



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSLERE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ  
BEKLENTİLERİ VE BEKLENTİLERİNE YÖNELİK BİR  
ARAŞTIRMA

ŞEHRİBAN YÖNDEM  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. TÜMER ULUS

İSTANBUL – 2011



T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSLERE BAŞVURAN HASTA YAKINLARININ  
BEKLENTİLERİ VE BEKLENTİLERİNE YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

ŞEHRİBAN YÖNDEM  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. TÜMER ULUS

İSTANBUL – 2011

## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

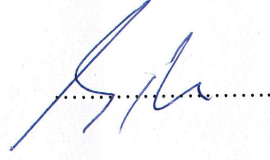
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Şehriban YÖNDEM tarafından hazırlanan **“Acil Servislere Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentileri ve Beklentilerine Yönelik Bir Araştırma”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :27.07.2011

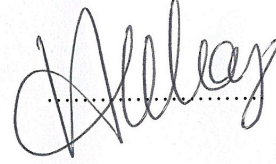
(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

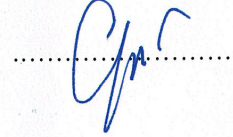
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Tümer ULUS  
: İstanbul Üniversitesi/ Hemşirelik Fak.  
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Vakur AKKAYA  
: İstanbul Üniversitesi/ İç Hastalıkları ABD.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Gülbahar KESKİN  
: İstanbul Üniversitesi / Bakırköy SYO.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Yrd.Doç.Dr.İeman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

## **I. TEŞEKKÜR**

Çalışmalarım süresince benden yardım ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yard. Doç. Dr. Tümer Ulus'a, tezimin oluşmasında engin bilgi ve deneyimleri ile değerli zamanını ayırarak katkı ve yardımlarını esirgemeyen saygıdeğer Hemşirelik Hizmetleri Müdürüm Dr. Şehrinaz Polat 'a, her zaman sevgi, güven ve destekleriyle yanımda olan canım aileme yürekten teşekkür ederim.

**ŞEHRİBAN YÖNDEM**

## II. İÇİNDEKİLER

Sayfa

<b>I. TEŞEKKÜR</b> .....	i
<b>II. İÇİNDEKİLER</b> .....	ii
<b>III. KISALTMALAR</b> .....	v
<b>IV. ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ</b> .....	vi
i. Tabloların Listesi.....	vi
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. SUMMARY</b> .....	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	4
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
4.1. Acil Servisler.....	6
4.1.1. Acil Servislerin Tanımı.....	6
4.1.2. Yataklı Tedavi Kurumlarına Bağlı Acil Servislerin Amacı.....	6
4.1.3. Acil Tedavi.....	6
4.1.4. Acil Tedavi ve Bakımın Tarihçesi.....	7
4.1.5. Türkiye’de Acil Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi.....	8
4.2. Acil Bakım Hizmetleri Sistemi (ABS).....	11
4.2.1. Acil Bölüm Ekibi.....	12
4.2.1.1. Acil Tıbbi Teknisyen (ATT).....	13
4.2.1.2. Acil Bakım Hekimi.....	13
4.2.1.3. Acil Bakım Hemşiresi.....	13
4.2.1.3.1. Acil Hemşirelik Bakımı.....	14
4.2.1.3.2. Acil Hemşiresinin Görevleri.....	14
4.2.1.3.3. Acil Serviste Vardiya Teslimi.....	15
4.3. Acil Servislerin Fiziki Şartları ve Ulaşım İlişkin Asgari Standartlar.....	15
4.4. Acil Servis Mimarisi.....	17
4.5. Acil Servislerde Güvenlik Önlemleri.....	19
4.6. Triyaj.....	20
4.6.1. Acil Birimde Uygulanan Triyaj Sisteminin Yararları.....	21
4.6.2. Triyaj Sisteminde Yaklaşımlar.....	22
4.6.3. Triyaj Hemşiresinde Bulunması Gereken Özellikler.....	23

