkili 7 maddesi bulunmakta idi. Son olarak *Eleştirel Düşünme* boyutunun hastayı değerlendirmede kullanılacak gerekli bilgileri alabilme ve iletişim kurabilme yeteneğini değerlendiren 12 maddesi bulunmakta idi.

3.5.3. Yarı Yapılandırılmış Soru Formu (EK 3):

Form, araştırmacılar tarafından tarafından literatür (Akıncı, 2009; Sungur ve ark., 2009) doğrultusunda geliştirildi. Yarı Yapılandırılmış Soru Formu, Bilgi Formu ve Triyaj Karar Verme Envanteri ile birlikte eş zamanlı dolduruldu. Acil servis hemşireleriyle herhangi bir nitel görüşme yapılmadı. Formda; acil serviste çalışan hemşirelerin acil servis hemşireliğine, triyaj uygulamalarına ve acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerine ilişkin görüşlerini derinlemesine ve ayrıntılı olarak belirlemeye yönelik 6 açık uçlu soru yer aldı:

1. Acil servis hemşirelerinin hangi becerilere sahip olması gerektiğini düşünüyorsunuz?
2. Triyaj yaparken yaşadığınız güçlükler/sorunlar nelerdir?
3. Acil servis hemşireliğinin güçlü yönleri nelerdir?
4. Acil servis hemşireliğinin zayıf yönleri nelerdir?
5. Acil servis birimlerine yönelik hangi konularda eğitim almak istersiniz?
6. Acil serviste triyaj karar verme uygulamalarının daha etkin hale getirilmesi için önerileriniz nelerdir?

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler kurum ve etik kurul izinleri alındıktan sonra Covid-19 pandemisi kuralları dikkate alınarak pandemi sürecinde 10.10.2020/13.02.2021 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra yüz yüze toplandı. Formların doldurulması ortalama 20 dakika sürdü.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 17 paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler standart sapma ile, kategorik değişkenlerin analizi, frekans ve yüzde ile hesaplandı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı. Kullanılan ölçeğin örneklemdeki güvenilirliği Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ile değerlendirildi. Kullanılan ölçeğin sayısal değişken olan ölçek puanlarının normal dağılıma sahip olup olmama durumu histogram grafiği ile gösterildi. Normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek üzere yapılan Saphiro Wilk testlerinden elde edilen Kurtosis ve Skewness değeri ile hesaplanan varyans katsayısı ile ölçek skorları normal dağılıp dağılmadığı kontrol edildi. Hemşirelerin değişkenleri ile ölçek puan ortalamaları üzerinde anlamlı fark oluşturup oluşturmadığının saptanması için bağımsız değişken gruplarda Student T Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), parametrik dağılımı olmayan verilerin analizinde Kruskal Wallis karşılaştırma analizleri kullanıldı. Yarı yapılandırılmış soru formunun analizinde açık uçlu soruların içerik analizi yapıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi çalışmanın gerçekleştirilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı'ndan 05.05.2020 tarihli ve 74555795-050.01.04 sayılı etik kurul onayı alındı (EK 6). Araştırmanın yapılacağı

hastanelerin bağı olduğu İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden Seviye 1'den dört hastane, Seviye 2'den iki hastane ve Seviye 3 ten bir hastane olmak üzere 21.12.20 tarihli ve 15916306-604.01.02 sayılı izin alındı (EK 7). Araştırmaya katılmaya gönüllü hemşirelere araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı açıklanarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile sözel ve yazılı onamları alındı (EK 4). Araştırmada kullanılacak “Triyaj Karar Verme Envanteri Türkçe Formu”nu (TDMI) geliştiren sorumlu yazar Doç. Dr. Dilek KÜÇÜK ALEMDAR'dan e-posta yolu ile yazılı izin alındı (EK 5).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Avrupa yakasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Seviye 1, Seviye 2 ve Seviye 3 şeklinde hizmet veren eğitim-araştırma ve devlet hastanelerinin acil birimlerinde çalışan hemşireler ile sınırlıdır. Araştırmanın sonuçları tüm hemşirelere genellenemez.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırma Covid-19 pandemi sürecinde gerçekleştirildi. Pandemi nedeniyle kurum izinlerinin alınması zaman aldı. Veri toplama sürecinde acil servis hemşirelerinin Covid-19 pandemisi nedeniyle varolan iş yükünün daha da artması nedeniyle güçlükler yaşandı.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları sırasıyla aşağıda verilen başlıklar dahilinde sunuldu:

- 4.1. Acil servis hemşirelerinin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular
- 4.2. Acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin bulgular
- 4.3. Kullanılan ölçeğin örneklemdaki güvenilirliğinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular
- 4.4. Acil servis hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanteri skorlarına ilişkin bulgular
- 4.5. Acil servis hemşirelerinin ölçek skorlarının normal dağılıp dağılmadığının değerlendirilmesine ilişkin bulgular
- 4.6. Acil servis hemşirelerinin ölçek skorlarının kişisel ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

4.1. Acil Servis Hemşirelerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde sırasıyla acil servis hemşirelerinin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-1: Acil Servis Hemşirelerinin Kişisel Özellikleri (N=239)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Yaş Ortalaması (yıl)	29,07±6,29		
Cinsiyet	Kadın	179	74,9
	Erkek	60	25,1
Medeni durum	Evli	86	36,0
	Bekâr	153	64,0
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuk sahibi	58	24,3
	Çocuk sahibi değil	181	75,7
Çocuk sayısı (n:58)	Bir	28	48,3
	İki	16	27,6
	Üç ve daha fazla	14	24,1
Eğitim	Lise mezunu	21	8,8
	Önlisans mezunu	30	12,6
	Lisans mezunu	174	72,8
	Lisansüstü (yl - doktora)	14	5,8

Çalışmaya katılan hemşirelerin kişisel özellikleri Tablo 4-1’de incelendiğinde; yaş ortalamaları 29,07±6,29 olarak belirlendi. Hemşirelerin çoğunlukla kadın (%74,9), bekar (%64,0), çocuksuz (%75,7) ve lisans mezunu oldukları (%72,8) bulundu (Tablo 4-1).

Tablo 4-2: Acil Servis Hemşirelerinin Mesleki Özellikleri (N=239)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Hemşire olarak çalışma yılı	0-5 yıl	152	63,6
	6-10 yıl	39	16,3
	11-15 yıl	48	20,1
Kurumda çalışma yılı	0-5 yıl	184	77,0
	6-10 yıl	37	15,5
	11-15 yıl	18	7,5
Acilde çalışma yılı	1 yıl ve daha az	81	33,9
	1-5 yıl	115	48,1
	6-10 yıl	36	15,1
	11 ve üzeri yıl	7	2,9

Kurum	<i>Eğitim ve araştırma hastanesi</i>	135	56,5
	Devlet hastanesi	104	43,5
Kadro	Kadrolu devlet memuru	111	46,4
	<i>Sözleşmeli devlet memuru</i>	128	53,6
Çalışılan acil birim türü	Seviye 1 (İlçe devlet hastanesi)	23	9,6
	Seviye 2 (Her dalda uzman hastane)	80	33,5
	<i>Seviye 3 (Eğitim ve araştırma hastanesi)</i>	136	56,9
Mesleği isteyerek seçme	<i>Evet</i>	156	65,3
	Hayır	83	34,7
Acili isteyerek seçme	<i>Evet</i>	161	67,4
	Hayır	78	32,6
Acil sertifikası	Evet	53	22,2
	<i>Hayır</i>	186	77,8
Acilde çalışmaktan memnun olma	<i>Evet</i>	165	69
	Hayır	74	31

Çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki özellikleri Tablo 4-2’de incelendiğinde; hem kurumda (%77,0) hem de meslekte (%63,6) çoğunlukla beş yıl ve daha kısa süredir çalıştıkları acilde ise sıklıkla 1-5 yıl aralığında çalıştıkları (%48,1) bulundu. Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun eğitim ve araştırma hastanesinde (%56,5) sözleşmeli olarak (%53,6) çalıştıkları belirlendi. Sıklıkla üçüncü seviye acil birimlerde görev aldıkları (%56,9), mesleği (%65,3) ve acilde çalışmayı (%67,4) isteyerek seçtikleri bulundu. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun acil sertifikası bulunmadığı (%77,8) buna karşın acilde çalışmaktan memnun oldukları (%69) saptandı (Tablo 4-2).

4.2. Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde sırasıyla acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerine yönelik bilgi formundan ve yarı yapılandırılmış soru formundan elde edilen bulgulara yer verildi.

Tablo 4-3: Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulgular (N=239)

Değişkenler	Gruplar	n	%
Triyajda yeterli olma durumu	<i>Evet</i>	168	70,3
	Hayır	71	29,7
Triyaj eğitimi alma durumu	Evet	105	43,9
	<i>Hayır, isterdim</i>	134	56,1

Katıldığı sürekli eğitim programı	<i>Var</i>	33	13,8
	<i>Yok</i>	206	86,2
Temel yaşam desteği eğitimi gereksinimi	<i>Var</i>	122	51
	<i>Yok</i>	117	49
İleri kardiyak destek eğitimi gereksinimi	<i>Var</i>	138	57,7
	<i>Yok</i>	101	42,3
EKG Değerlendirme eğitimi gereksinimi	<i>Var</i>	152	63,6
	<i>Yok</i>	87	36,4
Afet planlama organizasyon eğitimi gereksinimi	<i>Var</i>	116	48,5
	<i>Yok</i>	123	51,5
İleri travma yaşam desteği eğitimi gereksinimi	<i>Var</i>	123	51,5
	<i>Yok</i>	116	48,5

Hemşirelerin kendilerini triyajda yeterli görüp görmedikleri sorulduğunda çoğunlukla “evet” (%70,3) yanıtı verdikleri, yine çoğunlukla triyaj eğitimi almadıklarını ve almak istediklerini (%56,1) belirttikleri bulundu. Çoğunluğunun katıldıkları sürekli eğitim programı olmadığı (%86,2) saptandı. Hemşirelerin çoğunlukla temel yaşam desteği eğitimi (%51), ileri kardiyak destek eğitimi (%57,7), EKG değerlendirme eğitimi (%63,6) ve ileri travma yaşam desteği eğitimine (%51,5) gereksinim duyduklarını belirttikleri bulundu. Hemşirelerin sadece (%51,5) afet planlama ve organizasyonu eğitimine gereksiniminin olmadığını ifade ettikleri saptandı (Tablo 4-3).

Acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin derinlemesine belirlenmesi amacıyla hazırlanan ve açık uçlu sorulardan oluşan “Yarı Yapılandırılmış Soru Formu”na yönelik verdiği yanıtlar incelendiğinde; aşağıdaki görüşler belirlendi.

Soru formuna göre acil servis hemşirelerinin sahip olması gerektiği beceriler; “iletişimi güçlü olmalı, pratik, hızlı ve özerk karar verebilmeli, soğukkanlı ve sabırlı olmalı, mesleki tecrübeye sahip olmalı, hızlı düşünebilmeli, teorik bilgi ve pratiği iyi harmanlamış olmalı, değişen koşullara uyum sağlayabilmeli, ilaç bilgisi olmalı, araştırmacı olmalı, mental ve fiziksel açıdan iyilik hali varolmalı” gibi becerilere sahip olması gerektiği şeklinde ifade edildi.

“Sakin kalabilmeli ve yoğunluğun ihtiyaç duyduğu atikliğe sahip olabilmeli..”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 34 yaş)

“Mesleki bilgi ve becerilerinin yanı sıra karar verme becerisi de gelişmiş olmalıdır. Karar verme becerilerinin olması ve bu kararı doğru zaman içinde uygulayabilmesi, liderlik yapabilmesi gerekir”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 37 yaş)

Soru formuna göre triyaj yaparken yaşanan güçlükler/sorunlar; “hastaların kendilerini ifade edememeleri, triyaja müdahale edilmesi, hasta ve yakınları ile yaşanan iletişim güçlüğü, diğer sağlık ekibi üyelerinin triyaja müdahale etmeleri, acil servis ekibine yönelik şiddet ortamı oluşturulması, gereksiz acil başvurularının yapılması ve bu kişilerin acil triyajında sorun yaratarak işleyişi aksattırmaları” şeklinde ifade edildi.

“Acil servise gereksiz başvurularla acil müdahale alanı yoğunlaşıyor..”

(Acil servis hemşiresi, DH, 29 yaş)

“Trijaj yaptığımız yerin fiziksel koşulları zaman zaman yetersiz oluyor”

(Acil servis hemşiresi, DH, 32 yaş)

Soru formuna göre acil servis hemşireliğinin güçlü yönleri; “akut bakımda bilgi ve beceri olarak donanımlı olmaları, soğukkanlı olmaları, pratik düşünceleri ve hızlı karar alabilme ve hareket edebilmeleri, hastaları iyi gözlemleyip triyajı hızlı sonuçlandırmaları, sabırlı olmaları, organizasyon ve hızlı çözüm üretme yeteneklerinin olması, iletişimlerinin güçlü olması, çalıştıkları alanları benimsemeleri ve aidiyet hissetmeleri” şeklinde ifade edildi.

“Güçlü yönleri fazla çeşitte vaka görmesi ve dolayısıyla bu tanı ve tedavileri öğrenmesi ve zamanla bilgi ve deneyiminin artması denilebilir..”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 41 yaş)

“Acil servis hemşiresi anlık olarak yoğunluğun, stresin değiştiği çalışma ortamına hızlı adapte olmak zorunda kalıyor ve kargaşa ortamında da konsantre olabilmesi gerekiyor..”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 37 yaş)

“En güçlü yönü bence alanda yaşanan kargaşa ve olağanüstü hallerde bile soğukkanlı kalarak organizasyon yapabilme yeteneği..”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 29 yaş)

Soru formuna göre acil servis hemşireliğinin zayıf yönleri; “yoğun ve stresli ortamda çalışma, hastaların saldırgan tavırlar sergilemeleri, yoğun çalışmaya bağlı dikkat eksikliği, kendi meslekleri dışında görevler verilmesi, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, ekip içi mobbing, tükenmişlik hissi” şeklinde ifade edildi.

“Meslek tanımının dışında işleri de yapıyor olmak zorunda kalıyoruz ve zaman zaman bunlar bizim görevimizmiş gibi baskı yapılıyor..”

(Acil servis hemşiresi, DH, 30 yaş)

“Uzun yıllar acil serviste çalışıldığında yıpratıcı etkilerini kalıcı olarak yaşıyoruz; kronik yorgunluk, öfke hali gibi...”

(Acil servis hemşiresi, DH, 47 yaş)

“Alanda çalışan ihtiyacının fazla olması sebebiyle oryantasyon süresinin kısa olması ya da hiç oryantasyon sürecini yaşamadan doğrudan alanda çalışmaya başlanması nedeniyle zorluklar yaşanıyor..”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 31 yaş)

Soru formuna göre acil servis birimlerine yönelik eğitim almak istenilen konular; hemşireler tarafından “temel ve ileri yaşam desteği, mavi kod müdahale bilgileri, iletişim, simülasyon” olarak ifade edildi.

“Stresle baş edebilme teknikleri eğitimlerini düzenli almak isterdim.”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 27 yaş)

“Yeni görülen vakalarla ilgili simülasyon eğitimleri almak iyi olurdu.”

