



K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN TRIYAJ BİLGİSİ

Selda BAL

ACİL HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Aysel GÜRKAN

LEFKOŞA

2016



ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Bu çalışma, jürimiz tarafından **HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIĞI TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

:.~?

(Prof. Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ)

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye (Danışman)

.....
(Doç. Dr. Aysel GÜRKAN)

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye

.....
(Prof. Dr. Nurhan BAYRAKTAR)

Zirve Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ONAY:

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üf.eleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr. İhsan ÇALIŞ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen "kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Doç. Dr. Aysel Gürkan, tez danışmanım olarak çalışmaya yol gösterici katkılarda bulunmuştur.

Sayın Doç. Dr. İlker Etikan, çalışmaya teknik yardımlarda bulunmuştur.

Sayın Erkan Bal, çalışmanın gerçekleşmesi için her türlü desteği sağlamıştır.

Tez çalışmam süresince eşim Erhan Bal, ağabeyim Yılmaz Kartal, aile bireylerim ve arkadaşlarım sonsuz sevgi anlayış ve sabırla destek olmuşlardır.

ÖZET

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN TRIYAJ BİLGİSİ

Amaç: Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin triyaj bilgilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturdu (165). Örneklemini ise çalışmanın yürütüldüğü sırada doğum, yıllık/mazeret izninde olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 76 hemşire oluşturdu (katılım oranı %46).

Veriler 10 - 20 Mayıs 2016 tarihleri arasında araştırmacı tarafından hazırlanan "Anket Formu" aracılığıyla görüşme yöntemiyle elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde oran, ortalama (x), standart sapma (SS), Mann Whitney U test ve Kruskal Wallis test kullanıldı. $P < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Hemşirelerin %78.9'u mesleki eğitimleri, %32.9'u mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bilgilendirildiklerini ve %55.7'si aldıkları eğitimlerin klinik uygulamalarında yararlı olduğunu düşündüklerini bildirmekle birlikte %67.1'i kurum/birimlerinde triyaja yönelik herhangi bir eğitim uygulanmadığını ve %60.5'i triyaj bilgi ve becerilerini kısmen yeterli/yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin toplam 18 soru üzerinden hesaplanan triyaj bilgi puan ortalaması 11.14 ± 3.64 olarak saptandı. Hemşirelerin cinsiyeti ve meslekte çalışma süresi açısından triyaj bilgi puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, ($p > 0.05$), mesleki eğitim ve mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bilgi alan hemşirelerin triyaj bilgi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırma bulguları hemşirelerin triyaj bilgilerinin orta düzeyde olduğunu, mesleki ve mezuniyet sonrası eğitimlerin triyaj bilgisini etkilediğini göstermekte olup, düzenli ve sürekli eğitimlerin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, triyaj, bilgi.

ABSTRACT

KNOWLEDGE OF TRIAGE NURSES WORKING AT A UNIVERSITY HOSPITAL

Aim: This is a descriptive research and the aim was to determine triage knowledge of nurses working at Near East University Hospital.

Instrument and Method: Population of the research included (165) nurses working at at Near East University Hospital, Sample of the research included 76 nurses (participation ratio % 46) who were volunteer to participate in the research and who did not go for vacation for any reason such as birth, annual/compassionate leave.

Data were collected with "Questionnaire Form" prepared by the researcher. Interview method was used to collect the data between the dates of 10 May and 20 May 2016. Data were analyzed with ratio, mean ($\bar{x}$), standard deviation (SD), Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test. Data were evaluated based on $P < 0.05$ significance level.

Findings: It was figured out that 78.9% of nurses reported that they were informed about triage during their occupational education, 32.9% of them reported that they were informed after their graduation and 55.7% of them indicated that the education that they received is beneficial for them during clinical application. In addition, 67.1% of nurses indicated that they did not receive a training on triage in their institution/departments and 60.5% reported their knowledge and skills related with triage as sufficient/insufficient. Triage knowledge average score of nurses was found as 11.14 ± 3.64 which was calculated based on 18 questions. There was no significant difference between gender and working years of nurses and triage knowledge scores ($p > 0.05$). On the other hand, nurses who received occupational training and post-graduation training had significantly higher scores on triage knowledge ($p < 0.05$).

Conclusion: Results showed that triage knowledge of the nurses are at a moderate level, occupational and post-graduation trainings affect their triage knowledge and it is recommended that regular and continuous training should be applied.

Keywords: Nurse, triage, knowledge.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜRLER	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİL VE TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1.Giriş	1
1.2.Amaç	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Triyajın Tanımı ve Amacı	6
2.2.Triyajın Tarihçesi	7
2.3.Triyaj Ekibi	8
2.4.Triyaj Sınıflama Sistemleri	9
2.4.1.Acil Servis Triyaji	9
2.4.1.Acil Servis Triyaji Triyaj Kodlama Sistemi	---~13
2.5.Triyajın Önemi ve Yararları	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1.Araştırmanın Şekli	17
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	17
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4.Verilerin Toplanması	18
3.4.1.Veri Toplama Araçları	18
3.4.2.Veri Toplama Yöntemi	18
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	19
3.6.Araştırmanın Etik Boyutu	19
3.7.Araştırmanın Yürütülmesinde Karşılaşılan Durumlar	19
3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları	20
4. BULGULAR	21
4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	21
4.2. Hemşirelerin Triyaja İlişkin Bilgilenme Durumları	23

4.3. Hemşirelerin Triyaj Bilgisi	27
5. TARTIŞMA	34
5.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	35
5.2. HemşirelerinTrijaya Yönelik Eğitimsel Özellikler	36
5.3. Hemşirelerin Triyaj Bilgisi	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
6.1. Sonuçlar	40
6.2.Öneriler "	41
7. EKLER	42
Ek 1. Veri Toplama Formu	42
Ek 2. Yakın Doğu Üniversitesi Etik Kurul Onayı	46
8. KAYNAKLAR	47

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

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

ATS : Avustralya Triyaj Skalası (Australian Triage Scale)

CTAS : Kanada Triyaj Skalası (Canadian Triage and Activity Scale)

ENA : Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association)

ESi : Aciliyet Şiddeti İndeksi (Emergency Severity Index)

GKS : Glaskow Koma Skalası

IV : Intravenöz

KKTC : Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablolar Listesi

Tablo 1. 5'li Sınıflama Sistemlerinin Farklılıkları	8
Tablo 2. Temel ve İleri'-Triyaj Sistemleri Sistemleri Basamakları	10
Tablo 3. Old Cart Hatırlatıcı Skalası	11
Tablo 4. Glaskow koma skalası	12
Tablo 5. Triyaj Sınıflama Sistemleri	13
Tablo 6. Triyaj Renk Kodlaması	13
Tablo 7. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı	22
Tablo 7.1. Hemşirelerin Mesleki Eğitimleri ve Mezuniyet Sonrası	23
Trijaja İlişkin Bilgilenme Durumlarının Dağılımı	
Tablo 7.1.2. Birimlere Göre Triyaj Eğitimi Uygulanma Sıklığı	25
Tablo 7.1.3. Birimlere Göre Triyaj Değerlendirme Formu Kullanımının	26
Dağılımı	
Tablo 7.1.4. Hemşirelerin Triyaj Uygulama Bilgi ve Becerilerini Yeterli	26
Bulma Durumları	
Tablo 7.2.1. Hemşirelerin Triyaj Bilgileri	27
Tablo 7.2.2. Hemşirelerin Triyaj Bilgi Puan Ortalaması	29
Tablo 7.2.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Triyaj Bilgi	29
Puanlarının Karşılaştırılması	
Tablo 7.2.4. Hemşirelerin Triyaj İlişkin Bilgilenme Durumlarına Göre	31
Trijaj Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması	

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Tıbbi triyaj, savaş alanındaki yaralı askerlerin acil bakım önceliğini tanımlama gereksiniminden doğmuş olup, hasta veya yaralıların önceliğini belirleme ve acil bakım sağlama düşüncesi ile 1800'lü yılların başında ilk kez Fransa'da uygulanmaya başlamıştır. Fransızca ayırt etmek, seçmek, sınıflandırmak anlamına gelen "trier" fiilinden türeyen triyaj, o dönemden başlayarak günümüze dek kullanılmaya devam etmiştir (Akyolcu 2007).

Günümüzde triyaj; acil servis triyajı, yatan hasta triyajı (yoğun bakım, cerrahi klinik, poliklinik vb), insidans triyajı (kaza, yangın, göçük vb), afet triyajı (kitlesel kazalar, bomba patlamaları), askeri triyaj (savaş) ve telefonla triyaj (sevk hizmetleri) gibi birçok grupta sınıflandırılmaktadır (Ali et al. 2013).

Hastanın tıbbi bakım gereksinimine göre önceliğinin belirlenmesi anlamına gelen triyaj, hasta ya da yaralıların tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla sağlık kurumlarındaki kaynakların doğru yerde ve zamanda kullanılmasını sağlayan bir sistemdir (Ali et al. 2013; Hegazi et al 2012; Akyolcu 2007). Başka bir anlatımla triyaj hızlı tanımlama ve kısa görüşme üzerine temellendirilmiş klinik öncelik olup, tedavi tamamlanuncaya kadar her tıbbi basamakta yeniden uygulanmaktadır (Akyolcu 2007).

Triyaj hemen hemen hastanenin tüm servislerinde ve polikliniklerde sağlık çalışanları veya malzeme yetersizliği olduğunda uygulanmaktadır (Akpınar ve Ersoy 2012; Karaöz 2000). Örneğin yoğun bakımda triyaj kararı, yatakların tamamının dolu olması veya bir uygulamanın maliyetinin beklenen faydalara oranla çok yüksek olması gibi iki seçenek arasında tercih yapma zorunluluğu sebebiyle alınabilmektedir. Bu bağlamda yoğun bakımda triyajın amacı, ulaşılabilir tıbbi kaynakları mümkün olduğunca etkin ve verimli kullanmaktır (Akpınar ve Ersoy

2012). Hasta bireylerin ve hekimlerin kararlarını sınırlandırabilen yoğun bakım hastalarının triyaj kararlarında dikkate alınan en önemli konu hastanın tıbbi durumuna bağlı sağ kalım ve fonksiyon olarak hastanın beklenen sonucudur (Aslaner 2014). Genel olarak prognozu iyi olan hastaların prognozu kötü olan hastalara oranla önceliği bulunmakta, eşit prognozu olan hastalar arasında verilecek karar ilk gelene ilk hizmet şeklinde olmaktadır (Akpınar ve Ersoy 2012).

Cerrahi kliniklerde triyaj ise hekim ve malzeme yetersizliği gibi ortam kaynakları yetersiz olduğunda uygulanmaktadır. Örneğin belirli bir malzemeye aynı anda iki cerrah tarafından gereksinim duyulabilir. Yaşamı tehdidi olan hastanın acil önceliği doğru ve hızlı bir triyaj gereksinimini ortaya çıkarmakta ve kaynak kullanımının düzenlenmesine yol açmaktadır. Bu durumda hastaların durumu hızlı bir şekilde değerlendirilerek, bekleyebilecek durumda olan hasta bekletilmeli ve acil cerrahi girişim ile hayatta kalabilecek hastaya öncelik tanınmalıdır (Karaöz 2000).

Triyaj protokolleri, standart resusitasyon teknikleri ve hasar kontrol cerrahisinin etkisiyle majör travmalardan sonra sağ kalım oranının arttığı gözlemlendiğinden (Çildağ ve ark 2011) günümüzde triyaj en sık acil servislerde uygulanmaktadır. Bunun nedeni, acil servislerin her yaş grubundan hastaların başvurduğu, bireyleri etkileyen herhangi bir hastalık, travma veya kaza gibi ani gelişen ve yaşamı tehdit eden durumu engelleyip, ortadan kaldırmaya yönelik olarak zaman kaybedilmeden resüsitasyon, ilk bakım, tanı ve tedavi girişimlerinin yapıldığı ve hemen girişimde bulunulmadığı takdirde şiddetli ağrı, sakatlık veya ölümlerle sonuçlanabilecek hastalığı olan bireylere geçici bakımın sağlandığı dinamik yapıya sahip birimler olmasıdır (ACEM 2007; Derlet & Richards 2002; Trzeciak & Rivers 2003; Sucu ve ark 2009).

