



**ACIBADEM**  
ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GÖĞÜS AĞRISI İLE ACİLE BAŞVURAN HASTALARA  
HEMŞİRELER TARAFINDAN UYGULANAN TRİYAJIN  
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

BEGÜM ŞAHBAZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL - 2015



**ACIBADEM**  
ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GÖĞÜS AĞRISI İLE ACİLE BAŞVURAN HASTALARA  
HEMŞİRELER TARAFINDAN UYGULANAN TRİYAJIN  
RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ**

BEGÜM ŞAHBAZ  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ACİL HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Doç. Dr. Ükke Karabacak

İSTANBUL - 2015



## TEZ ONAYI

Kurum : Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Acil Hemşireliği  
Tez Sahibi : Begüm ŞAHBAZ  
Tez Başlığı : Göğüs ağrısı ile acile başvuran hastalara hemşireler tarafından uygulanan triajın retrospektif olarak incelenmesi  
Sınav Yeri : Acıbadem Üniversitesi  
Sınav Tarihi : 20.01.2015

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Kurumu	İmza
Danışman Doç. Dr. Ükke KARABACAK	ACU SBF Hemşirelik Bölümü	
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN	ACU SBF Hemşirelik Bölümü	
Yrd. Doç. Dr. Figen DEMİR	ACU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 09.02.2015 tarih ve 2 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mert ÜLGEN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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 olmadığını beyan ederim.

29 Eylül 2014  
Begüm ŞAHBAZ

## TEŞEKKÜR

Geleceğim için bana yol gösteren, bilgisinden ve tecrübelerinden yararlandığım, mesleğime daha profesyonel bakmamı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Fatma Eti Aslan'a

Birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum, öğrencilik yıllarımdan bu yana kendisine hayran olduğum, ilminden faydalandığım, yanında eğitim almaktan onur ve gurur duyduğum, çalışma esnasında tecrübelerinden yararlanırken bana sabır gösteren değerli hocam Doç. Dr. Ükke Karabacak'a,

Veri toplama aşamasında bana destek olan, gerek kişiliği gerek kariyeri ile örnek aldığım Fatih Üniversitesi Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Zekiye Tüfekci'ye,

Veri toplamam da gece gündüz demeden yardımcı olan Fatih Üniversitesi Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi Arşiv Görevlisi Nuray Yapıcı'ya

Araştırmamın yürütülmesi için engelleri ortadan kaldırmaya çalışan Fatih Üniversitesi Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi Bilgi İşlem Görevlisi Ali Kılıç'a

Tezimin her aşamasında yardımcı olmaya çalışan, bana moral veren Fatih Üniversitesi Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde ki acil servis ekip arkadaşlarıma,

Başarısız olduğumda yılmamam gerektiğini öğreten, her anımda yanımda olmaya çalışan, hayatıma renk katan, emeğini asla ödeyemeyeceğim biricik annem Güller Şahbaz'a,

İsmimin ve Soyismimin anlamını kişiliğime katmaya çalışan, eğitimim ve akademik kariyerim için desteğini esirgemeyen, örnek aldığım ve kızı olmaktan gurur duyduğum babam Mustafa Şahbaz'a

Fikirleriyle tezime farklı açıdan bakmamı sağlayan, hayatımda olduğu için mutluluk duyduğum kardeşim Ferit Furkan Şahbaz'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Begüm ŞAHBAZ

## İÇİNDEKİLER

	SAYFA
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER .....	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar .....	vii
1. ÖZET .....	viii
2. ABSTRACT .....	ix
3.GİRİŞ ve AMAÇ .....	10
3.1 Giriş .....	10
3.2 Amaç .....	11
4. GENEL BİLGİLER.....	11
4.1.Triyaj .....	11
4.2.Tarihçe.....	11
4.3.Triyajın Amacı .....	15
4.4.Triyaj Sistemleri.....	16
4.5.Triyaj Bileşenleri.....	19
4.5.1.Triyaj Alanı .....	19
4.5.2. Triyaj Gereçleri.....	19
4.5.3. Triyaj Personeli.....	19
4.5.4. Triyaj İletişim Sistemleri.....	20
4.5.5. Acil Servis Triyaj Güvenliği.....	20
4.6. Acil Servis Hemşirelerinin Görev Yetki ve Sorumlulukları .....	21
4.6.1. Hemşirelik Bakımı .....	21
4.6.2. Triyaj Hemşiresinin Görevleri .....	22
4.6.3. Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım .....	23
4.7.Göğüs Ağrısı .....	23
4.7.1. Göğüs Ağrısı Tanımı.....	24
4.7.2. Göğüs Ağrısı Patofizyolojisi.....	24
4.7.3. Göğüs Ağrısı Nedenleri ve Ayırıcı Tanı.....	24
4.7.4. Göğüs Ağrısı Nedenleri(26,29,30,31,32).....	25
4.8.Acil Serviste Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım .....	27
4.8.1.Ağrı Öyküsünün Alınması .....	27

<b>4.9.Tanısal Testler ve Laboratuar .....</b>	<b>32</b>
4.9.1.Elektrokardiyografi .....	32
4.9.2.Akciğer Grafisi.....	33
4.9.3.Kardiyak Enzimler .....	33
4.9.4.Diğer Tanısal Yöntemler .....	34
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>35</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi .....	35
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	35
5.3. Araştırmanın Örneklem Seçimi .....	35
5.4. Verilerin Toplanması.....	36
5.4.1.Veri Toplama Aracı .....	36
5.4.2.Veri Toplama Yöntemi.....	36
5.5. Veri Analizi.....	36
5.6. Araştırmanın Sınırlıkları ve Genellenebilirliği.....	37
5.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	37
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>38</b>
6.1. Genel Tanıtıcı Özellikler .....	38
6.1.1. Hastalara Ait Genel Tanıtıcı Bulgular .....	38
6.2. Triyaj Derecesi ve Çeşitli Değişkenlere İlişkin Değerlendirme .....	47
6.3. Diğer Bilgiler .....	52
<b>7. TARTIŞMA VE SONUÇ .....</b>	<b>53</b>
7.1. Tartışma.....	53
7.2. Sonuçlar .....	58
7.3. Öneriler .....	58
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>60</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>65</b>
EK-1 .....	65
EK-2 .....	67
EK-3 .....	670
EK-4 .....	671
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>72</b>



## KISALTMALAR

**AMİ:** Akut miyokard infarktüsü

**CK-MB:** Göğüs ağrısı şikayeti olan kişilerde miyokard infarktüsü olup olmadığını belirlemek için bakılan izoenzim türlerinden biridir.

**DM:** Diyabetes mellitus

**Epizot:** Hasta Dosyalarına verilen isimdir. Bu isim dosya numarası olarak pratikte yer alır.

**f :**Varyans

**HT:** Hipertansiyon

**KAH:** Koroner arter hastalığı

**KOAH:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

**LDH:** Laktat dehidrogenaz kısa adıyla Ldh; Laktik ve pirüvikasidin birbirlerine dönüşümünü iki yönlü olarak kataliz eden hücre içerisine yerleşmiş bir enzimdir.

**Mİ:** Miyokard infarktüsü

**n :** Frekans

**Ort :** Ortalama

**p :** Anlamlılık derecesi

**PE:** Pulmoner emboli

**sd:** Serbestlik derecesi

**SGOT (AST) :** Karaciğer'in faaliyetlerinin değerlendirilmesindeki en büyük kriter karaciğer enzimleridir. Karaciğer enzimlerine bakılarak karaciğerin normal olarak çalışıp çalışmadığı tespit edilebilir.

**SGPT (ALT) :** Hücre sitoplazmasında bulunan bir enzimdir.

**sh :** Standart hata

**SPSS :** Statistical Package For Social Sciences

**ss :** Standart sapma

**x :** Ortalama

## TABLolar

## SAYFA NO

<b>Tablo 4.1.</b> Ülkemizde Kullanılan Triyaj Renkleri Ve İlgili Alanları Ve Vaka Nitelikleri .	14
<b>Tablo 6.1.</b> Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Kayıtlar (N=82).....	38
<b>Tablo 6.2.</b> Hastaların Hastaneye Geliş Durumlarına İlişkin Kayıtlar .....	39
<b>Tablo 6.3.</b> Hastaların Alışkanlıkları Ve Sağlık Öykülerine İlişkin Kayıtlar.....	40
<b>Tablo 6.4.</b> Hastaların Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Kayıtlar .....	42
<b>Tablo 6.5.</b> Hastaların Yaşamsal Bulgularına İlişkin Kayıtlar .....	44
<b>Tablo 6.6.</b> Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri .....	46
<b>Tablo 6.7.</b> Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Triyaj Dağılımları Çapraz Tablosu .....	47
<b>Tablo 6.8.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Birime Göre Vermiş Oldukları Triyaj Derecelerinin Karşılaştırılması .....	47
<b>Tablo 6.9.</b> Hemşirelerin Hastanın Özelliklerine Göre Vermiş Oldukları Triyaj Derecelerinin Karşılaştırılması .....	48
<b>Tablo 6.10.</b> Hemşirelerin Hastanın Özelliklerine Göre Vermiş Oldukları Triyaj Derecelerinin İlişkisi.....	48
<b>Tablo 6.11.</b> Triyaj Anlamlılık Derecesi İle Vital Bulgular Arasındaki İlişkisi.....	49
<b>Tablo 6.12.</b> Triyaj Derecesi İle Hastalık Durumunun Karşılaştırılması .....	50
<b>Tablo 6.13.</b> Triyaj Derecesi İle Hastaların Alışkanlıklarının Karşılaştırılması .....	51
<b>Tablo 6.14.</b> Hastaların Hastaneye Gelme Zamanı İle İlgili Kayıtlar .....	52
<b>Tablo 6.15.</b> Verilen Triyaj Değeri ile Ulusal Triyaj Skalasının karşılaştırılması .....	52

## 1. ÖZET

Bu çalışma göğüs ağrısı ile acil servise başvurmuş hastalara hemşireler tarafından uygulanan triyaj kayıtlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Retrospektif olarak gerçekleştirilen tanımlayıcı türdeki çalışmanın örneklemini Fatih Üniversitesi Sema Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine 01.05.2012-01.05. 2013 tarihleri arasında göğüs ağrısı şikayetiyle gelen hasta kayıtlarından elde edilen veriler oluşturdu. Veri toplamada kurumun triyaj kayıtlarından ve Ulusal Triage Skalası esas alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama aracı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 istatistik yazılım paket programı kullanıldı.

Araştırmanın bulguları incelendiğinde, hemşirelerin çalıştıkları birim ile vermiş oldukları triyaj dereceleri arasında farklılık olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p=0,578>0,05$ ). Hastaların ağrı skorunun artmasıyla triyaj derecesinin azalması arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=-0,355$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Aynı şekilde hastanede kalış süresi ile triyaj derecesi ( $p=0,003<0,05$ ), SpO2 değeri ile triyaj derecesi arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı bir ilişki bulundu( $p=0,018<0,05$ ).

Sonuç olarak acil serviste hemşireler tarafından tutulan triyaj kayıtlarının yeterli ve ulusal standart kayıtlarla karşılaştırıldığında tutarlı olduğu belirlendi. Hemşirelerin önemli sorumluluklarından biri olan yeterli ve doğru kayıt tutmanın acil serviste daha da önemli hale geldiği, hemşirelerinin doğru ve güvenilir triyaj yapabilmeleri için standart ölçüm araçları kullanmaları ve bu amaçla triyaj eğitimi almaları, tutulan kayıtların geriye dönük olarak incelenerek eğitim amaçlı kullanılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelime:** Triage Değerlendirme, Acil Servis, Hemşire.

## 2. ABSTRACT

This study is performed to evaluate triage records which applied by nurses to patients presented to emergency service with chest pain..

The sample of this study which is descriptive type and performed as retrospective is formed from data obtained from records of patients who applied to Fatih University, Sema Research and Training Hospital's emergency service with chest pain between 01.05.2012 and 01.05.2013.

Data collection tool which was prepared by researcher based on hospital's triage records and National Triage scale is used for data collection. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 statistical software package was used tfor evaluation of data.

When we examine findings of research, there is difference between nurses' work unit and triage degree which they gave but it is determined that this difference is not statistically significant.( $p=0,578>0,05$ ). It is determined that there is significant negative relation between increasing pain scosre of patients' and decreasing of triage degree. ( $r=-0,355$ ;  $p=0,001<0,05$ ). Similarly, it is determined that there is statistically significant negative relation between length of stay in hospital and triage degree.( $p=0,018<0,05$ )

Consequently, it is determined that triage records which recorded by nurses in emergency service are adequate and when these records are compared with national standart records, that records are consistent. One of the major responsibilities of nurses to keep adequate and accurate records, which has become even more important in the emergency department, it is necessary for nurses to use standardized measurement tools in order to make accurate and reliable triage, for this purpose nurses must have triage training and it is recommended to use records for training by examining retrospectively.

**Keywords:** Triage Evaluation, Emergency Department, Nurses.

### 3.GİRİŞ ve AMAÇ

#### 3.1 Giriş

Triyaj hasta ya da yaralının, tedavi ve bakımlarının yapılması amacıyla, sağlık kurumlarındaki kaynakların doğru yerde ve zamanında kullanılmasını sağlayan sınıflandırma sistemidir. Yani hastaların o anki durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırıp, tedavi, bakım ve tahliye konularında önceliklerini belirleme ve sıraya koyma işlemidir (1,2,3).

Acil servislerde kullanılan çeşitli ülkelerde farklı kategorilerde triyaj sistemleri vardır. En sık kullanılan sistemler “5 seviyeli triyaj skalası” ve “START (renklendirme)” sistemidir. Hasta “Triyaj Hemşiresi” tarafından karşılanır ve önceliği belirlenir; daha sonra hekim bilgilendirilir (4,5).

Triyaj uygulamasının genel amaçları, acile başvuran hastaların önceliklerini belirleyerek öncelikli müdahale edilmesi gereken hastaları tespit etmek, hastaları geliş sırasına göre değil durumların aciliyetine göre kabul etmek, hastaları hasta karşılama kriterlerine uygun şekilde karşılamasını yapmak, uygun triyajını yapıp hastaya en kısa sürede müdahale edilmesini sağlamaktır (3,5).

Beş seviyeli triyaj skalasında hastalar hemen (resüsitasyon), çok acil, acil, bekleyebilir, geciktirilebilir şeklinde beş kategoride incelenirler. 1=Hemen (Resüsitasyon):Gecikme olması durumunda hasta ya da uzvu tehlikeye sokacak durum oluşacaktır. Bu kategoriye kardiyak arrest, havayolu tıkanıklığı, devam eden nöbet ve şok örnek olarak verilebilir. 2=Çok acil: Göğüs ağrısı, belirgin kanama durumları, belirgin nefes darlığı ve majör travma, 3=Acil: Zehirlenmeler, ciddi ağrı durumları, kusma, ishal, 4=Bekleyebilir: Karın ağrısı, korneada yabancı cisim, kronik sırt ağrısı, hafif baş ağrısı, kulak ağrısı, 5=Geciktirilebilir: Yara kontrolü, minör döküntüler, sütür alımı, minör ekstremitte travmaları kusma (dehidratasyon bulguları yoksa), psikiyatrik şikayetler örnek olarak verilebilir (5).

### 3.2 Amaç

Hastanelerin acil birimine başvuran hastaların en fazla şikâyet konularından biri de göğüs ağrısıdır. Çalışma, göğüs ağrısı ile acil servise başvurmuş hastalara hemşireler tarafından uygulanan triyaj kayıtlarının değerlendirmesi amacıyla retrospektif olarak gerçekleştirildi.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1.Triyaj

Fransızca 'da "trier" kökünden gelen triyaj sözcüğü; seçmek, ayıklamak anlamına gelen bir kelime olup, tıpta hastaların acil ve öncelikli tedavi gereksinimlerine göre gruplanması anlamında kullanılır (1,2). Durumlarının ciddiyetine ve tıbbi müdahale ile yaşam şanslarına göre hasta ve yaralılara öncelik verilmesi bu alanda atılmış en önemli adımdır.

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinde triyaj; çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumda bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin belirlenmesi amacıyla, olay yerinde ve bunların ulaştırıldığı her sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemi şeklinde tanımlanmaktadır (2,3). Hastane öncesi triyajı, alan triyajı, felaket triyajı, savaş triyajı, **hastane acil birim triyajı**, yoğun bakım triyajı gibi uygulandığı yere göre farklı isimlerle anılan triyaj, sınırlı sayıda olan tüm tıbbi kaynakları ve tıbbi hizmetleri adil paylaşırmanın en iyi yoludur (2,4).

Hastane acil birimlerinde triyaj; acil servislere başvuran hastaların, hastalıkları ile şikâyetleri, belirtilerinin şiddeti ve tıbbi durumlarının aciliyeti göz önüne alınarak hekim veya bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılan öncelik belirleme işlemi ifade eder (5).

### 4.2.Tarihçe

İlk triyaj uygulamaları savaşlar sırasında ihtiyaç üzerine ortaya çıkmış ve ilk defa triyaj XVIII. yüzyılda, yaralı askerlere sağlık hizmetlerinin düzenli olarak dağıtılmasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır (6). İlk resmi savaş alanı triyajı; Napolyon'un ordusunda cerrah olan Baron Dominique Jean Larrey'in en acil müdahale gerektiren askerlerin sıraya bakılmaksızın, zaman kaybetmeden ilk

müdahale edildiği sistemi geliştirmiş ve savaş alanında yaralıların tedavilerini başlatarak yapılmıştır (6, 7, 8).

1846 yılında İngiliz Deniz Kuvvetleri Cerrahı John Wilson, askeri triyaja daha sonra en fazla katkıda bulunan kişi olmuştur. Wilson, başarı oranını arttırmak için cerrahların tüm çabalarını acil tedaviye ihtiyacı olan hastalara harcamaları gerektiğini, böylece tedavinin başarılı olma ihtimalini arttıracığını, yarası daha hafif olanların ve tedavi edilse de edilmese de muhtemelen ölümle sonuçlanacak yaralıların ise daha sonraya bırakılması gerektiğini düşünmüştür (6).