(Acil servis hemşiresi, EAH, 32 yaş)

Soru formuna göre acil serviste triyaj karar verme uygulamalarının daha etkin hale getirilmesi için verilen öneriler aşağıdaki şekilde listelendi:

- Detaylı ve uygulamalı eğitimler verilmelidir.
- Acil servislere yönelik eksikliklerin belirlenerek ihtiyaca yönelik eğitimler verilmelidir.
- Sürekli eğitim etkinlikleri düzenli sürdürülmelidir.
- Acil servis ekibinin ve hemşiresinin rollerine yönelik halk eğitimleri yapılmalıdır.
- Acil servis ekibine ve hemşirelere triyaj eğitimleri verilmelidir.
- Acil servislere yönelik eğitim materyalleri geliştirilmelidir.

- *Triyaj yapılan yerin hastane yönetimleri tarafından fiziksel koşulları düzeltilmelidir” şeklinde ifade edildi.*

“Belirli aralıklarla acil servis alanına yönelik hatırlatıcı eğitimler verilmeli, hastalık tanı ve tedavilerle ilgili değişen konularda ve stresle başetme ile ilgili eğitimler verilmeli..”

(Acil servis hemşiresi, DH, 36 yaş)

4.3. Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanteri Skorlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin Triyaj Karar Verme Envanteri skorlarına ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-4: Acil Servis Hemşirelerinin Ölçekten Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar (N=239)

Ölçek ve alt boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart sapma
Trijaj Karar Verme Envanteri	75,00	218,00	174,24	22,99
• <i>Bilişsel özellikler</i>	14,00	42,00	33,18	5,33
• <i>Deneyim</i>	14,00	66,00	53,81	7,42
• <i>Sezgi</i>	13,00	42,00	32,82	4,98
• <i>Eleştirel düşünme</i>	24,00	72,00	54,44	9,04

Tablo 4-4’te çalışmaya katılan hemşirelerin Triyaj Karar Verme Envanterinden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde *Bilişsel özellikler* alt boyutundan $33,18 \pm 5,33$, *Deneyim* alt boyutundan $53,81 \pm 7,42$, *Sezgi* alt boyutundan $32,82 \pm 4,98$ ve *Eleştirel düşünme* alt boyutundan da $54,44 \pm 9,04$ puan aldıkları belirlendi. Acil servis hemşirelerinin ölçekten toplam olarak $174,24 \pm 22,99$ puan aldıkları bulundu (Tablo 4-4).

4.4. Kullanılan Ölçeğin Örneklemdeki Güvenirliğinin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerden veri toplamada kullanılan Triyaj Karar Verme Envanterinin örneklemdeki güvenirliliğini test etmek üzere yapılan iç tutarlılık analizi sonuçlarına yer verildi.

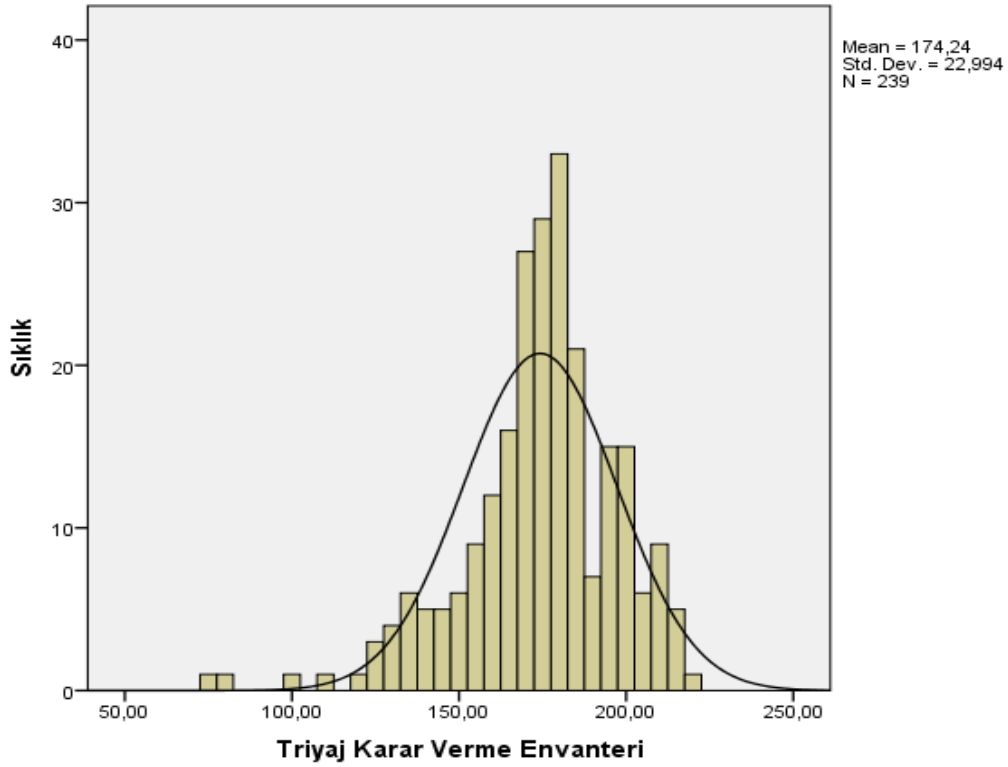
Tablo 4-5: Ölçeklerin Örneklemdeki Güvenirliklerine İlişkin Bulgular (N=239)

Ölçekler ve alt boyutlar	Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı değeri
Trijaj Karar Verme Envanteri	,936
• <i>Bilişsel özellikler</i>	,792
• <i>Deneyim</i>	,879
• <i>Sezgi</i>	,678
• <i>Eleştirel düşünme</i>	,869

Trijaj Karar Verme Envanteri ve alt boyutlarında en düşük tutarlılığın gözlemlendiği alt boyutun *Sezgi* (α : ,678), en yüksek tutarlılığın söz konusu olduğu alt boyutun ise *Deneyim* olduğu (α : ,879), ölçeğin bütünü için ise hesaplanan Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısının ise ,936 olduğu belirlendi (Tablo 4-5).

4.5. Acil Servis Hemşirelerinin Ölçek Skorlarının Normal Dağılıp Dağılmadığının Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan hemşirelerin Triyaj Karar Verme Envanteri skorlarının normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek üzere yapılan testlerin sonuçlarına yer verildi.



Şekil 4-1: Triyaj Karar Verme Envanteri İçin Normal Dağılım Grafiği

Şekil 4-1’de sırasıyla Triyaj Karar Verme Envanteri skorlarının örneklemdeki dağılımlarının histogram grafiği görüldü. Buna göre verilerin normal dağıldığı söylenebilir. Ayrıca Tablo 4-6’da ölçek skorlarının normal dağılıp dağılmadığını değerlendirmek üzere yapılan Saphiro Wilk testlerinden elde edilen Skewness değeri ile hesaplanan varyans katsayısı da ölçek skorlarının normal dağıldığını teyit etmekte idi. Sadece Kurtosis değeri 2’nin üzerindedir ancak normal dağılımı sağlayan diğer koşulların sağlandığı düşünüldüğünde ihmal edilebilir (Tablo 4-6).

Tablo 4-6: Acil Servis Hemşirelerinin Ölçekten ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanlar

Ölçek	Shapiro-Wilk	Varyans katsayısı	Skewness	Standart hatax2	Kurtosis	Standart hatax2
Trijaj Karar Verme Envanteri	,948	13,19	-,959	,157	2,238	,314

4.6. Acil Servis Hemşirelerinin Ölçek Skorlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde acil servis hemşirelerinin “Triyaj Karar Verme Envanteri” skorlarının hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ile eğitim gereksinimlerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtların dağılımına göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırıldı.

Tablo 4-7: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Kişisel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (N=239)

											Triyaj Karar Verme Envanteri		
Değişkenler			Gruplar		Bilişsel özellikler		Deneyim		Sezgi		Eleştirel düşünme		
					Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	
Cinsiyet	Kadın (n:179)		33,27	4,95	53,8	6,62	33,1	4,9	53,7	8,64	173,9	21,2	
					4		0	3	3		5	2	
	Erkek (n:60)		32,88	6,38	53,7	9,46	31,9	5,0	56,5	9,94	175,1	27,8	
					2		7	9	5		2	2	
			Test	t=,490		t=,114		t=1,530		t=2,104		t=,340	
			p=	0,625		0,909		0,127		0,036*		0,734	
Medeni durum	Evli (n:86)		34,62	4,79	55,1	7,42	33,5	4,8	56,5	9,49	179,7	22,9	
					3		0	0	0		4	2	
	Bekar (n:153)		32,37	5,47	53,0	7,33	32,4	5,0	53,2	8,60	171,1	22,5	
					7		3	6	8		5	2	
			Test	t=3,190		t=2,071		t=1,597		t=2,675		t=,361	
			p=	0,002**		0,039*		0,112		0,008**		0,005**	
Öğrenim düzeyi	SML (n:21)		32,10	5,97	51,7	8,18	30,6	6,0	53,7	9,41	168,1	25,3	
					6		2	9	1		9	7	
	Ön lisans (n:30)		33,90	6,97	54,6	11,3	33,2	5,8	56,2	11,9	177,9	32,8	
					3	6	3	9	0	8	7	7	
	Lisans (n:174)		33,13	4,97	53,9	6,30	32,9	4,4	54,3	8,33	174,4	20,1	
					8		4	9	9		3	7	
Çocuk sahibi olma durumu	Lisansüstü (n:14)		33,86	5,07	53,0	8,88	33,6	6,4	52,4	10,1	173,0	27,8	
					7		4	8	3	9	0	1	
					KW=5,92								
	Test	KW=2,405		KW =5,506		5		KW=3,121		KW=3,838			
			p=	0,493		0,138		0,115		0,373		0,280	
Çocuk sahibi olma durumu	Var (n:58)		35,74	4,17	56,2	6,08	34,0	4,9	57,4	8,65	183,5	20,2	
					8		9	4	7		7	8	
	Yok (n:181)		32,35	5,41	53,0	7,64	32,4	4,9	53,4	8,97	171,2	23,0	
					2		1	4	7		5	6	
			Test	t=4,366		t=2,955		t=2,251		t=2,977		t=3,640	
			p=	<0,001***		0,003**		0,025*		0,003**		<0,001***	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student t testi, SML: Sağlık Meslek lisesi, OL: Ön Lisans, KW: Kruskal Wallis testi, p: anlamlılık düzeyi *p<0,05, **p<,001, ***p<,001

Tablo 4-7’de hemşirelerin “**Triyaj Karar Verme Envanteri**” ve alt boyutlarından edindikleri skorların kişisel özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, cinsiyete göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda ise sezgi alt boyutu dışındaki alt boyutlarda ve ölçek bütününde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) bulundu. Tüm alt boyutlarda ve envanter bütününde evlilerin bekarlardan daha yüksek skor aldıkları belirlendi. Aynı tabloda hemşirelerin öğrenim düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Çocuk sahibi olma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda ise tüm alt boyutlarda ve envanter toplamında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve çocuk sahibi olanların olmayanlara göre daha yüksek skor aldıkları belirlendi (Tablo 4-7).

Tablo 4 8: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-I (N=239)

Değişkenler	Gruplar	Bilişsel özellikler		Deneyim		Sezgi		Eleştirel düşünme		TKVE	
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Hemşire olarak çalışma süresi	0-5 yıl (n:152) ^a	31,54	5,33	52,03	7,91	31,46	4,99	52,02	9,04	167,05	23,21
	6-10 yıl (n:39) ^b	35,56	4,24	56,13	5,51	34,62	3,76	58,23	7,43	184,54	17,22
	11-15 yıl (n:48) ^c	36,42	3,79	57,56	4,86	35,65	4,17	59,02	7,39	188,65	15,51
	Test	F=23,701		F=13,745		F=18,220		F=17,061		F=24,931	
	p=	<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***	
		a<b,c		a<b,c		a<b,c		a<b,c		a<b,c	
Kurumda çalışma süresi	0-5 yıl (n:184)	34,62	4,79	55,13	7,42	33,50	4,80	56,50	9,49	179,74	22,92
	6 yıl ve üzeri (n:55)	32,37	5,47	53,07	7,33	32,43	5,06	53,28	8,60	171,15	22,52
	Test	t=3,190		t=2,071		t=1,597		t=2,675		t=,361	
	p=	0,002**		0,039*		0,112		0,008**		0,005**	
	0-1 yıl (n:81) ^a	31,68	5,66	52,21	7,57	31,80	4,67	50,67	9,38	166,36	23,33

Acilde çalışma süresi	1-5 yıl (n:115) ^b	32,80	4,95	53,2 7	7,40	32,4 0	5,08	55,11	8,20	173,5 8	21,7 3
	6 yıl ve üzeri (n:43) ^c	37,00	3,74	58,2 8	5,28	35,8 4	4,14	59,74	7,45	190,8 6	16,5 7
Kurum	Test	F=16,403		F=10,825		F=10,809		F=16,721		F=18,381	
	p=	<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***	
		a,b<c		a,b<c		a,b<c		a<b<c		a,b<c	
Kadro	EAH (n:21)	33,44	5,23	54,1 6	7,70	32,4 7	4,90	54,93	9,31	175,0 0	23,3 5
	Devlet (n:14)	32,83	5,47	53,3 7	7,05	33,2 6	5,08	53,81	8,68	173,2 6	22,6 0
	Test	t=,887		t=1,210		t=,579		t=,816		t=,948	
	p=	0,376		0,228		0,563		0,415		0,344	
	Kadrolu (n:58)	35,24	4,71	56,1 8	5,65	34,6 6	4,60	57,37	8,39	183,4 5	19,1 8
	Sözleşmeli (n:181)	31,38	5,21	51,7 6	8,14	31,2 2	4,76	51,90	8,84	166,2 6	23,1 0
	Test	t=5,972		t=4,929		t=5,659		t=4,884		t=4,902	
	p=	<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***		<0,001***	
Test	t=4,612		t=2,899		t=3,488		t=3,299		t=3,860		
p=	<0,001***		0,004**		,014*		0,001**		<0,001***		
Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student t testi, EAH: eğitim ve araştırma Hastanesi, TKVE: Triyaj Karar Verme Envanteri, KW: Kruskal Wallis testi, p: anlamlılık düzeyi *p<0,05, **p<,001, ***p<,001											

Tablo 4-8’de hemşirelerin “**Trijaj Karar Verme Envanteri**” ve alt boyutlarından edindikleri skorların mesleki özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, ilk olarak hemşire olarak çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ($p < ,001$), hem alt boyutlarda hem de ölçek bütününde 0-5 yıl süredir hemşire olarak çalışanların hem 6-10 yıl hem de 11 yıl ve üzeri süredir çalışanlardan daha düşük skor aldıkları belirlendi. Kurumda çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda ise sadece *sezgi* alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p > 0,05$), diğer alt boyutlarda ve envanter toplamında ise 0-5 yıl süredir aynı kurumda çalışanların 6 yıl ve üzeri süredir çalışanlardan daha yüksek skor aldıkları saptandı ($p < 0,05$). Hemşirelerin acilde çalışma sürelerine göre envanterden ve alt boyutlarından aldıkları skorlar karşılaştırıldığında ise yine hemşire olarak çalışma süresinde olduğu gibi istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ($p < ,001$), *eleştirel düşünme* alt boyutu dışındaki alt boyutlarda ve envanter toplamında 0-5 yıl süredir çalışanların 6 yıl ve üzeri süredir çalışanlardan daha düşük skor aldıkları belirlendi. *Eleştirel düşünme* alt boyutunda ise 0-1 yıl süredir çalışanların 1-5 yıl süredir çalışanlardan, onların da 6 yıl ve daha uzun süredir acilde çalışan hemşirelerden daha düşük skor aldıkları belirlendi.

Hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmazken, tüm alt boyutlarda ve envanter toplamında kadrolu çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farkla ($p<,001$) daha yüksek skor aldıkları tespit edildi (Tablo 4-8).

Tablo 4-8: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Diğer Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması-II (N=239)

Değişkenler	Gruplar	Bilişsel özellikler		Deneyim		Sezgi		Eleştirel düşünme		TKVE	
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Acil seviyesi	Seviye 1 (n:23) ^a	30,74	6,74	50,7	8,1	28,7	4,0	53,48	10,40	163,6	25,6
				0	9	0	0			1	5
	Seviye 2 (n:80) ^b	33,30	4,86	54,1	6,5	34,3	4,6	53,54	8,14	175,3	20,8
				6	7	8	2			8	1
	Seviye 3 (n:136) ^c	33,51	5,27	54,1	7,6	32,6	4,9	55,13	9,31	175,3	23,4
				3	8	0	3			8	5
Mesleği isteyerek seçme	Test	KW=3,746		KW=3,395		KW=30,166		KW=1,963		KW=4,735	
	p=	,154		,183		<0,001***		,375		,094	
						a<b<c					
	Evet (n:156)	33,59	5,26	54,5	7,5	33,3	4,9	55,03	9,08	176,4	22,8
				1	1	2	4			5	0
Acili isteyerek seçme	Hayır (n:83)	32,40	5,41	52,4	7,0	31,8	4,9	53,34	8,92	170,1	22,9
				9	9	7	5			0	2
	Test	t=1,651		t=2,017		t=2,164		t=1,377		t=2,047	
	p=	0,100		0,045*		0,032*		0,170		0,042*	
	Evet (n:161)	33,74	5,61	54,5	7,7	33,1	5,0	56,12	8,97	177,5	23,7
Acil sertifikası olma				8	7	4	5			8	6
	Hayır (n:78)	32,01	4,53	52,2	6,3	32,1	4,8	50,97	8,20	167,3	19,7
				3	9	4	0			6	4
	Test	t=2,550		t=2,315		t=1,487		t=4,406		t=3,287	
	p=	0,012*		0,021*		0,139		<0,001***		,001**	
Acilde çalışmaktan memnun olma	Evet (n:186)	36,04	4,34	56,3	6,0	34,3	4,7	57,98	8,71	184,7	20,5
				8	8	0	2			0	7
	Hayır (n:53)	32,36	5,32	53,0	7,6	32,3	4,9	53,43	8,90	171,2	22,8
				8	1	9	9			6	3
	Test	t=4,612		t=2,899		t=3,488		t=3,299		t=3,860	
Acilde çalışmaktan memnun olma	p=	<0,001***		0,004**		,014*		0,001**		<0,001***	
	Evet (n:165)	33,70	5,38	54,3	7,4	33,0	4,9	55,24	8,96	176,3	23,0
				3	7	4	0			2	0
	Hayır (n:74)	32,00	5,08	52,6	7,2	32,3	5,1	52,65	9,02	169,6	22,4
				5	1	1	5			1	4
	Test	t=2,302		t=1,629		t=1,050		t=2,064		t=2,102	
	p=	0,022*		0,105		,295		0,040*		0,037*	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student t testi, EAH: eğitim ve araştırma Hastanesi, TKVE: Triyaj Karar Verme Envanteri, KW: Kruskal Wallis testi, p: anlamlılık düzeyi * $p<0,05$, ** $p<,001$, *** $p<,001$

Tablo 4-9’da ilk olarak hemşirelerin “**Triyaj Karar Verme Envanteri**” ve alt boyutlarından edindikleri skorların çalıştıkları acil seviyesine göre karşılaştırılmasından elde edilen bulgular incelendiğinde, sadece *sezgi* alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), birinci düzey acilde çalışanların ikinci düzeydekilerden, onların da üçüncü düzeydekilerden daha düşük skor aldıkları saptandı. Mesleği isteyerek seçme, acili isteyerek seçme ve acil sertifikası olma durumuna göre alınan envanter ve alt boyut skorları karşılaştırıldığında mesleği isteyerek seçenlerin seçmeyenlere göre *deneyim* ve *sezgi* alt boyutları ile envanter toplamından istatistiksel olarak anlamlı farkla ($p<0,05$) daha yüksek skor aldıkları saptandı. Acil servisi isteyerek seçenlerin seçmeyenlerden, sertifika sahibi olanların da olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklarla ($p<0,05$; $0,01$; $0,001$) envanter bütününde ve tüm alt boyutlarında daha yüksek skor aldıkları belirlendi. Son olarak acilde çalışmaktan memnun olma durumuna göre hemşirelerin aldıkları envanter ve alt boyut skorları karşılaştırıldığında *bilişsel özellikler* ve *eleştirel düşünme* alt boyutları ile envanter toplamında acilde çalışmaktan memnun olanların olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı farkla ($p<0,05$) daha yüksek skor aldıkları saptandı (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden ve Alt Boyutlarından Aldıkları Ortalama Puanların Eğitim Gereksinimlerine İlişkin Görüşlerine Göre Karşılaştırılması (N=239)

Değişkenler	Gruplar	Bilişsel özellikler		Deneyim		Sezgi		Eleştirel düşünme		TKVE	
		Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Trijajda yeterli olma durumu	Evet (n:168)	34,24	5,17	55,09	7,29	33,60	5,02	56,38	8,54	179,30	22,08
	Hayır (n:71)	30,65	4,88	50,79	6,85	30,97	4,41	49,86	8,58	162,27	20,67
	Test	$t=4,997$		$t=4,241$		$t=3,826$		$t=5,382$		$t=5,552$	
	p=	$<0,001^{***}$		$<0,001^{**}$		$<0,001^{**}$		$<0,001^{***}$		$<0,001^{**}$	
Trijaj eğitimi alma	Evet, aldım (n:105)	35,11	4,87	55,89	7,04	33,98	5,12	56,47	8,46	181,45	21,51
	Hayır, istemedim (n:134)	31,66	5,21	52,19	7,32	31,90	4,69	52,85	9,19	168,60	22,61
	Test	$t=5,243$		$t=3,943$		$t=3,265$		$t=3,124$		$t=4,455$	
	p=	$<0,001^{***}$		$<0,001^{**}$		$0,001^{**}$		$0,002^{**}$		$<0,001^{**}$	

Katıldığı sürekli eğitim	Var (n:33)	35,30	5,34	55,	6,5	34,	6,0	56,0	7,8	181,	22,
				55	0	67	3	0	3	52	10
	Yok (n:206)	32,83	5,27	53,	7,5	32,	4,7	54,1	9,2	173,	22,
				53	3	52	4	9	1	08	97
	Test	t=2,494		t=1,450		t=2,320		t=1,068		t=1,969	
	p=	0,013*		0,148		0,021*		0,286		0,050	
Temel yaşam desteği eğitimi gereksinimi	Var (n:122)	32,57	5,83	53,	7,5	32,	5,0	53,1	9,2	171,	24,
				17	9	62	5	4	5	51	05
	Yok (n:117)	33,80	4,71	54,	7,2	33,	4,9	55,7	8,6	177,	21,
				48	0	02	2	9	5	09	57
	Test	t=1,790		t=1,364		t=,611		t=2,290		t=1,887	
	p=	0,075		0,174		0,542		0,023*		0,060	
İleri kardiyak destek eğitimi gereksinimi	Var (n:138)	32,82	5,48	53,	7,5	32,	5,0	52,9	9,2	171,	23,
				08	2	79	7	9	4	67	55
	Yok (n:101)	33,66	5,12	54,	7,1	32,	4,8	56,4	8,4	177,	21,
				81	8	85	8	3	1	75	84
	Test	t=1,210		t=1,792		t=,094		t=2,952		t=2,032	
	p=	0,227		0,074		0,925		0,003**		0,043*	
EKG Değerlendirme eğitimi gereksinimi	Var (n:152)	33,23	5,48	53,	7,7	33,	4,8	54,3	8,7	174,	23,
				77	6	26	4	0	4	56	56
	Yok (n:87)	33,08	5,11	53,	6,8	32,	5,1	54,6	9,6	173,	22,
				89	2	03	6	9	0	69	10
	Test	t=,208		t=,115		t=1,844		t=,323		t=,281	
	p=	0,835		0,908		0,066		0,747		0,779	
Afet planlama organizasyon eğitimi gereksinimi	Var (n:116)	34,10	5,49	54,	7,1	33,	4,7	56,0	9,1	178,	23,
				53	0	45	2	2	1	09	20
	Yok (n:123)	32,30	5,52	53,	7,6	32,	5,1	52,9	8,7	170,	22,
				14	7	22	6	5	5	61	29
	Test	t=2,644		t=1,449		t=1,917		t=2,653		t=2,544	
	p=	0,009**		0,149		0,056		0,009**		0,012*	
İleri travma ve yaşam desteği eğitimi gereksinimi	Var (n:123)	33,50	5,38	53,	7,3	33,	4,8	54,1	8,7	174,	22,
				80	5	07	9	1	3	49	91
	Yok (n:116)	32,84	5,28	53,	7,5	32,	5,0	54,7	9,3	173,	23,
				82	1	54	8	8	9	98	18
	Test	t=,955		t=,015		t=,822		t=,572		t=,169	
	p=	0,340		0,988		0,412		0,568		0,866	

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, t: Student t testi, EAH: eğitim ve araştırma Hastanesi, TKVE: Triyaj Karar Verme Envanteri, KW: Kruskal Wallis testi, p: anlamlılık düzeyi *p<0,05, **p<,001, ***p<,001

Tablo 4-10’da hemşirelerin “Trijaj Karar Verme Envanteri” ve alt boyutlarından edindikleri skorların eğitim gereksinimlerine ilişkin görüşlerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, triyajda yeterli olduğunu ifade edenlerin etmeyenlerden, triyaj eğitimi alanların da almayanlardan tüm alt boyutlarda ve envanter toplamında istatistiksel olarak anlamlı farklarla (p< 0,05; 0,01; 0,001) daha

yüksek skor aldıkları belirlendi. Katıldığı sürekli eğitim programı olan hemşirelerin *bilişsel özellikler* ve *sezgi* alt boyutlarında olmayanlardan, temel yaşam desteği eğitimi gereksinimi olduğunu ifade edenlerin *eleştirel düşünme* alt boyutunda etmeyenlerden, ileri kardiyak destek eğitimi gereksinimi olduğunu belirtenlerin *eleştirel düşünme* alt boyutu ile envanter toplamında belirtmeyenlerden ve son olarak afet planlama organizasyon eğitimi gereksinimi olduğunu ifade edenlerin de *bilişsel özellikler*, *eleştirel düşünme* alt boyutları ile envanter toplamında etmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı farklılıklarla ($p<,05$; $<,001$) daha yüksek skor aldıkları saptandı. Diğer değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). (Tablo 4-10).



5. TARTIŞMA

Acil serviste çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi için gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular;

5.1. Acil servis hemşirelerinin kişisel ve mesleki özelliklerine ilişkin bulgular

5.2. Acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin bulgular

5.3. Acil servis hemşirelerinin Triage Karar Verme Envanteri skorlarına ilişkin bulgular

5.4. Acil servis hemşirelerinin ölçek skorlarının kişisel ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular doğrultusunda dört başlık altında literatür doğrultusunda tartışıldı.

5.1. Acil Servis Hemşirelerinin Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin kişisel özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları $29,07 \pm 6,29$ olarak belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğu kadın, bekar, çocuksuz ve lisans mezunu idi. Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin çoğunluğu hem kurumlarında hem de mesleklerinde beş yıl ve daha az sürede çalışma süresine sahip hemşireler idi (Tablo 4-1). Hasta sirkülasyonu ve sağlık profesyoneli gereksiniminin fazla olduğu acil servis birimlerinde, Covid-19 pandemisinin etkisiyle artan hemşire gereksinimi ile birlikte yeni mezun ya da mesleklerinin başlarında olan hemşirelerin görevlendirildiklerini literatürde destekleyen çalışmalar mevcuttur (Erenler, 2007; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Aydoğan, 2019; Kovancı ve Atlı Özbaş, 2022). Birçok araştırmada acil servis, yoğun bakım gibi hemşire sirkülasyonunun ve ihtiyacının yoğun olduğu özellikli/özel birimlerde yeni mezun hemşirelerin görevlendirildiği anlaşılmakta idi (Çalışkan, 2010; Aydoğan, 2019). Acil servislerin kurum politikalarının etkisiyle hem yoğun ve karmaşık hem de diğer servislere oranla hemşirelerin daha çok stresörle karşı karşıya kaldıkları birimler olması sebebiyle genç, aktif, çocuk sahibi olmayan, yeni mezun genellikle yaş ortalaması düşük hemşirelerin çalıştığı birimler olduğu araştırmalarla desteklendiği görüldüğünde bu bulgu beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin mesleki özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun hem kurumda (%77,0) hem de meslekte (%63,6) çoğunlukla beş yıl ve daha kısa süredir çalıştığı, acil serviste ise sıklıkla beş yıldan daha az süredir çalışma yılına sahip olduğu belirlendi. Araştırmaya katılan acil servis hemşirelerinin çoğunluğunun acil serviste çalışmaktan memnun oldukları saptandı (Tablo 4-2). Literatür incelendiğinde hemşirelerin mesleklerinin ilk yıllarında memnuniyet düzeyleri yüksekken meslekteki çalışma süreleri arttıkça memnuniyet düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Bu duruma çalışırken yaşanan olumsuz deneyimler, hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda kendilerini değerli hissetmemeleri, mesleki doyumun yetersiz olması, ekonomik nedenler, stresli çalışma ortamı, iş yükünün fazla olması gibi iş yaşam kalitesini düşüren durumlar neden olarak gösterilmektedir (Ulupınar Alıcı ve Serbest, 2010; Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Yakıt ve Uyurdağ, 2017). Erenoğlu ve arkadaşlarının (2019) iş yaşamı kalitesini etkileyen etmenler ile ilgili yaptığı çalışmada çalışma yılı arttıkça hemşirelerin mesleki doyumunun azaldığı, tükenmişlik durumlarının arttığı ve sonucunda mesleki memnuniyet düzeylerinin düştüğü sonucuna ulaşıldı (Erenoğlu ve ark., 2019). Araştırmanın bulguları ilgili literatürle paralellik göstermekte olup hemşirelerin mesleğe yeni başlamaları ve çalışma yaşamlarının henüz ilk yıllarında olmaları sebebiyle memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu düşündüren sevindirici bir bulgudur. Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin çoğunluğu eğitim araştırma hastanelerinde sözleşmeli devlet memuru olarak çalışmakta idi. Kamu hastanelerine yapılan atamalar hasta kapasitesi ve çalışan ihtiyacı fazlalığı sebebiyle çoğunlukla eğitim araştırma hastanelerine yapılmakta ve çalışanlar sözleşmeli olarak 3 yıl süre ile çalışmakta, 4. yıllarında kadroya tabi olmaktadırlar (Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011). Bu bilgi ile birlikte değerlendirildiğinde örneklem grubunun acil servis hemşirelerinin mesleki özelliklerini temsil ettiği söylenebilir. Acil servis hemşirelerinin çoğunluğunun mesleği ve acil servisi isteyerek seçtiği belirlendi. Hemşirelerin çoğunluğunun acil sertifikası olmamasına rağmen acil serviste çalışmaktan memnun olması olumlu bir bulgu olarak değerlendirildi. Hemşirelerin kurumda çalışma yılının az olmasına rağmen acil serviste çalışmaktan memnun olmaları iş motivasyonlarının yüksek olduğunu düşündürdü. Mesleği isteyerek yapmak en önemli motivasyon kaynaklarından biridir. Motivasyon kaybı yaşandığında yapılan işe olan ilginin düşmesi, işi geliştirme düşüncesi ve mesleki becerilerin köreleceği ortaya çıkmaktadır. Kuruma yapılan taleplerin ve

beklentilerin karşılanamaması çalışanlar üzerinde işe olan motivasyonlarının kaybı ile kendini göstermektedir. Bu bilgiler ile değerlendirildiğinde araştırmanın bulguları, örneklem grubunu oluşturan hemşirelerin iş motivasyonlarının ve mesleki sevgilerinin yüksek olduğunu düşündüren sevindirici bir bulgu olarak yorumlandı.