Günümüzde hastalık şiddeti, yaşlı nüfus ve kronik hastalığa sahip hasta sayısındaki artış acil servislerde hasta yoğunluğunu ve kritik hasta sayısını arttırmaktadır. Ayrıca tıbbi acillerin özelliği gereği akut hastalık ve yaralanmaların planlı olmaması, dolayısıyla hastaların acil servislere ne zaman başvuracakları ve sayıları önceden belli değildir (Derlet & Richards 2002; Trzeciak & Rivers 2003;

Cowan RM, Trzeciak S. (2005). Hasta yoğunluğu, çeşitliliği ve sirkülasyonu açısından çok yoğun alanlar olan bu ünitelerdeki her girişimin mümkün olan en kısa sürede gerçekleştirilmesi gerekir (Aslan ve ark. 2005; Yeşildal 2005). Bununla birlikte yaşamsal tehdidi bulunmayan hastaların yoğunluğunun da acil servis kaynaklarının paylaşımı ve hizmet kalitesi üzerindeki etkisi göz önüne alındığında (Fathani et al. 2013), acil servislerin bu kalabalık ile başa çıkabilmesi için doğru, hızlı ve güvenilir triyaj sınıflandırma sistemlerine gereksinimleri vardır (Ali et al. 2013).

Triyajda, tedavide önceliği belirlemek için ikili, üçlü, dördü ve beşli gibi aciliyet derecesi sınıflandırma sistemlerinden biri kullanılmaktadır (Hegazi et al. 2012; Karaçay ve Sevinç 2007). Çalışmalarda triyaj sınıflandırma sistemlerinin girişimler için uygun zamanın belirlenmesinde, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesinde, kaynakların uygun kullanımında ve mortalite riskinin belirlenmesinde objektif ölçülebilir sonuçlar ortaya koyduğu gösterilmiştir (Hargrove & Nguyen 2005; Goodrace et al. 2006; Johansen & Forberg 2011). Ayrıca triyajın, hastanın gereksinimi olan kaynakların ve zamanın tahsis edilmesinde, daha acil gereksinimi olan hastaların bakımını sağlamada (Rahmati et al.2013), özellikle acil servislerde hastaların bekleme zamanını azaltmadaki etkinliğine ilişkin evrensel görüş birliğinin yanı sıra (Fathani et al. 2013) hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkiye de sahip olduğu bilinmektedir (Hegazi et al. 2012).

Literatürde hemşirelerin triyaj bilgilerinin hasta izleminin en önemli öğelerinden biri olduğu (Ali et al. 2013) ve triyajın başlıca dayanak noktasını oluşturduğu vurgulanmaktadır (Rahmati et al. 2013). Hemşirenin başlıca rolü hastanın öncelikli klinik bakımını belirlemek olduğundan triyaj uygulamasını yapacak olan hemşirenin, triyaj ve karar verme sürecine ilişkin iyi bir eğitim ve deneyime sahip olması gerekmektedir. Özellikle acil servislerde triyaj genellikle hemşireler tarafından uygulanmakla birlikte bilgi düzeylerinin yeterli olmadığına ilişkin ciddi endişeler mevcuttur (Rahmati et al. 2013; Ali et al. 2013; Mirhaghi & Roudbari 2011). Örneğin İran'da yapılan bir çalışmada hemşirelerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu, çalışma süresi arttıkça triyaj bilgi düzeylerinin de arttığı

bulunmuştur. Bu çalışmada Avustralya'da yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin %42'sinin triyaj eğitimi almadığı, %14'ünün triyaj eğitimi ile ilgili bir kursa katılmakla birlikte bu görevi gerçekleştirmek için kendilerini yeterince hazır hissetmedikleri belirtilmektedir (Rahmati et al. 2013).

Triyajın doğru bir şekilde uygulanması ve sürekliliğinin sağlanması için hastaları ilk karşılayan ve triyaji başlatacak sağlık çalışanları olmaları nedeniyle triyajın hemşireler tarafından bilinmesi, benimsenmesi ve etkin uygulanması oldukça önemlidir. Günümüzde triyaj genellikle hemşireler tarafından uygulanmakla birlikte bilgi düzeylerinin yeterli olmadığına ilişkin ciddi endişeler mevcuttur (Rahmati et al. 2013; Ali et al. 2013; Mirhaghi & Roudbari 2011) (Sedagha ve ark. 2012). Oysa hastaları ilk karşılayan ve triyaji başlatan kişiler hemşireler olduğundan triyaj uygulamalarının hemşireler tarafından benimsenmesi, doğru bir şekilde hızla yapılması ve sürekliliğinin sağlanması esastır (Acosta ve ark. 2012). Hemşirelerin triyaj bilgilerinin değerlendirilmesi, elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli iyileştirmelerin yapılması ve eğitim programlarının düzenlenerek tüm hemşirelerin bilgilendirilmesi önemlidir (Mirhaghi ve Roudbari 2011).

1.2. Amaç

Çalışmanın amacı Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin triyaj bilgilerini belirlemektir.

Araştırmanın yan amaçları ise;

- Hemşirelerin triyaj bilgilerini etkileyebilecek meslekte çalışma süresi, deneyimi, acilde çalışma süresi, çalışılan birim etmenlerini araştırmak,
- Hemşirelerin triyaj bilgilerini etkileyebilecek eğitimsel etmenleri araştırmak,
- Hemşirelerin triyaj bilgisine yönelik gereksinimlerini belirleyerek eğitimlerini ve gerekli iyileştirmeleri sağlamaktır.

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular;

1. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel özellikleri nasıldır?
2. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin triyaja ilişkin bilgilenme durumları nasıldır? "
3. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin triyaj bilgileri nasıldır?
4. Hemşirelerin bireysel özellikleri ve triyaja ilişkin bilgilenme durumları triyaj bilgisini etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Triyajın Tanımı ve Amacı

Triyaj, Fransızca "trier (seçmek, ayırmak)" kelimesinden gelmekte olup, hastanın tıbbi bakım gereksinimine göre önceliğinin belirlenmesidir (Dadashzadeh ve ark,2011; Sungur ve ark,2009). Başka bir deyişle triyaj, elde bulunan kaynaklara ve hastalık ya da yaralarının ciddiyetine göre "bakımda öncelikleri belirlemek" olarak da tanımlanabilir. Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, öncelikle tedavi ve/veya nakli sağlanması gereken hastaların belirlenmesi amacıyla olay yerinde ve hasta ve yaralıların nakledildiği her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemidir (Alemdar 2015).

Triyaj hastanın hangi öncelikle ve acil servisin hangi bölümünde (resusitasyon, muayene odası, pansuman odası vb) hizmet alacağını saptanması olup, yaşama şansı en fazla olan hastaların belirlenmesini sağlamak için kullanılan dinamik, sürekli bir süreçtir ve tedavi tamamlanıncaya kadar her tıbbi basamakta yeniden uygulanır (Ali et al. 2013; Hegazi et al 2012; Akyolcu 2007; Ersoy ve Akpınar 2010).

Triyaj, hasta ya da yaralıların tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamak amacıyla sağlık kurumlarındaki kaynakların doğru yerde ve zamanda kullanılmasını sağlayan bir sistem olduğundan daha az sağlık çalışanı ile daha fazla hastaya hızlı ve etkili tedavi sunulmasını sağlar. Bu bağlamda triyaj sistemlerinin amacı da hastaları organize etmektir (Mirhaghi ve Roudbari 2011; Sungur ve ark. 2009; Acosta ve ark. 2012). Acile başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek bekleyemeyecek durumda olanların tespit edilmesini, geliş sırasına göre değil durumlarının aciliyetine göre kabul edilmesini, hasta karşılama kriterlerine uygun bir şekilde karşılanmasını ve uygun triyaj sonrası hastaya en kısa sürede müdahale edilmesini sağlar (Ali et al. 2013; Hegazi et al 2012; Ersoy ve Akpınar 2010).

2.2. Triyajın Tarihçesi

Tıbbi triyaj, savaş alanındaki yaralı askerlerin acil bakım önceliğini tanımlama gereksiniminden doğmuş, hasta veya yaralıların önceliğini belirleme ve acil bakım sağlama düşüncesi ile 1800'lü yılların başında ilk kez Fransa'da uygulanmıştır. Fransa'da Napoleon savaşları sırasında hastaların sınıf veya sosyal durumları gözletilmeksizin tıbbi gereksinimlerine göre sınıflamalar yapılarak ilk defa tıbbi triyaj kavramı oluşturulmuştur (Alemdar 2015). II. Dünya savaşından sonra triyaj, tedavi sonrası savaş alanına geri dönme olasılığı yüksek askerleri belirlemek için kullanılan "süreç" anlamında kullanılmış olup Amerikan ordusunda uzaktaki hastaneye gönderilecek savaşta yaralanan askerlerin seçme/ayırma işleminin yapıldığı yeri tanımlamak, Kore ve Vietnam Savaşlarında ise yaralı asker ya da bireyler arasında "öncelikli olanların belirlenmesi" için kullanılmıştır (Sungur ve ark. 2009: Akyolcu 2007).

Trijaj 1960'lı yıllarda değişen sağlık politikaları sonucunda sivil hastanelerde de kullanılmaya başlanmıştır. Savaş yıllarından sonra, felaket olaylarının dışında triyaj, ilk kez 1963'te Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de Yale Newhaven Hastanesinin acil departmanında kullanılmaya başlanmış, ilk olarak 1964'de Weinerman ve arkadaşları ilk sivil triyaj sistemini yayınlamışlardır. Bu tarihten sonra triyaj sistemleri günümüze kadar gelişerek gelmiştir (Akyolcu 2007: Karaçay ve Sevinç 2007). 1970'lerde Avustralya triyaj sistemi, 1990'lı yıllarda ABD'de Aciliyet Şiddeti İndeksi (Emergency Severity Index, ESI), 1995'te Kanada acil servis triyajı ve 1997'de Manchester triyaj sistemi oluşturulmuştur (Çınar ve ark. 2010: Karaçay ve Sevinç 2007: Christ, M 2009). Bu triyaj sınıflama sistemlerinin hepsi 5'li sınıflama sistemleri olup aralarında farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar Tablo 1'de yer almakta olup, tabloda da görüleceği gibi kullanılan farklı triyaj sistemleri arasında, triyaj sınıf isimleri ve müdahale edilmesi gereken süreler arasında farklılıklar söz konusudur (Karaçay ve Sevinç 2007).

Tablo 1. S'li Sınıflama Sistemlerinin Farklılıkları

Sınıf	Kanada Triyaj Skalası (CTAS: Canadian Triage and Acuity Scale)	Manchester Triyaj Skalası	Avustralya Triyaj Skalası (ATS: Australian Triage Scale)	Aciliyet şiddeti İndeksi (ESI: Emergency Severity Index)
1	Resüsitasyon (Hemen)	Hemen (Kırmızı) (0 dakika)	Hayati tehlike mevcut (Hemen)	ESI-1 (Hemen)
2	Çok acil (15 dakika içinde)	Çok acil (Turuncu) (10 dakika içinde)	Yaşam tehdidi yakın (10 dakika içinde)	ESI-2 (Birkaç dakika içinde)
3	Acil (30 dakika içinde)	Acil (Sarı) (60 dakika içinde)	Yaşam tehdidi olasılığı (30 dakika içinde)	ESI-3 (Bir saate kadar)
4	Az acil (60 dakika içinde)	Standart (Yeşil) (120 dakika içinde)	Ciddi olma olasılığı (60 dakika içinde)	ESI-4 (Bekletilebilir)
5	Acil değil (120 dakika içinde)	Acil değil (Mavi) (240 dakika içinde)	Az acil (120 dakika içinde)	ESI-5 (Bekletilebilir)

(Çınar ve ark. 2010; Karaçay ve Sevinç 2007; Christ, M 2009)

2.3. Triyaj Ekibi

Trijajı hekim, hemşire ya da paramedik uygulayabilir. Kayıt kabul, danışma, vezne, güvenlik, hizmetli çalışanlar gibi yardımcı elemanlar ise triyaj yapmamalıdır. Yardımcı elemanların triyajdaki görevi ilk gelen hastaları triyaj alanına yönlendirmek, triyaj yapan sağlık profesyonellerinin belirlediği hastaları uygun yere yönlendirerek hasta ve sağlık profesyonellerine yardım etmektir (Sungur ve ark. 2009; Mukhamad 2013).