Amerikan ordusu ise triyaj sistemlerini daha yavaş geliştirmiştir. Amerikan ordusuna çalışan şair Walt Whitman, savaştaki tedavi sırasını “ilk gelen, ilk kurtulur” şeklinde tarif etmiştir. Ancak bu sistem tedavi önceliğini sağlarken; aciliyeti, hastanın kurtarılabilirliğini veya mevcut kaynakların etkili olarak kullanılmasını göz ardı etmekteydi. Daha sonra yaşanan deneyimlerle, Amerikan Askeri Tıp Birliği, askeri cephedeki tıbbi bakımı ve ambulans hizmetlerini triyaj ile kombine ederek mortaliteyi belirgin olarak azaltmıştır. Bu düzenin önemli bir kısmı Jonathan Letterman tarafından sağlanmıştır (1862-1864) (8).

Askeri cerrahlar, Birinci Dünya Savaşı sırasında ilk kez “triyaj” kelimesini yaygın olarak kullanmış ve triyaj protokollerini devamlı olarak düzelterek uygulamışlardır. Bu savaşlar sırasında kitle imha silahlarının kullanılması triyaj gerektiren, beklenmedik sayıda tedavi edilebilir kitlelerin oluşmasına neden olmuştur (6,9). Triyaj, yaralıların ambulanslar ile hastanelere nakledildiği alanlardaki dağıtım noktalarında uygulanmaya başlanmıştır (7). Bu durumda kural, en fazla sayıda hastaya en iyi tedaviyi yaparak biran önce savaşa dönebilmelerini sağlamak olmuştur (8).

İkinci Dünya Savaşı’nda, yeni silahlar üretilmiş, tanklar gelişmiş ve hava desteği düzeltilmiş, penisilin ve taze donmuş plazma gibi yeni tedaviler üretilmiştir ve savaş alanından kesin tedavinin yapıldığı alana kadar olan bölümde birden çok noktada triyaj uygulaması başlatılmıştır (7,8). Triyaj protokolleri daha detaylı olarak geliştirilerek, savaş sırasında tüm imkânlar savaşa önce dönebilecek askerler için

kullanılmıştır (6,8). Yine İkinci Dünya Savaşı sırasında taşınabilir sahra hastaneleri kullanılmaya başlanmış ve savaş alanında tedaviler başlatılmıştır (7).

Zamanla askeri triyaj sistemleri, sivil uygulamalara adapte edilmiş ve bu uygulamalar özellikle doğal afetler sırasında ve acil sağlık hizmetlerinin dağıtılmasında kullanılmaya başlanmıştır (8). Triyajın sivil uygulamalara uyarlanması, değişen sağlık politikalarının neticesinde giderek artan sayıda hasta başvurularının üstesinden gelebilmek amacıyla oluşmuştur. 1950’li yıllarda ABD’de değişen sağlık uygulamaları neticesinde acile başvurular artmaya başlamış, aciller daha fazla sayıda hastayla karşılaşmıştır. Aciller giderek daha az acil problemleri olan hastaların kullandığı bir birim olmuştur. Bunun sonucunda acil servislerde çalışan doktorlar, acil bakım gereken hastaların derhal belirlenmesi ve sıralamaya alınması gerektiğini fark etmişlerdir. Bu durum triyaj sistemlerinin acil uygulamaları içine alınmasına neden olmuştur (6, 8, 10).

Ülkemizde; Sağlık Bakanlığı’nın 2009 yılında çıkardığı (16 Ekim 2009 Sayı: 27378 Resmî Gazete) “Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ” hastanelerin acil servislerinde triyaj uygulama ve renk kodlamasını zorunlu hale gelmiştir. Acil servis triyaj alanı, genellikle acil servisin girişine kurulur. Tek bir giriş ile acile yönlendirme yapılır. Triyaj alanının girişe çok yakın olması nedeniyle polis, basın ve halktan kişilerin çalışmalara müdahil olmamasına dikkat edilir. Afetlerde birçok hasta, kendisi ya da başkalarının yardımıyla acil servise başvurur. Bu nedenle ilk triyaj çoğu kez acil serviste yapılır. Olay yerinde ya da ambulanda ilk triyajları yapılmış olanlar, acil triyaj alanında tekrar değerlendirilir. Triyaj uygularken hastanın kaydı yapılır. Bu noktadan geçmeden hastaya tıbbi tedavi uygulanmaz. Triyaj kurallarına göre hafif yaralılar, hemen polikliniklere gönderilir (11).

İlgili yönetmelikte ülkemizde kullanılan triyaj renk kodları ve bu kodların alanları ve vaka nitelikleri tablo halinde verilmiştir. Tablonun anlaşılır olabilmesi için örnek durumlara da yer verilmiştir. Tablo bir sonraki sayfada yer almaktadır.



**Tablo 4.1. Ülkemizde Kullanılan Triyaj Renkleri Ve İlgili Alanları Ve Vaka Nitelikleri**

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
YEŞİL	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ve ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı</li><li>• Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü</li><li>• Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti</li><li>• Basit yaralar-küçük sıyrıklar, dikiş gerektirmeyen basit kesiler</li><li>• Kronik belirtileri olan ve genel durumu iyi olan davranışsal ve psikolojik bozukluklar</li></ul>
SARI	Kategori 1:Hayatı tehdit etme olasılığı, uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diastolik&gt;110 mmHg, Sistolik&gt;180 mmHg olan kan basıncı yüksekliği</li><li>• Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı</li><li>• Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı</li><li>• Nöbet geçirme öyküsü (uyanık)</li><li>• Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta</li><li>• İnatçı kusma</li><li>• Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta</li><li>• Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı</li><li>• 65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta</li><li>• Şiddetli karın ağrısı olan hasta</li><li>• Deformite, ciddi laserasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması</li><li>• Suistimal riski veya şüphesi olan çocuk</li><li>• Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta</li></ul>
	Kategori 2:Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddi potansiyeli taşıyan durumlar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Basit kanamalar</li><li>• Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları</li><li>• Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu</li><li>• Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları</li><li>• Dehidratasyon belirtileri olmayan kusma ve ishaller</li><li>• Normal görme fonksiyonu olan göz inflamasyonları veya gözde yabancı cisim</li><li>• Minör ekstremitte travması (ayak bileği burkulması, muhtemel basit fraktür, araştırma gerektiren komplike olmayan laserasyon) normal vital bulgular</li><li>• Şiddetli olmayan karın ağrısı</li><li>• Zarar verme riski olmayan davranış bozukluğu olan hastalar</li></ul>
KIRMIZI	Kategori 1:Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kardiyak arrest</li><li>• Solunumsal arrest</li><li>• Havayolu tıkanıklığı riski</li><li>• Major çoklu travma</li><li>• Solunum sayısı &lt; 10/dakika</li><li>• Sistolik Kan Basıncı&lt;80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar</li><li>• Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtız olan hastalar</li><li>• Devam eden veya uzamış nöbet</li></ul>
	Kategori 2:Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	<ul style="list-style-type: none"><li>• İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilyasyonda olması</li><li>• Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı</li><li>• Yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyor ise pulseoksimetri değerinin&lt;%90'nın altında olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar</li><li>• Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu tıkanıklığı riski</li><li>• Dolaşım bozukluğu<ul style="list-style-type: none"><li>o Nemli, soğuk deri, perfüzyon bozukluğu</li><li>o Kalp hızı&lt;50 veya &gt;150 olması</li><li>o Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon</li></ul></li><li>• Akut hemiparazi/disfazi</li><li>• Letarji ile birlikte ateş (her yaş)</li><li>• İrrigasyon gerektiren asit/alkali ile göz teması</li><li>• Major fraktür veya ampütasyon gibi ciddi lokalize travma</li><li>• Herhangi bir nedenle olan ciddi ağrı<ul style="list-style-type: none"><li>o Önemli sedatif veya diğer toksik maddelerin oral alımı</li></ul></li><li>• Davranışsal/Psikiyatrik<ul style="list-style-type: none"><li>o Şiddet içeren agresif davranışlar</li><li>o Kendine veya diğerlerine zarar veren davranışlar</li></ul></li></ul>

Siyah	Ölü ya da ölü olarak kabul edilen kişidir. AFET ZAMANLARINA ÖZGÜ OLARAK, kişi tıbben ölmemiş bile olsa bu kategoriye alınabilir. Bu kategoriye girenlere sağlık hizmeti verilmez.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Afetlerde ve benzer durumlarda ölü tanısı konulanlar,</li><li>• Afetlerde ve benzer durumlarda beyin ölümü gerçekleşmemiş olsa bile diğer hayati fonksiyonların olmaması</li></ul>
-------	---	--

### 4.3.Triyajın Amacı

Savaş, toplu kazalar ve afetlerde eldeki kaynakların düzenlenme gerekliliği, program dışı hasta başvurusunun fazla olduğu durumlar, nüfus artışının acil başvuru sayısını artırması, acil olmayan hasta başvurularının fazla olması nedeniyle acil bakım ihtiyacı olan hastaların ayrılma gerekliliği triyaj gereksinimini doğurmuştur (12).

Triyaj sistemine girme gereksinimi son yıllarda giderek artan acil olmayan sağlık problemleriyle hastane acil servislerine gelen hastaların sayısının artmaya başlaması ile bekleme süreleri uzamakta ve acil bakım gerektiren ciddi hastalığı ya da yaralanması olanların tedavilerinde gecikmelerin olması sonucuna dayandırılmıştır (12).

Triyaj uygulamasında genel amaç, daha çok hasta veya yaralının yaşamını kurtarmaktır. Bu doğrultuda gerçek ihtiyaçları belirleyerek eldeki kısıtlı imkânların kullanılması önemlidir.

- Hasta veya yaralının yaşamını korumak,
- İleride olabilecek yaşam kayıplarını ya da ileri derece yaralanmaları önlemek,
- Kitlese kazalarda ihtiyaçları belirleyerek eldeki kısıtlı kaynakların (personel, malzeme, ekipman vs.) verimli kullanılmasını sağlamak,
- Hasta veya yaralılara yapılacak acil ilk müdahalenin, erken dönemde ve etkili yapılmasını sağlamak,
- Değerlendirilmesi yapılan hasta veya yaralıların nakil önceliklerini ve kurallarını tespit etmek,
- Uygun hastaneye uygun hasta veya yaralının naklini sağlamak,
- Gereksiz personel, araç ve malzeme kullanımını engellemek,

- Değerlendirme ve yenilenme sürecinde elde edilen bilgiler doğrultusunda kayıt tutarak triyajda iyileştirme ve geliştirme çalışmaları yapmaktır.

Triyaj sırasında bölgenin altyapısı ve olanakları (hastaneler, boş yatak sayısı, ambulans sayısı, hava kurtarma imkânları vb.) konusunda da bilgi sahibi olunması yukarıda belirtilen amaçlara ulaşılmasını kolaylaştırır (11).

#### **4.4.Triyaj Sistemleri**

Acil servislerde kullanılmak üzere birçok ülkede çok sayıda triyaj sistemleri geliştirilmiştir. Önce iki basamaklı (acil-acil değil), sonra sırasıyla üç basamaklı, dört basamaklı ve beş basamaklı triyaj sistemleri geliştirilmiştir. Ancak günümüzde gelişmiş ülkelerde üç ya da beş basamaklı sistemin kullanılması önerilmektedir (13).

Rutin triyaj için, her ne kadar giderek artan oranda beş düzeyli triyaj sistemleri daha güvenilir olarak kabul görmüş ve kullanılmaktaysa da, ABD’de halen üç düzeyli triyaj sistemi kullanan merkezler bulunmaktadır. Kanada, İspanya, İngiltere ve Avustralya gibi diğer ülkelerde de beş düzeyli acil servis triyaj sistemi uygulanmaktadır. Avrupa ise çocuk acil tıp biliminin henüz gelişmekte olduğu bir bölgedir. Arasında Türkiye’den 12 merkezin de olduğu İtalya, Belçika, Almanya, Fransa, Suudi Arabistan gibi birçoğu Avrupa ülkesi olan 14 ülkeden yapılan anket sonuçlarına göre 53 tersiyer merkezin %88.7 (47 merkez)’sinde bir triyaj rehberinin olduğu tespit edilmiştir. Çocuk acil tıp biliminin gelişmekte olan bir bilim dalı olduğu düşünülürse, triyaj uygulamaları Avrupa’da da hızla yoluna devam etmektedir. Bu çalışmada triyajın verilen hizmetin kalitesini yansıtan önemli bir faktör olduğu, triyajın özellikle kalabalık olan ve giderek artan yoğunlukta kullanılması gereken bir uygulama olduğu vurgulanmıştır (6).

Acil servislerdeki hasta yoğunluğu her geçen gün artmakta ve bu eğilim değişecekmiş gibi görünmemektedir. Bu durum acil serviste hastaların hızlı ve doğru bir şekilde önceliklerinin belirlenebildiği güvenilir triyaj sistemlerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Acil Ciddiyet İndeksi (ESI- *Emergency Severity Index*) bu amaçla geliştirilmiş 5 seviyeli acil servis triyaj sistemlerinden biridir. ESI 1990’lı yıllarda ortaya konmuş ve ilerleyen yıllarda acil tıp uzmanı ve acil servis hemşirelerinden oluşan bir grup tarafından geliştirilmiştir. ESI Seviye-1 çok acil hastaları,

ESI Seviye-5 ise en az acil hasta grubunu tanımlar. ESI’de diğer triyaj sistemlerinden farklı olarak acil müdahale gerektiren ve riskli hastaların belirlenmesinden sonra hastanın acil serviste kaç kaynak kullanacağını tahmin edilmesi esasına dayanır. Dünyada kullanımı giderek yaygınlaşan ESI triyaj sistemi bilindiği kadarı ile ülkemizde ilk kez acil servisimizde kullanılmaya başlanmıştır (14).

***ESI Triyaj Sistemi:*** ESI acil müdahale gerektiren ve bekletilmesi riskli hastaları tespit ettikten sonra kaynak tahmini üzerinden hastanın triyaj kategorisini belirleyen, bunun için algoritmada 4 temel karar aşaması bulunan kullanımı basit 5 seviyeli bir triyaj sistemidir.

**ESI 1:** Acil hayat kurtarıcı müdahale gerektirir hastaları içerir. Bu grup hastalara kardiyak arrest, ciddi solunum sıkıntısı, bilinci kapalı travma hastası, dolaşım bozukluğu yapan taşikardi, bradikardi, hipoglisemi, anafoksi örnek verilebilir. Bu hastalar hemen resüsitasyon odasına alınarak sağlık personelinin hızla hastanın başına gelmesi sağlanır.

**ESI 2:** Bekleyemeyecek durumda olan hastaları tanımlar. Bu gruptaki hastalara ise; göğüs ağrısı, inme, şiddetli ağrısı olan hasta, ani bilinç değişikliği olan yaşlı, intihar düşüncesi olan hasta, gastrointestinal sistem kanaması, pnömotoraks, örnek olarak verilebilir. Bu hastalar hemen muayene odasına alınır ve 10 dakika içinde doktoru hastanın başında olması sağlanır.

**ESI 3:** Birden fazla kaynağın kullanılacağı düşünülen ve vital bulguları stabil olan hastaları içerir. Bu hastalara karın ağrısı, pnömoni, kırık şüphesi olan hasta örnek olarak gösterilebilir. Bu hastalar boş oda varsa muayene bölümüne alınır, eğer yer yoksa bekleme salonunda bekletilebilecek hastalardır.

**ESI 4:** Tek kaynak kullanımı gereken idrar yolu infeksiyonu, basit kesiler, bel ağrısı, ayak bileği burkulması gibi hastalardır.

**ESI 5:** Kaynak kullanımı gerektirmeyen sadece muayene ile karar verilebilecek boğaz ağrısı, burun akıntısı gibi şikayetlerle başvuran hastalardır.

ESI 4 ve 5 hastalar saatlerce bekleyebilir veya hızlı muayene ünitesinde değerlendirilebilir (14).

Dünyada triyaj kodlamaları değişiklikler gösterse de sonuçta değerlendirmenin mantığı aynıdır. Ülkemizde Uluslararası Acil Tıp Birliğinin kabul ettiği renk skalası (kodlaması) kullanılmaktadır (11).

Trijaj renk kodlamasında 4 renk kullanılmaktadır. Buna göre:

- **Kırmızı kod (immediate/unstabil acil):** Ciddi hastalığı ya da yaralanması olan hasta veya yaralılardan oluşan acil gruptur. Bu gruptaki hasta veya yaralıların öncelikli olarak acil tedavi veya hızlı transport gereksinimi vardır.
- **Sarı kod (delayed/geciktirilebilir acil):** Hali hazırda yaşamı tehdit eden hastalığı ya da yaralanması olmayan; ancak zamanında nakledilmez ise potansiyel yaşam tehdidi olanlardır. Bu gruptaki yaralı veya hastaların sağlık sorunları olmasına rağmen kırmızı gruptakilere göre biraz daha bekletilebilir.
- **Yeşil kod (minor/hafif yaralı/acil değil):** Tıbbi bakıma gereksinimi olan ancak acil olmayan hafif yaralı, bilinci açık hasta veya yaralılarıdır. Bunlardan bazıları kurtarıcılara yardım etmekte değerlendirilebilir.
- **Siyah kod (deceased/ölü):** Ölü ya da hayatta kalma şansı düşük olarak kabul edilen kişilerdir. Afet zamanlarına özgü olarak kişi tıbben ölmemiş bile olsa bu kategoriye alınabilir. Bu kategoriye girenlere sağlık hizmeti verilmez ya da en son sırada bakıma alınır. Mevcut kaynaklar kurtarılabilir hasta veya yaralılar için kullanılmalıdır.