4.7. Hasta Kabulü .....	23
4.7.1. Hasta Kabul Çeşitleri .....	24
4.7.2. Hasta Kabul İşlemleri .....	24
4.7.2.1. Hasta Kabulünde Hekimin Sorumlulukları.....	25
4.7.2.2. Hasta Kabulünde Tıbbi Sekreterin Sorumlulukları.....	25
4.7.2.3. Hasta Kabulünde Hemşirenin Sorumlulukları.....	25
4.7.3. Hastanın Taburcu Edilmesi.....	28
4.7.3.1. Taburculuk Planlamasının Amacı.....	29
4.7.3.2. Taburculuk Planlamasında Eğitim Konuları.....	29
4.7.4. Acil Servisteki Hasta Hakları.....	30
4.7.4.1. Tedaviyi Reddetme ve Durdurma.....	30
4.7.4.2. Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma.....	31
4.7.4.3. İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret.....	31
4.7.4.4. Refakatçi Bulundurma.....	32
4.8. Acil Servis Yönetimi.....	32
4.8.1. Acil Servis Yöneticisi.....	34
4.8.1.1. Acil Servis Yöneticisinin Sorumlulukları.....	34
4.8.1.2. Acil Servis Yöneticisinin Yönetim Fonksiyonları.....	34
4.8.1.3. Acil Servis Yöneticisinin Özellikleri.....	35
4.9. Hasta Memnuniyeti .....	35
4.10. Acil Bakımda İletişim.....	36
4.10.1. Acil Serviste İletişim Becerilerinin Önemi.....	37
4.11. Hasta Yakınlarının Acil Tıp Hizmetlerindeki Önemi.....	38
4.11.1. Hasta Yakınlarının İçinde Bulunduğu Durum.....	38
4.11.2. Acil Serviste Hasta ve Ailelerin Durumu Algılamalarını Etkileyen Faktörler.....	39
4.11.3. Acil Servisteki Stres Yaratan Faktörler.....	39
4.11.4. Acil Servislerde Hasta Yakınlarının İhtiyaçları.....	40
<b>5. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	<b>45</b>

5.1. Araştırmanın Türü.....	45
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	45
5.3. Örneklem Büyüklüğü ve Araştırma Örneklemi.....	45
5.4. Veri Toplama Araçları.....	46
5.4.1. Anket Formu (Ek. 1) .....	46
5.5. Veri Toplama Yöntemi.....	47
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
5.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	48
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	48
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>49</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>81</b>
<b>8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>86</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>90</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>95</b>
<b>11. YÖNETİM KURULU KARARI.....</b>	<b>103</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>106</b>

### **III. KISALTMALAR**

<b>ABS</b>	Acil Bakım Hizmetleri Sistemi
<b>AS</b>	Acil Servis
<b>ATT</b>	Acil Tıp Teknikeri
<b>ICN</b>	Uluslararası Hemşireler Birliği
<b>İTF</b>	İstanbul Tıp Fakóltesi
<b>YTKİY</b>	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği



## IV. TABLOLARIN LİSTESİ

<b>i. Tabloların Listesi</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 1.</b> Hasta Yakınlarının Yaşlarının Dağılımı.....	49
<b>Tablo 2.</b> Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerinin Dağılımı.....	49
<b>Tablo 3.</b> Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarının Dağılımı.....	50
<b>Tablo 4.</b> Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarının Dağılımı.....	50
<b>Tablo 5.</b> Hasta Yakınlarının Konuştuğu Dil Durumlarının Dağılımı.....	50
<b>Tablo 6.</b> Hasta Yakınlarının Mesleklerinin Dağılımı.....	51
<b>Tablo 7.</b> Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence Durumlarının Dağılımı.....	51
<b>Tablo 8.</b> Hasta Yakınının Hastaya Yakınlık Durumlarının Dağılımı.....	52
<b>Tablo 9.</b> Hastaneye Nereden Gelindiği ve Hastalarını Acil Servise Yalnız Getirme Durumu Dağılımı.....	52
<b>Tablo 10.</b> Hastaneye Geliş Şekli Dağılımı .....	52
<b>Tablo 11.</b> Hastanın Hastaneye Kiminle Geldiğinin Dağılımı.....	53
<b>Tablo 12.</b> Hasta Yakınlarının İkamet Yerlerinin Dağılımları .....	53
<b>Tablo 13.</b> Hastaya İlk Müdahaleyi Yapanların Dağılımı.....	54
<b>Tablo 14.</b> Hastanın Acil Dahiliye Servisine Gelme Vardiyası ve Kaç Defa Geldiğinin Dağılımı .....	54
<b>Tablo 15.</b> Refakatçilik Deneyim ve Süresinin Dağılımı.....	55
<b>Tablo 16.</b> Hastanın Geliş ve Çıkış Saatlerinin Dağılımı .....	55
<b>Tablo 17.</b> Hastanın Geliş Şikayeti ve Tıbbi Tanılarının Dağılımı.....	56
<b>Tablo 18.</b> İTF' si Acil Dahiliye Servisini Seçme Nedeni, Gerekli Durumda Tercih Etme ve Başkalarına Tavsiye Etme Durumlarının Dağılımları.....	57
<b>Tablo 19.</b> Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin Güvenilirlik Düzeyi Dağılımı.....	58

<b>Tablo 20.</b> Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin KMO ve Barlett's Test Sonuçları Dağılımı.....	59
<b>Tablo 21.</b> Faktör Varyansları ( Communalites) Dağılımı .....	60
<b>Tablo 22.</b> Toplam Varyansın Açıklaması Dağılımı .....	61
<b>Tablo 23.</b> Dönüştürülmüş Bileşen Dağılımı.....	62
<b>Tablo 24.</b> Hekim- Hemşire, Fiziksel Koşullar, Bilgi Verilmesi, Kayıt İşlemleri, Güven Duyulma, İlaç- Malzeme, Bekleme-Dinlenme Odası Olmasından ve Uzman Doktora Ulaşabilmekten Memnuniyet Ortalama Puan Dağılımları.....	63
<b>Tablo 25.</b> Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ortalamaları Puan Dağılımı.....	66
<b>Tablo 26.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Yaşlarına Göre Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı.....	68
<b>Tablo 27.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı.....	68
<b>Tablo 28.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı.....	68
<b>Tablo 29.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı .....	69
<b>Tablo 30.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Meslekleri İle Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı.....	69
<b>Tablo 31.</b> Hasta ve Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence İle Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılım .....	69
<b>Tablo 32.</b> Gerekli Durumda İTF Acil Dahiliye Servisine Gelme İsteği ve Başkalarına Tavsiye Etme Durumları ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı.....	69
<b>Tablo 33.</b> İTF Acil Dahiliye Servisini Tercih Etmeleri ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı.....	70
<b>Tablo 34.</b> AS' yi Başkalarına Tavsiye Etme ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı .....	71

<b>Tablo 35.</b> Bilgi Verilmesinin Hasta ve Hasta Yakınları İçin Önem, Bilginin Verilme- Verilmeme, Yeterli Olup- Olmama ve Kim/ Kimler Tarafından Karşılandığı Durumlarının Dağılımı .....	73
--	----

# 1. ÖZET

Acil servislere başvuran hasta yakınlarının beklentileri ve beklentilerine yönelik bir araştırma.