Hastanelerin ve acil servislerin hizmet verdiği hasta grubunun özelliklerine göre triyaj görevlisinin hekim, hemşire ya da paramedik olarak belirlenmesi acil servis sorumluları ve hastane idaresinin insiyatifinde olup, günümüzde triyaj

çoğunlukla hemşireler tarafından yapılmaktadır (Maldonado T, 2004: Yiğit ve ark. 2010: Karaçay ve Sevinç 2007).

Triyaj hemşiresi, karmaşık, kalabalık, gürültülü, yoğun ve stresli ortamdan etkilenmeden hızla öncelikleri belirleyebilmelidir. Ayrıca gelişmiş tanılama becerisi, iyi bir görüşmeci ve organizasyon yeteneğinin olması, hastalıklara ilişkin bilgi ve hastanın aciliyeti ile ilgili gizli ipuçlarını belirleyebilme becerisine sahip olmalıdır. Triyaj hemşiresinin iletişim kurma yeteneğinin gelişmiş olması da esastır. Triyaj hemşiresi, hasta ve ailesine sevecen ve insancıl bir yaklaşımla destek sağlarken, aynı zamanda değerlendirme verilerini yorumlayabilmeli ve bireylerin kriz durumundaki tepkilerini sakinlikle karşılayabilmelidir. Bu tür yaklaşım hasta ve ailesini psikososyal açıdan rahatlatır (Akyolcu 2007: Mukhamad 2013: Karaçay ve Sevinç 2007). Triyaji uygulayan sağlık profesyonelinin triyaja yönelik eğitim almış olması, branşında en az 1 yıl çalışmış ve tecrübeli olması da gerekmektedir (Maldonado T, 2004: Yiğit ve ark. 2010).

2.4. Triyaj Sınıflama Sistemleri ve Triyaj Değerlendirmesi

2.4.1. Acil Servis Triyaji

Acil servislerde randevu sistemi bulunmadığından hastaların başvuru sırasına göre değil, önceliğine göre değerlendirilmesi esas olup, yaşam tehdidi olan ve çoklu organ yaralanması bulunan hastaların tedavi önceliği bulunmaktadır. Bu bağlamda bir ön değerlendirme ile bazı hastaların yaşamla ölüm arasındaki birkaç dakikalık farkı yakalama şansı tanınabilir, bakımları hızlandırılabilir (Oktay 2008).

Acil servis triyajında temel veya ileri triyaj sistemleri kullanılmakta olup (Aslaner ve Mehmet Ali 2014) temel ve ileri triyaj sistemlerinde uygulanacak basamaklar Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. Temel ve İleri Triyaj Sistemleri Basamakları

Temel Triyaj Sistemleri		İleri Triyaj Sistemleri
Birincil Tanılama	İkincil Tanılama	
1. Sınırlı bir anamnez Yaşamı bulguları Fiziksel bulgular Kullandığı ilaçlar İlaç alerjileri	1. İsim, yaş, cinsiyet ve hastaneye geliş şekli	Temel triyaj sistemlerine ek olarak: kan ve idrar tetkikleri, X-ray vb. tetkikler
2. ABCD değerlendirilir-	2. Hastanın şikayeti (9LJ? CART. hatırlatıcı skalası kullanılabilir) ."	
	3. Semptomların karakteristikleri	
	4. Gelmeden önce alınan tedavi	
	5. Özgeçmişi	
	6. Son yemek saati ve içeriği	
	7. Enfeksiyon durumu	
	8. Glasgow Koma Skalası (GKS)	
	9. Gebelik durumu	

(Aslaner ve Mehmet Ali 2014)

Temel triyaj sistemi birincil tamlamada öncelikle hastadan kısa bir hikaye alınır. Hastanın yaşam ve fiziksel bulguları ölçülür. Daha sonra kullandığı ilaçlar ve ilaç alerjileri sorulur ve hasta uygun alana yönlendirilir (Dadashzadeh ve ark. 2011). Birincil tamlamada, hastanın yaşamını tehdit edebilecek havayolu (Airway), solunum (Breathing), dolaşım (Circulation) sorunu ve herhangi bir rahatsızlık ya da yetersizlik (Disability) varlığı olup olmadığı yani ABCD değerlendirilir. ABCD'yi hızlı bir şekilde değerlendirmede öncelikle hava yolu kontrol edilir. Hasta konuşabiliyor mu? Eğer konuşabiliyorsa, hava yolu açıktır. Daha sonra solunumu değerlendirilir. Solunumu sesli mi? ve soluk alıp verirken sıkıntı yaşıyor mu? Solunumu sessizse ve çaba gerektirmiyorsa normal kabul edilir. Solunumdan sonra dolaşım kontrolü yapılır. Hastanın uyanık ve oryante olup olmadığı değerlendirilir, uyanık ve oryante

ise, beyin oksijenlenmesi yeterli kabul edilir. Kapiller geri dolum değerlendirilir ve :S2 sn ise ekstremiteler kanlanması iyi kabul edilir. Cilt rengi gözlenir, eğer hastanın cildi pembe ise dolaşım normal kabul edilir. Radialdan nabız kontrolü yapılır (Şahin ve ark 2011). ABC ile ilgili bir sorun varsa derhal kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlanır; yetişkinlerde 30 kalp masajı ve 2 suni solunum, çocuk ve bebeklerde ise 15 kalp masajı ve 2' solunum (tek kurtarıcı varsa 30 masaj 2 solunum) şeklinde uygulanır (2015 AHA kılavuzu).

ABC ile ilgili bir sorun yoksa tanılamaya devam edilerek hasta rahatsızlık ya da yetersizlik yönünden değerlendirilir. Mental, fiziksel ve nörolojik bir rahatsızlık ya da ağrı olup olmadığı, sorulan sorulara uygun yanıt verip veremediği, ekstremitelerini hareket ettirip ettiremediği, şiddetli yakınmalarının olup olmadığı ve daha önce geçirdiği ciddi bir hastalığının varlığı değerlendirilir (Çınar ve ark. 2010).

Birincil tanılamada hastanın yaşamını tehdit edebilecek bir durum yoksa ikincil tanılamaya geçilir. İkincil tanılama sırasında öncelikle hastanın adı, yaşı, hastaneye geliş şekli, asıl şikayeti ve bu şikayetin öyküsü sorulur ve cinsiyeti ile birlikte kayıt edilir (Karaçay 2007). Hastanın şikayeti ile ilgili belirti ve bulgular, sistematik yaklaşımı içeren "Old Cart Hatırlatıcı Skalası" kullanılarak tanımlanabilir. Old Cart Hatırlatıcı Skalası Tablo 3'de yer almaktadır.

Tablo 3. Old Cart Hatırlatıcı Skalası

O	Onset of symptoms	Semptomların başlangıcı
L	Location of symptoms	Semptomların yeri
D	Duration of symptoms	Semptomların süresi
C	Characteristics of symptoms described by patient	Hasta tarafından tanımlanan semptomların özellikleri
A	Aggravating factors	Artıran faktörler
R	Relieving factors	Azaltan faktörler
T	Treatment administered before arrival and outcome	Gelmeden önce uygulanan tedavi ve sonuçları

(Karaçay 2007)

Hastanın hastaneye gelmeden önce kullandığı ilaçları ve özellikle aşın ilaç alımı ve sahip olduğu herhangi bir kronik hastalık ya da geçirdiği herhangi bir ameliyat olup olmadığı sorgulanmalıdır. Pediyatrik olgularda boy ve kilo ölçülmeli, tüm hastalar vücut ağırlığı ve beslenme durumu açısından son 3 gündür ne yediği, son zamanlarda hastanın isteği dışında beş ya da daha fazla kilo kaybı olup olmadığı, en son ne zaman bir şey yiyip içtiği değerlendirilir. Son zamanlarda infeksiyöz bir hastalık geçirip geçirmediği ve seyahat edilen ülkeler hakkında bilgi alınır. Alkol, sigara ve madde kullanım durumu öğrenilir. Doğurganlık çağındaki olan her kadına son adet tarihi ve eğer kadın hamile ise kaçınıcı gebelik olduğu, isteğe bağlı ya da spontan düşük olup olmadığı sorulur. Özellikle kafa travması geçirmiş ya da bilinç düzeyi bozukluğu olan tüm hastalar Glasgow Koma Skalası (GKS) ile değerlendirilmelidir (Karaçay ve Sevinç 2007; Sepit 2005; http://www.bsm.gov.tr/docs/ASH_Yonetmelik.pdf) (Tablo 4).

Tablo 4. Glaskow Koma Skalası (GKS)

Puan	Göz açma	Motor cevap	Sözel cevap
1	Hiç açılmıyor	Yanıt yok	Cevapsız
2	Ağrılı uyaranla açıyor	Ağrılı uyarana ekstansör	Anlaşılmaz sesler
3	Sesli uyaranla açıyor	Ağrılı uyarana flexör	Uygurisu1...~ kelimeler
4	Spontan	Ağrılı uyarandan çekme	Dezoryante
5		Dokunma ile geri çekme	Oryante
6		Normal spontan hareket	

(Karaçay ve Sevinç 2007; Sepit 2005; http://www.bsm.gov.tr/docs/ASH_Yonetmelik.pdf)

İleri triyaj sisteminde ise temel triyaj sistemine ek olarak, bazı tanısal testler (örneğin; kan ve idrar tetkikleri, x-ray, vb.) istenir. Daha sonra hastalar aciliyetine göre uygun bakım alanlarına yönlendirilir veya acil servis hekiminin muayenesi için bekletilirler. Durumu stabil olmayan hastaların tedavisi bitinceye kadar her tıbbi

basamakta yeniden yapılan sürekli ve süreğen olan triajda 2'li, 3'lü, 4'lü ve 5'li olmak üzere değişik sınıflandırma sistemleri kullanılır. İkili, 3'lü, 4'lü ve 5'li triyaj sınıflama sistemleri Tablo 5'te yer almaktadır. (Karaçay 2007: Crist ve ark. 2010).

Tablo 5. Triyaj Sınıflama Sistemleri

	2'li Triyaj Sistemi	3'lü Triyaj Sistemi	4'lü Triyaj Sistemi	5'li Triyaj Sistemi
1	Acil	Çok acil	Hayatı tehdit edici	Resusitasyon
2	Acil değil	Acil	Çok acil	Çok acil
3		Acil değil	Acil	Acil
4			Acil değil	Acil değil
5				Sevk

(Karaçay 2007: Crist ve ark. 2010)

2003 yılında Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association, ENA) ve Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians, ACEP), geçerlilik ve güvenilirliği daha fazla olduğu için beşli sınıflama sisteminin kullanılmasını önermişlerdir. (Karaçay ve Sevinç 2007).

2.4.2. Triyaj Kodlama Sistemi

Dünyada triyaj kodlamaları değişiklikler gösterse de sonuçta değerlendirmenin mantığı aynıdır. Ülkemizde Uluslararası Acil Tıp Birliği'nin kabul ettiği renk skalası (kodlaması) kullanılmaktadır (Tablo 6) (Akıncı 2009).