Unutulmamalıdır ki, her yaralının kısa bir süre içinde sağlık durumu değişebilir ve bir başka triyaj renk kodu içine girebilir. Özellikle sarı ve yeşil grupta yer alan yaralılar, bekletildikleri süre içinde sık sık değerlendirilmelidir (11,15).

## **4.5.Triyaj Bileşenleri**

### **4.5.1.Triyaj Alanı**

Triyaj alanı acil servisin girişinde bulunmalıdır. Triyaj görevlileri ve hastalar yürüyerek kolaylıkla acil servise girebilmelidir. Hasta mahremiyetini sağlamak için kullanılacak triyaj alanı yarı kapalı olmalıdır.

Hastaların karşılandığı alanda triyaj görevlileri için bir masa ve sandalye bulunmalıdır. Alanda hastaların acil servis içerisine alınmasını sağlamak için tekerlekli sandalye ve sedyeler bulundurulmalıdır, kapılar tekerlekli sandalye ve sedyelerin geçişine izin verecek genişlikte olmalıdır (16). Triyaj alanının girişe çok yakın olması nedeniyle polis, basın ve halktan kişilerin çalışmalara müdahil olmamasına dikkat edilir (11).

### **4.5.2. Triyaj Gereçleri**

Triyaj alanının genişliği ve uygulanacak triyaj sisteminin özelliğine göre araç gereçler belirlenmelidir. Pulse oksimetre, glukometre, otomatik tansiyon ölçüm aleti, non-steril eldiven, gazlı bez, ışık kaynağı, termometre, oksijen maskesi vs. bulundurulmalıdır (15).

### **4.5.3. Triyaj Personeli**

Triyajı hekim, hemşire ya da paramedik yapabilir (1,17,18,19). Kayıt kabul, danışma, vezne, güvenlik, hizmetli personel gibi yardımcı elemanlar triyaj yapmamalıdır. Bunların triyajdaki görevi; ilk gelen hastaları triyaj alanına yönlendirmek, triyaj yapan sağlık personelinin belirlediği hastaları uygun yere yönlendirmek, götürmek şeklinde sağlık personeli ve hastalara yardım etmek olabilir (1).

Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu

konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I., II. ve III. Seviye olarak seviyelendirilir (5).

İkinci seviye acillerde hastanın ilk triyajını yardımcı sağlık personeli yaparken, üçüncü seviye acillerde bu triyaj işlemi hekim tarafından gerçekleştirilir. Bu triyaj işleminin asıl amacı; hastanın kırmızı, sarı ve yeşil alanlar olarak tariflenen acil kategorilerine uygun şekilde dağılımının sağlanmasıdır. Hastanın hangi kategoride olduğu belirlendikten sonra yönlendirmesi bu doğrultuda yapılır (20).

Triyaj yapan sağlık personelinin buna yönelik eğitim almış olması, branşında en az bir yıl çalışmış ve tecrübeli olması, hasta ve yakınlarıyla sağlıklı diyalog kurabilmesi, empati yapabilmesi gerektiğinden, uygun tıbbi ve sosyal yeterliliğe sahip olması gereklidir. Hastanelerin ve acil servislerin hizmet verdiği hasta grubunun özelliklerine göre bu kişinin doktor, hemşire ya da paramedik olarak belirlenmesi acil servis sorumluları ve hastane idaresinin insiyatifindedir (1).

#### **4.5.4. Triyaj İletişim Sistemleri**

Triyaj alanı ile acil servisin diğer bölümleri (gözlem odası, hastaların karşılandığı alan vs.) hastanenin diğer bölümleri (yoğun bakım, ameliyathane, servisler vs.) ve ambulans arasında etkin bir haberleşme sistemi olmalıdır (16).

#### **4.5.5. Acil Servis Triyaj Güvenliği**

Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır (5). Acil serviste görünmeyen alanlar, acile giriş kısmı ve otopark alanı güvenlik açısından kamera, konveks ayna veya monitör ile izlenmelidir (16).

#### **4.6. Acil Servis Hemşirelerinin Görev Yetki ve Sorumlulukları**

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

##### **4.6.1. Hemşirelik Bakımı**

a) Hastanın acil servise kabulünü sağlar.

b) Hastaların monitorizasyonunu (EKG, solunum, SpO2, vücut ısısı, arteriyel kan basıncı) sağlar. Bu parametreleri izler, değerlendirir, sonuçlarını kaydeder ve normalden sapmaları hekime bildirir.

c) Hastaların hızlı fiziksel değerlendirmesini yapar, verileri değerlendirir, sonuçlarını kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

ç) Aynı anda acil birimde bulunan olgular arasında öncelikleri belirler.

d) Yatışına karar verilen hastaları ve ameliyata alınacak hastaları kurum içi transfer prosedürüne göre naklini gerçekleştirir.

e) Periferik 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.

f) İnfüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder.

g) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

ğ) Hastaya uygun pozisyon verir, gereken sıklıkta pozisyonunu değiştirir ve mobilizasyonunu sağlar.



h) Sıvı-elektrolit dengesine yönelik mevcut ve olası sorunları dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapar ve kaydeder.

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

i) Pace makerli hastayı izler ve gerekli bakımı uygular.

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

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

l) Yaşamı sona eren hastayı ilgili talimatlar doğrultusunda hazırlar morga transferini sağlar ve yakınlarına destek olur (21).

#### **4.6.2. Triyaj Hemşiresinin Görevleri**

Acile gelen hastanın ilk değerlendirmesini yapılması, sorun hakkında yeterli bilgi toplamaktan sorumludur.

##### **Görevleri**

- Hastanın fiziksel muayenesi yapmak (dış görünüş, yaşam bulguları, yara bölgesi değerlendirilir),
- Teşhise yönelik işlemleri başlatılmak (EKG çekimi, röntgen ve laboratuvar tetkiklerini alıp gönderme),
- Kayıt ve bildirim (verilen kararların, yapılan işlemlerin kayda geçirilmesi),
- Hastanın en uygun bakım alacağı bölgeye gönderilmesi,
- Acil bölümde triyaj işlemleri ve acil bakım hizmetlerinin sürdürülmesi (22).

#### 4.6.3. Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılım

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

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

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

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

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

#### 4.7. Göğüs Ağrısı

“Göğüs ağrısı” acil servis günlük pratiğinde sıklıkla karşımıza çıkan önemli bir sağlık sorunudur. ABD’de 15 yaş üzeri hastalarda acil servis başvuru şikâyetleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Yılda 6,4 milyon hastanın bu şikâyetle acil servislere başvurduğu tahmin edilmektedir (23,24). Ülkemizde sadece acil servis başvurularının değerlendirildiği bir istatistiksel veri bulunmamasına rağmen benzer durumun söz konusu olduğunu söylemek mümkündür. Bu hastaların büyük çoğunluğunda hayatı tehdit edici herhangi bir durum tespit edilememektedir. Ancak bu süreçte hastalar acil servislerde veya göğüs ağrısı takip ünitelerinde gözlem altında tutularak ciddi patolojilerin olup olmadığının tespiti için birçok tetkik yaptırılmaktadır. Buna rağmen %2-5 akut koroner sendrom vakasının acil servislerde tanısının atlandığı, tespit edilemeyen kalp krizi vakalarının ise acil servisleri kapsayan malpraktis davalarının %20-39’unu oluşturduğu görülmektedir. Pulmoner

emboli ve aort diseksiyonu gibi diğer ölümcül durumlar ile ilgili veri ise bulunmamaktadır (23).

#### **4.7.1. Göğüs Ağrısı Tanımı**

Kalp, aort, ösefagus, mediasten ve üst abdominal organlardan kaynaklanan ağrılar “göğüs ağrısı” olarak hissedilir.

Çene ile göbek arasındaki rahatsızlıklar göğüs ağrısına eşdeğer kabul edilmelidir. (Çene ağrısı, diş ağrısı, boğaz ağrısı, boyun ağrısı, omuz ağrısı, mide ağrısı) (25).

#### **4.7.2. Göğüs Ağrısı Patofizyolojisi**

Visseral ve somatik afferent ağrı liflerinin uyarılması iki farklı ağrı sendromunu oluşturmaktadır. Paryetal plevra ve dermis somatik ağrı lifleri tarafından innerve edilirken, bu ağrı liflerinden kaynaklanan ağrı iyi lokalize edilip, kolay tanımlanır ve daha keskin hissedilirler. Visseral ağrı lifleri; visseral plevra, kan damarları, kalp ve özefagus gibi iç organlarda bulunurlar. Visseral ağrı sıklıkla rahatsızlık hissi, ağırlık veya sızlama şeklinde tanımlanır ve visseral liflerden kaynaklanan ağrının tanımlanması, lokalize edilmesi zordur. Örneğin; diyafram irritasyonu omuz ağrısı ile gelirken, miyokardiyal ağrı kol ağrısı ile başvurabilmektedir.

Yaş, cins, komorbidite, alkol, ilaçlar ile çok sayıda fizyolojik, psikolojik ve kültürel faktörler ağrının algılanmasını ve tarif edilmesini etkilemektedir (26,27).

#### **4.7.3. Göğüs Ağrısı Nedenleri ve Ayırıcı Tanı**

Göğüs ağrısı kalp hastalıklarının en sık rastlanan belirtilerinden biridir. Bu şikâyetle başvuran hastalarda ağrının kardiyak mı yoksa non-kardiyak olduğunu ayırt etmek güç olmaktadır (27). Ayırıcı tanıda kullanılacak birçok teste rağmen göğüs ağrısı acil servis hekimlerini oldukça zorlayan bir şikâyettir (26). Göğüs anatomisinde yer alan özefagus, kas, kemik, akciğer ve deri kaynaklı lezyonlar göğüs ağrısına sebep olmaktadır. Kardiyak iskemi düşünülerek acile başvuran hastaların %

50'sinde kalp dışı bir teşhis konulmaktadır. Bunlardan bazıları aort diseksiyonu, masif pulmoner emboli, tansiyon pnömotoraks olabilir (27).

Göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda bu durumların hepsi akla getirilmeli ve ayırıcı tanıya gidilmelidir. Göğüs ağrısının ayırıcı tanısını yapmak için pek çok laboratuvar testi olmasına rağmen hikâye tartışmasız en değerli tanı yöntemidir (27).

Göğüs ağrısının değerlendirilmesinde ilk adım ağrının ayrıntılı tanımlanmasıdır. Göğüs ağrısının beş bileşeni sorulmalıdır:

- Ağrının karakteri,
- Lokalizasyonu,
- Ağrının süresi,
- Provake eden faktörler,
- Rahatlatan faktörler.

Aynı zamanda göğüs ağrısının sıklığı, yayılımı, göğüs ağrısına eşlik eden semptomlar ayırıcı tanıda yardımcı olacaktır. Ayrıntılı anamnez alındıktan sonra, ayrıntılı fizik muayene yapılmalı ve bunların sonucunda oluşan ön tanılara uygun laboratuvar testleri ve diğer diyagnostik testler kullanılarak ayırıcı tanıya gidilmelidir (27,28).

#### **4.7.4. Göğüs Ağrısı Nedenleri(26,29,30,31,32)**

- **Vasküler nedenler:**
  - Aort diseksiyonu: Hastanın aterosklerotik durumu, kontrol edilemeyen hipertansiyonu, aort koarktasyonu, biküspit aort stenozu, marfan sendromu, Ehlers-Danlos sendromu sorgulanmalıdır. Sternum ortasında interskapular bölgede yırtılma tarzında keskin bir ağrı olur. Bunun yanında ikincil patolojilerle de karşılaşılabilir; Serebrovasküler olay (SVO), Akut Miyokard İnfarktüsü (AMİ) ve ekstremitelerde iskemi. Etkilenen bölge ve disseke olan tarafla ilgili semptom olabilir.
  - Pulmoner emboli: Plöretik göğüs ağrısı, nefes darlığı, senkop, şok, hipoksi, ateş, öksürük, hemoptizi, göğüs duvarına basmakla hassasiyet, taşikardi ve takipne gibi semptomlarla

birlikte görülebilir. Hastanın Well's puanı hesaplanıp ona göre gerekiyorsa ileri tetkik yapılmalıdır.

- Pulmoner hipertansiyon

- **Gastrointestinal nedenler:**

- Özefagus rüptürü: Çok miktarda ve sert oluşan bir kusmanın akabinde substernal ortaya çıkan keskin bir ağrıdır. Hastada nefes darlığı ve terleme görülebilir. Cilt altı amfizem veya pnömotoraks eşlik edebilir.
- Özefagial reflü veya spazm
- Mallory-Weiss Sendromu
- Biliyer kolik

- **Kas-iskelet sistemine bağlı nedenler:**

- Kostokondrit
- İnterkostal kas gerilmesi
- Servikal- torasik omurilik problemleri

- **Pulmoner nedenler:**

- Plevral irritasyon
- Pnömotorax
- Pnömomediastinum

- **Perikardit:** Perikarditlerin büyük çoğunluğu viral kökenlidir ve sıklıkla tipik semptomlarla başvurur. Ani, şiddetli, keskin ve sabit karakterde bir ağrıdır. Substernal; sırta, boyuna, omuza yayılan inspirasyonla ve yatınca artan bir ağrıdır. Göğüs ağrısı sıklıkla pozisyoneldir. Bununla beraber disfaji ve diyafragmatik irritasyon da bulunabilir. Fizik muayenede ateş, taşikardi ve sürtünme sesi en sık bulgulardır. Perikarditte EKG bulguları dört aşama gösterir. İlk aşamada yaygın ST depresyonu görülürken ikinci aşamada ST segmenti izoelektrik hatta gelir ancak T negatifliği ortaya çıkabilir. Üçüncü aşama da ST segment yüksekliği görülebilir. Son aşama ST segmentinin normale dönmesidir. PR çökmesi viral perikardit için patognomatiktir.

Perikardiyal tamponat gelişip gelişmediğinin takibi için acil serviste ekokardiyografi seçilecek tanısal yöntemdir.

- **Kapak hastalıkları**
- **Herpes zoster**

#### **4.8.Acil Serviste Göğüs Ağrılı Hastaya Yaklaşım**

Tüm göğüs ağrılı hastalar, triyajda birinci önceliği almalı ve değerlendirmede gecikme olmamalıdır. Akut GA ile başvuran hastalarda ilk yaklaşımda yaşamı tehdit eden nedenleri saptamak ve hızlı, dikkatli müdahale ederek mortalite ve morbiditeyi önlemek gerekmektedir. Amaç ilk 10-15 dakika içinde hastaların havayolu, solunum ve dolaşım kontrolünün ardından vital bulgularının alınmasının, kardiyak monitorizasyonlarının, damar yolu girişimlerinin, oksijen tedavisinin ve 12 kanallı ilk EKG'lerinin çekilmesinin tamamlanmasıdır. Bunun ardından göğüs ağrısına odaklanmış kısa bir hikaye alınmalı (göğüs ağrısının özellikleri, eşlik eden semptomları ve kardiyopulmoner hastalık öyküsü) ve kardiyak, pulmoner ve vasküler kısa fizik muayene ile hayatı tehdit eden durum varlığı araştırılmalıdır.

Hastanın ilk değerlendirilmesinde hayatı tehdit eden bir durum saptanmazsa, daha ayrıntılı anamnez alınmalı ve ayrıntılı fizik değerlendirme yapılmalıdır. Bunların sonucunda oluşan ön tanılara uygun laboratuvar testleri ve diğer diyagnostik testler kullanılmalıdır (27,28).

##### **4.8.1.Ağrı Öyküsünün Alınması**

- Göğüs ağrısı olan hastaya yaklaşımda ağrıyla ilişkili ayrıntılı anamnez alınması, hekimin tedaviyi yönlendirici kararlarında çok önemlidir. Fizik muayene ve laboratuvar testleri sıklıkla spesifik olmadığından hastaneye yatış kararı, göğüs ağrısının öyküsüne dayanır. Göğüs ağrısı nedeninin tanısı, göğüs ağrısı sendromu yani, eşlik eden semptomlar ve hastanın genel durumu göz önüne alınarak konulmalıdır. Örneğin; yanma şeklindeki substernal göğüs ağrısının nedeni soğuk terleme ve nefes darlığı gibi semptomları olan bir hastada farklı, semptomları ağır bir yemekten sonra sırt üstü uzanma

ile ortaya çıkan bir hastada farklıdır (33). Bu nedenle ağrının başlangıcı, süresi, şiddeti, lokalizasyonu, tetikleyen ve azaltan faktörler ve önceki epizodların varlığı, ağrının yayılımı olup olmadığı, ağrıya eşlik eden semptomların (bulantı, nefes darlığı, terleme) varlığı dikkatlice sorgulanmalıdır. Hastalar sıklıkla kendiliklerinden ağrının karakterini söylemez, bu nedenle hekimin sorularla hastayı yönlendirmesi gerekir.

- "Ağrı nasıl başlamış?" Anjina ve AMİ sıklıkla tedricen başlarken PE ve aort diseksiyonu ağrısı sabit süreli ağrı olma eğilimindedir.
- "Ağrı başladığında hasta ne yapıyor?" İstirahatte başlayan anjina ile merdivenleri koşarak çıkarken gelişen anjina arasında prognoz açısından çok fark vardır. Yutkunma sırasında başlayan ağrı akla özefagus patolojisini getirmelidir. Ağrının süresi de nedenini belirlemede önemli bir ipucudur. Birkaç saniyelik bir ağrı veya günlerdir süren sabit şiddette bir ağrı neredeyse asla kardiyak kökenli olamaz. Anjina genellikle 5-15 dakika sürer, dakikadan az süreli ağrı anjinal olarak kabul edilmemelidir. Saatlerce, günlerce devam eden göğüs ağrısının iskemik kökenli olma olasılığı çok düşüktür, akla kas-iskelet sistemi, gastrointestinal sistem, akciğer patolojileri veya perikardit gelmelidir. Emosyonel nedenlere de ön tanıda yer verilmelidir. Ağrının karakteri de tanı koydurucu olabilir. Ağrının yanıcı, baskı tarzı, yırtıcı veya bıçak saplanır tarzda olup olmadığı sorgulanmalıdır. Keskin, batma ya da bıçak saplanır tarzda tarif edilen ağrılar genelde göğüs duvarından kaynaklanır. Hiperventilasyon gezici ve hareketle ilişkisiz batıcı tarzda ağrıya neden olur. Aort diseksiyonunda genellikle hastanın kolaylıkla lokalize ettiği yırtıcı karakterde göğüs ağrısı vardır. Ancak kalp, özefagus, safra kesesi gibi iç organ kökenli ağrının karakteri, tanı koymada yanıltıcı olabilir. Örneğin; Mİ hastası yanıcı bir ağrıdan yakınabileceği gibi, özefajitli bir hasta da sıkışma hissinden yakınabilir. Ayrıca, ağrının şiddeti ile altta yatan hastalığın önemini ilişkisiz olabileceği de unutulmamalıdır. Ciddi koroner arter hastalığı (KAH) olan pek çok

hasta şiddetli bir ağrıdan çok, belli belirsiz bir rahatsızlık hissinden yakınırken inflamatuvar kostokondrit şiddetli göğüs ağrısına neden olabilir (33).