5.2. Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesine ilişkin bulgular incelendiğinde; çoğunlukla ve sırasıyla “İleri kardiyak destek eğitimi”, “EKG değerlendirme eğitimi”, “İleri travma ve yaşam desteği eğitimi”, “Temel yaşam desteği eğitimi” konularında kendilerini geliştirmeye gereksinim duydukları saptandı. McGrath ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada acil servis hemşirelerinin birime özgü hizmet içi eğitim almadıkları için hastaların EKG sonuçlarını yeterli derecede değerlendiremedikleri ve triyaj yaparken kendi kararlarına karşı güven eksiklikleri yaşadıkları sonucuna varıldı (McGrath ve Sampson, 2018). Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında ise; Sutriningsih ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada acil servis hemşirelerinin triyaj kararını verme sürecini etkileyen EKG sonuçlarını değerlendirme, ileri yaşam ve travma desteği konularında eğitim gereksinimi duydukları sonucu elde edildi (Sutriningsih ve ark., 2020). İrelend ve arkadaşlarının (2020) yürüttükleri bir başka çalışmada acil servis hemşirelerine verilen temel ve ileri yaşam desteği eğitimi öncesi ve sonrası bulguları karşılaştırıldığında, eğitim sonrası acil servis hemşirelerinin kendilerine olan güvenlerinin, uygulamadaki başarılarının ve iş doyumlarının arttığı saptandı. Aynı çalışmada acil servisteki müdahaleler incelendiğinde; vakalar üzerinde daha az uygulama yapılan ve daha az vaka ile karşılaşılacak kurumlarda çalışan acil servis hemşirelerinin hizmet içi eğitimlere daha çok gereksinim duydukları sonucuna ulaşıldı (İrelend ve ark., 2020). Verilen sürekli eğitimlerin çalışanlar üzerinde olumlu etkisini gösteren literatür çalışmalarına rastlanması araştırma sonuçlarını desteklemekte ve hemşirelerin öncelikli eğitim gereksinimlerini ortaya koymaktadır. Sonuçlar, mesleğe yeni başlayan ve hemşireliğin ilk yıllarında olan acil servis hemşirelerinin bilgi, beceri ve mesleki yeterliliklerini sağlamak için acil servis birimlerinde yeni işe başlayan hemşirelere verilen oryantasyon eğitimlerinde ileri yaşam desteği, ileri kardiyak destek, EKG değerlendirme gibi konulara daha fazla ağırlık verilmesi, hatırlatıcı eğitimlerle konuların pekiştirilmesi ve birime özgü

hatırlatma ve geliştirme eğitimlerinin, iletişim ve psikolojik dayanıklılık gibi sürekli eğitimlerin planlanması gerektiğini düşündürdü. Acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimleri incelendiğinde, “*Afet planlama ve organizasyonu eğitimi*”ne gereksinim duymadıkları saptandı. Bu sonucun çalışma verilerinin toplanma sürecinin Covid-19 pandemisi sürecine denk gelmiş olması ile ilişkili olduğu düşünüldü. Covid-19 pandemi sürecinde acil servisler, kriz ve afet durumlarına özgü eğitimlerin yaygınlaştığı, afet yönetiminin en sık yapıldığı, afet durumunda ilk başvurulacak birimler idi. Bu süreçte hemşireler diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte pandemi gibi afet durumlarında mesleki rol, görev, yetki ve sorumluluklarına yönelik pek çok zorunlu eğitimlere katılmışlar idi. Bu nedenle acil servis hemşirelerinin pandemi ve afet sürecini deneyimlemeleri nedeniyle bu konuda eğitim gereksinimi duymadıkları düşünüldü.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerini derinlemesine belirlemeye yönelik oluşturulan yarı yapılandırılmış soru formunda yer alan açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hemşirelerin mesleki eğitimlerinin dışında “*İletişim*” ve “*Stresle başetme*”, “*Kriz Yönetimi*” gibi konularda da eğitim gereksinimi duydukları saptandı. Ayrıca hemşireler acil birime özgü hizmet içi eğitimlerin düzenli olarak tekrarlanması, eğitim başlıkları ve içeriklerinin aynı olmasına özen gösterilmesi, kullanılan eğitim materyallerinin eğitim verilecek bireylere hitap edecek türden seçilmesine gereksinim olduğunu ifade etti. Sutriningsih ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada acil servis hemşirelerinin triyaj kararını verme sürecini etkileyen faktörlerden diğerleri iletişim ve stresle mücadele olarak saptandı. Sungur ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da paralel sonuçlar ortaya koymuş ve hemşirelerin daha spesifik, gereksinimlere yönelik hizmetiçi eğitimler alması gerektiğini belirtti. Seyhan’ın (2020) yaptığı çalışmada acil servis hemşirelerinin eğitim içeriklerinin farklı yöntemlerle çeşitlendirilerek deneyimleme imkanı sunan eğitim programlarına gereksinim olduğu görüldü. Yapılan çalışmalar doğru bir triyajın sadece teorik bilgiye sahip olmak ile değil aynı zamanda iyi bir iletişim yeteneğine, triyajı yönetmedeki liderlik becerisine, acil birim koşullarına hızlı adapte olabilme, stres ve baskı altında dayanıklılık sağlayarak karar verme becerisine sahip olmak ile sağlanabileceğini göstermektedir (Aslan ve ark., 2021). Sağlık bakım kuruluşlarında yaşamsal müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda stres ve psikolojik baskının hasta ve hasta yakınlarının hissettiği kadar sağlık personellerinde de görülebileceği çalışma verilerinde görülmektedir. Araştırma sonuçları ilgili literatür ile birlikte değerlendirildiğinde araştırmanın farklı bir

noktaya ışık tuttuğunu gösteren dikkat çekici bir bulgu olup, gerçekleştirilecek sürekli eğitim programlarının acil servislerin dinamikleri ve acil servis hemşirelerinin gereksinimleri göz önünde bulundurularak birime özgü mesleki beceriler ile birlikte iletişim, stresle başetme, kriz yönetimi gibi konulara ağırlık verilmesi gerektiğini düşündürdü.

5.3. Acil Servis Hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanteri Skorlarına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin kullanılan ölçekte iç tutarlılığı en düşük alt boyutun “*Sezgi*”, en yüksek alt boyutun “*Deneyim*” ve “*Eleştirel düşünme*” alt boyutu olduğu ve ölçek alt boyutlarının iç tutarlılığının yüksek güvenilirliğe sahip olduğu görüldü. Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanteri bütününde aldıkları puan değerlendirildiğinde hemşirelerin triyajda ortanın üzerinde karar verme becerisine sahip olduğu bulundu ($174,24 \pm 22,99$) (Tablo 4-4). Yaman Aktaş ve Küçük Alemdar’ın (2017) acil servislerde çalışan sağlık çalışanlarının triyaj karar verme düzeylerini belirlemeye yönelik çalışmasında hemşirelerin triyaj karar verme ölçeğinden aldığı toplam puan ortalamasının benzer şekilde ortanın üstünde olduğu bulundu ($177,08 \pm 17,83$) (Yaman Aktas ve Kucuk Alemdar, 2017). Kaya ve Yalnız’ın (2012) acil servis hemşireleriyle yaptığı araştırmada hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyleri orta düzeyde bulundu (Kaya ve Yalnız, 2012). Moon ve arkadaşlarının (2019) acil servis hemşireleri ve hekimlerinin triyaj kararı doğruluğunun ve yanlışlarının nedenlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada acil servis hemşirelerinin triyaj doğruluğu yüksek bulunup yanlış triyaj oranının düşük olduğu saptandı (Moon ve ark., 2019). Mulyadi ve arkadaşlarının (2022) Covid-19 pandemi sürecinde acil servis hemşirelerinin triyaj deneyimlerini incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada acil servis hemşirelerinin Dünya genelinde yeni ortaya çıkan, sürecin başında hastalığa yönelik yeterli bilgilere tam olarak sahip olunamayan Covid-19 pandemisine rağmen triyaj doğruluklarının, yoğun hasta akışı ve yoğun stres ile mücadele etme oranlarının yüksek olduğu saptandı (Mulyadi ve ark., 2022). Araştırma sonuçları literatür ile birlikte değerlendirildiğinde, Covid-19 pandemi sürecine ve acil birimlerinin hasta yoğunluğuna rağmen acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin ortanın üstünde çıkması olumlu bir sonuç olarak değerlendirildi. Acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimleri dikkate alındığında hemşirelerin triyajda karar verme becerilerinin daha fazla yükselebileceğini düşündürmesi araştırma sonuçları umut vericidir.

5.4. Acil Servis Hemşirelerinin Ölçek Skorlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin “*Triyaj Karar Verme Envanteri*” ölçek skorlarının kişisel ve mesleki özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde (Tablo 4-7; Tablo 4-8; Tablo 4-9); triyaj karar verme durumunun cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 4-7). Girot’un (2000) yeni mezun ve deneyimli hemşirelerin ve hemşirelik lisans öğrencilerinin eleştirel düşünme ve klinik karar verme düzeyleri üzerine yaptıkları çalışmasında cinsiyet değişkeninin karar verme üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görüldü. Araştırma sonuçları ölçek toplamında cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermemesine rağmen erkek acil servis hemşirelerinin ‘Eleştirel Düşünme’ alt boyutunda fark oluşturacak düzeyde yüksek puan aldığı görüldü. Hemşirelik mesleğinde Ocak 2007’de resmi gazetede yayımlanan “Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile değiştirilmiştir (Resmi Gazete. Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 nolu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun). Böylece 2007’de yapılan yasal düzenlemeler ile hemşirelikte cinsiyet ayrımı ortadan kalkmış ve böylece günümüzde erkekler, yasal olarak hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilmektedir. Kaya ve arkadaşlarının (2011) Türkiye’de erkek imgesine yönelik yaptıkları çalışmada toplumdaki bireylerin büyük bir kısmının erkek hemşirelerin yoğun bakım, ameliyathane ve acil gibi özel alanlarda çalışması gerektiğini ifade etmekte idi. Egeland ve Brown (1989) erkek hemşirelerin yönetim ve eğitim işlerinde veya yoğun bakım, acil gibi bazı özel alanlarda daha başarılı olacaklarını belirtmişler idi. Dönmez’in (2019) yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerini incelediği araştırmasında cinsiyet değişkeninin fark oluşturmamasına rağmen erkek hemşirelerin karar verme beceri puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bu bilgiler araştırma sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde; acil servis gibi özel birimlerde erkek hemşirelerin eleştirel düşünme becerilerinin yüksek olması umut verici bir bulgu olarak değerlendirildi.

Çalışmada çocuk sahibi olma durumuna ve medeni duruma göre yapılan karşılaştırmalarda; çocuk sahibi olanların olmayanlara göre, evlilerin bekarlara göre karar verme düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi. Literatür incelendiğinde medeni duruma göre karşılaştırmalarda farklı araştırma sonuçları görüldü. Bazı çalışmalarda anlamlı bir fark varken bazı çalışmalarda fark bulunamadığı saptandı. Kartal’ın (2020) hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararına etkisinin araştırıldığı çalışma

sonucunda ‘sezgi’ alt boyutunda bekar hemşirelerin evli hemşirelere göre daha yüksek puan elde ettiği ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilemediği görüldü (Kartal, 2020). Yitik Aras’ın (2019) acil servis hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışma bulgularında bekarların evlilerden daha yüksek ölçek puanı aldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı sonucuna varıldı (Yetik Aras, 2019). Ersoy’un (2020) yaptığı çalışmada evli olan hemşirelerin bekar hemşirelere göre iş doyumlarının daha yüksek olduğu sonucuna varıldığı gibi, bazı çalışma sonuçlarında da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamadı (Erol ve ark, 2012; Bahar, 2015; Elçioğlu, 2021). Bu durumda Ersoy’un araştırma bulgularının, çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olduğu görüldü (Ersoy, 2020). Sonuçlar, hemşirelerin iş yaşamındaki mesleki rollerinin dışında hayatlarında anne-baba rolleri, eş rolleri gibi farklı rollere sahip olmalarının getirdiği sorumlulukların mesleki yaşamda karar alma becerisini geliştirdiğini, bireylerin karar verme durumlarını etkilediğini düşündürdü.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin öğrenim düzeylerine göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi. Triyaj karar verme envanterinden alınan toplam puanlar incelendiğinde, önlisans ve lisans mezunlarının karar verme düzeylerinin sağlık meslek lisesi mezunlarından daha yüksek olduğu görüldü. Lisans mezunu olmayan acil servis hemşirelerinin işe daha erken yıllarda başlamaları nedeniyle çalışma yıllarının fazla olması ve deneyim sürelerinin artması, önlisans mezunu hemşirelerin puanlarının diğer öğrenim düzeylerine göre yüksek çıkmasına neden olduğunu düşündürdü. Literatür incelendiğinde elde edilen bulguların aksine farklı sonuçlara ulaşan araştırmalara da rastlandı. Öztürk ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada eğitim düzeylerinin arttıkça hemşirelerin iş motivasyonunun arttığı sonucuna varıldı (Öztürk ve ark., 2019). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; eğitim düzeyi lisans ve üstü olan hemşirelerin triyaj karar verme durumlarının ve doğruluğunun lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı saptandı (Bal ve Gürkan, 2018; Küçükoğlu ve ark., 2017; Yetik Aras, 2019; Sungur, 2009). Çalışmamızda lisans mezunu acil servis hemşireleri sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerden daha yüksek puan almalarına rağmen önlisans mezunu hemşirelerden az da olsa daha düşük puan almıştı. Lisansüstü mezunu acil servis hemşirelerinin az da olsa lisans mezunu hemşirelerden daha düşük puan almasının, acil servis hemşirelerinin sahip