Tablo 6. Triyaj Renk Kodlama Sistemi

Stabil olmayan acil (unstabil urgent)	Kırmızı
Stabil acil (urgent)	Sarı
Acil değil (non urgent)	Yeşil
Ölü ya da kurtarılamaz (expectant)	Siyah

(Akıncı 2009)

Stabil olmayan acil (unstabil urgent) (kırmızı kod) grubuna giren hasta veya yaralılarda solunum ve dolaşım stabil değildir. Gerekli acil müdahale

yapılmadığında, kısa sürede kaybedilecek hasta veya yaralıdır. Solunum ve dolaşım desteğinin ilk fırsatta sağlanması gerekir (Siddiqui 2012). Bu gruba giren hastaların özellikleri; GKS <10 olan kafa travması, kafa, boyun, toraks, karın, rektum veya vajende oluşan penetran yaralanma, üst solunum yolu obstrüksiyonu, stridor veya respiratuar arrest, o anda gözlenen kardiyak arrest, şok, solunum sıkıntısı ya da bilinç değişikliği ile birlikte var olan künt travma, yaşamı tehlikeye sokacak kanamalar, 2. veya 3. derece yüz yanığı, geniş veya komplike yanıklar, hızla gerileyen bilinç düzeyi veya koma, status epileptikus, distal nabız alınamayan büyük ve komplike kırıklar (pelvis femur vb.), travma ile birlikte medikal bir hastalığın komplikasyonlarının (gebelik, kardiyak hastalık, diyabet, felç, hipotermi, zehirlenme, ağır dehidratasyon vb.) olması bu şikayetle gelen hastalar bu gruba örnek gösterilebilir ve hemen tedavi edilmezse durumu ölü (siyah kod)'ye dönebilir (Siddiqui 2012; Demirbaş ve ark. 2013; Akıncı 2009).

Stabil acil (urgent) (sarı kod) grubunda değerlendirilecek hasta veya yaralılarıda yaşamsal bulgular solunum ve dolaşım değerleri stabildir. Hali hazırda yaşamı tehdit eden hastalığı ya da yaralanması olmayan; ancak zamanında nakledilmez ise potansiyel yaşam tehdidi olanlardır. Kurtarma, acil yardım ve transportları kırmızı grubuna giren hastalara kıyasla geciktirilebilir (Demirbaş ve ark. 2013). GKS 11-14 olanlar, (akut değişiklik görülebilir), 1 Lt intra venöz.(IV);sıvı tedavisine cevap veren şok, turnike ile kontrol edilebilen ciddi kanama, kırık ya da çıkık sonrası dolaşım bozulması, açık kırık ya da çıkık, kalça, dirsek ve diz çıkığı, kompartman sendromu, elektrik yanığı, stabil abdominal yaralanma, komplikasyonsuz kafa veya omurilik yaralanmaları, hipotermi, lokal donmalar, komplikasyonsuz yüz veya göz yaralanmaları, ilerleyici olmayan ani görme bozukluğu olanlar bu gruptaki hastalara örnek gösterilebilir. (Akıncı 2009; Siddiqui 2012 Keskin ve Kalemoglu 2002: http://www.bsm.gov.tr/docs/ASH_Yonetmelik.pdf).

Acil değil (non urgent) (yeşil kod) grubunda değerlendirilecek hasta veya yaralıları, belirgin yaralanması olan ilk değerlendirme ya da yara bakımından sonra kendi kendine eve gidebilecek olanlardır. Yaşamsal bulgularında solunum ve

dolaşıma yönelik herhangi bir risk mevcut değildir (Siddiqui 2012). GKS 15 olan ve bilinci açık hasta veya yaralılar, küçük laserasyon veya yumuşak doku yaralanması, basit kırık ve burkulma, parmak ucu amputasyonları, erişkinlerde % 20'den küçük yanıklar, doğrudan basılarak durdurulabilen burun kanamaları bu gruptaki hastalara örnek gösterilebilir (Keskin ve Kalemoglu 2002: http://www.bsm.gov.tr/cdocs/ASH_Yonetmelik.pdf, Demirbaş ve ark. 2013: Akıncı 2009).

Ölü ya da aşırı ağır hasta veya yaralılar (expectant) (siyah kod), o anda tedavi edilemeyecek kadar ağır, yaşama olasılıkları olmayan ya da düşük olan hasta veya yaralılarıdır. Kurtarma ve acil yardım olanakları, yaralı sayısı ve dağılımı göz önünde tutularak bu triyaj grubu üzerinde yoğunlaştırılmamalıdır (http://www.bsm.gov.tr/docs/ASH_Yonetmelik.pdf). GKS < 3 olması, 20 dakikadan uzun süredir nabız olmaması (soğuk suda boğulma veya ciddi hipotermi dışında), büyük ve önemli doku amputasyonu, multitravma, kırıklar ve solunum arrestiyle birlikte yüksekten düşme, vücutta% 50'den fazla 3. derece yanık olması, aşırı dozda radyasyon alınması vb. bu gruptaki hastalara örnek gösterilebilir. Bu kategoriye girenlere sağlık hizmeti verilmez ya da en son sırada bakıma alınır. Mevcut kaynaklar kurtarılabilir hasta veya yaralıları için kullanılmalıdır (Keskin ve Kalemoglu 2002, Demirbaş ve ark. 2013: Akıncı 2009: Siddiqui 2012).

2.5. Triage'nin Önemi ve Yararları

Günümüzde, acil servislere başvuran hasta sayısındaki artış sistemlerin kapasitesini aşmaktadır. Acil servislere, acil olmayan hastaların da başvurması, primer tedavi ve bakım birimlerine yeterince ulaşılamaması ya da ulaşılmasının çok uzun sürmesi gibi nedenler bu artışta etkili olmuştur (Ersoy ve Akpınar 2010).

Sağlık çalışanlarının iş yükünü artıran bu tür başvurularla baş etmede en etkili yöntem triyaj sistemidir (Keskin ve Kalemoglu 2002). Bu sistemle, yaşam tehdidi olan hastalar belirlenebilir ve gerekli acil girişimler zaman kaybedilmeden yapılabilir. Triage'nin uygulanması ile durumu ciddi ve yaşam tehdidi olan hastalar hızla tanımlanabilir, hayati tehlike durumunda acil girişim yapılabilir, ekip çalışması

ve personelin etkin kullanımı sağlanabilir (Hegazi et al. 2012). Öncelikleri belirlemek için kullanılan ilk tanılama işlevleri hasta akışını ve trafiğini rahatlatır. (Keskin ve Kalemoglu 2002). Triyaj sisteminin getirdiği düzen ve işleyiş hızı ile hasta ve ailelerinin korkuları hafifler, endişeleri azalır, dolaylı olarak bakım ekibinde de bir sakinlik olur (Ersoy ve Akpınar 2010). Triyaj değerlendirmesini - dökümanite eden, triyajda önceliği belirleyen, tedavi alanlarının tasarımı yapan ve görüşme yapmak için hastayı ilk kabul eden hemşireye, tek sıralı sistem oluşturarak hasta ile uyumlu çalışma sağlarken, hasta sahipleri ile çatışmayı önler (Akyolcu 2007).

Çalışmalarda triyaj sisteminin girişimler için uygun zamanın belirlenmesinde, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesinde, kaynakların uygun kullanımında ve mortalite riskinin belirlenmesinde objektif olarak ölçülebilir sonuçlar ortaya koyduğunda gösterilmiştir (Hargrove & Nguyen 2005; Goodrace et al. 2006; Johansen & Forberg 2011). Triyajın hastanın gereksinimi olan kaynakların ve zamanın tahsis edilmesinde, daha acil gereksinimi olan hastaların bakımını sağlamada ve acil servislerde hastaların bekleme zamanını azaltmadaki etkinliğine ilişkin evrensel görüş birliğinin yanı sıra hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Hegazi et al, 2012; Rahmati et al.2013; Fathani et al. 2013).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin triyaj bilgilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'nde bulunan Yakın Doğu Üniversitesi hastanesinde 10 Mayıs - 20 Mayıs 2016 tarihleri arasında yapıldı. Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, 2010 yılında, Avrupa standartları üzerinde, ileri teknoloji donanımlı 36 hizmet bölümü ile özel hastane anlayışında inşa edilmiştir. Lefkoşa'da, Yakın Doğu Üniversitesi Kampüsü içerisinde, 55,000 metre kare kapalı alana sahip olan Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, fonksiyonel olarak üç, dört ve dokuz katlı-üç ana bloktan oluşmakta, 22'si VIP olmak üzere, 209 tek kişilik hasta odası, 8 ameliyathane, 30 yoğun bakım ve 17 yeni doğan yoğun bakım ünitesi ile sağlık hizmetleri sunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturdu (n=165).

Çalışmada örneklem seçimine gidilmeksizin çalışmanın yürütüldüğü sırada doğum, yıllık/mazeret izninde olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan tüm hemşireler alındı. Çalışmanın yürütüldüğü sırada 23 hemşire yıllık ve 6 hemşire doğum izninde, 3 hemşire raporlu olduğu ve 57 hemşire ise çalışmaya katılmak istemedikleri için araştırmanın örneklemi 76 hemşire oluşturdu (katılım oranı %46). Hasta bakımında birebir bulunmadıklarından, çalışmaya yönetici hemşireler alınmadı.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

3.4.1.1. Anket Formu

Verilerin toplanmasında literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan "Veri Toplama Formu" kullanıldı (Ek 1).

Bu form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hemşirelerin bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalıştığı birim, meslekte çalışma süresi); ikinci bölümde triyaja ilişkin bilgilenme durumlarını belirlemeye yönelik (mesleki eğitim ve mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bilgilenme durumları, bilgilenmeyi yeterli bulup bulmama durumları ve triyaj uygulamasına ilişkin kendilerine güvenip güvenmeme durumlarına ilişkin görüşleri) ve üçüncü bölümde triyaja ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik toplam 35 soru yer aldı.

Bu bölümde yer alan soru formunun güvenilirliği için soruların iç tutarlılığı Cronbach's alpha katsayısı ile değerlendirildi ($\alpha=0.72$). Soru formunun içerik geçerliliği üç klinik uzman tarafından gözden geçirildi.

3.4.1.2. Veri Toplama Araçlarının Sınanması

Veri toplama formunun kullanılabilirliğini değerlendirmek için örneklemin yaklaşık %10'una ön uygulama yapıldı. Formda anlaşılır olmayan sorular bulunmadığı ve formda yeniden düzenleme yapılması gerekmediğinden ön uygulama yapılan hemşireler araştırmaya dahil edildi.

3.4.2. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma ilgili kurumlardan Etik Kurul ve Kurum izni (Ek 2) alındıktan sonra çalışmanın sürdürüleceği kliniklerde görevli sağlık çalışanlarına gereken bilgilendirmenin ardından işbirliği sağlanarak yürütüldü.

An.ket formları, triyaja yönelik doğru bilgiye her hangi bir kaynaktan erişimlerini önlemek için bilgilendirilmiş sözlü onayları alındıktan sonra çalışmaya katılmaya onay veren hemşireler anketi doldururken araştırmacı başlarında beklemiştir. Anketin tamamlanması yaklaşık 10 dakika sürdü.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmaya sonucunda elde edilen veriler kodlanarak bilgisayar ortamına aktarıldı. Verilerin istatistik analizleri istatistik uzmanı danışmanlığında SPSS 16 paket programında değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) ve ortalamalar arasındaki farkın önemlilik testi; parametrik test varsayımları yerine getirilmediğinden Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı, yanılma düzeyi 0.05 olarak alındı.

An.ket formunun üçüncü bölümünde yer alan soruların doğru yanıtlarına 1 puan, yanlış yanıtlarına 0 puan verilerek, kararsızım yanıtları yanlış olarak kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik kurul izni alındıktan sonra veriler toplanmadan önce çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin, katılımcılardan bilgilendirilmiş sözlü onay alındı.

3.7. Araştırmanın Yürütülmesinde Karşılaşılan Durumlar

Olumlu durumlar;

- Çalışmasının yürütülmesi için gerekli izinlerin hızlı alınmasıdır.

Olumsuz durumlar;

- Başlangıçta "KKTC devlet hastaneleri acil servislerinde çalışan hemşirelerin triyaj bilgileri" olarak planlanan çalışmanın etik kurul izni sonrası kurum izni verilmemesi nedeniyle Yakın Doğu Üniversitesi

Hastanesi'ride yapılmasının planlanması, tekrar etik kurul ve kurum izninin alınmasını gerektirmesi verilerin elde edilmesini geciktirmesi,

- Çalışma konusuna ilişkin ulusal veriye rastlanmaması nedeniyle elde edilen verilerin ulusal düzeyde tartışılmasını sınırlaması,
- Verilerin toplanması aşamasında kurum hemşirelerinin veri toplama formlarını dold'urmadaki isteksizlikleri olarak sıralanabilir.