- "Ağrının lokalizasyonu neresi?" Hastanın mutlaka ağrısının yerini göstermesi istenmelidir. İç organlardan köken alan ağrılar daha yaygın bir alanda hissedilir. Ufak alana sınırlı, göğüs duvarı üzerinde lokalize ve basıya duyarlı bir ağrı yüksek olasılıkla göğüs duvarı kökenlidir. Ufak noktalarda iğne batışı şeklinde ağrılar genellikle organik bir hastalığa bağlıdır.
- "Ağrının yayılımı var mı?" Ağrının çeneye, omuzlara veya kollara yayılımı kardiyak ağrı lehinedir. Ancak ağrının yerinin ya da yayılımını tanısal anlamda tanımlayıcı olarak kabul etmeden önce torasik dermatomların innervasyonlarının her bireyde tamamen aynı olmadığı göz önünde tutulmalıdır. Bunun yanında herhangi bir kaynaktan ortaya çıkan ciddi ağrı çevre dermatomlara yayılabilir. Reflü özefajit, ülser veya safra kesesi kökenli göğüs ağrılarının sıklıkla epigastrik komponenti vardır, ancak nadiren kollara yayılabilir. Ağrıyı etkileyen faktörler de önemlidir. Ağrının solunumla ilişkisi irdelenmelidir. Pulmoner emboli (PE) hastalarının 3/4'ünde ağrı plöretiktir. Pozisyonla veya kol hareketleri ile kötüleşen ağrı, göğüs duvarı kökenlidir. Ancak tüm plöretik ağrılar solunumla etkilenebilir. Ağrının istirahatle geçmesi ve eforla tekrar başlaması iskemik kökenli ağrıyı düşündürmelidir. Ağrının ataklar halinde gelmesi ve saatlerce sürmesi infarktüsü dışlayıcı bir özelliktir. Eşlik eden semptomların sorgulanması da tanıyı yönlendirici olabilir. Örneğin; soğuk terleme ciddi sempatik stimülasyon ya da parasempatik cevaba yol açan herhangi bir rahatsızlıkta ortaya çıkabilir. Daha geniş ve ciddi infarktlarda soğuk terleme daha sık olma eğilimindedir. Nefes darlığı da sol ventrikül disfonksiyonuna bağlı sol kalp yetmezliği nedeni ile AMİ'ye eşlik edebilir. Subjektif nefes darlığı ciddi göğüs ağrısı ve



anksiyete nedeniyle hiperventilasyon yapan hastalarda da görülebilir.

- "Ağrıyı arttıran faktörler var mı?" Miyokardın oksijen istemini arttıran nedenlerle anjina tetiklenebilir, örneğin; egzersiz, emosyonel stres ve soğuğa maruz kalma gibi periferik vasküler rezistansı arttıran durumlarda veya ağır bir yemek sonrasında olduğu gibi selektif vazodilatasyon olan durumlarda. Herhangi bir nedenle ortaya çıkan taşikardi de anjinayı tetikleyebilir. Bazen bu nedenlerden hiçbiri olmadan koroner arterlerdeki intrensek değişiklikler nedeniyle normalde vazodilatasyona neden olan uyaranlara paradoksik yanıt nedeniyle anjina tetiklenebilir. Ağrının öyküsü tanıda yardımcı olamıyorsa, belki aynı anda iki farklı etyoloji söz konusu olabilir. Yani efor anjinası ile gelen ancak göğüs duvarına bası ile de ağrı tanımlayan bir olguda aynı anda hem miyokardiyal iskemi hem de kas ağrısı birarada olabilir.
- Kardiyovasküler hastalık veya PE risk faktörlerinin varlığı da fazla ayrıntıya girmeden hızlıca sorgulanmalıdır. Risk faktörlerinin sıklığı ve şiddeti fazla ise ağrının iskemik olma olasılığı fazladır. Örneğin; 60 yaşındaki bir erkeğin göğüs ağrısının KAH'ye bağlı olma ihtimali 20 yaşında bir kadından daha fazladır. Ancak bu durum, gençlerde KAH olmaz anlamına gelmemelidir. Örneğin; 35 yaşında atipik ağrı ile gelen yoğun sigara içen ve hiperlipidemik bir erkek olguda, aile öyküsünde 40 yaş altı birçok bireyde Mİ söz konusu ise mutlaka ağrı kardiyak olarak değerlendirilip ileri tetkiklere yönelmelidir (33).

#### **4.8.2.Fiziki Muayene**

Göğüs ağrılı hastada fizik muayenin en önemli komponenti, hastanın genel olarak değerlendirilmesidir. Deride solukluk, terleme, takipne veya anksiyöz bir yüz ifadesi hekimi letal bir süreç konusunda uyarmalıdır. Fizik muayeneye vital bulguların (solunum, nabız, kan basıncı, ateş) hızla değerlendirilmesi ile başlanır. Taşikardi spesifik olmayan bir bulgu olup, şok, şiddetli ağrı veya fiziksel stresten kaynaklanabilir. Ancak yine de hekimi uyarıcı bir bulgu olarak kabul edilmelidir. Taşikardi, PE olasılığını da akla getirmelidir. Kan basıncı her iki kolda ayrı ayrı

ölçülmelidir. İki kol arasında  $> 20$  mmHg basınç farkı aort diseksiyonunu düşündürmelidir. Ancak bu basınç farkı, aort diseksiyonunda hastaların 2/3'ünde mevcuttur (33,34). Hipotansiyon, masif PE veya kardiyojenik şoktan kaynaklanabilir. Ateş yüksekliği, göğüs ağrısının mediastinit veya pnömoni kaynaklı olabileceğini düşündürmelidir. Takipne ise, basitçe ağrının şiddetini yansıtabileceği gibi, PE veya hiperventilasyona da bağlı olabilir. Aterosklerozun genel olarak varlığını gösteren bulguların da (korneal arkus veya bacaklarda pigment değişikliği, trofik bozukluklar) görülmesi önemlidir. Boyunda venöz dolgunluk, karotislerde pulsasyon veya üfürüm varlığı değerlendirilmelidir. Göğüs duvarı inspeksiyonu özellikle solunumsal çekilmeler veya aksesuar kasların solunuma katıldığı görülmeye solunumsal bir patolojinin ön planda olduğunu gösterecektir. Göğüs duvarı palpasyonu ile apikal vurunun yeri belirlenmeli ve lokal olarak hassas alan varlığı araştırılmalıdır. Yaşlı hastalarda göğüs duvarı üzerinde hassasiyet hissedilmesi doğal bir bulgudur. Ancak hastayı acil servise getiren ağrı bası ile artıyorsa kas-iskelet sistemi kökenli ağrı tanısı konmalıdır. Akciğerlerde ral, "wheezing" ve solunum seslerinde asimetrisite olup olmadığı araştırılmalıdır. Solunum seslerinde asimetri, spontan pnömotorakslı hastaların yarısında görülebilen bir bulgudur. "Wheezing" duyulması altta yatan bir kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) varlığını gösterebileceği gibi, kalp yetersizliği (kardiyak astım) veya PE'den de kaynaklanabilir. Kardiyak oskültasyonu genelde tamamen normaldir, ancak iskemi nedeniyle ortaya çıkan sol ventrikül disfonksiyonu üçüncü veya dördüncü kalp sesini presipite edebilir, papiller kas iskemisi geç sistolik mitral yetmezliği üfürümünü ortaya çıkarabilir, bunlara akciğer oskültasyonunda pulmoner konjesyon belirtileri eşlik edebilir. Anjina aort darlığı veya hipertrofik kardiyomiyopati nedeniyle ortaya çıkmışsa bu patolojilere bağlı tipik üfürümler duyulabilir. İkinci kalp sesinde geniş fizyolojik çiftleşme, sağ dal bloğu veya sağ ventrikülün infarktüsünde görülebilir. Yeni paradoksik çiftleşme ise sıklıkla sol dal bloğu veya önyüz infarktüsünde görülür. Yeni S4 duyulması anjina veya infarktüsü gösterirken, S3 duyulması kalp yetersizliğinin önemli bir fizik muayene bulgusudur. Yeni gelişen aort yetersizliği üfürümü, aort diseksiyonunu gösterebilir. Ekstremitelerde nabızlar değerlendirilmeli, ödem, baldır hassasiyeti ve aterosklerotik damar hastalığı bulgularının varlığı araştırılmalıdır. Alt ekstremitte nabızlarının

alınmaması aort diseksiyonundan kaynaklanabilir. Bacaklarda tek taraflı şişlik veya derin ven trombozu bulgularının saptanması göğüs ağrısının PE kökenli olduğu şüphesini uyandırmalıdır.

Göğüs ağrısının etyolojisini saptamak amacıyla sıklıkla deneme tedaviler uygulanmaktadır. Ancak bu yöntem tanıda yanlış yönlendirici olabilir. Hastaların 1/4'ü plaseboya yanıt verebilmektedir (33,35). Kendiliğinden gerileyen bir ağrı yapılan deneme tedavisine yanıt sanılabilir. Kardiyak kökenli ağrılarda sublingual nitrogliserin hastaların 3/4'ünde iki dakika içinde ağrıyı geçirmektedir. Ancak özefagus spazmına bağlı ağrılar da nitrogliserine yanıt verebilir. Bu nedenle ağrının nitrogliserinle gerilemesi kardiyak kökenli ağrı tanısı koyduramaz. Tanısal amaçlı verilen antiasitler de özefageal reflüye bağlı ağrıyı giderecektir, ancak antiasitle ağrının geçmesi tanı koymak için bir kriter olarak kullanılamaz; çünkü reflü özefajitlerinin sadece %25'i antiasit tedaviye akut yanıt vermektedir. Ayrıca, Mİ hastalarının da %20 kadarında ağrı antiasitle azalabilir, hatta kaybolabilir (33).

#### **4.9.Tanısal Testler ve Laboratuvar**

##### **4.9.1.Elektrokardiyografi**

Acil servise anjinal yakınma ile gelen her hastaya ilk beş dakika içinde 12 derivasyonlu EKG çekilmelidir (29). EKG, akut miyokard infarktüsü (AMİ)'nde en önemli tanı aracıdır. Özellikle hastanın vital bulgularının değerlendirilmesini takiben hemen EKG çekilmesi, AMİ hastalarının revaskülarizasyon tedavisine zaman kaybetmeden yönlendirilmesini sağlayacaktır. AMİ ile gelen olguların %50'sinde ilk çekilen EKG tanı koydurucudur. Ancak tüm infarktüslerin 1/4'ünde ilk EKG'nin tamamen normal olabileceği unutulmamalıdır (33-36). Tekrarlayan çekimlerle EKG'nin tanısal değeri %95'i geçmektedir. Hastaların %40-45'inde ilk EKG'de ST segment elevasyonu ve Q dalgaları, %30-40'ında ST segment depresyonu ve T dalga inversiyonu görülür. Bu değişikliklerin saptandığı hastalar zaman kaybedilmeden tedavi görebilecekleri merkezlere nakledilmelidir. Anormal EKG değişiklikleri kalp dışı pek çok patolojide de görülebilir. Bu yüzden EKG'de herhangi bir patoloji saptanırsa bunun eskiden beri olup olmadığı, göğüs ağrısıyla ilişkisi olup olmadığı veya kalp dışı bir nedene bağlı olup olmadığı mutlaka belirlenmelidir. Pulmoner

Emboli (PE), elektrolit bozuklukları ve serebrovasküler olaylar akut EKG değişikliklerine yol açabilir. Diseksiyonlu hastalarda da %90 oranında iskemik EKG değişiklikleri (en sık olarak İnferior Miyokard infarktüsü (Mİ) bulgusu) izlenir (37).

#### **4.9.2.Akciğer Grafisi**

Tüm anjinalı hastalara yapılması gereken bir tetkik de akciğer grafisidir. Radyogramda pnömotoraks, pnömomediastinum (özefagus rüptürü vb.), plevral efüzyon veya infiltrasyonlar görülebilir. Akciğerde volüm kaybı veya tek taraflı vasküler gölgelenmelerde azalma gibi şüpheli bulgular PE'yi düşündürmelidir. Diseksiyonda ise mediastinum geniştir, aorta topuzunda şekil değişikliği görülebilir.

#### **4.9.3.Kardiyak Enzimler**

Ağrının kardiyak kökenli olduğu düşünülüyorsa mutlaka kardiyak enzim ölçümleri yapılmalıdır. Kalp dışı bir etyoloji düşünülüyorsa (örneğin; pnömoni, pankreatit) diğer ilgili testleri yapmak daha uygun olacaktır. Kardiyak enzimlerin kanda yükselmesi, miyokard hücresinde hasarlanma olduğunu gösterir. Son yıllarda rutin kullanıma troponin ve miyoglobinin girmesi ile ağrının başlamasından itibaren Mİ tanısı koymak için geçen süre oldukça kısalmıştır (33,38). Hatta yağ asidi bağlayan protein düzeyi, ağrının 15. dakikasından itibaren kanda yükselerek Mİ tanısı koydurmaktadır (33,37). Bu yeni biyomarkerlerin kullanılmadığı merkezlerde ise serum CK-MB düzeyleri ağrının üçüncü saatinden itibaren yükselerek Mİ tanısında yararlı olmaktadır (33). Üç saatten kısa süreli ağrı ile başvuran olgularda CK-MB ölçümü, yanlış negatif sonuçlara yol açmakta ve de ekonomik kayba neden olmaktadır (33,39). Ağrının süresi 8-12 saati geçiyorsa ve CK-MB düzeyleri hala normale ve EKG bulgusu yoksa Mİ dışlanmış sayılmalıdır. Kardiyak enzimlerin normal serum düzeyleri tek başına iskemiye ekarte ettiremez, tekrarlayan enzim analizleri tanıda yardımcı olacaktır. Ayrıca, günümüzde daha duyarlı yeni biyomarkerlerin gelişimi ile LDH, SGOT ve SGPT ölçümleri AMİ tanısında terk edilmiştir.

#### **4.9.4.Diğer Tanısal Yöntemler**

Hastada solunum sıkıntısı varsa mutlaka kan gazı ölçümü için kan alınmalıdır. Kan gazı normalken PE'yi dışlamış sayılırız. PE'de kan gazında solunumsal alkalozla birlikte PaCO<sub>2</sub> ve PaO<sub>2</sub> düşüktür. Ancak Mİ düşünülen ve trombolitik verilecek hastalarda kanama riski oluşmaması için kan gazı analizleri için arteryel kan örneği alınmaması daha uygundur (33).

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Hastanelerin acil birimine başvuran hastaların en fazla şikâyet konularından biri de göğüs ağrısıdır. Çalışma, göğüs ağrısı ile acil servise başvurmuş hastalara hemşireler tarafından uygulanan triyaj kayıtlarının değerlendirmesi amacıyla retrospektif olarak gerçekleştirildi.

Araştırmada yanıtlanması beklenen sorular.

1. Acil serviste hemşireler tarafından tutulan triyaj kayıtları yeterli midir?
2. Acil serviste hemşireler tarafından tutulan triyaj kayıtları ile ulusal triyaj kayıtları tutarlı mıdır?
3. Acil serviste çalışan ve diğer servislerde çalışan hemşirelerin triyaj kayıtları arasında fark var mıdır?

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma, 01.05.2012 – 01.05.2013 tarihleri İstanbul'un Asya yakasında acil bakım hizmeti sunulan Fatih Üniversitesi, Sema Araştırma ve Uygulama Hastanesinde yapıldı.

### **5.3. Araştırmanın Örneklem Seçimi**

Araştırmanın örneklemini, bu çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Fatih Üniversitesi Sema Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine göğüs ağrısı şikayetiyle gelen hasta kayıtlarından elde edilen veriler oluşturdu. 01.05.2012- 01.05.2013 tarihleri arasında toplam 86 hasta göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvurmuştur. Bir evrakta, yer alan bilgilerin çok eksik olmasından dolayı değerlendirme dışında bırakılmıştır. İki hasta muayene olmadan taburcu olmuştur. Bu yüzden örneklem dışında bırakılmıştır. Bir hastanın dosyası işlem sürecinden farklı olması nedeniyle örneklem dışında bırakılmıştır. Toplam 4 hastanın dosyası değerlendirme dışı bırakılmış 82 hastanın kayıtları araştırmaya dahil edilmiştir.

## **5.4. Verilerin Toplanması**

### **5.4.1. Veri Toplama Aracı**

Veri toplamada araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama aracı kullanıldı (Ek-1). Fatih Üniversitesi Sema Araştırma ve Uygulama Hastanesi triyaj kayıtlarından (Ek-2/Ulusal Triage Skalası) yola çıkılarak sadece araştırmanın amacına uygun verinin toplanması araç geliştirildi. Veri toplama aracı toplam 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hastanın kişisel bilgileri, triyaj bilgisi ve hastanın hastaneye geliş şekli ve durumu gibi bilgiler içermektedir. İkinci bölümde hastanın alerji durumu, madde, sigara, alkol, ilaç kullanımı ve geçmiş ameliyat ve hastalık bilgileri ile ağrı değerlendirme bilgileri yer almaktadır. Üçüncü bölümde yaşam bulguları, kayıt alan hemşirenin bilgileri, kayıt bilgileri ve hemşire izlem notları yer almaktadır. Son bölümde transfer ve taburcu notları yer almaktadır.