oldukları teorik bilgi birikimlerinin ve deneyimlerinin yarattığı farklılığa dayandığı düşünüldü.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında çok ileri düzeyde farklılık olduğu ($p < ,001$) 0-5 yıl süredir hemşire olarak çalışanların 6 yıl ve üzeri süredir çalışanlardan daha düşük puan aldıkları belirlendi. Literatür incelendiğinde; Sutriningsih'nin (2020) acil servis hemşirelerinin triyaja ilişkin algılarının araştırıldığı çalışmasında eğitim düzeyinin, sahip olunan bilgi düzeyinin, deneyimin triyaja yönelik karar vermede önemli faktörler olduğu görüldü ve deneyimli acil servis hemşirelerinin anlamlı bir farkla triyaj karar verme düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı (Sutriningsih, 2020). Almarzooq'ın (2020) yapmış olduğu çalışmada triyaj bilgisi ve hemşirelik deneyim süresi arasında olumlu bir ilişki saptandı, acil servisteki çalışma süresi arttıkça hemşirelerin triyaj konusunda bilgi düzeylerinin arttığı sonucu elde edildi (AlMarzooq, 2020). Girot'un (2000) mezun ve çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada gruplar arasında eleştirel düşünme alt boyutunda önemli bir fark olmazken, çalışma süresi fazla olan hemşirelerin karar verme alt boyutunda anlamlı farkla yüksek puan aldığı ortaya koyuldu. Literatürde çalışmamız sonucunun aksine triyaj kararı vermede deneyim süresinin uzunluğundan çok olgusal bilginin daha önemli olduğu başka çalışmalara da rastlandı (Considine ve ark., 2007; Jordi ve ark., 2015). Literatür ile birlikte değerlendirildiğinde sonuçlar, bazı çalışma bulgularıyla farklılık gösterse de çoğunlukla literatürle paralellik göstermekte olup sevindirici ve beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi. Deneyim ve bilgi, triyaj yaparken karar verme anında hemşireye yolu aydınlatan güçlü bir ışıktır. Bu doğrultuda hemşirelerin çalışma süresinin arttıkça karar verme düzeylerinin arttığı görülmektedir. Deneyim ve bilginin triyaj karar verme üzerindeki etkisini incelemek için daha çok derinlemesine nitel çalışmalara ihtiyaç olduğu ancak bu faktörlerin triyaj kararı üzerinde öncelikli etkileri olduğu düşünüldü.

Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin aynı kurumda çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda "*Triyaj Karar Verme Envanteri*"'den 0-5 yıl süredir aynı kurumda çalışanların, 6 yıl ve üzeri süredir çalışanlardan daha yüksek puan aldıkları saptandı ($p < 0,05$). Literatürdeki yapılan çalışmalara bakıldığında; Çalışkan'ın (2010) yaptığı çalışmada aynı kurumda çalışma yılı arttıkça çalışma motivasyonunun, içsel ve dışsal doyum düzeyinin düştüğü saptandı (Çalışkan, 2010). Literatürde de benzer sonuçlara rastlanmakta (Çelik, 2016; Gülerbaşı İleri, 2007) olup, bu sonuçlar aynı

kurumda uzun süredir çalışan hemşirelerin iş yükünün fazla olması, çalışılan kurumdan memnun olmaması, mesleğe karşı ümitsizlik taşıması, kurumdaki sıkılması, motivasyon eksikliği yaşaması gibi nedenlere bağlı isteksizlik oluşturduğunu ve karar verme üzerinde olumsuz etki edebileceğini düşündürdü (Bayat ve Uslu, 2016; Oyur Çelik ve Kıyan, 2009; Söyük ve Arslan Kurtuluş, 2017). Bu noktada sonuçlar, aynı kurumda kurum ve çalışan arasındaki iletişim problemlerinin yaşanabileceği, düzenlenmemiş ya da yetersiz içeriğe sahip eğitimlerin olabileceği, aynı kurumda çalışan hemşirelerin çalıştıkları kurumda güven hissinin oluşamayabileceği, eğitim gereksinimlerinin belirlenememesi gibi nedenleri düşündüren önemli bir bulgu olarak değerlendirildi.

Çalışmada acil servis hemşirelerinin, acil servislerde çalışma sürelerine göre triyaj karar verme envanterinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar karşılaştırıldığında ise hemşire olarak çalışma süresinde olduğu gibi istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ($p < .001$), 0-5 yıl süre acil servis birimlerinde çalışan hemşirelerin 6 yıl ve üzeri süredir çalışanlardan daha düşük puan aldıkları belirlendi. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; Karaçay ve Sevinç'in (2007) yaptığı çalışmada acil servis hemşirelerinin acil servislerde çalışma yılının arttıkça triyaj kararı vermede kendilerine olan güvenin arttığı, triyaj kararını daha rahat verebildikleri saptandı. Hemşire olarak çalışma sürelerinin, acil servis hemşiresi olarak çalışma sürelerinin, kurumda çalışmaktan memnun olma durumunun, acil servis biriminde çalışmaya istekli olma durumunun ve acil servis hemşiresi sertifikasına sahip olma durumunun triyaj karar verme durumu üzerinde olumlu yönde etki bıraktığı sonucuna sahip çalışmalara rastlandığı gibi (AlMarzooq, 2020; Bal ve Gürkan, 2018; Chen ve Chen, 2010; Duko ve Geja, 2019; Yaman Aktas ve Kucuk Alemdar, 2017; Reay ve Smith-MacDonald, 2020; Sutriningsih, 2020; Wolf ve Delao, 2013) deneyimin tek başına triyaj kararı üzerinde önemli bir etkisinin saptanamadığı çalışma bulgularına da rastlandı (Considine ve ark., 2007). Çetin ve Eray'ın (2020) üçüncü basamak acil servislerde çalışan hemşirelerin triyaj kararının doğruluğunu etkileyen faktörlerin araştırıldığı çalışmasında, acil serviste çalışma süresi ve triyaj yapma sayısının artması ile doğru triyaj kararlarının verilme oranının arttığı saptandı (Cetin ve Eray, 2020). Considine ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada 1982-2005 yılları arasındaki hemşirelik, triyaj, doğruluk kararları, triyaj deneyimi, bilginin triyaja etkisi ile alakalı çalışmalar incelenerek deneyimin tek başına triyaj kararı üzerinde etkili olmadığı, deneyimin bilgi ile birlikte triyaj karar verme üzerinde önemli bir etki yaratabileceği bulgusu saptandı (Considine ve ark., 2007). Bu doğrultuda

literatürden elde edilen bulgular çalışma bulgularını destekler nitelikte olup, sonuçlar meslekte artan çalışma sürelerinin daha fazla tecrübe kazanmayı sağladığını ve mesleki bilgi, deneyim, inisiyatif alma ve özgüven gibi özelliklere olumlu yönde katkı yaptığını düşündürdü. Acil servislerde karşılaşılan hasta sayısının artması ve acil servis hemşirelerinin yeni bir hastalık ile karşı karşıya kalması hemşirelerin bilgi birikiminin artmasına, bilgi, beceri ve deneyiminin artmasına imkan tanır. Acil servis birimlerinde yeni çalışmaya başlayan hemşirelerin daha az vaka görmesi, özel bir birime olan uyum sürelerinin uzun olması gibi nedenler acil serviste çalışma süresi fazla olan hemşirelerin karar verme becerilerinin yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir. Her an yoğunluğu değişken olabilen ve karşı karşıya kalınacak vaka çeşidi bilinmeyen acil servisler için triyajda doğru karar verme becerisine sahip olmanın literatür ile birlikte değerlendirildiğinde mesleki bilgi, beceri ve deneyimin artması ile mümkün olabileceği düşünüldü.

Çalışmada acil servis hemşirelerinin çalıştıkları kuruma göre yapılan karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmazken, kadrolu çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı farkla ($p<,001$) daha yüksek puan aldıkları saptandı. Literatürde bazı çalışmalarda kadrolu veya sözleşmeli çalışan hemşirelerin karar verme durumları incelendiğinde çalıştıkları kuruma göre anlamlı bir fark bulunmazken (Erenler, 2007) bazı çalışmalarda ise sözleşmeli çalışan hemşirelerin ölçek puanları daha yüksek bulundu (Kelleci ve Gölbaşı, 2004). Yapılan bir çalışmada sözleşmeli çalışan hemşirelerin stres yaşama düzeyi kadrolu hemşirelerden yüksek çıktı (Çevik, 2018). Stresin, hemşirelerin çalışma hayatındaki iş kazalarının artmasına, karar verme becerilerinin azalmasına ve iş doyumunun azalmasına sebep olduğu literatürde öne çıkmakta idi (Bircan, 2014). Meslek yaşamındaki stresin yönetilmesi, stresle baş edebilme yöntemlerinin öğretilmesi, çalışma ortamlarının düzenlenmesi ve standart eğitimlerin dışında gruba yönelik özel eğitimlerin yapılmasının acil servis hemşirelerinin klinik karar vermeleri üzerinde olumlu etkisinin olduğu çalışmalar bulunmaktadır (Elder ve ark., 2020). Kamuda sağlık politikaları kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde kadrolu çalışan olabilmek için ataması yapılan hemşirelerin en az 3 yıl süresince sözleşmeli olarak çalışması gerekmektedir. Bu sebeple kadrolu çalışanlar, sözleşmeli çalışanlara oranla daha çok deneyim süresine sahiptirler. Hemşirelerin çalışma süresinin triyaj karar verme becerisini etkilediği sonucu düşünüldüğünde kadrolu hemşirelerin karar verme becerilerinin anlamlı

derecede yüksek puan alması beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi. Kadro türünün triyaj karar verme becerisini fark oluşturacak şekilde etkilemesinin bir başka sebebinin de kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışan acil servis hemşirelerinin arasında mali, sosyal ve güvenlik gibi özlük hakları açısından varolan farklılıklar olabileceği düşünüldü. Bu konuda yapılacak yeni çalışmalara gereksinim olduğu sonucuna varıldı.

Çalışmada acil servis seviyesine göre karşılaştırmalardan elde edilen bulgular incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p>0,05$) bulunmazken, sadece Sezgi alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), birinci düzey acil serviste çalışan hemşirelerin ikinci düzeydekilerden, onların da üçüncü düzeydekilerden daha düşük puan aldıkları saptandı. “*Triyaj Karar Verme Envanteri*”ni Türkçe’ye uyarlayan Küçük Alemdar ve arkadaşları ‘sezgi’ alt boyutunu ‘iyi yargılama yapabilirim’ şeklinde ifade etmektedir (Küçük Alemdar ve ark., 2015). Birinci seviye acil servis birimlerinin; ilçe ve küçük ölçekli devlet hastanesi konumunda temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği sağlayabilen, yoğun bakım gerektirmeyen hasta/yaralı bakımı veya takiplerinin yapıldığı acil servisler olduğu düşünüldüğünde, triyaj karar verme envanter puanlarının diğer acil servis birimlerine göre düşük çıkması beklenen bir sonuç olarak değerlendirildi. İkinci ve üçüncü seviye acil servisler, özel dal ve eğitim-araştırma hastanelerinde bulunan, komplike, ağır vakaların ve ileri tetkik ve tedavilerin yapıldığı birimler olması nedeniyle hemşirelerin karar verme becerilerinin daha önemli olduğu birimlerdir. Sonuçlar, acil seviyelerine göre anlamlı fark bulunmasa da ikinci ve üçüncü seviye acil birimlerde çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin yüksek olması sevindirici bir bulgu olarak değerlendirildi. Başka bir açıdan ele alındığında araştırma veri toplama sürecinin Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi nedeniyle acil servislere başvuruların acil servis seviyesine bakılmaksızın çoğunlukla Covid-19 şikayetine bağlı yakınmalara sahip hastalar tarafından yapılması dolayısıyla sonuçların anlamlı fark oluşturmadığı da söylenebilir.

Çalışmada mesleği isteyerek seçme, acil servisi isteyerek seçme ve acil sertifikasına sahip olma durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda; mesleği isteyerek seçenlerin seçmeyenlerden, acil servisi isteyerek seçenlerin seçmeyenlerden, sertifika sahibi olanların olmayan acil servis hemşirelerinden istatistiksel olarak anlamlı farklarla ($p< 0,05$; $0,01$; $0,001$) daha yüksek puan aldıkları belirlendi. Acil serviste çalışmaktan memnun olma durumuna göre gruplar karşılaştırıldığında; acil serviste çalışmaktan memnun olanların olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı farkla ($p<0,05$) daha yüksek

puan aldıkları saptandı. Literatür incelendiğinde; Kebapçı ve arkadaşlarının (2011) çalışma ortamının acil servis hemşirelerinin tükenmişlik düzeyine etkisini incelemek için yaptığı çalışmada mesleği isteyerek seçen hemşirelerin istemeyerek seçen hemşirelere göre, acil servislerde çalışmayı isteyen hemşirelerin istemeyenlere göre iş doyumunun yüksek olduğu, tükenmişlik düzeylerinin azalmasında mesleği ve çalıştığı birimi sevmenin oldukça etkili olduğu sonucuna ulaşıldı (Kebapçı ve Akyolcu, 2011). Çağan'ın (2012) yaptığı çalışmada hemşirelerin istedikleri alan ve kurumda çalışıyor olmalarının hemşirelerin iş motivasyonunu ve işteki başarılarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varıldı (Çağan, 2012). Yapılan bazı çalışmalarda hemşirelik mesleğini isteyerek seçmiş olmak ile profesyonellik arasında anlamlı ilişki bulunduğu saptandı. Mesleği isteyerek ve severek yapan hemşirelerin iş motivasyonları artarken, profesyonel tutumlarının olumlu olacağı böylece hemşirelerin mesleki gelişimini sürdürerek sunulan hasta bakımının kalitesinin artacağı saptandı (Çalışkan, 2010; Kaynak ve ark., 2018). Hemşirelik birçok stresör faktörün yer aldığı çalışma koşullarına sahip, iş yükü fazla ve çalışma temposu yoğun olan bir meslektir. Mesleği sürdürebilmenin en önemli koşullarından biri mesleği severek ve isteyerek yapmak, diğeri ise istekliliğinin devamını ve iş motivasyonunu sağlamaktır. Bu bilgiler ile birlikte değerlendirildiğinde çalışmada elde edilen bulgular, acil servislerin zor ve yıpratıcı çalışma şartlarına rağmen bu birimi kendi istekleri ile seçen ve memnun olan acil servis hemşirelerinin karar verme becerilerinin yüksek olduğunu gösteren sevindirici bir sonuç olarak değerlendirildi. Sonuçlar, acil servis hemşirelerinin doğru triyaj uygulamalarının ve karar verme becerilerinin artırılması için acil birimi isteyen, mesleği severek seçen ve acil servis üzerine uzmanlaşmak için sertifika ve eğitimler alan hemşirelerin sayısının artırılması gerektiğini gösterdi. Bu özelliklere sahip hemşirelerin acil birimlerde görevlendirilmesi hemşirelerin kendine olan güvenini, meslekteki profesyonelliğini, olumsuz çalışma koşulları ile başedebilme gücünü olumlu yönde etkileyecek, bu gelişme de doğru triyaj kararlarına, bakımın kalitesinin artmasına ve hasta memnuniyetine yansımaktır.