3.8. Araştırma Sınırlılıkları

Çalışmanın tek kurumda gerçekleştirilmesi araştırmanın sınırlılığı olup, bu çalışmanın sonuçları araştırma kapsamına alınan kurumda çalışan hemşirelere genellenebilir.

4.BULGULAR

Hemşirelerin triyaj bilgilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular üç bölümde ele alındı.

- 4.1. Hemşirelerin bireysel özellikleri,
- 4.2. Hemşirelerin triyaja ilişkin bilgilenme durumları,
- 4.3. Hemşirelerin triyaj bilgisi.

4.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin bireysel özelliklerinin dağılımına

Tablo 7.'de yer verildi.

Tablo 7. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerinin Dağılımı (N=76)

Tanıtıcı Özellikler	n	vera: $\bar{X} \pm SS$	%
Yaş (yıl)		30.45 ± 8.63	
Yaş grupları			
~ 25 yaş	21		27.6
26-30 yaş	38		50.0
≥ 31 yaş	17		22.4
Cinsiyet			
Kadın	67		88.2
-Erkek	9		11.8
Medeni durum			
Evli	33		43.4
Bekar	43		56.6
Eğitim düzeyi			
Sağlık meslek lisesi	5		6.6
Ön lisans	11		14.5'
Lisans	56		73.2
Lisansüstü	4		5.3
Çalıştığı birim			
Yataklı servisler	33		43.4
Yoğun bakım ünitesi	14		18.4
Poliklinikler	13		17.1
Acil servis	9		11.8
Ameliyathane	7		9.3
Meslekte çalışma süresi (yıl)		6.92 ± 8.82	

* Veriler ortalama ± SS (Standart Sapma), sayı (n) ve yüzdelik(%) olarak verildi.

Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin yaş ortalaması 30.45 ± 8.63 olup, çoğunluğu kadın (%88.2, n=67), bekar (%56.6, n=43) ve lisans mezunuydu (%73.2, n=56). Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ortalama 6.92 ± 8.82 (1-32 yıl) yıl olup, çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde çoğunluğunun yataklı

servislerde (%43.4, n=33), %18.4 (n=14)'ünün yoğun bakım ünitesinde, %17.1 (n=13)'inin poliklinikte, %11.8 (n=9)'inin acil serviste ve %9.3 (n=7)'unun ameliyathanede çalıştıkları belirlendi (Tablo 7.).

4.2. Hemşirelerin Triyaja İlişkin Bilgilenme Durumları

Hemşirelerin mesleki-eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bilgilenme durumlarına Tablo 7. 1.' de yer verildi.

Tablo 7.1. Hemşirelerin Mesleki Eğitimleri ve Mezuniyet Sonrası Triyaja İlişkin Bilgilenme Durumlarının Dağılımı (n=76)

Değişkenler	n	O/o
Meslek eğitim sırasında triyaja ilişkin eğitim alma durumu		
Alan	60	78.9
Almayan	16	21.1
Eğitim şekli (n=60)		
Dönemlik ders olarak	11	18.3
Dersin içinde bir konu olarak	48	80.0
Diğer (internet, gazete-dergi vb)	1	1.7
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu (n=60)		
Bulan	18	30.0
Bulmayan	27	45.0
Kısmen bulan	15	25.0
Mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bilgi alma durumu		
Alan	51	67.1
Almayan		
Eğitim şekli (n=25)		
Hizmet içi eğitim programı	17	68.0
Sertifikasyon programı	2	8.0
Kongre/sempozyum/seminer/kurs	6	24.0
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu (n=25)		
Bulan	17	68.0
Bulmayan	2	8.0
Kısmen bulan	6	24.0

Tablo 7.1. Hemşirelerin Mesleki Eğitimleri ve Mezuniyet Sonrası Triyaja İlişkin Bilgilenme Durumlarının Dağılımı (n=76) (devam)

Değişkenler	n	0/0
Mesleki ve/veya mezuniyet sonrası alınan eğitimlerin klinik uygulamada yararlı olduğunu düşünme durumu (n=69)		
Düşünen	33	55.7
Düşünmeyen	11	18.0
Bazen düşünen	25	26.3
Kurum/birimde triyaj eğitimi uygulanma durumu		
Uygulanmıyor	51	67.1
Uygulanıyor	15	32.9
Birimde triyaj uygulanma sıklığı		
Hemen hemen hiç	27	35.5
Nadiren	18	23.7
Bazen	16	21.1
Sık sık	5	6.6
Her zaman	10	13.2

*Veriler sayı (n) ve yüzdelik(%) olarak verildi.

** Yüzdelikler n sayısı üzerinden verilmiştir.

Tablo 7.1 'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin %78.9 (n=60)'u *mesleki eğitimleri sırasında* triyaja ilişkin bilgi aldıklarını, bunların çoğunluğu (%80; n=48) dersin içinde bir konu olarak bilgilendirildiklerini ve bunların %45 (n=27)'i aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin *mezuniyet sonrası triyaja ilişkin bilgilenme* durumları araştırıldığında çoğunluğu (%67.1; n=51) herhangi bir eğitim almadıklarını, eğitim alanların çoğunluğu (%68; n=17) bu eğitimi hizmet içi eğitim şeklinde aldıklarını ve aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını (%68; n=17) bildirmişlerdir.

Mesleki ve/veya mezuniyet sonrası triyaja ilişkin eğitim alan hemşirelerin %55.7 (n=33)'si aldıkları , eğitimin klinik uygulamalarında yararı olduğunu

düşünürken %18 (n=11)'i yararı olmadığını düşündüklerini ve %67.1 (n=51)'i çalıştıkları kurum/birimde triyaja ilişkin herhangi bir eğitim uygulanmadığını belirtmişlerdir.

Çalışmada hemşirelerin çoğunluğu (%35.5, n=27) çalıştıkları birimlerde triyajın "hemen hemen hiç" uygulanmadığını bildirirken %19.8 (n=15)'si "her zaman ve sık sık" uygulandığını bildirmişlerdir.

Tablo 7.1.2. Birimlere Göre Triyaj Uygulama Sıklığı (N=76)

Birimlerde triyaj uygulanma sıklığı	n	%
Acil servis (n=9)		
Hemen hemen hiç	1	11.1
Sık sık	2	22.2
Her zaman	6	66.7
Yoğun bakım (n=14)		
Nadiren	6	42.9
Bazen	1	7.1
Sık sık	3	21.4
Her zaman	4	28.6
Yataklı servis (n=33)		
Hemen hemen hiç	11	33.3
Nadiren	11	33.3
Bazen	11	33.3
Poliklinikler (n=13)		
Hemen hemen hiç	9	69.2
Nadiren	1	7.7
Bazen	3	23.1
Ameliyathane (n=7)		
Hemen hemen hiç	6	85.7
Bazen	1	14.3

Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre triyaj uygulama sıklıkları araştırıldığında triyajın "her zaman ve sık sık" en fazla acil serviste uygulandığı (%88.9, n=8) ve bunu yoğun bakım ünitesinin (%50, n=7) izlediği; yataklı servisler (%33.3, n=11), poliklinikler (%23.1, n=3) ve ameliyathanede (%14.3, n=1) ise "bazen" uygulandığı saptandı (Tablo 7.1.2).

Tablo 7.1.3. Birimlere Göre Triyaj Değerlendirme Formu Kullanımının Dağılımı

	n	Trijaj Formu		
		Kullanılıyor	Kullanılmıyor	
		%	II	o/o
Birimler				
Acil servis	9	100	-	-
Yoğun bakım	1	7.1	13	92.9
Yataklı servisler	2	6.1	31	93.9
Poliklinikler	1	15.4	11	84.6
Ameliyathane	1	14.3	6	85.7

Tablo 7.1.3'de görüldüğü gibi çalışmada yer alan acil servis hemşirelerinin hepsi (%100, n=9) birimlerinde triyaj formu kullandıklarını belirtirken, yataklı servislerde çalışan iki (%6.2), yoğun bakım, ameliyathane ve polikliniklerde çalışan birer hemşire (sırasıyla %7.1, %14.3, %15.4) birimlerinde triyaj formu kullandıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 7.1.4. Hemşirelerin Triyaj Uygulama Bilgi ve Becerilerini Yeterli Bulma Durumları (N=76)

Yeterli bulma/bulmama durumu	n	0/o
Trijaj uygulama bilgi ve becerisini yeterli bulma durumu		
Bulan	30	39.5
Bulmayan	24	31.6
Kısmen bulan	22	28.9
Trijaj uygulama bilgi ve becerisini yeterli bulmama nedenleri (n=46)		
Mesleki eğitim sırasında triyaja ilişkin bilgi alınmaması	4	8.7
Mezuniyet sonrası triyaja ilişkin kurum/birim tarafından herhangi bir eğitim uygulanmaması	13	28.3
Mesleki eğitim sırası ve mezuniyet sonrasında eğitim almakla birlikte klinik uygulamada triyaj yapma durumuyla karşılaşılması	25	54.3
Mesleki eğitim sırası ve mezuniyet sonrasında eğitim almakla birlikte triyaj uygulama konusunda kendine güvenin olmaması	4	8.7

Çalışmaya katılan hemşirelere triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yeterli bulup bulmadıkları sorulduğunda; %39.5 (n=30)'i evet, %28.9 (n=22)'u kısmen, %31.6 (n=24)'sı ise hayır yanıtını vermişlerdir. Hemşirelere triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yeterli bulmama nedenleri sorulduğunda; %54.3 (n=25)'ü hem mesleki eğitimleri hem de mezuniyet sonrası triyaj eğitimi almakla birlikte birimlerinde triyaj uygulamadıkları, %8.7 (n=4)'si mesleki eğitimleri sırasında ve %28.3 (n=13)'ü mezuniyet sonrasında konuya ilişkin herhangi bir eğitim almadıkları, %8.7 (n=4)'si de mesleki eğitim sırası ve mezuniyet sonrası konuya ilişkin bilgi almakla birlikte kendilerine güvenmedikleri için triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yetersiz bulduklarını bildirmişlerdir.

4.3. Hemşirelerin Triyaj Bilgisi

Hemşirelerin triyaj bilgilerinin dağılımına Tablo 7.2.1'de yer verildi.

Tablo 7.2.1. Hemşirelerin Triyaj Bilgileri (N=76)

Sorular	Doğru		Yanlış	
	yanıtlayan		yanıtlayan	
	n	%	n	%
1. Triyaj hastanın tıbbi bakım gereksinimine göre önceliğinin belirlenmesidir ve sağlık kurumlarındaki kaynakların doğru yerde ve zamanda kullanılmasını sağlayan bir sistemdir (d)	75	98.7	1	1.3
2. Triyajın amacı hastaneye başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek, bekleyemeyecek durumda olanları tespit etmek ve hastaya en kısa sürede müdahale edilmesini sağlamaktır (d)	72	94.7	4	5.3
3. Triyaj'da hastalar hastaneye geliş sıralarına göre değerlendirilir (y)	49	64.5	27	35.5
4. Triyajda, tedavide önceliği belirlemek için ikili, üçlü, dördü ve beşli gibi aciliyet derecesi sınıflandırma sistemlerinden biri kullanılır (d)	44	57.9	32	42.1
5. Triyaj sadece hekimler yapabilir (y)	57	75.0	19	25.0
6. Hastaneye gelen hastanın ilk değerlendirilmesinde ABC (hava yolu açıklığı, solunum, dolaşım) kontrolü yapılmalıdır (d)	58	76.3	17	23.7
7. Triyaj sadece hasta ilk hastaneye geldiğinde yapılır (y)	51	67.1	25	32.9

Tablo 7.2.1. Hemşirelerin Triyaj Bilgileri (N=76) (devam)