### **5.4.2. Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmacı tarafından 01.05.2012 – 01.05.2013 tarihleri arasında hastanenin acil servisine başvuranların bilgisayar ortamında epizot (dosya kayıt numaraları) numaraları bulundu. Göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların numaraları veri tabanında bulundu. Ardından belirlenen dosyalar arşivden alındı. Bilgiler her hasta için veri toplama aracına uygun olarak işlendi.

## **5.5. Veri Analizi**

Araştırmada, elde edilen veri analizi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 istatistik yazılım paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven

aralığında,  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik danışmanlığı alındı.

### **5.6. Araştırmanın Sınırlıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın örneklemini İstanbul ilinin, Asya yakasındaki Fatih Üniversitesi Sema Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine göğüs ağrısı şikayeti ile gelen hastaların triyaj kayıtları oluşturdu. İstanbul ilinde Fatih Üniversitesine bağlı üç hastane/poliklinik varken bunlardan sadece iki tanesinin acil servisi vardır. Dolayısıyla araştırmadan elde edilen sonuçların bu iki hastane/poliklinik için genellenebileceği sınırlılık olarak kabul edildi.

### **5.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın planlama aşamasında, Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu'ndan etik kurul izni ( Ek: 2), Fatih Üniversitesi Başhekimliğinden uygulama izni ( Ek: 3) alındı.



## 6. BULGULAR

Bu bölümde hastalara ait genel tanıtıcı özellikler, hemşirelere ait genel tanıtıcı özellikler, kayıtlardaki genel bilgilere yönelik bulgular yer almaktadır. Daha sonra triyaj dereceleri ve triyaj dereceleri veren hemşireler ile çeşitli değişkenler arasında ilişkilere yönelik bulgular yer almaktadır. Tüm bu bulgular acil servise göğüs ağrısı şikayetiyle gelen hastaların triyaj kayıtlarının incelenmesi ve acil servis hemşireleri ile bu servise destek olarak gelen hemşirelerin triyaj değerlendirmesinde farklılık olup olmadığı analizleri iki ayrı bölümde ele alındı.

### 6.1. Genel Tanıtıcı Özellikler

#### 6.1.1. Hastalara Ait Genel Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde hastaların sosyo-demografik özellikleri ve triyaj kayıtlarındaki bilgilerine yer verildi.

**Tablo 6.1.** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Kayıtlar (N=82)

Bireysel Özellikler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Yaş (X±ss)	39,57±14,307	82	% 100
18-29		19	23,20
30-39		31	37,80
40-49		13	15,90
50-59		9	11,00
60 ve üzeri		10	12,20
Cinsiyet	Kadın	48	58,50
	Erkek	34	41,50

Örneklem grubunda yer alan hastaların yaş ortalaması 39,57±14,307'dir (X=39,57±14,307). 18-29 yaş aralığında 19 (%23,20), 30-39 yaş aralığında 31 (%37,80), 40-49 yaş aralığında 13 (%15,90), 50-59 yaş aralığında 9 (%11,00) ve 60 yaş ve üzerinde ise 10(%12,20) kişi vardır.

Örneklem grubundaki hastaların 48'inin (%56,50) kadın, 34'ünün (%43,50) erkek olduğu belirlendi.

**Tablo 6.2.** Hastaların Hastaneye Geliş Durumlarına İlişkin Kayıtlar

		Frekans (n)	Yüzde (%)
Hastanın Başvurduğu Mevsim	Kış	32	39,0
	İlkbahar	14	17,1
	Yaz	16	19,5
	Son Bahar	20	24,4
Trijaj Derecesi	1	0	0
	2	1	1,2
	3	16	20,0
	4	39	48,8
	5	24	30,0
Geliş Şekli	Yürüyerek	75	91,5
	Tekerlekli San.	6	7,3
	Sedye	1	1,2
	Ambulans	0	0
	Diğer	0	0
Geliş Şikayeti	Göğsümde Baskı var	0	0
	Göğsümde Sancı Var	82	100,0
	Göğsüme Bıçak Saplanıyor	0	0
	Kol ve Sırtıma Sancı Yayılıyor	0	0
	Diğer	0	0

Hastaların 32'si (%39,0) kışın, 14'ü (%17,1) ilkbaharda, 16'sı (%19,5) yazın ve 20'si (%24,4) sonbaharda hastaneye başvuruda bulunmuştur. Örneklem grubunda yer alan hastaların 1'i (%1,2) iki, 16'sı (%20) üç, 39'u (%48,8) dört ve 24'ü (%30) beş triyaj derecesi vermiştir. Örneklem grubunda yer alan hastaların 75'i (%91,5) yürüyerek, 6'sı (%7,3) tekerlekli sandalyeyle ve 1'i (%1,2) sedye ile, 82'si (%100) göğsümde sancı var şikayeti ile hastaneye gelmiştir.

2 hastanın triyaj derecesinin bilgisine dosyadan ulaşılamadı.

**Tablo 6.3.** Hastaların Alışkanlıkları Ve Sağlık Öykülerine İlişkin Kayıtlar

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hastanın Genel Durumu (Bilinç)	Açık	82	100
	Kapalı	0	0
	Komada	0	0
	Entübe	0	0
Hastanın Alerjik Durumu	Bilinmiyor	2	2,43
	Yok	74	90,25
	Var	6	7,32
Madde Alışkanlığı	Yok	77	98,7
	Var	0	0
	Bilinmiyor	1	1,3
Sigara Alışkanlığı	Yok	57	70,4
	Var	23	28,4
	Bilinmiyor	1	1,2
Bir Günde Kullanılan Sigara	0,5 paket ve daha az	9	45
	1 paket	9	45
	2 paket	2	10
Alkol Alışkanlığı	Yok	73	91,3
	Var	6	7,5
	Bilinmiyor	1	1,2
İlaç Kullanımı	Yok	45	54,9
	Var	37	45,1
Geçirilen Ameliyatlar	Bilgi Alınamadı	1	1,3
	Yok	49	62
	Var	29	36,7
Ameliyatlar	Anjio	3	10,3
	Bel Fıtığı	4	13,8
	Burun Operasyonu	2	6,9
	Menüsküs	2	6,9
	Sectio	2	6,9
	Diğer	16	55,2
Geçirilen Hastalıklar	Bilgi Alınamadı	1	1,4
	Yok	46	56,7
	Var	34	41,9
Hastalıklar	HT	14	35,0
	DM	8	20,0
	Çeşitli Kalp Hastalıkları	5	12,5
	Panik Atak	2	5,0
	Astım	3	7,5
	Depresyon	2	5,0
	Diğer	6	15,0

(34 kişide 40 hastalık tespit edilmiştir)

Örneklem grubunda yer alan hastaların tümü (%100) bilinç durumu açık olarak hastaneye gelmiştir.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 2'sinin (%2,43) alerjik durumu bilinmiyor, 74'ünün (%90,25) alerjik durumu yok ve 6'sının (%7,32) alerjik durumu olduğu belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 77'si (%98,7) madde alışkanlığı yok olarak durumunu belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 57'si (%70,4) sigara alışkanlığı yok ve 23'ü (%28,4) sigara alışkanlığı var olarak belirtmiştir. Sigara içen hastalardan 9'u (%45) 0,5 paket ve daha az, 9'u (%45) 1 paket ve 2'si (%10) 2 paket olarak bir günde kullanılan sigara sayısını belirtmiştir.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 73'ünün (%91,3) alkol alışkanlığı olmadığı, 6'sının (%7,5) alkol alışkanlığı olduğu tespit edilmiştir.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 45'i (%54,9) ilaç kullanmadığını, 37'si (%45,1) ilaç kullandığını belirtmiştir.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 49'u (%62) ameliyat geçirmediğini, 29'u (%36,7) ameliyat geçirdiğini belirtmiştir. Geçirilen operasyonlar arasında 3 anjio, 4 bel fitiği, 2 burun operasyonu, 2 menüsküs ve 2 sectio vardır. Geri kalan 16 operasyon çeşitlilik göstermiştir.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 46'sı (%56,7) kronik hastalığı olmadığını, 34'ü (%41,9) toplam 40 kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Geçirilen hastalıklar arasında 14 ht, 8 dm, 5 çeşitli kalp hastalıkları, 2 panik atak, ve 3 astım, 2 depresyon vardır. Geri kalan 6 hastalık çeşitlilik göstermiştir.

4 hastanın madde alışkanlığı bilgisine dosyadan ulaşılamadı. 1 hastanın sigara alışkanlığı bilgisine ulaşılamadı. 62 hastanın bir günde kullanılan sigara sayısına ulaşılamadı. 2 hastanın alkol alışkanlığı bilgisine sayısına ulaşılamadı.

**Tablo 6.4.** Hastaların Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Kayıtlar

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Kullanılan Ağrı Ölçeği	Sayısal	76	95,0
	Davranışsal	4	5,0
Ağrı Puanı	0	22	26,8
	1	1	1,2
	2	2	2,4
	3	6	7,3
	4	20	24,4
	5	15	18,3
	6	10	12,2
	7	3	3,7
	8	1	1,2
	9	1	1,2
Ağrı Yeri	Göğüs	54	90,0
	Çene	1	1,7
	Baş	1	1,7
	Kollar	1	1,7
	Koltuk Altı	1	1,7
	Sırt	2	3,3
Ağrı Sıklığı	Devamlı	46	76,7
	Arada	14	23,3
Ağrı Niteliği	Sızı	1	1,7
	Sıkışma	7	11,7
	Baskı	8	13,3
	Sancı	7	11,7
	Batma	20	33,3
	Yanma	3	5,0
	Uyuşma	1	1,7
	Zonklama	2	3,3
	Ağrı	5	8,3
	Kramp	2	3,3
	Tarif Edilemiyor	3	5,0
Bıçak Saplaması Gibi	1	1,7	
Başlangıç Saati	1 saat ve daha az	9	16,4
	2-5 saat	13	23,6
	6-13 saat	6	10,9
	24-36 saat	13	23,6
	48 saat ve daha fazla	14	25,5
Ağrı Arttıran Faktörler	Yok	49	81,7
	Hareket	4	6,7
	Nefes Alıp Verme	7	11,6
Ağrı Azaltan Faktörler	Yok	56	93,3
	Dinlenmek	3	5,0
	Hareketsiz Kalmak	1	1,7

Örnekleme grubunda yer alan hastaların triyajında ağrı değerlendirilmesi 76'sının (%95) nümerik, 4'ünün (%5) davranışsal olarak kayda geçilmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların ağrı skolarları 22'sinde (%26,8) sıfır, 1'inde (%1,2) bir, 2'sinde (%2,4) iki, 6'sında (%7,3) üç, 20'sinde (%24,4) dört, 15'inde (%18,3) beş, 10'unda (%12,2) altı, 3'ünde (%3,7) yedi, 1'er hastada da (%1,2) sekiz, dokuz ve on olarak belirtmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların ağrı yeri olarak 54'ü (%90) göğüs, 2'si (%3,3) sırt, 1'er kişide (%1,7) çene baş, kollar ve koltuk altı olarak belirtmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların 46'sı (%76,7) devamlı, 14'ü (%23,3) arada şeklinde ağrı sıklığını belirtmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların 7'si (%11,7) sıkışma, 8'i (%13,3) baskı, 7'si (%11,7) sancı, 20'si (%33,3) batma, 5'i (%8,3) ağrı 2'şer hasta (%3,3) kramp ve zonklama, 1'er hasta (%1,7) sızı ve bıçak sağlaması gibi, 3'ü (%5,0) ise tarif edilemeyen bir ağrı şeklinde belirtmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların 9'u (%16,4) 1 saat ve daha az, 13'ü (%23,6) 2-5 saat, 6'sı (%10,9) 6-13 saat, 13'ü (%23,6) 24-36 saat ve 14'ü (%25,5) 48 saat ve daha fazla, ağrının başlangıç saatini belirtmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların ağrıyı arttıran faktörler sorusuna 49'unun (%81,7) yok, 4'ünün (%6,7) hareket ve 7'sinin (%11,6) nefes alıp verme olarak yanıt verdiği tespit edilmiştir.

Örnekleme grubunda yer alan hastaların ağrıyı azaltan faktörler sorusuna 56'sı (%93,3) yok, 3'ü (%5) dinlenmek 1'i (%1,7) hareketsiz kalmak olarak yanıt verdiği tespit edilmiştir.

22 hastanın ağrı yeri, ağrı sıklığı, ağrı niteliği, ağrıyı arttıran faktörler, ağrıyı azaltan faktörlere ait bilgileri dosyalarında bulunamadı. Başlangıç saati bilgisi 27 kişinin dosyasında bulunamadı.

**Tablo 6.5.** Hastaların Yaşamsal Bulgularına İlişkin Kayıtlar

		<b>Frekans (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Vücut Isısı	35	3	3,8
	36	71	88,7
	37	6	7,5
SpO2	93	25	30,5
	95	2	2,4
	96	3	3,7
	97	4	4,9
	98	28	34,1
	99	9	11,0
	100	11	13,4
Kan Basıncı Sistol	120 ve az	31	37,8
	121-140	36	43,9
	141-160	11	13,4
	161 ve fazla	4	4,9
Kan Basıncı Diyastol	60 ve az	8	9,8
	61-70	22	26,8
	71-80	27	32,9
	81-90	19	23,2
	91 ve fazla	6	7,3
Nabız	69 ve altı	10	12,2
	70-79	30	36,6
	80-89	23	28,0
	90 ve üstü	19	23,2
Solunum Sayısı	16 ve az	8	9,8
	17-19	28	34,1
	20-21	41	50
	22 ve fazla	5	6,1
Bilgi Kaynağı	Hasta	74	92,5
	Hasta Yakını	6	7,5
Taburcu Durumu	Ayakta Çıkış Önerileri Formu Verildi	21	27,3
	Reçete Verildi	1	1,3
	Haliyle	55	71,4

Örneklem grubunda yer alan hastaların 3'ünde (%3,8) 35<sup>0</sup>, 71'inde (%88,7) 36<sup>0</sup> ve 6'sında (%7,5) 37<sup>0</sup> ateşi olduğu belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 25'inde (%30,5) 93, 46'sında (%69,5) 95 ve üzeri spo2 değeri belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 31'i (%37,8) 120 ve daha az, 36'sı (%43,9) 121-140, 11'i (%13,4) 141-160 ve 4'ü (%4,9) 161 ve daha fazla sistolik kan belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 8'i (%9,8) 60 ve daha az, 22'si (%26,8) 61-70, 27'si (%32,9) 71-80, 19'u (%23,2) 81-90 ve 6'sı (%7,3) 91 ve daha fazla, diyastolik kan basıncı belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 10'u (%12,2) 69 ve altı, 30'u (%36,6) 70-79, 23'ü (%28,0) 80-89, 19'u (%23,2) 90 ve üstü nabız olarak belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların dakikada 8'i (%9,8) 16 ve daha az, 28'i (%34,1) 17-19, 41'i (%50) 20-21 ve 5'i (%6,1) 22 ve daha fazla solunum yaptığı belirlendi.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 74'ü (%92,5) kendisi bilgilendirmeyi verirken 6'sının (%7,5) triyaj da ki sorulan soruları yakınları cevaplamıştır.

Örneklem grubunda yer alan hastaların 21'i (%27,3) ayakta çıkış önerileri formu verilerek, 1'i (%1,3) reçete verilerek ve 55'i (%71,4) haliyle taburcu edilmiştir.

3 hastanın vücut ısısı, 2 hastanın bilgi kaynağı, 5 hastanın taburcu durumu bilgileri dosyasında bulunamadı.



### 6.1.2. Hemşirelere Ait Genel Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde hemşirelerin çalıştığı birim, tuttuğu triyaj kayıtları ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

**Tablo 6.6.** Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Bireysel Özellikler		Frekans (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	10	77,0
	Erkek	3	23,0
Çalıştığı Birim	Acil Servis	9	69,2
	Diğer	4	30,8
Kayıt Sayısı	Acil Servisteki Hemşirelerin	68	82,9
	Diğer Servisteki Hemşirelerin	14	17,1
Eğitim Alma Durumuna Göre Triage Kayıt Sayısı Dağılımı	Triage Eğitimi Alan	66	80,5
	Triage Eğitimi Almayan	16	19,5
Triage Kayıt Sayısı	Acil Servisteki Hemşirelerin	68/68	100
	Diğer Servislerdeki Hemşirelerin	12/14	85,7

Acil serviste çalışan hemşirelerin 10'u (%77) kadın, 3'ü (%23) erkek olduğu, %69,2'sinin (n=9) acil serviste çalıştığı, kayıtların %82,9'unu (n= 68) acil servis hemşireleri tarafından tutulduğu belirlendi.

Acil serviste triyaj kaydı tutan hemşirelerin 9'u (%69) acil servis hemşirelerinden, 4'ü (%30) diğer birimlerde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır.

## 6.2. Triyaj Derecesi ve Çeşitli Değişkenlere İlişkin Değerlendirme

Bu bölümde triyaj kayıtları çeşitli değişkenler arasında ilişkiye yönelik bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 6.7.** Hemşirelerin Çalıştığı Birime Göre Triyaj Dağılımları Çapraz Tablosu

Trijaj Derecesi	Acil Servis (f)	Diğer Servisler (f)
1	0	0
2	1	0
3	15	1
4	26	10
5	23	1
Toplam	68	12

Acil serviste çalışan hemşireler 3-4-5 derecelerini genellikle verirken acil servis dışındaki birimlerde çalışan hemşireler genelde 4 triyaj derecesini verdiği görülmektedir. Hemşirenin çalıştığı birime göre vermiş olduğu triyaj derecesi durumunun ilişkisel olup olmadığını bulmak için analiz yapılmıştır.