Çalışmada triyajda yeterli olduğunu ifade eden acil servis hemşirelerinin etmeyenlerden, triyaj eğitimi aldığını ifade eden acil servis hemşirelerinin almayanlardan istatistiksel olarak anlamlı farklarla ($p < 0,05$; $0,01$; $0,001$) daha yüksek puan aldıkları belirlendi. Delvenaz ve arkadaşlarının (2018) hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada rol oynama, düz anlatım ve örnek olay yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen triyaj senaryo eğitimi öncesi ve sonrası test puanlarında önemli fark olduğu görüldü. Tüm

gruplarda senaryo çalışmaları sonrası hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeylerinde olumlu değişim görüldüğü sonucuna varıldı. Aynı çalışmada öğrenen merkezli öğretim yöntemlerinin kullanımının eğitimin etkinliğini ve kalıcılığını arttırdığı sonucuna varıldı. Acil servislerde aşırı yoğunluğun azaltılmasında triyaj hemşiresinin rolünün incelendiği sistematik bir çalışmada; 1971-2011 yılları arasında yapılan 14 çalışma incelendi, triyaj hemşirelerine eğitim verildikten sonra bekleme sürelerinde anlamlı bir azalış (ortalama 37 dk.) olduğu tespit edildi (Rahmati ve ark., 2013). Literatüre bakıldığında çalışma bulgularını destekleyen, hemşirelere verilen triyaj eğitimlerinin triyaj yeterliliği ve becerileri üzerinde olumlu yönde katkı sağladığı birçok çalışmaya rastlandı (Duko ve Geja, 2019; Reay ve ark., 2020). Triyajda yeterli olmak için triyaj eğitimi almanın ve bu eğitimleri sürekli hale getirmenin önemi büyüktür. Literatürde bu eğitimlerin simülasyon, standardize hasta, örnek olay, rol oynama vb. yöntemlerle ve yenilikçi öğretim materyalleri (sanal gerçeklik, video vb.) ile zenginleştirilerek verilmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (Chow ve ark., 2022; Hu ve ark., 2021; Luigi Ingrassia ve ark., 2015; Uriarte ve ark., 2017; Wolf, 2008). Yapılan birçok çalışmada triyaj eğitimi almış hemşirelerin yaptığı triyajın, bekleme süresi ve güvenilirliği açısından diğer sağlık profesyonellerine göre daha etkili olduğu gözlenmektedir. Araştırmanın sonuçları literatür ile birlikte değerlendirildiğinde triyaj eğitiminin önemsenmesini, lisans ve mezuniyet sonrası sürekli eğitimlerde triyajdaki yenilikler hakkında düzenli bilgilendirilmelerin yapılmasını göstermesi açısından önemli ve sevindirici bir bulgu olarak değerlendirildi.

Çalışmada katıldığı sürekli eğitim programı olan acil servis hemşirelerinin olmayanlardan '*bilişsel özellikler*' ve '*sezgi*' alt boyutundan, temel yaşam desteği eğitimi gereksinimi olduğunu ifade edenlerin etmeyenlerden '*eleştirel düşünme*' alt boyutundan, ileri kardiyak destek eğitimi gereksinimi olduğunu belirtenlerin belirtmeyenlerden ölçek toplam puanından ve son olarak afet planlama organizasyon eğitimi gereksinimi olduğunu ifade edenlerin de etmeyenlerden ölçek toplamından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklarla ($p<0,05$; $<0,001$) daha yüksek puan aldıkları saptandı. Reisi ve Saberipour'un (2019) acil servis hemşirelerinin bilgi düzeyleri ve uygulamalarına ilişkin yaptıkları çalışma, acil servis hemşirelerinin triyaj ilkelerine ilişkin farkındalıkları arasında anlamlı bir fark olduğu ve triyaja ilişkin eğitim, seminer ve canlandırma eğitimlerine katılan, klinik deneyimi fazla olan hemşirelerin ölçekten yüksek puan aldıkları görüldü ve anlamlı bir fark yarattığı sonucuna ulaşıldı (Reisi ve Saberipour, 2019). Paramedik öğrencileri ile

simülasyon yöntemi ile triyaj eğitiminin değerlendirilmesine yönelik test öncesi ve sonrası sonuçlar incelendiğinde, öğrencilerin sanal simülasyon ve senaryo çalışmaları ile aldığı afet simülasyonu eğitiminin triyaj karar verme düzeylerini arttırdığı bulundu (Demir, 2020). Orkun'un (2020) intörn hemşirelik öğrencilerinin triyaj uygulama becerilerine yönelik yaptığı araştırmaya göre simülasyon ve senaryo çalışmaları ile verilen triyaj eğitiminin etkinliğini ve öğrencilerin beceri puanlarının artışı belirledi (Orkun, 2020). Araştırmamızın sonuçları literatürle paralellik kurmakta olup mezuniyet öncesi ya da mezuniyet sonrası verilen triyaj eğitimlerinin acil servis hemşirelerinin bilgi düzeylerini ve eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini olumlu yönde etkilediğini gösteren sevindirici bir bulgudur. Ayrıca eğitim gereksinimleri incelendiğinde; afet planlama ve organizasyon eğitimi gereksinimi duyan hemşirelerin triyaj karar verme puanlarının anlamlılık oluşturacak şekilde yüksek olduğu görüldü. E-öğrenme ve simülasyon gibi yenilikçi yöntemlerle gerçekleştirilen sürekli eğitimlerin farklı afet yönetimi alanlarında karar verme, triyaj ve hasta yönetimindeki performansı değerlendirmek için etkili bir yol olduğunu literatürde belirtilmektedir (Farra ve ark., 2014; Jonson ve ark., 2017; Mastoras ve ark., 2022). Bu durum, araştırma verilerinin Covid-19 pandemi sürecinde toplanması ve yaşanan herhangi olağanüstü salgın vb. durumlarda başvurulacak ilk yerin acil servisler olması sebebiyle hemşirelerin afet planlamasına yönelik farkındalıklarının yüksek olduğunu düşündürdü. Ayrıca sonuçlar, acil servis hemşirelerinin birime özgü (ileri travma ve yaşam desteği, EKG değerlendirme vb.) eğitim gereksinimlerinin karşılanarak triyaj karar verme becerilerinin geliştirilebileceğini gösterdi. Triage uygulamalarının sistematik olarak uygulanması ve hasta güvenliğinin sağlanması için hemşirelerin triyaj kavramı ve triyaj uygulamaları ile ilgili yeterli becerilere sahip olması ve güncel uygulamaları, gelişmeleri takip etmeleri gerekmektedir. Acil servis hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenerek gereksinimlere özgü sürekli eğitim programlarının arttırılması, değerlendirilmesi ve farklı yöntem ve araçlarla zenginleştirilmesi bir zorunluluktur. Böylece gereksinimler doğrultusunda triyaja yönelik kararların zamanında uygulanmasına, acil bakım girişimlerinin etkin şekilde sunulmasına, mortalite oranlarının azalmasına önemli katkı sağlanmış olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil serviste çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesini amaçlayan çalışmamızda elde edilen sonuçlar; acil serviste çalışan hemşirelerin triyaj karar verme becerilerinin ortanın üzerinde olduğunu, acil servis birimlerine yönelik özel (temel yaşam desteği, EKG değerlendirme, ileri yaşam desteği ve travma, triyaj, stresle baş etme, kriz yönetimi vb.) eğitimlere, hatırlatma eğitimlerine ve hizmet içi eğitimlere gereksinim olduğunu, hemşirelerin triyaj karar verme becerisini medeni durumun, çocuk sahibi olma durumunun, hemşire olarak çalışma süresinin, aynı kurumda çalışma süresinin, acilde çalışma süresinin, kadro türünün etkilediğini gösterdi. Ayrıca sonuçlar, mesleği isteyerek seçme, acil servisi isteyerek seçme, acil sertifikasına sahip olma ve acilde çalışmaktan memnun olma durumunun hemşirelerin triyaj karar verme becerisini etkilediğini, öğrenim düzeyinin, kurum türünün, acil birim seviyesinin etkilemediğini gösterdi.

- Çalışmaya 239 acil servis hemşiresinin katıldığı; yaş ortalamalarının $29,07 \pm 6,29$ çoğunluğunun kadın (%74,9), bekar (%64,0), çocuksuz (%75,7) ve lisans mezunu (%72,8) olduğu belirlendi.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin hem kurumda, hem de meslekte çoğunlukla beş yıl ve daha kısa süredir, acilde ise sıklıkla 1-5 yıl aralığında çalıştığı belirlendi.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde sözleşmeli olarak çalıştığı belirlendi. Çoğunluğunun üçüncü seviye acil birimlerde görev aldıkları, mesleği ve acilde çalışmayı isteyerek seçtikleri bulundu.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin kendilerini triyajda yeterli görüp görmedikleri sorulduğunda çoğunlukla “evet” (%70,3) yanıtı verdikleri, yine çoğunluğunun triyaj eğitimi almadıkları ve almak istedikleri belirlendi.
- Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun katıldığı sürekli eğitim programı olmadığı belirlendi. Hemşirelerin çoğunlukla temel yaşam desteği eğitimi, ileri kardiyak destek eğitimi, EKG değerlendirme eğitimi, stresle baş etme ve ileri travma ve yaşam desteği konularına yönelik eğitimi gereksinimi duydukları belirlendi. Afet planlama ve organizasyonu eğitimine gereksinimlerinin olmadığı saptandı.

- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin Triyaj Karar Verme Envanterinden ortalamanın üstünde $174,24 \pm 22,99$ puan aldıkları, ortanın üstünde triyaj karar verme becerisine sahip oldukları bulundu.
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin cinsiyet ve öğrenim düzeyinden anlamlı düzeyde etkilenmediği, ($p>0,05$), medeni durum, çocuk sahibi olma durumundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiği saptandı ($p<0,05$).
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin hemşire olarak çalışma süresi ve hemşirelerin acilde çalışma süresinden istatistiksel olarak çok ileri düzeyde etkilendikleri saptandı ($p<,001$). Acil servis hemşirelerinin hemşire olarak çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda 11 yıl ve üzeri, acil serviste hemşire olarak çalışma süresine göre yapılan karşılaştırmalarda 6 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin yüksek olduğu belirlendi.
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin çalıştıkları kurumdan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilenmediği, kadrolu ve sözleşmeli çalışma durumlarından istatistiksel olarak çok ileri ve anlamlı düzeyde etkilendiği saptandı. Acil servis birimlerinde kadrolu çalışanların sözleşmeli çalışanlara göre kendilerini triyaj kararı vermede daha yeterli bulduğu sonucuna ulaşıldı.
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin hemşirelerin çalıştıkları acil seviyesinden, sadece ‘sezgi’ alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiği ($p<0,05$), ölçek toplamından etkilenmediği saptandı.
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin mesleği isteyerek seçme, acili isteyerek seçme, acil sertifikasına sahip olma, acil serviste çalışmaktan memnun olma durumlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiği ($p<0,05$) saptandı. Mesleği, acil servisi isteyerek seçmiş olan, acil sertifikasına sahip olan ve acil serviste çalışmaktan memnun olan acil servis hemşirelerinin çoğunlukla katıldıkları sürekli eğitim programlarının olmamasına rağmen triyaj karar verme becerilerinin yüksek olduğu saptandı.

- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin triyajda yeterli olduğunu ifade etme durumundan, triyaj eğitimi alma durumundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiği saptandı. Acil servis hemşirelerinin “Trijaj Karar Verme Envanteri” düzeylerinin sürekli eğitime katılma durumundan ölçek toplamından anlamlı düzeyde etkilenmezken, ‘Bilişsel özellikler’ ve ‘Sezgi’ alt boyutlarında etkilenmekte idi.
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin temel yaşam desteği eğitimi ve ileri yaşam desteği eğitimi gereksinimi olduğunu ifade etme durumundan ‘Eleştirel düşünme’ alt boyutunda, afet planlama organizasyon eğitimi gereksinimi olduğunu ifade etme durumundan ‘Bilişsel özellikler’ ve ‘Eleştirel düşünme’ alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiği saptandı.
- Çalışmaya katılan acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin ileri kardiyak destek eğitimi ve afet planlama organizasyon eğitimi gereksinimi olduğunu ifade etme durumundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilendiği saptandı. Diğer değişkenlere göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etki görülmedi ($p>0,05$).

Araştırmadan elde edilen veriler sonucunda;

- Acil servis hemşirelerinin sahip oldukları bilgi ve becerilerin güncelliğini sağlamak için temel yaşam desteği, ileri kardiyak destek, EKG değerlendirme ve ileri travma yaşam desteği konularını içeren gereksinimlere yönelik hatırlatıcı ve sürekli eğitim programlarının planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve sonuçlarının izlenmesi,
- Acil servis hemşirelerinin doğru triyaj kararı verebilmeleri için gerekli olan etkili iletişim, stresle başetme, kriz yönetimi ve psikolojik dayanıklılık gibi konularda gereksinimlere yönelik hizmet içi eğitimlerin yaygınlaştırılması,
- Acil servislere yeni başlamış yeni mezun veya deneyimli hemşirelere; triyaj karar verme becerileri oluşturacak, oryantasyon ve acil birimine özgü bireyselleştirilmiş ve kuramsal bilgi ile desteklenmiş mesleki beceriler kazandıracak insan-hasta simülasyonu, bilgisayar öğrenme oyunları veya

sanal gerçeklik vb. yenilikçi öğretim yöntem ve materyalleriyle triyaj eğitimlerinin planlanması ve uygulanması,

- Triyaj karar verme becerilerini çalışmamızda deneyimin etkilediği düşünüldüğünde deneyim süresi fazla olan acil servis hemşirelerinin çalışma motivasyonlarını kaybetmemesi adına kariyer basamak stratejileri geliştirilmesi,
- Sağlık kuruluşlarında hemşire yöneticilerin acil servis hemşirelerinin çalışma istekliliklerini ve iş motivasyonlarını sürdürmeyi amaçlayan, tercihen hemşirelerin istediği alanlarda çalışma talep ve beklentilerini dikkate alan tutum sergilemeleri,
- Acil servis birimlerinde çalışan istekliliğinin eğitimlere katılma ve triyaj kararı verme üzerinde çok önemli faktör olduğunun göz önüne alınması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Acosta, A. M., Duro, C. L. M., & Lima, M. A. D. da S. (2012). Activities of the nurse involved in triage/risk classification assessment in emergency services: an integrative review. *Revista Gaúcha de Enfermagem / EENFUFGRS*, **33(4)**, 181–190.

Akdemir, D. (2017). *Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Kaygının, Memnuniyetleri Üzerine Olan Etkisinin Belirlenmesi*, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Akyol G. (2018), *Acil servis hemşiresinin triyaj kararının doğruluğunun ESI sistemi kullanılarak değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Akdeniz Üniversitesi. Antalya.