Sorular	Doğru		Yanlış	
	yanıtlayan		yanıtlayan	
	n	%	n	%
8. Triyaj uygulamasında hemşire bağımsız karar vererek triyaj yapabilir (d)	37	48.7	39	51.3
9. Yataklı servislerde triyaj sadece personel ve tıbbi malzeme yetersizliğinde uygulanır (d)	19	25.0	57	75.0
10. Triyajda yeşil, sarı ve kırmızı alan vardır. Hastalar değerlendirildikten sonra uygun şekilde bu alanlara yönlendirilir (d)	67	88.1	9	11.9
11. Hastaneye ayaktan başvuran durumu stabil olan basit sağlık sorunu bulunan hasta kırmızı alana yönlendirilmelidir (y)	43	56.5	33	43.5
12. Kırmızı alandaki hastalara yaşam bulguları stabil olan hafif yara ve sıyrıkları olan hastalar örnek gösterilebilir (y)	40	52.6	36	47.4
13. Hayatı tehdit etme olasılığı bulunan hastalar sarı alana yönlendirilir (d)	40	52.6	36	47.4
14. Sarı alandaki hastalara, kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı olan ve orta dereceli kafa travması olan bilinci açık hastalar örnek gösterilebilir (d)	47	61.8	29	38.2
15. Hayatı tehdit eden ve çok hızlı bir şekilde değerlendirme ve acil müdahale gerektiren hastalar derhal yeşil alana alınmalıdır (y)	31	40.7	45	59.3
16. Yeşil alandaki hastalar; kardiyak arrest, solunum arresti ve aşırı ilaç kullanımı olup bilinçsiz hastalar örnek gösterilebilir (y)	33	43.4	43	56.6
17. Triyaj alanına alınan hastalar düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir, çünkü hastanın durumu bulunduğu alandan diğer alana geçecek şekilde değişiklik gösterebilir (d)	57	75.0	19	25.0
18. Kırmızı alandaki bir hastanın durumu müdahale edilmeden yeşil alana dönebilir (d)	27	35.5	49	64.5

*d=Doğru

**y= Yanlış

Hemşirelerin triyaja ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulan soru formuna göre en fazla doğru yanıtlanan ilk beş sorunun sırasıyla "triyajın tanımı" (soru 1), "amacı" (soru 2), "triyaj renk kodlama sistemi" (soru 10), "ilk değerlendirme" (soru 6) ve "triyajın kimler tarafından yapılabileceği ile düzenli aralıklarla değerlendirme" (soru 5 ve 17)'na ilişkin sorular olduğu görüldü.

Hemşirelerin en fazla yanlış yanıtladıkları soru "Yataklı servislerde triyaj sadece personel ve tıbbi malzeme yetersizliğinde uygulanır" (soru 9) sorusuydu.

Bunu sırasıyla "Kırmızı alandaki bir hastanın durumu müdahale edilmeden yeşil alana dönebilir" (soru 18), "Hayatı tehdit eden ve çok hızlı bir şekilde değerlendirme ve acil müdahale gerektiren hastalar derhal yeşil alana alınmalıdır" (soru 15), "Yeşil alandaki hastalara; kardiyak arrest, solunum arresti ve aşın ilaç kullanımı olan bilinçsiz hastalar örnek gösterilebilir." (soru 16) ve "Triyaj uygulamasında hemşire bağımsız karar vererek triyaj yapabilir." (soru 8) soruları izlemekteydi (Tablo 7.2. 1).

Tablo 7.2.2. Hemşirelerin Triyaj Bilgi Puan Ortalaması

	n	$\bar{x}$	SS	Min.	Max.
Bilgi Puanı	76	11.14	3.64	4	18

Hemşirelerin triyaja ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulan soru formuna göre doğru yanıt ortalaması 11.14 ± 3.64 olarak bulundu.

Tablo 7.2.3. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ile Triyaj Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Bireysel özellikler	Bilgi Puanı					İstatistiksel Analiz	
	n	$\bar{X}$	SS	Min.	Max.	χ^2	p
Yaş Grupları							
25 yaş ve altı	21	12.66	3.13	7.00	17.00		
26-30 yaş arası	38	11.39	3.25	6.00	18.00	11.247	0.004
31 yaş ve üzeri	17	8.70	3.98	4.00	18.00		
Cinsiyet						11.247	0.004
Kadın	67	10.88	3.56	4.00	18.00	204.00	0.116
Erkek	9	13.11	3.85	8.00	18.00		

Tablo 7.2.3. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri ile Triyaj Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

Bireysel özellikler	Bilgi Puanı					İstatistiksel	
	n	$\bar{X}$	SS	Min.	Max.	Analiz	
Eğitim durumu						χ^2 *	p
Sağlık meslek lisesi	5	8.6	1.51	7.00	11.00		
Ön lisans	11	9.27	4.62	4.00	18.00	7.767	0.51
Lisans	56	11.80	3.44	5.00	18.00		
Lisans üstü	4	10.20	2.62	8.00	14.00		
Çalıştığı birim						χ^2 *	p
Acil Servis	9	15.44	2.83	10.00	18.00		
Yoğun bakım	14	11.64	1.98	7.00	15.00		
Yataklı servisler	33	11.09	3.59	5.00	17.00	21.726	0.001
Poliklinikler	13	8.00	3.02	4.00	15.00		
Ameliyathane	7	10.71	3.09	6.00	16.00		
Meslekte çalışma süresi (yıl)						χ^2	p
1 yıl ve altı	13	12.30	3.32	7.00	17.00		
2-4 yıl arası	19	12.10	3.36	6.00	17.00	4.710	0.095
5 yıl ve üzeri	44	10.38	3.73	4.00	18.00		

*Kruskal-Wallis Test

** Mann Whitney U Test

Hemşirelerin bireysel özellikleri ile triyaj bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş grupları açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı. Bu farkın 25 ve altı yaş grubunda yer alan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi ($\chi^2= 11.247, p < 0.01$) (Tablo 7.2.3).

Hemşirelerin *cinsiyetlerine* göre triyaj bilgi puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlara göre (10.88 ± 3.56) erkeklerin puan ortalaması (13.11 ± 3.85) daha yüksek olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi ($U = 204.00$, $p > 0.116$).

Hemşirelerin *eğitim düzeylerine* göre triyaj bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; sağlık meslek lisesi (8.56 ± 1.51) ve ön lisans (9.27 ± 4.62) mezunu hemşirelere göre lisans (11.80 ± 3.44) ve lisans üstü (10.20 ± 2.62) mezunu hemşirelerin triyaj bilgi puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte aralarında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($\chi^2 = 7.767$, $p > 0.51$).

Hemşirelerin *çalıştıkları birimlere* göre triyaj bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($\chi^2 = 21.726$, $p < 0.001$), bu farkın diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre acil servis hemşirelerinin bilgi puan ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Meslekte çalışma süresi açısından 1-4 yıl arası çalışan hemşirelerle karşılaştırıldığında 5 ve üzeri yıl çalışan hemşirelerin triyaj bilgi puan ortalamaları daha düşük olmakla birlikte aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($\chi^2 = 4.710$, $p > 0.095$) (Tablo 7.2.3).

Tablo 7.2.4. Hemşirelerin Triage İlişkin Bilgilenme Durumlarına Göre Triage Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=76)

Bilgi alma/almama durumu	n	X	SS	Min.	Max.	İstatistiksel	
						Analiz	
Mesleki eğitimde bilgi alma durumu						L^*	p
Alan	60	11.89	3.39	6.00	18.00	245.5	0.001
Almayan	16	8.52	3.31	4.00	16.00		

Tablo 7.2.4. Hemşirelerin Triyaja İlişkin Bilgilenme Durumlarına Göre Triyaj Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması (n=76)(devam)

Bilgi alma/almama durumu	n	X	SS	Min.	Max.	İstatistiksel	
						Analiz	
Meslek eğitimi sırasında alınan eğitimi "yeterli bulma durumu"						χ^2	p
Bulan	18	13.55	3.51	7.00	18.00		
Bulmayan	27	10.50	2.99	6.00	17.00	8.428	0.015
Kısmen bulan	15	12.33	3.06	8.00	17.00		
Mezuniyet sonrası eğitim alma durumu						χ^2	p
Alan	25	12.60	3.73	6.00	18.00	422.5	0.029
Almayan	51	10.57	3.38	4.00	17.00		
Alınan eğitimi yeterli bulma durumu						χ^2	p
Bulan	20	13.10	3.62	7.00	18.00		
Bulmayan	38	9.71	3.22	4.00	17.00	11.064	0.004
Kısmen bulan	18	12.00	3.37	6.00	17.00		
Mesleki ve/veya mezuniyet sonrası alınan eğitimi klinik uygulamada yararlı bulma durumu						χ^2	p
Bulan	30	12.00	3.64	7.00	18.00		
Bulmayan	10	11.85	3.42	7.00	16.00	0.490	0.783
Bazen bulan	20	11.85	3.42	6.00	17.00		
Triyaj uygulama bilgi ve becerisini yeterli bulma durumu						χ^2	p
Bulan	30	13.41	3.77	7.00	18.00		
Bulmayan	24	10.84	3.02	6.00	16.00	4.676	0.097
Kısmen bulan	22	11.00	2.92	7.00	16.00		

*Kruskal-Wallis Test

** Mann Whitney U Test

Tablo 7.2.4'te görüldüğü gibi *mesleki eğitimleri sırasında* triyaja ilişkin eğitim almayan hemşirelerle (8.52 ± 3.31) karşılaştırıldığında eğitim alan hemşirelerin (11.89 ± 3.39) bilgi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ($U = 245.5$, $p < 0.05$).

Meslek eğitim sırasında alınan eğitimi yeterli bulma durumuna göre hemşirelerin triyaj bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görüldü ($\chi^2 = 8.428, p < 0.05$). Anlamlı farklılığı yaratan grubun mesleki eğitimleri sırasında alınan eğitimi yeterli bulmayan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarına (10.50 ± 2.99) göre alınan eğitimi yeterli bulan hemşirelerin bilgi puan ortalamalarının (13.55 ± 3.151) daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı.

Mezuniyet sonrası triyaja ilişkin eğitim alan hemşirelerle (12.60 ± 3.73) karşılaştırıldığında eğitim almayan hemşirelerin (10.57 ± 3.38) bilgi puan ortalamalarının anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($U = 422.5, p < 0.05$).

Mezuniyet sonrası alınan eğitimi yeterli bulma durumuna göre hemşirelerin triyaj bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ($\chi^2 = 11.064, p < 0.05$). Bu farkın alınan eğitimi yeterli bulmayanlara (9.71 ± 3.22) göre yeterli bulan (13.10 ± 3.62) hemşirelerin bilgi puan ortalamaların daha yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü.

Çalışmada hemşirelerin *mesleki ve/veya mezuniyet sonrası alınan eğitimi klinik uygulamada yararlı bulma durumları* açısından triyaj bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; mesleki ve/veya mezuniyet sonrası alınan eğitimi klinik uygulamada yararlı bulduğunu belirten hemşirelerin triyaj bilgi puan ortalamaları (12.0 ± 3.64) bazen yararlı bulan (11.85 ± 3.42) ve yararlı bulmayan (11.85 ± 3.42) hemşirelere göre daha yüksek olmakla birlikte bu durum istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermedi ($\chi^2 = 0.490, p > 0.05$).

Hemşirelerin triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yeterli bulma durumlarına göre bilgi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yeterli bulan hemşirelerin bilgi puan ortalamaları (13.41 ± 3.77) kısmen yeterli bulan (11.0 ± 2.92) ve yeterli bulmayan (10.84 ± 3.02) hemşirelere göre daha yüksek olmakla birlikte aralarında anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2 = 4.676, p > 0.05$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin triyaj bilgilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda üç başlık altında tartışıldı.

5.1. Hemşirelerin bireysel özellikleri,

5.2. Hemşirelerin triyaja ilişkin bilgilenme durumları,

5.3. Hemşirelerin triyaj bilgisi.

5.1. Hemşirelerin Bireysel Özellikleri

Bu çalışmada yer alan hemşirelerin Tablo 7.'de de görüldüğü gibi yaş ortalaması 30, %88.2 (n=67)'sini kadın, %73.2'si lisans mezunudur. Çalışmamız Mirhaghi ve ark.(Mirhaghi ve ark.2011), Sardar ve ark. (Sardar ve ark. 2013), Azhoughve ark. (Azhoughve ark. 2015), Sungur ve ark. (Sungur ve ark. 2009), Ak.yolcuve ark. (Ak.yolcuve ark. 2006), Rahmati ve ark.'run (Rahmati ve ark. 2013), Fathoni ve ark.'run (Fathoni ve ark. 2013) çalışma bulgularıyla uyumludur.