**Tablo 6.8.** Hemşirelerin Çalıştıkları Birime Göre Vermiş Oldukları Triyaj Derecelerinin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Trijaj Derecesi	Acil	68	4,090	0,787	370	0,578
	Diğer	12	4,000	0,426		

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin hemşire çalıştıkları birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=370; p=0,578>0,05).

Trijaj dereceleri ile hastanın geliş zamanı, hastanede kalma süresi, taburcu durumu, hastaneye geliş şekli ve hastanın ağrı skorları ile arasında ilişkiler Tablo 6.9 ve Tablo 6.10'da gösterildi;

**Tablo 6.9.** Hemşirelerin Hastanın Özelliklerine Göre Vermiş Oldukları Triyaj Derecelerinin Karşılaştırılması

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>MW</b>	<b>p</b>
Hastanın geliş şekli	Yürüyerek	74	4,09	0,73	181,5	0,422
	Tekerlekli sandalye veya sedye	6	3,83	0,98		
Taburcu durumu	Ayaktan çıkış önerileri formu verildi	20	4,30	0,66	434	0,161
	Haliyle	54	4,02	0,77		

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin hastanın geliş şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=181,500; p=0,422>0,05).

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin taburcu durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=434,000; p=0,161>0,05).

**Tablo 6.10.** Hemşirelerin Hastanın Özelliklerine Göre Vermiş Oldukları Triyaj Derecelerinin İlişkisi

	<b>Trijaj Derecesi</b>		
	<b>n</b>	<b>r*</b>	<b>p</b>
Hastanın acilde kalma süresi	77	-0,330	<b>0,003</b>
Ağrı skoru	80	-0,355	<b>0,001</b>

\*Spearman korelasyon katsayısı

Hastanın acilde kalma süresi ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,0 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-0,330; p=0,003<0,05). Buna göre hastanın acilde kalma süresi arttıkça triyaj derecesi azalmaktadır.

Ağrı skoru ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,5 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (r=-0,355; p=0,001<0,05). Buna göre ağrı skoru arttıkça triyaj derecesi azalmaktadır.

Tablo 6.10’da triyaj derecesi ile yaşam bulguları arasında ilişki incelendiğinde; sistolik ve diyastolik kan basıncı, vücut sıcaklığı, solunum sayısı SpO2 değerleri ile triyaj dereceleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, nabız ile triyaj derecesi arasında nabız hızlandıkça triyaj derecesinin öneminin arttığı görüldü, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6.11.** Triaaj Anlamlılık Derecesi İle Vital Bulgular Arasındaki İlişkisi

	Triaaj Derecesi		
	n	r	p
Kan Basıncı Sistolik	80	-0,239	<b>0,033</b>
Kan Basıncı Diyastolik	80	-0,071	0,533
Nabız	80	-0,043	0,708
Ateş	78	0,045	0,693
Solunum Sayısı	80	-0,115	0,311
SPO2	80	-0,264	<b>0,018</b>

Hastaların kan basıncı sistolik ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %23,9 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,239$ ;  $p=0,033<0,05$ ). Buna göre kan basıncı sistolik arttıkça triyaj derecesi azalmaktadır.

Hastaların kan basıncı diyastolik ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $r=-0,071$ ;  $p=0,533>0,05$ ).

Hastaların nabız ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $r=-0,043$ ;  $p=0,708>0,05$ ).

Hastaların ateş ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $r=0,045$ ;  $p=0,693>0,05$ ).

Hastaların solunum sayısı ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır ( $r=-0,115$ ;  $p=0,311>0,05$ ).

Hastaların spo2 ile triyaj derecesi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,4 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r=-0,264$ ;  $p=0,018<0,05$ ). Buna göre spo2 arttıkça triyaj derecesi azalmaktadır.

**Tablo 6.12.** Triage Derecesi İle Hastalık Durumunun Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Geçirilen	Yok	49	4,22	0,65	501	<b>0,019</b>
ameliyat	Var	29	3,79	0,82		
Geçirilen	Yok	37	4,27	0,73	496,5	<b>0,011</b>
hastalık	Var	39	3,87	0,70		

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin geçirilen ameliyat değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=501$ ;  $p=0,019<0,05$ ). Geçirdiği ameliyat olmayan hastaların triyaj derecesi (4,22), geçirdiği ameliyat olan hastaların triyaj derecesinden (3,79) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin geçirilen hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney  $U=496,5$ ;  $p=0,011<0,05$ ). Geçirdiği hastalık olmayan hastaların triyaj derecesi (4,27), geçirdiği hastalık olan hastaların triyaj derecesinden (3,87) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Detaylı olarak hastalıklar ve ameliyatlar incelendiğinde, ht, dm, kalp, astım, depresyon, pnömoni, uyku apnesi hastalıklarının birçok hastada olduğu saptanmıştır. Hemşireler triyaj derecesini verirken bu hastalıklara da dikkat etmiş ve daha önemli derecede triyaj derecesi vermişlerdir. Kayıtlarda ameliyat bölümüne bakıldığında anjio, kalp ve platin takılması ameliyatlarının olduğu saptandı ve hemşirelerin triyaj değerlendirmesinde bu ameliyatları geçirenlere anlamlı derecede daha önemli triyaj derecesi verdikleri görüldü.

**Tablo 6.13.** Triyaj Derecesi İle Hastaların Alışkanlıklarının Karşılaştırılması

		<b>n</b>	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>	<b>MW</b>	<b>p</b>
Alkol kullanımı	Yok	71	4,04	0,75	115	<b>0,044</b>
	Var	6	4,67	0,52		
Sigara kullanımı	Yok	55	4,11	0,74	631	0,986
	Var	23	4,09	0,73		

Kayıtlardaki bilgiler incelendiğinde madde bağımlılığı konusunda 76 (%92,6) hasta yok yanıtını vermiştir. n=1(%1,3) hasta hakkında bilgi bilinmiyor şeklinde işaretli olup 5 (%6,1) hasta kaydında bu bölüm boştur. Sigara alışkanlığı konusunda sadece 2 (%2,5) hasta kaydında bilgi yokken 1 (%1,3) hastada bilinmiyor şeklinde kayıt tutulmuştur. Diğer hastalardan 23 (%28,1) sigara alışkanlığının olduğunu beyan etmiş, 55 (67,1) sigara alışkanlığına sahip olmadıkları beyanatını vermiştir.

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin alkol kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Mann Whitney U=115; p=0,044<0,05). Alkol kullanmayan hastaların triyaj derecesi puanları (4,04), alkol kullanan hastaların triyaj derecesi puanlarından (4,67) anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin sigara kullanımı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Mann Whitney U=631,000; p=0,986>0,05).

### 6.3. Diğer Bilgiler

**Tablo 6.14.** Hastaların Hastaneye Gelme Zamanı İle İlgili Kayıtlar

	Triyaj Derecesi				
	n	Ort	Ss	KW	p
Gece (24:00-05:00)	16	4,313	0,793	3,185	0,527
Akşam (17:00-20:59)	23	4,043	0,767		
Geç Akşam (21:00-23:59)	22	4,091	0,610		
Gündüz (12:00-16:59)	16	3,938	0,854		
Sabah (05:01-11:59)	3	3,667	0,577		

Hemşirelerin verdikleri triyaj derecesinin değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (KW=3,185; p=0,527>0,05).

Örneklem grubundaki hastaların 16'sı (% 19,5) Gece (24:00-05:00), 24'ü (% 29,3) Akşam (17:00-20:59), 22'si (% 26,8) Geç Akşam (21:00-23:59), 16'sı (% 19,5) Gündüz (12:00-16:59), 4'ü (% 4,9) Sabah (05:01-11:59) da hastaneye başvuruda bulunduğu belirlendi.

**Tablo 6.15.** Verilen Triyaj Değeri ile Ulusal Triyaj Skalasının karşılaştırılması

		Eğitim almayan		Eğitim alan		p
		n	%	n	%	
Triyaj	Yanlış	4	%26,7	29	%44,6	$\chi^2=1,620$ p= 0,163
	Doğru	11	%73,3	36	%55,4	

Ulusal triyaj skalasına göre yapılan değerlendirmede, eğitim alan ve almayan hemşirelerin uyguladıkları triyajın derecelendirilmesi açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $\chi^2=1,620$ ; p=0,163>0,05). Triyaj eğitimi almayan hemşirelerin 4'ünün (%26,7) ulusal skaladan farklı, 11'i (%73,3) ulusal skala ile paralel; triyaj eğitimi alan hemşirelerin 29'unun (%44,6) ulusal skaladan farklı, 36'sının (%55,4) ulusal skalaya paralel değerde olduğu görüldü.

## 7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde, triyaj kayıtları incelenen araştırmada elde edilen bulguların sonuçlarına göre tartışma ve önerilere yer verildi.

### 7.1. Tartışma

Çalışmada, göğüs ağrısı şikâyeti ile hastaneye gelen hastaların yaş ortalamasının  $39,57 \pm 14,307$  olduğu belirlendi. En fazla 18-39 yaş aralığındaki kişiler hasta olarak gelmişlerdir. Göğüs ağrısı denince ilk akla gelen durum kalp hastalıklarıdır. Özellikle kalp krizi toplum tarafından en bilindik ve en korkulan hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Literatür incelendiğinde son yıllarda hızla düşen kalp krizi geçirme yaşı ortalaması 40 civarındadır. Kalp krizi geçirme yaşının giderek düştüğü ve sıklığının da arttığı görülmektedir (31). Bu bilgiler göz önüne alındığında bireylerin özellikle genç ve orta yaşta iken hastaneye daha fazla gelmeleri buna bağlanabilir.

Örneklem grubunda yer alan hasta kayıtlarında, cinsiyet dağılımının birbirine yakın olduğu görüldü (Tablo 6.1). Karadağ ve arkadaşlarının Acil Polikliniğine Başvuran ve Gözleme Alınan Hasta Profili adlı çalışmasında 3 yıllık dönem incelenmiştir (40). Farklı yıllarda kadın ve erkeklerin yakın oranlarda acile başvurdukları gözlemlenmiştir. Dolayısıyla her iki çalışmada da cinsiyet dağılımlarının paralellik göstermektedir.

Kış aylarında yaz ve ilkbahara göre önemli derecede daha fazla göğüs şikayetinden hastaneye başvurdukları görülmektedir. Literatürde soğuk havalarda damarların daralmasından dolayı kalp hastalıkları gibi kimi hastalıkların çoğaldığı belirtilmektedir (32). Çalışmada elde edilen bulgu literatür bilgisi ile paralellik göstermektedir.

Gelen hastaların kayıtlarında daha önce geçirmiş oldukları ya da kronik hastalıkları ile ilgili bölüm incelendiğinde hastaların %35'inin hipertansiyon, %20,0'inin diyabet hastalığı, %12,5'inin çeşitli kalp hastalıkları, %7,5'inin astım hastalığı, %5'er kişinin de panik atak ve depresyon hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. Hipertansiyon, panik atak ve astım hastalıklarının belirtilerinden biride



göğüs ağrısı ve göğsün sıkışmasıdır (41, 42, 43). Bu hastalığa sahip olan hastaların hastalıklarından dolayı göğsünde baskı/çarpıntı hissedip hastaneye gelmeleri beklenebilir.

Hastaların geliş şikayetlerine bakıldığında tüm kayıtlarda bu bölümün doldurulduğu ve tüm triyaj kayıtlarında “göğsümde sancı var” şeklinde işaret konulduğu saptandı. Triage kaydı yeri ve niteliği bölümüne bakıldığında yerlerin ve niteliğin çeşitlendiği görülmektedir. Hasta ilk geldiğinde geliş şikayeti sorulduğunda hiçbir yönlendirme yapılmadan tüm hastalar “göğsümde sancı var” demiştir. Ancak bu tanımın çok yüzeysel ve sıradan yapıldığı hemşirelerin ağrının yeri ve niteliği hakkında soruları detaylı yönelttikten sonra değişmektedir. Örneğin tüm hastalar sancı var şeklinde başta ifade ederken, nitelik kısmında sadece %11,7 oranında tekrarlanmıştır. Hastaların %33,3’ü batma, %13,3’si baskı, %11,7’si sıkışma, %5’i yanma ve benzeri gibi çok farklı nitelik tanımlaması yapılmıştır.

Aynı şekilde göğsünde ağrının yerini belirten hastaların % 4,8’i yönlendirme ile çene, kol, koltuk altı ve baş olarak belirtmiştir. Tüm bu verilere bakıldığında hastaların ortak olarak geldikleri şikayetin hemşireler tarafından açıklanması ve yönlendirmesi ile daha doğru ve daha spesifik bilgilere ulaşıldığı görülmektedir. Nasırlıer’in (2004) yapmış olduğu araştırmada triyaj eğitimi alan hemşirelerin bu eğitimi almadan önceki durumlarına göre hastaları yönlendirmeleri, şikâyetlerinin tespiti konularında anlamlı derecede daha iyi yaptıkları sonucuna varılmıştır (44). Çalışmada elde edilen bulgular Nasırlıer’ in çalışması ile paralellik göstermektedir. Hemşirelerin bu yönlendirmeyi yapabilmesi için triyaj eğitimini alması etken olabilir. Tablo 6.6’ya bakıldığında hemşirelerin %72,2’sinin acil birim hemşiresi olduğu, açılan dosya açısından da bu birimdeki hemşireler dosyaların %80,48’inin açtığı ve işlediği görülmektedir.

Ağrının başlangıç saatine bakıldığında 24 saatten fazla sürede hastaneye gelen hastaların oranı yaklaşık %32’dir. Bu da hastaların genelde göğüs ağrılarının geçebileceğini düşünerek ilk başta hastaneye gelmedikleri ancak uzun süre ağrının devam etmesi sonucunda acil servise geldikleri şeklinde düşünüldü. Hastaların yaklaşık %10’unun 1 saatten az göğsünde baskı hissettiğinden dolayı acil servise geldikleri görülmektedir. Kalp krizine bağlı ölümlerin %50’sinin ilk bir saate olduğu

düşünüldüğünde hastaların kısa sürede hastanelere başvurmasında fayda olacaktır (45).

Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlere bakıldığında hareketsiz kalmak ve dinlenmek ağrıyı azaltabilirken, hareket halinde olmak ağrıyı arttırabiliyor. Ancak çok büyük oranda böyle bir faktörün olmadığı da tespit edilmiştir. Kişilerin hiçbir şekilde ağrısının azalmaması onların hastanenin acil servisine başvurmalarına sebep olmuştur.

Hastaların hastanede kalış süresi ile triyaj dereceleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastanın hastanede kalma süresi arttıkça triyaj derecesinin öneminde artışı belirlendi. Triage derecesi önemi arttıkça tetik sayısı artabilir ve bunların sonucu daha uzun sürede çıkabilir bundan dolayı da hastalar hastanede daha uzun sürede kalmış olabilirler.

Hastaların yaklaşık %58'i akşam ve geç akşam acil servise başvurmuştur. Bu durumun kişilerin yemek yedikten sonra veya gün yorgunluğu ile ağrılarının artmasına bağlı olarak hastaneye gitmelerine neden olduğu düşünülebilir.

Hastaların yaklaşık % 45'i ilaç kullandığını beyan etmiştir. Bir çok hastanın hipertansiyon, diyabet hastalığı, astım gibi kronik hastalıklarının olması ve yaklaşık hastaların %37'sinin ameliyat geçirmiş olması ve bu ameliyatların ardından kullandıkları ilaçlar olabileceği düşünüldüğünde ilaç kullanım oranının bu kadar yüksek olması bundan kaynaklanabilir.

Hastaların ağrı puanları ile triyaj dereceleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 6.9,  $r=-,299$ ,  $p<,01$ ). Yani ağrı arttıkça triyaj da ki önem derecesi artmaktadır. Bu bulgu hemşirelerin triyaj değerlendirmesi yaparken ağrı puanının önemsediklerini düşündürdü. Akıncı'nın (2009) triyaj derecesinin önemine ilişkin yaptığı çalışma sonuçları ile çalışmadan elde edilen sonuçlar benzer bulunmuştur (46).

Acil servis hemşiresi ile diğer birimlerden destek olarak gelen hemşirelerin vermiş oldukları triyaj derecesinde anlamlı fark olmamasına rağmen acil servis hemşireleri 3-4-5 triyaj derecelerini yoğunlukla verirken diğer hemşireler 4 triyaj

derecesini ağırlıklı olarak vermişlerdir. Sadece bu verilere bakıldığında diğer birim hemşirelerinin 12 kayıttan 10 tanesini 4, 1 tanesini 3 ve 5 triyaj derecesi ile kayıt ettikleri dikkat çekmektedir. Diğer birim hemşirelerinin bu stabil ve standart derece puan vermesi, değerlendirmeyi iyi yapamadığı anlamını verebilir. Konu hakkında yetkin olmamaları ve güvensiz hissetmeleri standart 4 ile derecelendirdikleri düşünülebilir. Nasırlıer'in 2004 yılında yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin triyaj eğitimi aldıktan sonra almadan önceki değerlendirmelerine göre anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (44).

Acil servis hemşirelerinin triyajda "3-5" dereceleri, diğer servislerde çalışan hemşirelerin "4" dereceli triyajı verdikleri görülmüştür. Çalışılan birimle triyaj derecesi verme arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiş. Çalışmada, her ne kadar çalışılan birim ile triyaj derecelendirme arasında, anlamlı ilişki tespit edilmese de acilde çalışan hemşirelerin daha ayırt edici dereceler verdikleri görüldü (Tablo 6.7,6.8)

İncelenen kayıtlardan %5 inde giriş çıkış tarih ve saat bilgilerinin yanlış ve/veya olmadığı tespit edilmiştir. Acil hemşirelerinin triyaj kayıtlarını doğru tutmaları başlıca görevlerinden biridir. Hastanın kaydının doğru tutulması ileride hasta hakkında bilgi alırken gerçekçi bilgiye ulaşmak ve daha hızlı tedavi sürecini gerçekleştirmek anlamına gelmektedir (47). Bundan dolayı acil hemşirelerinin triyaj kayıtlarını tutarken daha dikkatli olmaları gerektiği düşünülmektedir.