Bu araştırma, İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde, Acil Servislere (AS) başvuran hasta yakınlarının beklentileri ile bu beklentilerinin karşılanıp karşılanamadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile planlanmıştır. Araştırma İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisine, 1 Aralık 2010–30 Ocak 2011 tarihleri arasında, hastalarını getiren gönüllü 251 hasta yakını ile gerçekleştirildi. Veriler literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan 127 soruluk anket ile hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, hasta ile yakınlık dereceleri, AS deneyimleri, beklentileri ve AS' den memnuniyetleri, sosyodemografik özelliklerin genel hasta memnuniyetine etkileri saptanmaya çalışıldı. Verilerin istatistiksel analizinde frekans dağılımı, yüzdeleme, faktör analizi, standart sapma, ki-kare testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hasta/hasta yakınlarının %60,2'sinin 36–59 yaşında, %78,9'unun kadın, %51,4'ünün ilköğretim mezunu, %49,8'inin özel araba, %77,3'ünün akraba ile % 49,4'nun ilk kez AS' e geldikleri, hastaların %15,6'sının ateş şikayeti ile geldiği, %23,6'sının AS' de respiratuar sistem hastalıkları tanısı ile takip edildiği ve % 98'sinin gerektiğinde AS' yi tekrar tercih edecekleri bulunmuştur. Hasta-hasta yakını genel memnuniyet puan ortalamasının (4,352 ± 0,359) iyi olduğu saptanmıştır. Hasta/hasta yakınlarının genel memnuniyet puanlarının, acil dahiliye servisini seçme ve başkalarına tavsiye etmelerinin, sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermediği (p>0,05) saptanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda hasta/hasta yakını gereksinimlerini karşılamaya ve memnuniyeti artırmaya yönelik önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis, hemşire, hasta yakınlarının gereksinimleri.

## 2. SUMMARY

THE EXPECTATIONS OF THE RELATIVES OF THE PATIENTS SEEKING TREATMENT IN EMERGENCY DEPARTMENTS AND A STUDY AIMED AT THE EXPECTATIONS.

This study was designed with the aim of (i) determining the expectations of the relatives of the patients who sought treatment in Emergency Departments (ED) in a university hospital in Istanbul and determining the level of satisfaction concerning these expectations, (ii) putting forward (constructive) suggestions as to the solutions in order to come to grips with the problems encountered. The study was carried out with 251 patient relatives who brought their patients voluntarily to the Emergency Department of Internal Medical Clinics, Istanbul Medical Faculty in Istanbul University between 1 December 2010 and 30 January 2011. With a questionnaire consisting of 127 questions prepared by the researcher after studying the relevant literature, we tried to collect data about socio-demographic characteristics of patient relatives, about how closely they are related to the patients, their experiences concerning the emergency departments, their expectations and satisfaction with emergency department, and the effects of the socio-demographic characteristics on general patient satisfaction. Frequency distribution, percentage terms, factor analysis, standard deviation, chi square test, and Kruskal-Wallis Test were used in the statistical analysis of the data. Of the patients who participated in the study, 60.2% were between the ages 36 and 59, 78.9% women, 51.4% primary school graduates, and 49.4% came to the hospital by their own cars, 77.3% with a relative, 49.4% came to the ED for the first time, 15.6% present with a complaint of fever, 23.6% were receiving treatment (care) with a diagnosis of respiratory diseases, and 98% declared that they would prefer to come to the emergency department when necessary. The rate of satisfaction points on the emergency department when necessary. The rate of satisfaction points on the part of patient/patient relative ( $4,332 \pm 0,359$ ) was found to be well. It was found that the general satisfaction points of the patient/patient relatives and their preferring and recommending the Emergency Department Of Internal Medical Clinics did not differ according to the socio-demographic characteristic ( $p > 0,05$ ). In accordance with the

study findings, constructive suggestions were made as to meeting the requirements and increasing the satisfaction of patients/patient relatives.

**Key Words:** Emergency Department (room), Nurse, The Requirements of Patient Relatives

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Acil servis, poliklinik hizmetleri gerektirmeyen, durumu acil olan hastaların ilk müdahalelerinin öncelikli olarak yapıldığı servistir. Acil servis uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365, haftanın 7 günü ve günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ve istemlerini ilk planda ve hızla çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu belirleyecek ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren olguları hastane içinde standardize edebilen sistemin bütünüdür (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 14 ).