Triyajın en sık uygulandığı birimler tartışmasız hastanenin acil servisleridir. Literatürde hemşirelerin triyaja yönelik bilgi düzeyine odaklanan çalışmaların sıklıkla acil servislerde yapıldığı görülmekle (Sardar ve ark. 2013; Fathoni ve ark. 2013; Sungur ve ark. 2009; Akyolcu ve ark. 2006) birlikte yataklı servis ve polikliniklerde de malzeme ve sağlık profesyoneli yetersizliğinde triyaj uygulanmaktadır (Akpınar ve Ersoy 2012; Karaöz 2000). Bu bağlamda çalışmamız yukarıda belirtilen çalışmalardan farklı olarak hastanenin tüm birimlerinde çalışan hemşireleri kapsamıştır. Bu çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 7.) %11.8 (n=9)'inin acil servis, %18.4 (n=14)'ünün yoğun bakım, %43.4 (n=33)'ünün yataklı servisler, %17.1 (n=13)'inin poliklinikler ve %9.3 (n=7)'ünün ameliyathanede çalıştıkları görülmüş olup, bulgumuz Azhoughve ark.'run (Azhoughve ark. 2015) çalışmasıyla uyumludur. Azhoughve ark.'run (Azhoughve ark. 2015) çalışmasında da araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %12.7 (n=7)'sinin acil servis, %18.2 (n=lü)'sinin yoğun bakım, %1.8 (n=1)'inin ameliyathane, %35 (n=19)'inin poliklinikler ve %16.4 (n=9)'ünün yataklı servislerde çalıştıkları bulunmuştur.

Triyaj hemşiresinin başlıca rolü hastanın öncelikli klinik bakımını belirlemek olduğundan triyaj uygulamasını yapacak olan hemşirenin, triyaj ve karar verme sürecine ilişkin deneyime sahip olması gerekmektedir. Rahmati ve ark.'run (Rahmati ve ark. 2013) çalışmasında hemşirelerin %64 (n=32)'ünün meslekte çalışma sürelerinin 3 yıldan az, %36 (n=18)'sının 3 yıldan fazla; Sungur ve ark.'nın (Sungur ve ark. 2009) çalışmasında bu sürenin ortalama 8.8 yıl; Akyolcu ve ark.'run

(Akyolcu ve ark. 2006) çalışmasında hemşirelerinin %42.3 (n=30)'ünün 1-2 yıl, %39.4 (n=28)'ünün 3-6 yıl ve %18.3 (n=13)'ünün 7 ve üzeri yıl olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin meslekte çalışma süresi dağılımı 1-32 yıl arasında olup, ortalama 7 yıldır. Bulgumuz literatürle uyum sağlamasının yanı sıra çalışmaya katılan hemşirelerin mesleki deneyime sahip olduklarını göstermektedir.

5.2. Triaja yönelik eğitimsel özellikler

Literatürde hemşirelerin triyaj bilgilerinin hasta izleminin en önemli öğelerinden biri olduğu (Ali et al. 2013) ve triyajın başlıca dayanak noktasını oluşturduğu vurgulanmaktadır (Rahmati et al. 2013). Bu nedenle triyaj uygulamasını yapacak olan hemşirenin, triyaj konusunda eğitim almış olması gerekmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin mesleki eğitimleri sırasında triyaja ilişkin bilgi aldıklarını ve çoğunluğunun dersin içinde bir konu olarak bilgilendirildiklerini, triyaj eğitimi alanlar aldıkları eğitimi yeterli bulmadıklarını, mezuniyet sonrası ise çoğunluğu herhangi bir eğitim almadıklarını ve çalıştıkları kurum/birimde triyaja ilişkin herhangi bir eğitim uygulanmadığını belirtmişlerdir (Tablo 7.1.1). Mirhaghi ve ark.(Mirhaghi ve ark.2011) çalışmalarında hemşirelerin %80'inin triyaj eğitimi aldıklarını; Sungur ve ark.'nın (Sungur ve ark. 2009) çalışmasında ise bu oran %35.3; Akyolcu ve ark.'nın (Akyolcu ve ark. 2006) çalışmasında da %12.7 olarak belirlenmiştir. Bu veriler triyaj eğitiminin öneminin farkına varılmadığı ve aksatıldığını göstermekte olup, bilgilerin sürekliliği için yenilenmesinin önemini ortaya koymaktadır. Çalışmamızda mezuniyet sonrası triyaja ilişkin eğitim alan hemşirelerin çoğunluğunun bu eğitimi hizmet içi eğitim şeklinde aldıklarını ve aldıkları eğitimi yeterli bulduklarını, ayrıca mesleki ve/veya mezuniyet sonrası triyaja ilişkin eğitim alan hemşirelerin aldıkları eğitimin klinik uygulamalarında yararı olduğunu düşündüklerini belirtmeleri (Tablo 7.1.1) bu görüşü desteklemektedir.

Sungur ve ark. (Sungur ve ark. 2009) çalışmalarında hemşirelerin triyaj uygulama konusunda kendilerini yeterli görme oranım %53 olarak bildirmişlerdir.

Sungur ve ark çalışmasına benzer şekilde çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunun triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yeterli buldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin triyaj uygulama bilgi ve becerilerini yeterli bulmama nedenleri araştırıldığında; çoğunluğunun mesleki eğitim ve mezuniyet sonrası triyaj eğitimi almakla birlikte birimlerinde triyaj uygulamadıklarını bildirmeleri (Tablo 7.2.4) triyaj uygulama konusunda hemşirelerin kendilerini-yeterli görmenin/görmemenin bilgi ve tecrübeye bağlı olmasının bir sonucu olarak yorumlanabilir.

5.3. Hemşirelerin Triage Bilgisi

Bu çalışmada hemşirelerin triyaja ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla oluşturulan soru formuna göre en fazla doğru yanıtlanan beş sorunun "triyajın tanımı" (%98.7), "amacı" (%94.7), "triyaj renk kodlama sistemi" (%88.1), "ilk değerlendirme" (%76.3) ve "triyajın kimler tarafından yapılabileceği (%75) ile düzenli aralıklarla değerlendirme (%75) "ye ilişkin sorular olduğu saptandı. Sungur ve ark.'nın (Sungur ve ark. 2009) çalışmalarında hemşirelerin %67.6'sının triyajın tanımını, %64'ü amacını, %5.9'unun ilk değerlendirme ve triyaj renk kodlama sistemini doğru olarak -yanıtladıkları bulunmuştur. Bu çalışmalarında yazarlar en fazla doğru yanıt verenlerin lisans mezunları olduğunu bildirmişlerdir. Akyolcu ve ark.'run (Akyolcu ve ark. 2006) çalışmalarında ise hemşirelerin %23.9'unun triyajın tanımını, %61.8'i amacını ve %7'si triyajın aşamalarını doğru yanıtladıklarını belirlemişlerdir (Tablo 7.2.1). Çalışmamız yukarıdaki çalışma bulgularıyla uyumlu olup bunun nedeni hemşirelerin triyaj konusundaki bilgilerinin yüzeye! olduğu tam anlamıyla bilgi sahibi olmadıkları olarak yorumlanabilir.

Sungur ve ark. (2009) triyaj yapılacak hastada ilk bakılması gereken kriterlerin doğru olarak sıralanma oranı %5.9; Akyolcu ve ark. (2006) triyajın aşamalarının yanlış değerlendirilme oranını %77.5 olarak bildirmişlerdir. Ayrıca Akyolcu ve ark. hemşirelerin %31'inin triyaj değerlendirme aralığını yanlış yanıtladıklarını, triyaji başlatma ve yapmada hemşirelerin bağımsız olarak karar verme durumu ise %81.7 olarak saptamışlardır. Çalışmamızda hemşirelerin en fazla yanlış yanıtladıkları soru "Yataklı servislerde triyaj sadece personel ve tıbbi malzeme

yetersizliğinde uygulanır" (%75) sorusuydu. Bu durum örnek.lemen çoğunluğunu (%43.4, n=33) yataklı servislerde çalışan hemşirelerin oluşturmasının (Tablo 7), bu birimlerde triyaj eğitimi uygulanmamasının (%78.8, n=26) (Tablo 7.1.1) ve triyajın hemen hemen hiç uygulanmamasının (%33.3, n=11) bir sonucu olarak açıklanabilir. Çalışmamızda bu sorunun ardından sırasıyla en fazla yanlış yanıtlanan sorular "Kırmızı alandaki bir hastanın durumu müdahale edilmeden yeşil alana dönebilir" (%64.5), "Hayatı tehdit eden ve çok hızlı bir şekilde değerlendirme ve acil müdahale gerektiren hastalar derhal yeşil alana alınmalıdır" (%59.3), "Yeşil alandaki hastalara; kardiyak arrest, solunum arresti ve aşırı ilaç kullanımı olan bilinçsiz hastalar örnek gösterilebilir." (%56.6) ve "Trijaj uygulamasında hemşire bağımsız karar vererek triyaj yapabilir" (%51.3) sorularıydı (Tablo 7.2.1). Kritik hastaların triyajma ilişkin soruların yanlış yanıtlanma oranının yüksek olması çalışmamızdaki hemşirelerin triyaj eğitimi ve deneyimlerinin yetersiz olmasının/olmamasının bir sonucu olabilir. Nitekim çalışmamızda hemşirelerin triyaj bilgilerinin orta düzeyde (toplam 18 sorunun doğru yanıt ortalaması 11.14 ± 3.64) olduğu saptandı (Tablo 7.1.2). Bulgumuza benzer şekilde Rahmati ve ark.'nın (2013) çalışmasında da hemşirelerin çoğunluğunun (%66) triyaj bilgisinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sardar ve ark.'nın (2013) çalışmasında hemşirelerin %69'unun triyaj bilgilerinin yetersiz olduğu; Mirhaghi ve ark. (2011) çalışmasında da hemşirelerin %56.5'inin sorulara yanlış yanıt verdiği saptanmıştır. Bulgumuz hemşirelerin triyaj bilgilerinin istenilen düzeyde olmadığını göstermekte olup, önceki çalışma sonuçlarını doğrulamaktadır.

Bu çalışmada bulguları hemşirelerin triyaj bilgi düzeylerini yaş, çalışılan birim, mesleki eğitim sırası ve mezuniyet sonrası triyaja ilişkin eğitim alma durumlarının etkilediğini göstermektedir ($p<0.05$). Bulgularımıza benzer olarak Sungur ve ark (2009) triyaj eğitimi alan ve çalıştıkları birimde triyaj uygulayan hemşirelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtirken Rahmati ve ark (2013) hemşirelerin çalışma süresi arttıkça bilgi düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir. Türkiye'de devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada; devlet hastanesi acil servislerinde çalışan hemşirelerin triyaj eğitimi almadıkları ve çalıştıkları birimlerde triyaj uygulamadıkları için triyaj bilgi düzeylerinin, triyaj konusunda eğitim almış ve

triyajı aktif uygulayan hemşirelere göre düşük bulunmuştur (Sungur 2009). Çalışmalarda triyaj hakkında yeterli eğitim alan, çalışma deneyimi fazla ve eğitim düzeyi yüksek olan hemşirelerin daha hızlı ve doğru karar verdikleri gösterilmiştir (Considine et al. 2007; Sadagat et al. 2012). Bu çalışma bulguları göz önüne alındığında triyaj konusunda eğitimin, bilgi ve tecrübenin ve düzenli triyaj uygulaması yapmanın oldukça önemli olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin triyaj bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapıları bu çalışmada elde edilen bulgular;

- Hemşirelerin yaş ortalamasının 30, çoğunluğunun kadın, bekar, lisans mezunu ve meslekte çalışma süresinin ortalama 6 yıl olduğunu,
- %78.9'unun mesleki eğitimleri, %32.9'unun mezuniyet sonrası triyaja ilişkin eğitim aldıklarını,
- %55.7'sinin aldıkları eğitimlerin klinik uygulamalarında yararlı olduğunu düşündüklerini,
- %67.1'inin kurum/birimlerinde triyaja yönelik herhangi bir eğitim uygulanmadığını belirttikleri,
- %60.5'inin triyaj bilgi ve becerilerini kısmen yeterli/yetersiz bulduklarını,
- Triyaj bilgi puan ortalamasının 11.14 ± 3.64 olduğunu,
- 25 ve altı yaş grubunda olan, acil serviste çalışan, mesleki eğitim sırası ve mezuniyet sonrası triyaj eğitimi alan hemşirelerin triyaj bilgi puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Çalışma bulguları göz önüne alınarak;

- Triyaja ilişkin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler ve sertifikasyon/kurs programlarının düzenlenmesi,
- Triyaj uygulanmayan ya da nadir uygulanan birimlerde çalışan hemşirelerin deneyimlerinin artırılması amacıyla triyaj uygulayan birimlere (örneğin acil servis) rotasyon yaptırılması,
- Triyaj konusunda daha kapsamlı ileri araştırma önerilmektedir.