Hastaların %70,4'ü sigara alışkanlığı olmadığını beyan etmiştir. Bu oran Türkiye'de ki sigara içme oranından oldukça düşüktür. Tel'in 2014 yılında yapmış olduğu araştırmada sigara kullanımının göğüs ağrısının başlıca risk faktörlerinin biri olduğu tespit edilmiştir (48). Göğüs ağrısı şikâyetiyle gelen hastaların önemli kısmının sigara kullandığı tespiti yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçların Tel 'in çalışmasından farklı olduğu görülmüştür. Çalışmada hastaların %35'i 18-29 yaş aralığındadır. Bu kişilerin evli olmadıkları ve ebeveynleriyle geldikleri düşünüldüğünde, onların yanında doğru beyan veremedikleri sebebiyle böyle düşük bir oran çıkmış olabileceği düşünüldü.

Hastaların %98,7 si madde alışkanlığı olmadığını tespit edilmiş bir kişiden ise bilgi alınamamıştır. Eğer hastaların arasında madde bağımlılığı olan var olsa bile, adli ve ailevi durumdan dolayı beyan etmemiş olabilir.

Örneklem grubundaki hastaların yaklaşık %30'unun SpO2 değerinin sınır değerden düşük olduğu görülmüştür. Uyku bozukluğu apnesi, KOAH gibi göğüs hastalıklarında SpO2 değeri normal değerden düşüktür. Oksijenin yetersiz alınması hastaların daha fazla solunum yapma ihtiyacı doğurur. Ajite olan hasta strese kapılır ve bunların tümü sonucunda göğsünde sancı hissedebilir (49, 50). Bu çalışmada SpO2 değeri düşük olan hastaların yeterli oksijen alamadıklarından dolayı göğsünde sancı oluştuğu anlamına gelebilir.

Örneklem grubundaki hastaların önemli bir kısmının (%42) sistolik kan basıncının 120-160 mmHg aralığının dışında olduğu tespit edilmiştir. Diyastolik kan basıncına bakıldığında 61-90 mmHg aralığı dışındaki hasta oranı yaklaşık %17'dir. Literatür incelendiğinde sistolik kan basıncının yüksek olması, damarların daralması sonucunda kanın damar duvarına daha fazla basınç yapmasına yol açmaktadır. Bu daralan damarlar kanı geçirebilmesi için kalp daha çok çalışır ve buda göğüste sancı yapabilir (51). Oranlara bakıldığında sistolik kan basıncı yüksekliği dolayısı ile hastaların göğüste baskı hissetmeleri ve acile gelmeleri bir neden olabileceği düşünüldü.

Hasta kayıtları oluşturulurken kimi zaman hastanın ajite olmasından dolayı tüm bilgilerini vermemektedir. Kimi zamanda acil çok yoğun olduğunda tüm kayıtlar ileride tamamlanmak üzere birkaç temel bilgi işlenmektedir. Bu hastalar çok kısa sürede hastaneden ayrıldıklarında bilgiler eksik kalmaktadır. Triyaj kayıtlarındaki eksilikler bunlardan kaynaklanıyor olabilir.

## 7.2. Sonuçlar

Acil birimine ggs ağrısı ile başvuran hastalara hemşireler tarafından uygulanan triyaj kayıtlarının değerlendirilmesi amacıyla retrospektif olarak gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda;

- Ulusal triyaj kayıtları esas alınarak acil serviste hemşireler tarafından tutulan triyaj kayıtları değerlendirildiğinde kayıtların tutarlı olduğu,
- Trijaj dereceleri ile hastalara ilişkin ağrı puanları, hastanede kalma süresi ile arasında anlamlı ilişki olduğu ,
- Hemşirelerin triyaj eğitimi alması ile vermiş oldukları triyaj derecesi arasında anlamlı fark olmadığı,
- Tutulan triyaj kayıtlarının %82,9'nun acil birim hemşireleri tarafından %17,1'nin diğer birim hemşireleri tarafından doldurulduğu,
- Hemşirelerin çalıştığı birime göre vermiş oldukları triyaj dereceleri arasında farklılıkların olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Acil serviste hemşireler tarafından tutulan triyaj kayıtlarının yeterli olduğu sonuçlarına varılmıştır.

## 7.3. neriler

Kayıt tutmak hemşirelerin yasal sorumluluklarından biridir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, acil servis hemşirelerinin doğru ve güvenilir triyaj yapabilmeleri için standart ölüm araçları kullanmaları ve bu amaçla triyaj eğitimi almaları önerilmektedir. Triyajda rehber, protokol ve algoritmaların kullanılması, doğru değerlendirmeyi sağlamakla birlikte triyajdaki farklılıkları azaltır ve tutarlılığı sağlar. Acil serviste hemşireler tarafından uygulanan triyajda en iyi uygulama standartlarının kullanılması, kalabalık ve sınırlı kaynakları olan acil serviste hasta için en iyi kararın verilmesini sağlar. Hasta sonuçlarını iyileştirir ve hasta

memnuniyetini artırır. Bu nedenle doğru ve tam kayıt tutulmasının önemi hakkında hizmet içi eğitimle farkındalık yaratılması önerilmektedir.

Sağlık bakım kuruluşlarında bağımsız bir bölüm hazırlanarak odanın triyaj için hazırlanması önerilir. Böylece kayıtlar daha sağlıklı tutulabilir.

Mevcut halde iken triyaj kayıtlarında kimi zaman giriş çıkış saatlerinin uyuşmaması, kimi zaman çok az bilginin işlenmesi rastlanılmıştır. Bunların önüne geçilebilmesi için hemşirelerin daha dikkatli olması gerekmektedir. Trijaj kayıtlarının incelenmesi sonucunda hemşirelere zamanla kaç tane eksik kayıt yaptığı geri bildirim verilirse hemşirelerin daha dikkatli kayıt yapması sağlanabilir. Hastane yönetiminin bu dikkati arttıracak ve yoğunluğu azaltacak tedbirler alması önerilir.

Sağlık bakanlığının yönetmelikler çerçevesince hastanelerde çalışan personel sayısını ve şartlarını denetlemesi önerilir. Bu sayede eksik personel çalıştıran hastaneler uyarılarak oradaki çalışma koşulları iyileştirilebilir ve hata yapma olasılığı azalabilir.

## KAYNAKLAR

1. Sungur E., Aksoy B., Biçer S., Aydoğan G., Acil Servis Hemşireleri Arasında Triyaj Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, JOPP Dergisi 1(1):14-18, 2009.
2. Ersoy N., Bağdaçık S., Akpınar A., Kocaeli İli 112 Acil Çalışanlarının Bir Çoklu Yaralanma Senaryosu için Triyaj Kararları, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 6(2):69-75, 2006.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, sayı:24046, 11.05.2000.
4. Afetlerde Triyaj ve Komuta Merkezi, Accessed: January 2006. Available at: <http://www.acilveilkuyardim.com/acilbakim/triyaj.htm> .
5. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, Resmi Gazete, Sayı:27378, 16.10.2009.
6. Tekşam Ö., Çocuk Acil Servislerinin Kalabalığına Genel Bakış ve Çözüm Önerisi Olarak Triyaj, Hacettepe Tıp Dergisi, 40:125-132,2009.
7. Cömert B., Savaş Koşullarında Yoğunbakım, Yoğunbakım Dergisi, 6(1):16-21,2006.
8. Iserson K.V., Moskop J.C., Triage In Medicine, part:1:Concept, History and Types, Ann Emerg Med., 49:275-81, 2007.
9. Blagg C.R., Triage: Napoleon Present Day, J Nephrol, 17(4):629-32, 2004.
10. Gilboy N., Tanabe P., Travers D.A., Emergency Severity Index Version 4: Changes to ESI Level 1 An Pediatric Fever Criteria, J Emerg Nurse, 31:357-362,2005.
11. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Kitabı, Triyaj 725TTT035, Sayfa:21, Ankara, 2011.
12. Bahar A., Kerbek Akarca F., Psikiyatrik Semptom Gösteren Hastaları Değerlendirmede Kullanılan Triyaj Sistemleri, 2. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi, Sayfa:75, Kuşadası,19-21.04.2013.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü, Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023 Kitabı, Sayfa:29, Ankara, 2011.

14. Çınar O, Çevik E, Salman N, Cömert B. Emergency Severity Index Triaj Sistemi ve Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisinde Uygulama Deneyimi, Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2010;10(3):126-131.
15. Yenal S. Prehospital Triaj, Erişim tarihi: 04.03.2014 [www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/2600/Prehospital%20Triaj.ppt](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/2600/Prehospital%20Triaj.ppt)
16. Triyaj (Seçmek, Ayırmak), Acıbadem Hemşirelik, e-dergi, Erişim tarihi: 04.03.2014 [http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni\\_tasarim/files/triyaj%20en%20son%20hali.pdf](http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/yeni_tasarim/files/triyaj%20en%20son%20hali.pdf)
17. Tamburlini G, Di Mario S, Maggi RS, Vilarim JN, Gove S. Evaluation of Guidelines For Emergency Triage Assessment and Treatment in Developing Countries. Arch Dis Child 1999; 81:478-82.
18. Simoes EAF, Desta T, Tessema T, Gerbreselassie T, Dagnew M, Gove S. Performance of Health Workers After Training in Integrated Management of Childhood İllness in Gondar, Ethiopia. Bull World Health Organ 1997; 75(suppl 1): 43-53.
19. Kalter HD, Schillinger JA, Hosain M, et al. Identifying Sick Children Requiring Referral to Hospital in Bangladesh. Bull World Health Organ 1997; 75(suppl 1): 65-75.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tıbbi Hizmetler Sunum Rehberi Kitabı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Sayfa:4-6, 2013.
21. Dedeoğlu E., Acil Servise Göğüs Ağrısı Nedeni ile Başvuran Olgularda Ağrı Şiddeti ile Akut Koroner Sendrom ve Elektrokardiyografideki ST Segmenti Arasındaki İlişki, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2008.
22. Sağlık Hizmetleri Bölüm Oryantasyon Rehberi, Pendik Devlet Hastanesi,2012. Erişim Tarihi: 25.07.2014 [http://www.pendikdevlethastanesi.gov.tr/files/Saglik\\_Hizmetleri\\_Bolum\\_Oryantasyon\\_Rehberi.pdf](http://www.pendikdevlethastanesi.gov.tr/files/Saglik_Hizmetleri_Bolum_Oryantasyon_Rehberi.pdf)
23. Öztürk T.C., Güneysel Ö., Yeşil O., Eren Çevik Ş., Acil Serviste Göğüs Ağrısına Yeni Bir Yaklaşım: “Triple Rule-Out” BT, Akademik Acil Tıp Dergisi [JAEM], Volume 2012; 11(1): 41–46.



24. Bastarrika G, Thilo C, Headden GF, Zwerner PL, Costello P, Schoepf UJ. Cardiac CT in the assesment of acute chest pain in the emergency department. AJR 2009; 193: 397-409.
25. Göğüs Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü, Eğitim Birimi Sunumu. Erişim Tarihi: 08.03.2014  
[http://www.ankara112.gov.tr/userfiles/Dosyalar/egitimsunumlari/10\\_G%C3%B6%C4%9F%C3%BCs%20A%C4%9Fr%C4%B1s%C4%B1%20%20Olan%20Hastaya%20Yakla%C5%9F%C4%B1m.pdf](http://www.ankara112.gov.tr/userfiles/Dosyalar/egitimsunumlari/10_G%C3%B6%C4%9F%C3%BCs%20A%C4%9Fr%C4%B1s%C4%B1%20%20Olan%20Hastaya%20Yakla%C5%9F%C4%B1m.pdf)
26. Şahin A., Göğüs Ağrılı Hastalarda Scube-1 Düzeyinin Tanısal Değeri, T.C. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Trabzon, 2012.
27. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı:27910, 19.04.2011.
28. Duman A., Hayatı Tehdit Eden Göğüs Ağrısı Ayırıcı Tanısında CO-PEPTİN Düzeyinin Değerlendirilmesi, T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2012.
29. Polat O., Göğüs Ağrılı Hastada İlk Yardım, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, 2005. Erişim Tarihi: 09.03.2014  
[http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/acilveriler/egitim/uzem\\_ders/017.pdf](http://aciltip.medicine.ankara.edu.tr/acilveriler/egitim/uzem_ders/017.pdf)
30. Yağcıbulut Ö., Göğüs Ağrısı ile Başvuran ve Koroner Anjiyografi Yapılan Koroner By-Pass ve/veya Koroner Stentli Hastalarda Revaskülarizasyon İhtiyacı ile Anksiyete-Depresyon Arasındaki İlişki, T.C. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Mersin, 2011.
31. <http://www.kalp.biz.tr/kalp-krizi-yas-ortalamasi.html> adresinden 01.07.2014 tarihinde erişilmiştir.
32. <http://www.medlinehastaneleri.com/saglikli-bilgiler/genel-saglik/soguk-hava-kalp-krizi-riskini-artiriyor> adresinden 08.01.2015 tarihinde erişilmiştir.
33. Kayıkçıoğlu M., Ildızlı M., Hasdemir C., Acil Servise Göğüs Ağrısı ile Gelen Hastaya Yaklaşım, İç Hastalıkları Dergisi, 12(2):92-102, 2005.
34. Knaut AL, Cleveland JC Jr. Aortic emergencies. Emerg Med Clin North Am 2003; 21: 817-45.

35. Laird C, Driscoll P, Wardrope J. The ABC of community emergency care: Chest pain. *Emerg Med J* 2004; 21: 226-32.
36. Behar S., Schor S., Kariv I., et al. Evaluation of electrocardiogram in emergency room as a decision-making tool. *Chest* 1977; 71: 486-91.
37. Alhadi HA., Fox KA., Do we need additional markers of myocyte necrosis: The potential value of heart fatty-acid-binding protein. *QJM* 2004; 97: 187-98.
38. Hamm CW., Ravkilde J., Gerhardt W., et al. The prognostic value of serum troponin T in unstable angina. *N Engl J Med* 1992; 327: 146-50.
39. Laird C, Driscoll P, Wardrope J. The ABC of community emergency care: Chest pain. *Emerg Med J* 2004; 21: 226-32.
40. Karadağ B., ÇAT H., Öztürkali O., Basat O., Altuntaş Y., Acil Polikliniğine Başvuran ve Gözleme Alınan Hasta Profili Üç Yıllık İnceleme, [http://www.akadgeriatri.org/managete/fu\\_folder/2010-03/html/2010-2-3-176-185.htm](http://www.akadgeriatri.org/managete/fu_folder/2010-03/html/2010-2-3-176-185.htm) adresinden 08.01.2015 tarihinde erişilmiştir.
41. <http://www.medikalakademi.com.tr/hipertansiyon-nedir-nedenleri-belirtileri-teshis-tedavi/#!> adresinden 24.09.2014 tarihinde erişilmiştir.
42. <http://www.saglik.net/panikatak.html> adresinden 24.09.2014 tarihinde erişilmiştir.
43. <http://www.saglik.net/astim.html>, adresinden 24.09.2014 tarihinde erişilmiştir.
44. Nasırlılar G. Ç. Acil Hemşirelerinin Triyaj Eğitimi Öncesi ve Sonrası Bilgilerinin Değerlendirilmesine Yönelik Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2004.
45. [http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik\\_rehberi/gogus-agrisi-kalp-krizi-habercisi-olabilir/](http://www.memorial.com.tr/rehberler/saglik_rehberi/gogus-agrisi-kalp-krizi-habercisi-olabilir/) adresinden 24.09.2014 tarihinde erişilmiştir.
46. Akıncı Ö. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi Triyaj Skalası'nın Oluşturulması Ve Uygulanabilirliğinin Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2009.

47. <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/makaleler.asp?makaleid=15> adresinden 08.01.2015 tarihinde edinilmiştir.
48. Tel M. R.Acil Servise Göğüs Ağrısı İle Başvuran Hastalarda Heart Skoru Kullanımı Hastanın Acil Serviste Kalış Süresini Kısaltabilir Mi?, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014.
49. [http://en.wikipedia.org/wiki/Pulse\\_oximetry](http://en.wikipedia.org/wiki/Pulse_oximetry) adresinden 08.01.2015 tarihinde edinilmiştir.
50. Güven S.F., Hacıkamiloğlu E., Çiftçi B., Çiftçi T. U., Erdoğan Y. Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Oksijen Flüktüasyon İndeksinin (OFİ) Tanı Değeri, Solunum Hastalıkları, Cilt 22, Sayı 3, ss.88-93, 2011.
51. <http://www.turkstudent.net/content/article/3143/hipertansiyon-yuksek-kan-basinci.html> adresinden 08.01.2015 tarihinde edinilmiştir.
52. Şanlı D.,Trijaj Protokolleri, Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı, 2. Ulusal Acil Hemşireliği Kongresi, Sayfa:20-21, Kuşadası,19-21.04.2013.

# EKLER

## EK-1

T.C.  
ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
Acil Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

**“Göğüs Ağrısı Olgularında Acil Hemşireleri Tarafından Uygulanan Triyajlara Retrospektif Bakış” Adlı Tezin Veri Toplama Aracı**

Hastanın Adı Soyadı : ..... Hasta No:.....  
Doğum Tarihi : ..... Cinsiyet :  Erkek  Kadın  
Geliş Saati : ..... Triyaj Derecesi : 1 2 3 4 5  
Geliş Şekli :  Yürüyerek  Tekerlekli San.  Sedyeye  Ambulans  Diğer:.....  
Geliş Şikâyeti :  Göğsümde baskı var  Göğsümde sancı var  Göğsüme bıçak saplanıyor  
 Kol ve sırtıma sancı yayılıyor  Diğer: .....