Acil bakımın karakteristik özelliği acil bakım ekibinin entegre olmuş doğasıdır. Acil servis sağlık sisteminde takım ruhu ve karşılıklı saygının çok önemli olduğu bölümlerden biridir. Bakımın kalitesi takım kavramına bağlıdır. Acil ekibinin tüm üyeleri iş ortakları gibi çalışarak ölüm oranını düşürmek amacı ile hastaya optimum bakım verirler (Kuğuoğlu ve ark., 2004).

Acil hemşirelik bakımı, karmaşık, birincil, akut, kapsamı geniş bilgi ve beceri gereksinimi bulunan, hastalığın teşhisine yardımcı ve sağlığı destekleyici özelliklere sahiptir. Acil bakım hemşiresi fiziksel değerlendirme, hemodinamik ölçümler, kardiyopulmoner resüsitasyon tekniğinde özel eğitime sahip ve triyaj yapmada bilgi sahibi olmalıdır (Aydın, 2006).

Acil bölümün hastaları, fiziki koşulları ve kendilerine bakım veren sağlık bakım üyelerinin tutumu ne kadar olumlu olursa olsun diğer ünitelerde yatan hastalardan her zaman farklılık gösterirler. Hasta ve ailesinin ani ve beklenilmeyen bir durumla karşı karşıya kalmaları, ilave olarak ağrı, solunum güçlüğü ve diğer klinik belirti ve bulguların varlığı, değişik düzeylerde anksiyete oluşturur. Onlar, hemen tanı konup tedavi olmayı beklerler. Acil ünitesi onlar için çok yabancı bir ortamdır; yabancı bir çevre, aşına olmadıkları bir takım insanlar, araçların görünüşü ve çıkardığı sesler, ortamın genellikle gürültülü olması ve sıklıkla tıbbi terminolojilerden oluşan bir dilin kullanılması ya da sağlık bakım üyelerinin uzun süren sessizlikleri durumun çok ciddi veya ölümün yakın olduğu düşüncesini ortaya çıkarır. Bu nedenle hasta ve ailesi, sinirli,

koru dolu, Şikayetçi, kimliklerini, duygularını ve öz saygılarını kaybetmiş öfke dolu duygularla bakarlar. Aynı zaman acilde çalışan personel de diğer servislerde çalışanlara göre farklı duygular içinde olabilir. Sıklıkla ne olacağı bilinmeyen bir durumla karşılaşma ve zaman kaybetmeme düşüncesi onları sinirli ve gergin yapabilir ve bu durumu hasta ve ailesine yansıtabilirler ( Kuğuoğlu ve Olgun, 2004 ).

Sağlık hizmetlerinin bir sistem dahilinde sunulmasında görev alan sağlık çalışanları acil servislerde görevlerini yerine getirirken hasta ve ailesi ya da yakınları ile bir yaklaşım kurar ve iletişime geçer. İletişim öncelikle hastanın problemini oluşturan yakınmaları gidermeye yönelik olarak başlatılır. Hasta ve yakınları acil servise başvuru nedenleri olan yakınmalarını anlatırken yakınmanın fiziksel ve duygusal yanına farklı şekillerde ağırlık verebilir, ancak ilk istekleri biran önce problemlerinin çözümlenmesidir ( Gürlek, 2005 ).

Acil tıp hizmetleri açısından bakıldığında ilgili sağlık personeli ile hasta yakınları arasındaki iletişim, genellikle acil servis girişinde başlar. Acil servis çalışanlarının hasta yakınları ile iletişim kurma yetenekleri, hastanın acil servise kabul edilmesinden itibaren tüm tanı, tedavi ve taburculuk aşamalarını etkileyebilir. Bu etki aynı zamanda verilen tedavinin sonuçlarını da etkilemesi bakımından önem arz eder. Diğer sağlık birimlerinde olduğu gibi acil servislerde de hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçların karşılanması verilen sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta memnuniyetini artıracaktır ( Yardan ve ark., 2008 ).

Bu araştırma: İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde, acil servislere başvuran hasta yakınlarının beklentileri ile bu beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile planlanmıştır.



## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Acil Servisler**

#### **4.1.1. Acil Servislerin Tanımı**

Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğine göre acil servis; poliklinik hizmetleri gerektirmeyen, durumu acil olan hastaların ilk müdahalelerinin öncelikli olarak yapıldığı servistir (YTKİY Madde 14 ). Acil servis uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365, haftanın 7 günü ve günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ve istemlerini ilk planda ve hızla çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu belirleyecek ve tedavi edecek donanımı bulunan, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren olguları hastane içinde standardize edebilen sistemin bütünüdür. 11.05.2000 tarihli resmi gazetede yayımlanan 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğine göre Acil Servis: Sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan acil servisler olarak tanımlanmıştır.

#### **4.1.2. Yataklı Tedavi Kurumlarına Bağlı Acil Servislerin Amacı**

Acil servise başvuran hastaların aciliyetlerinin derecelerine göre bakım ve tedavi sunarak, yaşamsal tehlikenin ortadan kalkmasını sağlamaktır (Gürlek, 2005). Acil servislerin bir diğer önemli görevi ise acil eylem planlarının bir ögesi olmak, felaket ve acil durumlarda acil bakım hizmetini aksatmadan topluma ulaştırmaktır (Cıplak, 2007).

#### **4.1.3. Acil Tedavi**

Acil tedavi ünitelerinde, hasta/yaralıları doktor ve sağlık personeli tarafından yapılan tıbbi müdahalelerdir (İnan ve ark., 2007).

#### 4.1.4. Acil Tedavi ve Bakımın Tarihçesi

Acil bakım hizmetlerinin tarihçesi tarih öncesi çağlara dayanır. Mısırlılar dönemine ait bazı kazı materyallerinde kafa içi basıncını azaltmaya yönelik girişimler yapıldığına dair bulgulara rastlanmıştır (Çayırhan, 2008). Eski Yunan ve Roma döneminde de savaşlardaki yaralanmalarda ilk yardım ve savaş yaralılarının taşınmasına ait anlatımlara rastlanmıştır. 1767'de Amsterdam'da, 1768'de, Hamburg'da, 1772'de Paris'te ilk kurtarma topluluğu kurulmuştur. 1772'de Danimarka Kralı yaralı, hasta ve suda boğulanların kurtarılması ve en yakın evlerden birinde barındırılmasına dair karar yayınlamıştır. 1795'de Napolyon'un baş cerrahıdır. Baron Larey Prusya seferinde yaralılar için atla hareket eden kapalı yaralı taşıma aracı kullanmış ve buna "Flying Ambulance" adını vermiştir. İçinde eğitilmiş sağlık elemanları ile yaralıların taşınması ve taşınırken tedavisi işlemini gerçekleştirmiştir (Kuğuoğlu, 2004).

1813'den sonra Kızılhaç tarafından ilk yardım ve tıbbi yaralı taşımacılığı hizmetleri verilmeye başlanmıştır(Çayırhan, 2008). 19.uncu yüzyılın ikinci yarısında ilk "Halk Kurtarma Servisi" Almanya'da kurulmuştur. 1823–1908 yılları arasında yaşayan ve adı ile anılan bandajla birçok kişiyi kurtaran Alman Esmarch, ilk yardımın önemi ve kuralları üzerinde durmuş, "Savaşta İlk Yardım" ve "Yaralılara İlk Yardım" adlı iki kitap yazmıştır (Kuğuoğlu, 2004).