Akyolcu, N. (2014a). Acil Birimlerde Triyaj. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **15(58)**, 0. <https://doi.org/10.17672/fnhd.94767>

Akyolcu, N. (2014b). Düünden Bugüne Acil Hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **15(60)**, 173–178. <https://doi.org/10.17672/fnhd.33845>

Alemdar, D. K., Özdemir, F. K., & Tüfekci, F. G. (2015). Adaptation of the Triage Decision Making Inventory Into Turkish : Validity and Reliability Study. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **4(4)**, 547–562.

AlMarzooq, A. M. (2020). Emergency Department Nurses' Knowledge Regarding Triage. *International Journal of Nursing*, **7(2)**, 29–44. <https://doi.org/10.15640/ijn.v7n2a5>

ANA (2017). Nursing Continuing Professional Development. Erişim 08.4.2022. <https://www.nursingworld.org/organizationalprograms/accreditation/primary-accreditation/>.

Aslan, R., Şahinöz, S., & Şahinöz, T. (2021). Determination of START triage skill and knowledge levels of Prehospital Emergency Medical Staff: A cross sectional study. *International Emergency Nursing*, **56**(May 2020). <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101004>

Ataseven Tarhan, M., & Akin, S. (2016). Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **3**(2), 170–174.

Aydoğan, Y. (2019). *Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Yeni Mezun Hemşirelerin Öğrenme Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Eğitim Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Bahar, A. (2015). Investigation of Effects of Exposure to Violence and Affecting Factors on Job Satisfaction of Emergency Nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*, **9–12**. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.18189>

Bal, S., & Gürkan, A. (2018). Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Triyaj Bilgilerinin Ve Etkileyen Faktörleri Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2018**(1), 1–12.

Baransel Isır, A., Dülger, H. E., & Yıldırım, C. (2006). Acil Hemşiresinin Görevleri ile Hukuksal ve Etik Sorumlulukları. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **6**(2), 90–96.

Bayat, M., & Uslu, N. (2016). Triaj. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, **2**(3), 42-7.

Bayraktar, A. K., & Karaca Sivrikaya, S. (2018). Nursing Ethics at Emergency Department. *Journal of Education and Research in Nursing*, **15**(1), 57–62. <https://doi.org/10.5222/head.2018.057>

Baziyar, J., Farrokhi, M., & Khankeh, H. (2019). Triage systems in mass casualty incidents and disasters: A review study with a worldwide approach. In *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7 (3), 482–494. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.119>

Bijani, M., Rakhshan, M., Fararouei, M., & Torabizadeh, C. (2020). Development and psychometric assessment of the triage nurses' professional capability questionnaire in the emergency department. *BMC nursing*, 19, 82. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00476-0>

Bircan, N. (2014). *Stresin Hemşirelerde Çalışma Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Büyükbayram, A. (2019). *Acil Serviste Ruh Sağlığı Triyaj Yaklaşımının Etkinliği*, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İzmir

Cagan, S. N. (2012). *Performans ve motivasyon arasındaki ilişki: GATA hemşirelik hizmetleri örneği*, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Çalışkan, A. (2010). *Yeni mezun hemşirelerde iş doyumu tükenmişlik ve gerçeklik şokunun incelenmesi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul.

Celik A. (2016). *Hemşirelerdeki motivasyon düzeyinin ekip çalışması üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Cetin, S. B., Eray, O., Cebeci, F., Coskun, M., & Gozkaya, M. (2020). Factors affecting the accuracy of nurse triage in tertiary care emergency departments. *Turkish journal of emergency medicine*, **20(4)**, 163–167. <https://doi.org/10.4103/2452-2473.297462>

Çevik, G. (2018). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Tutumunun Hasta Güvenliği Kültürü Üzerine Etkisi. *Isparta*, **9(4)**, 1–114.

Chen, S. S., & Chen, J. C. (2010). Factors that influence the accuracy of triage nurses' judgement in emergency departments. *Emergency Medicine Journal*, **27(6)**, 451–455. <https://doi.org/10.1136/emj.2008.059311>

Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Triage in der notaufnahme. *Deutsches Arzteblatt*, **107(50)**, 892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>

Chow, M.C.M., Hung, M.S.Y., Chu, J.W.K., Chu, J.W.K., Lam S.K.K. Factors affecting nursing students' intention to use a 3D game to learn field triage skills: a structural equation modelling analysis. *BMC Nurs* **21**, 46 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00826-0>

Considine, J., Botti, M., & Thomas, S. (2007). Do Knowledge and Experience Have Specific Roles in Triage Decision-making? *Academic Emergency Medicine*, **14(8)**, 722–726. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2007.04.015>

Delnavaz, S., Hassankhani, H., Roshangar, F., Dadashzadeh, A., Sarbakhsh, P., Ghafourifard, M., & Fathiazar, E. (2018). Comparison of scenario based triage education by lecture and role playing on knowledge and practice of nursing students. *Nurse Education Today*, **70**, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.006>

Demir, S. (2020). *Paramedik Programı Öğrencilerinin Triage Yönetiminde Görsel Olarak Geliştirilmiş Zihinsel Simülasyonun Etkililiği*. (Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

Dönmez, S. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinin karar verme becerilerinin pozisyon verme ve pozisyon değişimi uygulamalarına etkisinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Duko, B., & Geja, E. (2019). Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawassa, Ethiopia: Cross sectional study. *BMC Research Notes*, **12**(1), 19–22. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4062-1>

Durgun, H., & Kaya, H. (2018). The attitudes of emergency department nurses towards patient safety. *International emergency nursing*, **(40)**, 29–32. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.11.001>

Durmaz, H., & Cebeci, S. P. (2021). Triage Attitude of Health Professionals Who Work in Emergency Services. *Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Triyaj Tutumları*. *Anatolian J Emerg Med*, **4**(2), 72–78.

Egeland, J. W., & Brown, J. S. (1989). Men in nursing: their fields of employment, preferred fields of practice, and role strain. *Health services research*, **24**(5), 693–707

Elçioğlu, A. (2021). *Acil hemşirelerinde iş doyumu ve tükenmişlik durumunun incelenmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Elder, E. G., Johnston, A., Wallis, M., & Crilly, J. (2020). Work-based strategies/interventions to ameliorate stressors and foster coping for clinical staff working in emergency departments: a scoping review of the literature. *Australasian Emergency Care*, **23**(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.aucec.2020.02.002>

Erenler, A. G. (2007). *ACİL Servisi Hemşirelerinin Problem Çözme Becerilerini Algılayışları ile Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki*.

Erenoğlu, R., Tambağ, H., Kabakoğlu, H., & Can, R. (2019). *Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler * Nurses ' Occupational Professional Life Quality and Influencing Factors*. **9(3)**, 181–187.

Erol, A., Akarca, F., & Değerli, V., Sert, E., Delibaş, H., Gülpek, Demet., ve diğerleri. (2012). Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **15**, 103–110.

Ersoy, L. (2020). *Bir Kamu Hastanesi ' Nde Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Ve Yaşam Doyumları İle Ekip*, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Kocaeli.

Farra, S., Nicely, S., Hodgson, E. (2014). Creation of a virtual triage exercise: an interprofessional communication strategy. *Computers, informatics, nursing : CIN*, **32(10)**, 492–496. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000090>

Ghazali, S. A., Abdullah, K. L., Moy, F. M., Ahmad, R., & Hussin, E. O. D. (2020). The impact of adult trauma triage training on decision-making skills and accuracy of triage decision at emergency departments in Malaysia: A randomized control trial. *International Emergency Nursing*, **51(May)**, 100889. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100889>

Giro EA.(2000). Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *J Adv Nurs*;31:288-97

Gülerbaşı İleri, S. (2007). *E Yeni Mezun Hemşirelerin Profesyonel Rollerine Geçiş Süreci algısı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İzmir

Gürler S, Duran L. (2019) Triyaj.Duran L, Editör, *Sheehy'nin Acil Hemşireliği İlkeleri ve Uygulaması (çeviri)*,6. Baskı, Ankara, Palme Yayınevi.; 59-71.

Hu, F., Yang, J., Yang, B. X., Zhang, F. J., Yu, S. H., Liu, Q., Wang, A. L., Luo, D., Zhu, X. P., & Chen, J. (2021). The impact of simulation-based triage education on nursing students' self-reported clinical reasoning ability: A quasi-experimental study. *Nurse education in practice*, 50 , 102949. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102949>

Ireland, S., Marquez, M., Hatherley, C., Farmer, N., Luu, B., Stevens, C., Paul, E., & Mitra, B. (2020). Emergency nurses' experience of adult basic and advanced life support workstations as a support strategy for clinical practice in the emergency department. *Australasian Emergency Care*, 23(2), 77–83. <https://doi.org/10.1016/J.AUEC.2019.11.001>

Jonson, C., Pettersson, J., Rybing, J., Nilsson, H., Prytz, E., (2017), Short simulation exercises to improve emergency department nurses self-efficacy for initial disaster management: Controlled before and after study, *Nurse Education Today*, 55, 20-25. <https://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.020>

Jordi, K., Grossmann, F., Gaddis, G. M., Cignacco, E., Denhaerynck, K., Schwendimann, R., & Nickel, C. H. (2015). Nurses' accuracy and self-perceived ability using the Emergency Severity Index triage tool: A cross-sectional study in four Swiss hospitals. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13049-015-0142-y>

Karaçay, P., & Sevinç, S. (2007). Acil Servislerde Triyaj Uygulaması. *Journalagent.Com*, 4(2), 9–15.

Kartal, Y. (2020). *Acil serviste çalışan hemşirelerin problem çözme becerisinin triyaj kararına etkisi*, Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Acil Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.

Kaya, H., Ulupınar, S., Şenyuva, E., Bodur, G., & Küçük, N. (2010). *Hemşirelikte eğitimsüreci*.298–315. http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/hemsirelik_ao/hemsirelikteegitimsureci.pdf

Kaya, N., Turan, N., Öztürk, A., (2011). Türkiye’de erkek hemşire imgesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **8(1)**, 16-30. Erişim 12.01.2022 <http://www.insanbilimleri.com>

Kaya, N., Bolol N.,Turan N., Kaya H., İşçi Ç., (2011). Kulak Burun Boğaz kliniklerinde çalışan hemşirelerin karar verme stratejileri ve mesleki doyumları. *Fırat Tıp Dergisi*, **16(1)**, 25 - 31.

Kaya, H., & Yalniz, N. (2012). Critical Thinking Dispositions of Emergency Nurses in Turkey: A Cross-Sectional Study. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*, **19(3)**, 198–203. <https://doi.org/10.1177/102490791201900307>

Karadaş, A. , Kaynak, S. , Duran, S. & Ergün, S. (2018). Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Balıkesir Örneği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* , **7 (3)**, 74-80 .

Kebapçı, A., & Akyolcu, N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, **11(2)**, 59–67. <https://doi.org/10.5505/1304.7361.2011.43827>

Kelleci, M., & Gölbaş, Z. (2004). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8(2)**, 1–7.

Kovancı, M. S., & Atlı Özbaş, A. (2022). ‘Young saplings on fire’ newly graduated nurses in the Covid-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, **30(1)**, 15–24. <https://doi.org/10.1111/jonm.13460>

Küçüköğlu, S., Köse, S., Aytekin, A., & Kılıç, T. (2017). Evaluation of the Knowledge of Triage among Nurses Working in Emergency Departments. *Turkish Journal of Pediatric Emergency and Intensive Care Medicine*, **4 (3)**, 116-122, 116–122. <https://doi.org/10.4274/cayd.42714>

Luigi Ingrassia, P., Ragazzoni, L., Carenzo, L., Colombo, D., Ripoll Gallardo, A., Della Corte, F. (2015). Virtual reality and live simulation: a comparison between two simulation tools for assessing mass casualty triage skills. *European journal of emergency medicine : official journal of the European Society for Emergency Medicine*, **22**(2), 121–127. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000132>

Mastoras, G., Farooki, N., Willinsky, J., Dharamsi A., Somers A., Gray A., Yaphe J., Dalseg T., O'Connor, E. (2022). Rapid deployment of a virtual simulation curriculum to prepare for critical care triage during the Covid-19 pandemic. *Can J Emerg Med* . <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00280-6>

McGrath, A., & Sampson, M. (2018). Electrocardiograms: A guide to rhythm recognition for emergency nurses. *Emergency Nurse*, **26** (1), 23–30. <https://doi.org/10.7748/en.2018.e1767>

Moon, S. H., Shim, J. L., Park, K. S., & Park, C. S. (2019). Triage accuracy and causes of mistriage using the Korean Triage and Acuity Scale. *PloS one*, **14**(9), e0216972. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216972>

Mulyadi, M., Dedi, B., Hou, W.- L., Huang, I.- C., & Lee, B.- O. (2022). Nurses' experiences of emergency department triage during the Covid- 19 pandemic in Indonesia. *Journal of Nursing Scholarship*, (54), 15– 23. <https://doi.org/10.1111/jnu.12709>

Nakao, H., Ukai, I., & Kotani, J. (2017). A review of the history of the origin of triage from a disaster medicine perspective. In *Acute Medicine & Surgery*, **4** (4), 379–384. <https://doi.org/10.1002/ams2.293>

Orkun, N., Eşer, İ., & Çelik, G. G. (2017). AcilHemşireliğiTarihi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, **5**(1), 16–25. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/inonusaglik/issue/29401/410861>

Orkun, N., (2020). *Standart hasta yönteminin hemşirelik öğrencilerinin triyaj uygulama becerileri ve özgüvenleri üzerine etkisinin incelenmesi*. (Doktora Tezi) Erişim 05.02.2022, <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/351232>

Oyur Çelik, Gülay Kıyan, Selahattin. (2009). İzmir’de Çalışan Acil Servis Hemşirelerinin Eğitim Gereksinimlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, **9 (2)**, 59–64.

Öztürk, H., Kurt, Y., & Tor, E. (2019). Hemşirelerin Hastanedeki Eğitim Fırsatları , Eğitimlerde Bilgisayar ve Teknoloji Ürünlerini Kullanımına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*, **15**, 69–83.

Pines, J. M., Hilton, J. A., Weber, E. J., Alkemade, A. J., Al Shabanah, H., Anderson, P. D., Bernhard, M., Bertini, A., Gries, A., Ferrandiz, S., Kumar, V. A., Harjola, V. P., Hogan, B., Madsen, B., Mason, S., Öhlén, G., Rainer, T., Rathlev, N., Revue, E., ... Schull, M. J. (2011). International perspectives on emergency department crowding. *Academic Emergency Medicine*, **18(12)**, 1358–1370. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2011.01235.x>

Rahmati, H., Azmoon, M., Kalantari Meibodi, M., & Zare, N. (2013). Effects of Triage Education on Knowledge, Practice and Qualitative Index of Emergency Room Staff: A Quasi-Interventional Study. *Bulletin of emergency and trauma*, **1(2)**, 69–75.