Hastanın Genel Durumu: Bilinç:  Açık  Kapalı  Komada  Entüte GKS:.....

Hastanın Alerji Durumu:  Bilinmiyor  Yok  Var ( İlaç: ..... / Reaksiyon:.....  
Madde Alışkanlığı :  Yok  Var ( Cinsi:...../Miktarı:.....  
Sigara :  Yok  Var (Miktar:...../gün Süre:.....Bırakma Tar.: .....)  
Alkol :  Yok  Var (Miktar:...../gün Süre:.....Bırakma Tar.: .....)  
İlaç Kullanımı :  Yok  Var (Aşağıdaki bölümü doldurunuz)

İlacın Adı	Doz	Sıklık	Son Doz Saati

Geçirilen Ameliyatlar :  Bilgi Alınamadı  Yok  Var (.....)  
Geçirilen Hastalıklar :  Bilgi Alınamadı  Yok  Var (.....)  
Ağrı Değerlendirmesi : Kullanılan Ağrı Skalası :  Nümerik  Davranışsal Ağrı Skoru: .....  
Yeri: ..... Sıklığı:..... Niteliği:..... Başlangıç Saati:.....  
Ağrıyı Arttıran Faktörler: ..... Ağrıyı Azaltan Faktörler:.....

Vital Bulgular	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız(/dk)	Ateş (°C)	Solunum Sayısı (/dk)	SpO2(%) <input type="checkbox"/> O2'li

Bilgi Kaynağı :  Hasta  Hasta Yakını  Eski Kayıtlar  
Kayıt Alan Hemşire : Adı Soyadı: ..... Tarih/Saat:...../.....  
Çalıştığı Birim:  Birim İçi  Birim Dışı Daha Önce Acil Servis ile ilgili eğitim Aldı:  Evet  Hayır

Hastanın Anamnez ve Fizik Muayene Bilgileri: Triyaj Derecesi : 1 2 3 4 5

Şikayeti:

### Fizik Muayene

Baş – Boyun	A	Genel Durum <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü	Şuur: <input type="checkbox"/> Açık <input type="checkbox"/> Bulanık <input type="checkbox"/> Kapalı		
Solunum Sistemi	N N	Venöz Dolgunluk	V Y	Kooperasyon	V Y
Kardiyovasküler S.	O O	Kalp Sesleri Doğal	E H	Siyanoz	V Y
Kas İskelet S.	R R	Karın Ağrısı	V Y	Patolojik Pupil	V Y
Sindirim Sis.	M M	Nörolojik Defisit	V Y	Anormal Bulguların Açıklanması:	
Nörolojik Sis.	A A	Dispne	V Y		
	L L	Göğüs Ağrısı	V Y		

Ön Tanı : ..... Tanı: .....

Test Sonuçları ve Yorum: .....

Hekim Adı Soyadı: ..... Saat: .....

### Vital Bulgular ve Hemşire İzlem

Saat	Kan Basıncı (mmHg)	Nabız (dk)	Ateş (°C)	Solunum Sayısı (/dk)	SpO2 (%)	GKS	Ağrının Skalası				Adı Soyadı
							Skoru	Süresi	Yeri	Niteliği	

Saat	Hemşire İzlem Notu	Adı Soyadı

### Glasgow Koma Skalası (GKS)

Göz : 1- Cevap Yok 2- Ağrılı Uyarı 3- Sözel Uyarı 4- Spontan  
Motor Cevap : 1- Cevap Yok 2- Ekstansiyon 3-Anormal fleksiyon 4- Ağrıya fleksiyon 5- Ağrıya lokalize6- Emirlere uyar  
Sözel Cevap : 1- Cevap Yok 2- Anlamsız Sesler 3- Uygunsuz kelime 4- Konfüze 5- Organize

### Konsültasyon Notları

Konsültasyon No: Bölüm Adı:..... Çağrı Saati:..... Geliş Saati:.....

Yorum:

Hekimin Adı ve Soyadı: .....

### Transfer ve Taburculuk Notları

Transfer Edildiği Bölüm/Yer :  Başka Kurum  Anjio  Ameliyathane  Yatan Hasta Katı  Yoğun Bakım

Transfer Şekli:  Sedye  Yatak  Tekerlekli Sandalye  Diğer: .....

Taburcu Durumu:  Hasta tedaviyi reddetti  Ayaktan hasta çıkış önerileri formu verildi  Reçete Verildi

Kontrol randevusu verildi  Şifa ile  Haliyle  Ex

Taburcu/Transfer edenin Adı Soy Adı:..... Tarih :..... Saat:.....

	GENEL TIBBİ LİSTELER	Doküman No
		Revizyon No
	ACİL TRİAJ SKALASI	Tarih
		Sayfa No
<b>TRİAJ KODU: 1</b>	<b>RESÜSİTASYON</b>	Hekim ve Hemşire ik ve yeniden değerlendirme süresi: <b>HEMEN (kesintisiz hemşire bakımı)</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kardiyak veya pulmoner arrest/ prearrest</li> <li>2. Major travma Glasgow Koma Skala (GKS)&lt; 13</li> <li>3. Her türlü şok durumları</li> <li>4. Bilinç kaybı</li> <li>5. Akut şiddetli solunum sıkıntısı</li> </ol> <p><b>Tipik Hastalar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yanıtsız</li> <li>• Ciddi dehidratasyon</li> <li>• Ciddi solunum yetmezliği</li> <li>• Anormal vital bulgu ve hipoperfüzyon/şok bulguları olan tüm vakalar</li> <li>• Devam eden nöbet</li> <li>• Göğüs ağrısı--Akut Koroner Sendromlar (AKS) düşünülen non travmatik şiddetli göğüs ağrısı</li> </ul>		
<b>TRİAJ KODU: 2</b>	<b>ÇOK ACİL</b>	Hekim ve Hemşire ik ve yeniden değerlendirme süresi: <b>15 dakika</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Değişen mental durum:</li> <li>2. Kafa travması veya şiddetli travma bulgularının varlığı</li> <li>3. Göz ağrısı: görme kaybı veya azalmasıyla beraber</li> <li>4. Ani gelişen keskin ağrı</li> <li>5. Ağrının vasfına bakılmaksızın geçirilmiş miyokard enfarktüsü (MI), anjina veya pulmoner emboli (PE) öyküsü olan hastalar</li> <li>6. Zehirlenme: Hastalarda zehirlenme bulgularından biri varsa (değişken bilinç durumu, anormal vital bulgular) çok hızlı değerlendirilmelidir.(&lt;5 dakika)</li> <li>7. Karın ağrısı: Ciddi karın ağrılarında, özellikle eşlik eden ciddi bulgular varsa çok daha dikkatli olunmalıdır.</li> <li>8. Gastrointestinal Sistem (GİS) Kanama: Aktif kanama bulgusu veya vital bulguları sorunlu hasta</li> <li>9. Serebrovasküler Olay: (bilinç bozukluğu olmasa da ilk 3 saatteki tüm hastalar)</li> <li>10. Astım (AĞIR)</li> <li>11. Nefes Darlığı ( AĞIR)</li> <li>12. Anafilaksi</li> <li>13. Vajinal kanama ile Akut pelvik ve alt karın ağrısı</li> <li>14. Ciddi Enfeksiyonlar: Hasta kötü görünüyor ve bilinç durumu, vital bulguları, oksijen saturasyonu gibi fizik bulgulardan bir veya daha fazlasında anormallik bulunuyorsa .</li> <li>15. Ateş (genç çocuklar): Üç ay altındaki bebeklerde &gt;38 ateş varlığı.</li> <li>16. Ateş: Her yaşta bilinç değişikliği ile birlikte olan</li> <li>17. Kusma ve ishal: Dehidrasyon bulguları ile birlikte veya &lt; 2 yaş çocuklar</li> <li>18. Akut psikoz/Aşırı ajitasyon:</li> <li>19. Diyabet: Birlikte bilinç değişikliği veya / vital bulguları sorunlu hastalar</li> <li>20. Şiddetli Ağrı: (ağrı skalası) Hasta ağrısını 8-10/10 olarak tanımlıyorsa</li> <li>21. İstismar/ İhmal/ Saldırı:</li> <li>22. İlaç yoksunluk- Şiddetli- (Delirium Tremens veya diğer)</li> <li>23. Kemoterapi alma öyküsü olan hasta; ateş, genel durum bozukluğu ve 2. derece yanıklar</li> </ol>		

Faculty Medicine Hospital, and should not be copied, reproduced or  
disclosed to a third party without the written consent of the proprietor

Hastaların müayenesi için, soluma ve diğer tıbbi araçların  
kullanılması, değiştirilmesi ve ışıklandırılması  
gerektirir.

	<b>GENEL TIBBİ LİSTELER</b>	<b>Doküman No</b>	
		<b>Revizyon No</b>	
	<b>ACİL TRİAJ SKALASI</b>	<b>Tarih</b>	
		<b>Sayfa No</b>	

The contents of this document are the property of Fırat University Faculty Medicine Hospital, and should not be copied, reproduced or disclosed to a third party without the written consent of the proprietor

**TRİAJ KODU: 3** Hekim ve Hemşire ik ve yeniden değerlendirme süresi:  
**ACİL** 30 dakika

1. Kafa travması : Bilinç açık (GKS 15), orta ağırlı (<8- 10/10) ve bulantı veya kusması olması. Hasta kötüleirse veya kötü görünüyorsa kategori II' de değerlendirilmelidir. hastalardır.
2. Orta Şiddette Travma: Kırığı, çıkığı veya ciddi ağırlı (8- 10/10) burkulması olan hastalardır.
3. Astım (Hafif / Orta)
4. Nefes Darlığı (Orta): pnömoni, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), krup vb. nedenlerle nefes darlığı yakınması olan veya nefes darlığı çeker görünen hastalar.
5. Göğüs Ağrısı: Visseral özellikte olmayan ağrıyla başvurmuş hasta
6. GİS Kanama: Normal vital bulguları olan, aktif kanaması olmayan üst veya alt GİS kanamaları.
7. Vajinal Kanama ve Gebelik: Hafifi ağrı veya ağrısız (4/10), şiddetli kanaması olmayan, ilk trimesterde olan ve normal vital bulguları olan hastalar. Tekrar değerlendirme 30 dakika içerisinde.
8. Nöbet: Uyanık, solunumu normal, havayolu korunan (gag refleksi olan), vital bulguları normal.
9. Akut psikoz ve veya suicid : Gerçekten ajite olmayan, fakat kendisine veya başkasına zarar verebileceği bilinen psikiyatrik problemler. Vital bulguları normal.
10. Akut şiddetli ağrı: (8-10/10): Minör problemleri olan fakat şiddetli ağrı tanımlayan hastalar (8-10/10)
11. Akut orta şiddette ağrı: (4- 7/10):
12. Kusma ve/ veya ishal: 2 yaş altındakiler.
13. Dializ (veya transplant hastaları)
14. >38 derece ateş (3 aydan büyük bebekler ve bilinç bozukluğu olmayan çocuk ve erişkin hastalar)

**TRİAJ KODU: 4** Hekim ve Hemşire ik ve yeniden değerlendirme süresi:  
**ACİL OLMAYAN** 60 dakika

1. Kafa Travması : Minör kafa travması, uyanık (GKS: 15), boyun bulguları ve kusmanın olmadığı, normal vital bulguları olan hastalardır.
2. Minör travma: Değerlendirme ve ya müdahale gerektiren minör kırıklar, burkulmalar, ezilmeler, sıyrıklar, laserasyonlar mevcuttur. Vital bulgular normaldir ve ağrı orta şiddettedir. (4-7/10)
3. Karın Ağrısı: Orta şiddette (4-7/10) veya çocuklardaki yeni başlayan sıkıntının olmadığı akut ağrı var
4. Baş Ağrısı: Ani başlangıçlı olmayan, şiddetli olmayan, migren ve yüksek riskli durumlarla (kategori 2 ve 3 baş ağrısına bakınız) ilişkili olmayan durumlar.
5. Kulak Ağrısı
6. Göğüs Ağrısı: Vital bulguları stabil atipik ağırlı hastalar.
7. İntihar/ depresyon
8. Korneal Yabancı Cisim: Ağrı hafif veya orta şiddettedir ve görme keskinliğinde değişiklik yoktur.
9. Bel Ağrısı Kronik
10. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Semptomları
11. Dehidratasyon Bulguları Olmayan Kusma ve/ veya ishal (2 < yaş)

Bu dokümanın İnanç Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastahanesi ruhsatlı olarak oluşturulmuştur. Saldırıları için lütfen dikkatli olarak kullanınız. Gözetim ve kontrol altında.

	<b>GENEL TIBBİ LİSTELER</b>	Doküman No	
		Revizyon No	
	<b>ACİL TRAJ SKALASI</b>	Tarih	
		Sayfa No	

**12. Orta şiddette ağrı (4- 7/10):** Minör travmalara veya kas iskelet problemlerine bağlı orta şiddette ağrı.

**TRAJ KODU: 5**  
**ACİL OLMAYAN**

Hekim ve Hemşire ik ve yeniden değerlendirme süresi:  
**120 dakika**

1. Minör Travma
2. Boğaz Ağrısı: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları (ÜSYE)
3. Vajinal kanama: normal mens veya ağrısız postmenopozal kanamalar olabilir.
4. Karın Ağrısı: Normal vital bulguları olan, hafif şiddette (<4) kronik veya tekrarlayan ağrılardır.
5. Dehidratasyon bulgusu olmayan ve > 2 yaş, sadece ishal veya sadece kusma: Hastaların bilinci ve vital bulguları normal olmalıdır.
6. Psikiyatrik: Kronik veya tekrarlayıcı depresyon, tepki kontrol sorunu.



FATİH ÜNİVERSİTESİ SEMA UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE,

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programına devam etmekteyim. Tez çalışmamın konusu olan "Göğüs Ağrısı ile Acile Başvuran Hastalara Hemşireler Tarafından Uygulanan Triyajın Retrospektif Olarak İncelenmesi" adlı çalışmayı kurumunuz Arşivinde yer alan kayıtları kullanabilmem konusunda gereğini bilgilerinize arz ederim. Saygılarımla.

4.12.2013



Begüm ŞAHBAZ

Fatih Üniversitesi

Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Acil Servis Hemşiresi

**Fatih Üniversitesi**  
Sema Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi  
Yeni Mh. Sahilyolu Sk. No:16 Dragos - Maltepe / İSTANBUL  
Tel: 0216. 458 90 00 Faks: 0216. 352 83 59  
Revizyon V.D. 385 009 6731

Uygundur.



Doç.Dr.A.Ruhi TOR, MSc.  
Başhekim Yard. mcs.  
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi



SAYI:B.30.2.ACÜ.0.00.00.050-06/117  
KONU: ATADEK 2014-573

30 Ocak 2014

Sayın Begüm ŞAHBAZ

ATADEK 2014-573 kodlu, “Göğüs Ağrısı ile Acile Başvuran Hastalara Hemşireler Tarafından Uygulanan Triyajın Retrospektif Olarak İncelenmesi” başlıklı araştırmanız Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu’nun 28 Ocak 2014 tarihli 92. toplantısında incelenmiş ve etik açıdan uygun bulunmuştur.

ATADEK 2014-573 sayılı karar ektedir.

Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS  
Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu Başkanı

## ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Begüm	<b>Soyadı</b>	ŞAHBAZ
<b>Doğum Yeri</b>	Üsküdar	<b>Doğum Tarihi</b>	14.09.1989
<b>Uyruğu</b>	T. C.	<b>TC Kimlik No</b>	37393288586
<b>E-mail</b>	begumsahbaz89@hotmail.com	<b>Tel</b>	0 544 737 8535

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Hemşireliği Bilim Dalı	
<b>Lisans</b>	Maltepe Üniversitesi	2012
<b>Lise</b>	Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2008

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1. Acil Birimi Hemşiresi	Acıbadem Sağlık Grubu	Aralık 2009- halen

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	İyi	İyi	İyi

<b>Yabancı Dil Sınav Notu</b>								
<b>KPDS</b>	<b>ÜDS</b>	<b>IELTS</b>	<b>TOEFL IBT</b>	<b>TOEFL PBT</b>	<b>TOEFL CBT</b>	<b>FCE</b>	<b>CAE</b>	<b>CPE</b>

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	59,93	58,87	56,99

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office	İyi

**Eğitim ve Kurs Katılımları:**

- Triyaj Eğitimi, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 28.03.2008, İstanbul.
- Gestasyonel Diabet, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 12.08.2009, İstanbul.
- Sedasyon ve Analjezi Eğitimi, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 12.04.2010, İstanbul.
- Temel Yaşam Desteği, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 07.08.2010, İstanbul
- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 27-28.03.2013, İstanbul.
- Cpr Eğitimi, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 13.07.2013, İstanbul.
- El Yıkama ve Hijyen Eğitimi, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 19.07.2013, İstanbul.
- Mavi Kod Eğitimi, Acıbadem Hastanesi, Hizmet içi eğitim, 02.12.2013, İstanbul.

**Kongre, Sempozyum ve Seminer Katılımları:**

- ”21. Yüzyılda Çocuk ve Kitle İletişim Araçları” alıştayı, Maltepe Üniversitesi,15 Mayıs 2009, İstanbul.
- ”Diyabet ve Yaşam” Hemşirelik Sempozyumu, Özel Medicana Çamlıca Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Direktörülüğu, 25 Mayıs 2009, İstanbul.
- Sağlıkta Eşitlik”, “Hemşirelikte Sanat” Sempozyumu, Maltepe Üniversitesi, 13 Mayıs 2011, İstanbul.
- ”Küresel Bakım” Sempozyumu, Acıbadem Üniversitesi, 4 Nisan 2013, İstanbul.

**Başarı ve Ödüller:**

- Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Teşekkür Belgesi-2013.