1863'de İsviçre'de Kızılhaç teşkilatı kurulmuştur.1864'de Cenevre sözleşmesi yapılmış ve 1865'de Osmanlı İmparatorluğu da bu sözleşmeyi imzalamıştır. Cenevre sözleşmesinin imzalanmasının bir sonucu olarak 1867' de bugünkü adıyla Kızılay olan "Osmanlı Hilaliahmer Cemiyeti" kurulmuştur(Çayırhan, 2008). 1880'de İngiltere'de savaş yaralıları ile St. Jones tarikatı ilgilenmeye başlamış ve "First Aid" deyimini kullanılmaya başlanmıştır. 1881'de St. Jones tarikatı Kraliçe Viktorya himayesinde St. Jones yardım örgütünü kurmuştur. Bu dernek savaş yaralıları için yönetmelik şeklinde kitap çıkarmıştır. İngiltere'de 1877'de kurulan acil yardım teşkilatı ülke çapında çok yaygınlaşmış ve 1884' de sertifika vermeye başlamıştır. 20. inci yüzyılın başında ilk motorlu ambulans ordu için yapılmıştır. 1918'de Alman ordusunun elinde 3.200 motorlu ambulans ve ekibi hizmet görmüştür. Ayrıca kurtarma ambulansları da yapılmaya,

1934'ten sonra kurtarma organizasyonu standardize edilmeye başlanmıştır. 1940'lı yılların başında hastane trenleri, hastane gemileri, yaralı taşıma uçakları yanında helikopter de yaralı taşımada yer almıştır. Vietnam savaşında uçuş hekimi, hemşiresi ve sağlık teknisyeni olan helikopterlerle yaralı taşıma ve tedavisi büyük ilgi görmüş ve yararlı olmuştur. Bundan sonra Amerika, Almanya ve İskandinav ülkeleri hava kurtarma örgütleri kurmuş, sistemler geliştirip personel yetiştirmişlerdir.

Günümüzde hasta nakledilmesinde kullanılan tıbbi donanımlı ve ekipmanlı ambulanslar hizmet vermektedir. Dünyanın değişik ülkelerinde acil bakım hizmetlerinin haberleşme ve sevk, yaralı kurtarma, ambulans ve hastane öncesi acil bakım hizmetleri, Sağlık veya Ulaştırma Bakanlığı, İtfaiye, Yerel Yönetim, Gönüllü Kuruluşlar tarafından yapılmaktadır.

Tarihi gelişme içinde her ileri ülke acil kurtarma ve bakım hizmetlerine organizasyonun adı ne olursa olsun önem vermiş ve vermektedir. İlk ve acil bakım konularındaki gelişmelere son 50 yıla kadar Almanlar ve İngilizler öncülük ederken, İkinci Dünya Savaşı ile başlayan dönemde Amerikalılar öncülük etmeye başlamıştır (Kuğuoğlu, 2004).

#### **4.1.5. Türkiye'de Acil Bakım Hizmetlerinin Tarihçesi**

Türk Hilaliahmeri Osmanlılar döneminde Kızılay tüzüğünü hazırlayarak, padişah himayesinde ilk genel kurulunu yapar. 1898'den sonra Gülhane'ye gelen Alman hekimler, sıhhiyelik eğitime önem verirler. Türk ordusunda yaralı tedavisi, sağlık erleri ve hekimlerce yapılırken, Florence Nightingale Kırım Savaşında İstanbul'a gelerek bizim askerlerimizin tedavi ve bakımı için uğraşır.

Uluslararası Kızılhaç'ın ülkemizde gönüllü yardım şubeleri kurma önerisi ancak 1908'de meşrutiyetten sonra gerçekleştirilir ve yurt çapında şubeler açılır. 1911'de Dr. Besim Ömer Paşa Hemşirelik Okuluna izin verilmediği için 6 aylık Hemşirelik Kursu düzenler. Aynı yıl Türk Hilaliahmeri İstanbul Aksaray yangınında ilk yardım ekiplerini kurar, aşocağı açar, evleri yananlara barınma olanağı sağlar, yaralı ve hastaları tedaviye