7. EKLER

Ekl.

ANKET FORMU

Bölüm 1. Bireysel Özellikler

1. Cinsiyetiniz;
 - 1 ☐ Kadın
 - 2 ☐ Erkek
2. Yaşınız
3. Eğitim düzeyiniz;
 - 1.() Sağlık Meslek Lisesi
 2. () Ön lisans
 - 3.() Lisans
 - 4.() Lisans üstü
 - 5.() Doktora
4. Medeni durumunuz
 1. ☐ Evli
 2. ☐ Bekar
 - 3.() Dul
 - 4.() Boşanmış
5. Çalıştığınız birim
 - 1.() Acil servis
 - 2.() Yoğun bakım
 - 3.() Yataklı hasta servisi
 - 4.() Poliklinikler
6. Meslekte çalışma yılınız:.....

Bölüm 2. Triaia İlişkin Eğitimsel Özellikler

7. Meslek eğitiminiz sırasında triaja yönelik bir eğitim aldınız mı?
 - 1.() Evet

2. () Hayır (yanıtınız hayır ise 11. soruya geçiniz)

8. Yanıtınız evet ise;

1. () Dönemlik ders olarak
2. () Dersin içinde bir konu olarak
3. () Diğer (lütfen belirtiniz)

9. Aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Kısmen

10. Mezuniyetiniz sonrası triaja ilişkin bir eğitim aldınız mı?

1. () Evet
2. () Hayır

11. Yanıtınız evet ise bu eğitimi nereden aldınız;

1. () Hizmet içi eğitim programına katılarak
2. () Sertifikasyon programına katılarak
3. () Kongre, sempozyum, seminer, kurs vb toplantılara katılarak
4. () Diğer (lütfen belirtiniz)

12. Yanıtınız evet ise aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Kısmen

13. Aldığınız eğitimin klinik uygulamanıza yarar sağladığını düşünüyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır
3. () Bazen

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

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

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

1. () Hemen hemen hiç
2. () Nadiren
3. () Bazen
4. () Sık sık
5. () Her zaman

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

1. ☐ Evet
2. ☐ Hayır
3. ☐ Kısmen

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

1. ☐ Mesleki eğitimim sırasında konuya ilişkin herhangi bir bilgi almamış olmam.
2. ☐ Mezuniyet sonrası konuya ilişkin olarak kurumum tarafından herhangi bir eğitimin uygulanmaması.
3. ☐ Mesleki eğitimim veya mezuniyet sonrası çalıştığım kurum tarafından konuya ilişkin eğitim almakla birlikte triaj girişimini uygulama durumuyla karşılaşmamam ya da çok nadir karşılaşmam.
4. ☐ Mezuniyet sonrası konuya ilişkin sertifikasyon/kongre/k:urs vb eğitim almakla birlikte triaj girişimini uygulama konusunda yeterli düzeyde kendime güvenimin olmaması.
5. ☐ Diğer (lütfen belirtiniz)

Ek 2.

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

Ek: 394 - 2016

A.A.AŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplanıl Tarih! : 05.05.2016
Toplantı No : 2016/37
ProjeNo : 294

Yakın Doğu Üniversitesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Aysel Gürkan'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2016/37-294 proje numaralı ve "Yıldırım Uol (u Üniveritesinde çalışan hemşirelerin trfaj bilgisi" başlıklı proje önerisi kullumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur

(BAŞKAN)

2. Prof. Dr. Tümay Sözen

(ÜYE)

3. Prof. Dr. Nerio Bahçeciler Önder

(ÜYE)

4. Prof. Dr. Tamer Yılmaz

(ÜYE)

5. Prof. Dr. Hasan Besim

(ÜYE)

6. Prof. Dr. Şahan Saygı

(ÜYE)

7. Prof. Dr. Şanda Çalı

(ÜYE)

8. Doç. Dr. Ümran Dal

(ÜYE)

9. Doç. Dr. Çetin Lütfi Baydar

(ÜYE)

10. Yrd Doç. Dr. F.mil Mammadov

(ÜYE)

8. KAYNAKLAR

1. Acosta A., Dura C., Dias M., Lima S. (2012). Activities Of The Nurse Involved In Triage/Risk Classification Assessment In Emergency Services [Acil Servislerde Triaj / Risk Sınıflandırma Değerlendirmesinde Hemşire Etkinlikleri]. *Rev Gaúcha Enferm*, 33, 181-190.
2. Afetlerde Triaj ve Komuta Sistemi. Erişim: 07 Aralık 2015, http://www.bsm.gov.tr/docs/ASH_Yonetmelik.pdf
3. Akıncı Ö. (2009). Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servis Triyaj Skalası'nın Oluşturulması Ve Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi 1-55
4. Akpınar A., Ersoy N. (2012). Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı?. *Turkish Journal of Oncology*, 1-27
5. Akyolcu N. (2007). Acil Birimlerde Triaj. *Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 58, 7-17
6. Akyolcu N. (2007). Düünden Bugüne Acil Hemşireliği. *Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi*, 60, 173-178
7. Akyolcu N., Öztekin D., Çelik S. (2006). Acil Birimlerde Triaj Kimler Tarafından Nasıl Uygulanıyor. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 15, 15-21
8. Alemdar D., Özdemir F., Tüfekci F. (2015). Triaj Karar Verme Envanteri'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 4-10
9. Ali S., Taverner B.C., Ghani B., Kussor Z., Naz S. (2013). Knowledge Of Triage Among Nurses In Emergency Units. [Acil servislerde çalışan hemşireler arasında Triyaj Bilgi Düzeyi]. 29, 240-243
10. Aslaner M. (2014). Acil Servise Kritik Hasta Başvurusu Ve Yoğun Bakım Yatışlarının Değerlendirilmesi.

11. Christ M., Grossmann F., Winter D., Bingisser D., Platz E. (2009). Modern Triage in the Emergency. [Acilde Modern Triyaj]. Academic Emergency Medicine, 22-49
12. Considine J., Botti M., Thomas S. (2007). Do Knowledge And Experience Have Specific Roles In Triage Decision-making? [Bilgi Ve Deneyimin Triyajda Karar Almada Özel Rollerini var mı?]. Academic Emergency Medicine, 14, 722-726
13. Çınar O., Çevik E., Salman N., Cömert N. (2010). Emergency Severity Index Triaj Sistemi ve Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Uygulama Deneyimi. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 10, 126-131
14. Çildağ S., Taşkın Ş. (2011). Komplike Abdominal Yaralarda Karın Duvarı Kapama Tekniklerine Güncel Yaklaşım. *Medical Bulletin of Haseki*, 49, 4-10
15. Dadashzadeh A., Abdollahzadeh F., Vahdadi S., Lotfi M., Ghojzadeh M., Mehmandousti S. (2011). Causes Of Delay In Patient Triage In The Emergency Departments Of Tabriz Hospitals [Tebri Hastaneleri acil servislerde hastalarda Triyaj gecikme nedenleri]. Tr J Emerg Med, 11, 95-98
16. Demirbaş H., Ayşe Sezer A., Ergun A. (2013). Afet Yönetiminde Halk ın, Sağlığı Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları. Hemşirelik Dergisi, 12-17
17. Ersoy N., Akpınar A. (2010). Kocaeli İli Acil Hekimlerinin Triyaj Kararları Ve Adalet. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 16, 203-209
18. Fathoni M., Sangchan H., Songwathana P. (2013). Relationships between Triage Knowledge, Training, Working Experiences and Triage Skills among Emergency Nurses in East Java, Indonesia [Doğu Java, Endonezya Acil Hemşireleri arasında Triyaj Bilgi, Eğitim, Çalışma Deneyimleri ve Triyaj Becerileri Arasındaki İlişkiler]. Media Journal of Nursing, 3, 511- 525
19. Hegazy M., El-Sayed A., Ahmed Y., Rady M. (2012). Avoiding Pitfalls in Trauma Triage: Effect of Nursing Staff Development' [Travma Triyajındaki Tuzaklar: Hemşirelik Personeline Kalkınma Etkisi]. Life Science Journal, 9, 11-16
20. Johansen M., Forberg J. (2011) 'Nurses' evaluation of a new formalized triage system in the emergency department [Hemşirelerin acil serviste yeni bir

resmiyet kazanan triyaj sisteminin değerlendirilmesi]. *Dan Med Bul* 58, 10-13

21. Karaçay P., Sevinç S. (2007). Acil Servislerde Triage Uygulaması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 4, 9-15
22. Karaöz S. (2000). Cerrahi hemşireliği ve etik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4, 1-8
23. Keskin Ö., Kalemoglu M. (2002). Deprem Ve Triage. *Ulusal Travma Dergisi*, 8, 108-111
24. Maldonado T., Avner JR. (2004). Triage of the Pediatric Patient in the Emergency Department [Acil Serviste Pediatrik Hastalarda Triage]. *Pediatrics*, 114, 356-360
25. Mirhaghi A.H., Roudbari M. (2011). A Survey On Knowledge Level Of The Nurses About Hospital Triage [Hastane Triage Hakkında Hemşirelerin Bilgi Düzeyi İle İlgili Bir Araştırma]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 4, 167-174
26. Oktay C. (2007). İkinci Basamak Sağlık Kurumlarının Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Personelinin Görev Tanımları. *Türkiye Acil Tıp Derneği*, 21-25
27. Rahmati H, Azmoon M, Meibodi M, Zare N. (2013). Effects of Triage Education on Knowledge, Practice and Qualitative Index of Emergency Room Staff. [Genelkurmay Niteliksel Endeksi'nde Acil Servis Çalışanlarında Triage Bilgi, Uygulama ve Eğitim Etkileri]. *Bull Emerg Trauma*, 1, 69-75
28. Ramin Azhough R., Vahdati S., Faraji F., Faraji M., Ghorbanian M., Ramouz A., Tajoddini S. (2015). One-day triage course for nurses, it is essential [Hemşirelere bir günlük triage kursu, ki bu esastır]. *Journal of Emergency Practice and Trauma*, 1, 252-55
29. Sardar A., Bernice C., Mansoor G., Kussor Z., And Samar N. (2013). Knowledge Of Triage Among Nurses In Emergency Units [Acil servislerde çalışan hemşireler arasında triage Bilgisi]. *Biomedica*, 29
30. Sedaghat S., Aghababaeian H., Taheri N., Moghaddam A., Maniey M., Ahvazi L. (2012). Study On The Level Of Knowledge And Performance Of North

Khuzestan Medical Emergency 115 Personnel On Pre-Hospital Triage
[Kuzey Huzistan'da Acil Tıp 115 personelinin Hastane Öncesi Triyajı Bilgi
Ve Performans Düzeyleri Üzerine Bir Çalışma]. Iran J Crit Care Nurs, 5, 103-
108

31. Seplı D., (2005). Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi ve Glasgow Koma Skalası, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2
32. Siddiqui E., (2012). "Emergency Triage: Extend of our knowledge [Bildiğimiz kadarıyla acil triyajı]". J Pak Med, 62, 8
33. Sungur E., Aksoy B., Biçer S., Aydoğan G., (2009). Acil Servis Hemşireleri Arasında Triyaj Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, JOPP Dergisi, 1, 14-18
34. Yiğit Ö., Oktay C., Bacakoğlu G., (2010). Akdeniz Üniversitesi Hastanesinin Acil Servis Hizmetleri Konusundaki Memnuniyet Değerlendirme Formlarının İncelenmesi, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 10, 181-186