Reay, G., & Smith-MacDonald. (2020). Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study. *International Emergency Nursing*, **48(March)**, 100791. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100791>

Reay, G., Smith-MacDonald, L., Then, K. L., Hall, M., & Rankin, J. A. (2020). Triage emergency nurse decision-making: Incidental findings from a focus group study. *International Emergency Nursing*, **48**, 100791. <https://doi.org/10.1016/J.IENJ.2019.100791>

Reblora, J. M., Lopez, V., & Goh, Y. S. (2020). Experiences of nurses working in a triage area: An integrative review. *Australian Critical Care*, **33(6)**, 567–575. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.01.005>

Reisi, Z., & Saberipour, B. (2019). The level of awareness of the emergency department nurses of the triage principles in teaching hospitals. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, **6**(3), 149–155. <https://doi.org/10.4103/JNMS.JNMS>

Safazadeh, S., Irajpour, A., Alimohammadi, N., & Haghani, F. (2018). Bridging the theory-practice gap in Iranian emergency nursing education. *ARYA Atherosclerosis*, **14**(3), 105–114. <https://doi.org/10.22122/arya.v14i3.1749>

Seyhan, F. K. (2020). *Acil hemşirelerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi*. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Acil Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.

Şimşek, D. Ö. (2018). Triyaj Sistemlerine Genel Bakış Ve Türkiye’de Acil Servis Başvurularını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon İle Belirlenmesi. *Sosyal Güvençe*, **13**, 84–115. <https://doi.org/10.21441/sguz.2018.66>

Söyük, S., & ; Arslan Kurtuluş, S. (2017). Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **6**(4), 44–56.

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

Sutriningsih, A. (2020). Factors affecting emergency nurses’ perceptions of the triage systems. *Journal of Public Health Research*, **9**(2), 85–87. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1808>

Sutriningsih, A., Wahyuni, C. U., & Haksama, S. (2020). Factors affecting emergency nurses’ perceptions of the triage systems. *Journal of Public Health Research*, **9**, 1808. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1808>

Tam, H. L., Chung, S. F., & Lou, C. K. (2018). A review of triage accuracy and future direction 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services. *BMC Emergency Medicine*, **18**(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12873-018-0215-0>

Tatlı, M., & Altıtop, İ. (2017). Acil servis yoğunluğuna farklı bir bakış: anket çalışması. *Journal of Anatolian Medical Research*, **2**(1), 45–57.

T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ (2009) T. C. Resmi Gazete 16.10.2009, 27378 Erişim 02.05.2021, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.html>

T. C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, (2010). T. C. Resmi Gazete 08.03.2010,27515, Erişim22.04.2021 <https://www.saglik.gov.tr/TR,10533/hemsirelik-yonetmeligi.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, (2011). T.C. Resmi Gazete 02.11.2011 Kasım 2011, 28103 (Mükerrer) Erişim10.06.2021, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, (2011). T. C. Resmi Gazete 27515.Erişim22.04.2021, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (20 Şubat 2018) Resmi gazete, sayı 30338.Erişim22.04.2021, <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/15024/0/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebligde-degisiklik-yapilmasina-dair-tebligdocxpdf.pdf>

Temizkan, R. C. (2019). Characteristics of Patients Visiting the Pediatric Emergency Department of a Medical Faculty Hospital. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, **24**(2), 122–131. <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.463388>

Ulupınar Alıcı, S., & Serbest, Ş. (2010). Özel Bir Hastane Grubunda Çalışan Hemşirelerin Kurumdaki Hizmet İçi Eğitim Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **18** (2), 98–105. <https://doi.org/10.17672/fnhd.61165>

Uriarte, A.G., Zúñiga, E.R., Moris, M.U., Ng, A.H. (2017). How can decision makers be supported in the improvement of an emergency department? : A simulation, optimization and data mining approach. *Operations research for health care*, **15**, 102–122. Erişim 13.03.2022 <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2017.10.003>

Uysal, D. (2018). *Hemşirelik Esasları Eğitiminde Stres Yaratan Durumların ve Öğrencilerin Stres Düzeylerinin Belirlenmesi*.Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik ABD, Antalya.

Veliğlu, P., & Oktay, S. (1999) Türkiye’de hemşirelik araştırmalarına tarihsel açıdan farklı bir bakış, *Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, **1**, 3-11, <http://hemarge.org.tr/ckfinder/userfiles/files/1999-vol1-sayi1-34.pdf>

Wolf L. (2008). The use of human patient simulation in ED triage training can improve nursing confidence and patient outcomes. *Journal of emergency nursing*, **34**(2), 169–171. Erişim 26.12.2021 <https://doi.org/10.1016/j.jen.2007.11.005>

Wolf, L., Delao, A. M. (2013). Identifying the educational needs of emergency nurses in rural and critical access hospitals. *Journal of Continuing Education in Nursing*, **44**(9), 424–428. <https://doi.org/10.3928/00220124-20130816-38>

Xu, B., Li, S., Bian, W., Wang, M., Lin, Z., & Wang, X. (2022). Effects of group psychological counselling on transition shock in newly graduated nurses: A quasi-experimental study. *Journal of Nursing Management*, **30**(2), 455–462. <https://doi.org/10.1111/jonm.13506>

Yakıt, E., & Uyurdağ, N. (2017). Hemşirelerin Meslek Yaşantısı Memnuniyetleri ; Diyarbakır İli Örneği. *Sağlık ve Toplum*, **27** (3), 48–55.

Yaman Aktas, Y., & Kucuk Alemdar, D. (2017). Triage Decision-Making Levels of Healthcare Professionals Working in Emergency Departments. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, **16** (3), 92–96. <https://doi.org/10.5152/eajem.2017.96168>

Yetik Aras, A. (2019). *Acil serviste çalışan hemşirelerin eleştirel düşünme eğilimlerinin belirlenmesi*.Yayınlanmış yüksek lisans tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Samsun.

Zachariasse, J. M., Seiger, N., Rood, P. P. M., Alves, C. F., Freitas, P., Smit, F. J., Roukema, G. R., & Moll, H. A. (2017). Validity of the Manchester triage system in emergency care: A prospective observational study. *PLoS ONE*, **12** (2), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170811>

FORMLAR

EK 1: Bilgi Formu

EK 2: Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formu (TDMI)

EK 3: Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



EK 1: Bilgi Formu

Ek 1 BİLGİ FORMU

Sayın meslektaşım;

Bu çalışma Acil Servis hemşirelerinin triyajdaki karar verme becerilerinin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek veriler sadece akademik amaçlı olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızın değerlendirmeye alınması için tüm soruların eksiksiz olarak yanıtlanması ve sadece bir seçeneğin işaretlenmesi gerekmektedir. Sorulara vereceğiniz samimi yanıtlar çalışmaya ışık tutacaktır. Anket formuna ad-soyad bilgilerinizi yazmayınız. Aşağıdaki sorulara en uygun cevabınızı (X) işareti ile belirtiniz. Gösterdiğiniz ilgi ve katılımınız için teşekkür ederim.

Yaşınız:

1. Cinsiyetiniz: () 1. Kadın | () 2. Erkek
2. Medeni Durumunuz: () 1. Evli () 2. Bekâr
3. Evli iseniz çocuk sayısı: () 1. Bir () 2. İki () 3. Üç ve daha fazla
4. Öğrenim durumunuz:
 - () 1. Lise mezunu
 - () 2. Önlisans mezunu
 - () 3. Lisans mezunu
 - () 4. Lisansüstü (YL veya doktora, belirtiniz:.....)
5. Hemşire olarak toplam çalışma süreniz:
 - () 1. 0-5 yıl
 - () 2. 6-10 yıl
 - () 3. 11-15 yıl
 - () 4. 16-20 yıl
 - () 5. 21 yıl ve üzeri
6. Görev yaptığınız hastanedeki çalışma yılınız:
 - () 1. 0-5 yıl
 - () 2. 6-10 yıl
 - () 3. 11-15 yıl
 - () 4. 16-20 yıl
 - () 5. 21 yıl ve üstü
7. Çalıştığınız kurum:
 - () 1. Eğitim araştırma hastanesi
 - () 2. Devlet hastanesi
8. Çalışma kadro şekliniz:
 - () 1. Kadrolu devlet memuru
 - () 2. Sözleşmeli devlet memuru
 - () 3. Diğer (.....)
9. Görev yaptığınız acil servis birimi:
 - () 1. Seviye I (İlçe Devlet Hastaneleri)

- () 2. Seviye II (Her dalda uzmanı olan hastaneler)
 () 3. Seviye III (Eğitim-Araştırma Hastaneleri)

10. Görev yaptığınız acil serviste çalışma süreniz:

- () 1. ≤1 yıl
 () 2. 1-5 yıl
 () 3. 6-10 yıl
 () 4. ≥11 yıl

11. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?

- () 1. Hayır () 2. Evet

12. Acil serviste çalışmayı isteyerek mi seçtiniz?

- () 1. Hayır () 2. Evet

13. Acil servis hemşireliği sertifikanız var mı?

- () 1. Hayır () 2. Evet

14. Acil serviste çalışmaktan memnun musunuz?

- () 1. Hayır () 2. Evet

15. Triyaj konusunda kendini yeterli görme durumunuz:

- () 1. Hayır, görmüyorum.
 () 2. Evet, görüyorum.

16. Triyaj hakkında eğitim alma durumunuz:

- () 1. Hayır, almak isterdim () 2. Evet, aldım.

17. Bireysel gelişiminiz için düzenli olarak katıldığınız sürekli eğitim etkinliği var mı?

- () 1. Hayır
 () 2. Evet (lütfen belirtiniz).....)

18. Çalıştığınız acil serviste hangi konularda öncelikli eğitime gereksinim duyuyorsunuz? Kısaca belirtiniz.

- () 1. Temel yaşam desteği
 () 2. İleri kardiyak yaşam desteği
 () 3. Elektrokardiyografi değerlendirme
 () 4. Afet planlaması ve organizasyonu
 () 5. İleri travma yaşam desteği
 () 6. Diğer (.....)

EK 2: Triyaj Karar Verme Envanterinin Türkçe formu (TDMI)

EK 2 TRIYAJ KARAR VERME ENVANTERİNİN TÜRKÇE FORMU

Değerli katılımcı, bu araştırma sizlerin Triyaj karar verme becerilerinizin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir. Sonuçlar bilimsel bir çalışma için kullanılacaktır. Lütfen kutuların içine x işareti koyarak fikrinizi belirtiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Farklı klinik alanlarla ilgili bilgim vardır.						
2. Bakımla ilgili kararları rahatlıkla verebilirim.						
3. Baskı altında çalışırım ve organizasyonum bozulmaz..						
4. Hasta bakımında öncelikleri belirleyebilirim ve işimi yaparım						
5. Hastalarımın sonuçlarını etkileyecek doğru kararlar alma konusunda kendime güvenirim						
6. Eğer bir hasta arrest olursa, ne yapacağımı bilirim.						
7. Birlikte çalıştığım birinin iyi kararlar almasını sağlayabilirim						
8. Hastalarla iyi iletişim kurarım.						
9. Triyaj kararlarım hakkında olumlu geribildirim alırım. 0,642 Madde						
10. Triyaj kararları almam gerektiğinde bilgiyi sınırlandırabilirim						
11. Tedavi edilinceye kadar hastaların sorumluluğunu alırım.						
12. Hastaların şikayetleri ile kendi değerlendirme bulgularım arasında bağlantı kurabilirim.						
13. Aşırı yoğunluğa rağmen, sakin bir şekilde odaklanabilirim.						
14. Triyaj, hastanın alacağı tıbbi hizmet için ilk izlenimi sağladığından dolayı önemlidir.						
15. Bakımı ilk kimin alması gerektiği konusunda önceliği belirlemede düşüncelerimi yeniden organize edebilirim						
16. Hastanın verdiği öykü ile yaralanmanın mekanizmasını ilişkilendirebilirim.						
17. Çalışanlar ile iyi iletişim kurabilirim.						

18. Karar verirken gerekli olmayan bilgiyi ayıklayabilirim.						
19. İşimi yaparken doğru soruları sormayı bilirim.						
20. İşimle ilgili beceri ve yargılarıma güvenebilirim.						
21. Hata yapmaktan korktuğum için çoğunlukla doktoru ararım..						
22. Hastayı değerlendirirken sorulacak doğru soruları bilmiyorum.						
23. İyi yargılama yapabilirim.						
24. Geçmiş deneyimlerim karar vermeme kolaylaştırır.						
25. Triyaj becerilerime güvenirim						
26. Rahatlıkla triyaj kararları verebilirim.						
27. Doğru triyaj kararları verme becerilerim olduğumu biliyorum.						
28. Kritik olan ve olmayan hastaları ayırt edebilirim.						
29. Triyaj yaparken hangi soruları soracağımı bilirim						
30. Ünitede bulunma nedenleri hakkında hastalarla konuşabilirim.						
31. Hastaya triyaj uygularken, baktığım anda nasıl hastalandığını konusunda iyi bir fikir edinebilirim						
32. Triyaj yaparken kritik hastalar hakkında içgüdüsel bir hisse kapılırım.						
33. Bir kişinin görünüşünden acil bakuma ihtiyacı olup olmadığını söyleyebilirim.						
34. Triyajda bir hastayı ilk değerlendirdiğimde bir şeylerin kötü gideceğini çoğunlukla söyleyebilirim						
35. Bir şeylerin kötü gideceğini hissedirim.						
36. 36: Kitaplardan öğrendiklerim ne olursa olsun, triyaj yaparken hislerime göre hareket ederim.						
37. Kritik hastalar hakkında altıncı bir hissim vardır.						

EK 3: Yarı Yapılandırılmış Soru Formu

EK-3: YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU

1. Acil servis hemşirelerinin hangi becerilere sahip olması gerektiğini düşünüyorsunuz?

.....

.....

.....

.....

.....

2. Triyaj yaparken yaşadığınız güçlükler/sorunlar nelerdir?

.....

.....

.....

.....

.....

3. Acil servis hemşireliğinin güçlü yönleri nelerdir?

.....

.....

.....

.....

.....

4. Acil servis hemşireliğinin zayıf yönleri nelerdir?

.....

.....

.....

.....

.....

5. Acil servis birimlerine yönelik hangi konularda eğitim almak istersiniz?

.....

.....

.....

.....

.....

6. Acil serviste triyaj karar verme uygulamalarının daha etkin hale getirilmesi için önerileriniz nelerdir?

.....

.....

.....

.....

.....

EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Tuğba ÇETİNKAYA tarafından yürütülen “ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TRIYAJ KARAR VERME BECERİLERİNİN VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı acil servis hemşirelerinin triyaj karar verme becerilerinin ve ihtiyaç duydukları eğitim gereksinimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 400 kişi katılacaktır. Araştırmada, “Bilgi Formu”, “Yapılandırılmış Soru Formu” ve “Trijaj Karar Verme Envanteri” veri toplama aracı olarak kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

ETİK KURUL KARARI

EK 5: “Triyaj Karar Verme Envanteri Türkçe Formu” (TDMI) Kullanım İzni

EK 6: Etik Kurul Kararı

EK 7: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne Bağlı Kurumların Araştırma İzin Yazıları

EK 5: “Triyaj Karar Verme Envanteri Türkçe Formu” (TDMI) Kullanım İzni

EK 6: Etik Kurul Kararı

EK 7: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne Bağlı Kurumların Araştırma İzin Yazıları

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TRIYAJ KARAR VERME BECERİLERİNİN VE EĞİTİM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 18	% 17	% 4	% 7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	9lib.net İnternet Kaynağı	% 1
3	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
4	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	% 1
5	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tuğba	Soyadı	ÇETİNKAYA
Doğ.Yeri		Doğ.Tar.	
Uyruğu		TC Kim No	
Email		Tel	