alır. Bu bakımdan ülkemizin ilk yaygın ve organize ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilebilir. Ülkemizde Türk Hilaliahmer (Kızılay) Demeği, askeri sağlık teşkilatı ile işbirliği yaparak Birinci Dünya ve Kurtuluş Savaşında yararlı hizmetler verir. Hilaliahmer Cemiyeti Türkiye’de ilk Hastabakıcı ve Hemşire Okulu açar ve 1928’de İzmir depreminde kurtarma ve tedavi hizmetlerini sürdürür. 1935’de Derneğin adı “Türk Kızılay Derneği” olur. Erzincan, Fethiye, Adapazarı depremlerinde felaketzedelerin beslenme, barınma ve tedavisine Türk Silahlı Kuvvetleri ile birlikte hizmet verir. 1960’lı yıllarda Kızılay “İlk Yardım” kursları açmaya başlar ve “St. Johns” yardım organizasyonunun “İlk Yardım” kitabını Türkçeye çevirir. 1962’de Sakatların Rehabilitasyonu Derneği ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi işbirliği ile Ankara’da İlk ve Acil Yardım kurslarına başlanır. 1970’den sonra bu kurs Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı tarafından polis, memur, öğretmen ve öğrenciler için sertifikalı olarak sürdürölür.

Ülkemizde “Acil Bölüm” hizmetlerine son 25 yıldır önem verilmiştir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, SSK Hastanelerinin bazılarında Acil Bakım Bölümleri kurulmuş ise de ambulans, haberleşme, özel eğitim görmüş acil bakım ekibi olmaması nedeni ile batı ülkelerinin düzeyine ulaşılamamıştır.

İstanbul’da Sağlık Bakanlığı Taksim Hastanesine Acil Yardım Hastanesi olarak tanımlanmıştır. Ayrıca Ankara’da 250 yataklı Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi son 22 yıldır hizmet vermektedir. İstanbul’da da Kartal Devlet Hastanesi ve Haydarpaşa Numune Hastanesi’nin donanımlı “Acil Bakım Bölümü” vardır.

Ülkemizde ilk yardımla ilgili ilk kitap 1972’de Prof. Dr. Derviş Manizede’ nin yazdığı “İlk Tıbbi Yardım” kitabıdır. Daha sonra çeşitli kitaplar yazılmıştır.

1984’de bugün için acil yardım hizmetlerinin iki temel yapısına ait olan haber vermeyle ilgili yol boyu telefonu kurulur ve 1985’de ambulans (Hızır Acil) servisi hizmete girer.

Hemşirelik alanında ilk kitap “Acil Hemşireliği Kitabı” dır. 1990 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim elemanları tarafından yazılmıştır. Acil hemşireliğine yönelik kurs programlarında mevcut olup, bunun ülkemizdeki tek örneği 1994 yılından başlayarak Vehbi Koç Vakfı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) tarafından her yıl periyodik olarak 6 hafta süre ile açılan “Acil Bakım Hemşireliği Kursu’dur. Katılan hemşirelere Sağlık Bakanlığı’ndan onaylı sertifika verilir.

Ayrıca ülkemizde “Acil Tıp Uzmanlığı” 1993 Nisan’ında, “Acil Hemşireliği” Yüksek Lisans Programı ise Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde 1996–1997 eğitim-öğretim döneminde başlamıştır (Kuğuoğlu, 2004).

1996–1997 yıllarında Acil Bakım Hemşireliği zorunlu ders modülü olarak müfredata girmiştir. Acil Bakım Hemşireliğinin gelişimi ve evrensel değişimi bu dönemde başlamıştır. 1994 Yılında Vehbi Koç Vakfına bağlı SANERC, Acil Bakım Hemşireliği Kursunu başlatmıştır. Acil servislerde istihdam edilmek üzere nitelikli hemşireler yetiştirmek için Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin işbirliği ile Acil Bakım Hemşireliği Kursu 2003 yılında başlamıştır. 2005 yılında ise bu eğitimin konuları ve süresi standardize edilmiştir. Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği ve Sağlık Bakanlığı’nın işbirliği ile hemşire ve paramediklere yönelik Travma ve Resussitasyon kursu 2007’de 20 ilde yapılmıştır. Bu kurs sonunda sözlü ve yazılı sınavlar ile 5 yıl geçerliliği olan sertifikalar verilmiştir. Türk Hemşireler Derneği aracılığıyla bizim de üye olduğumuz Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) dünyada milyonlarca hemşireleri temsil eden 125 Ulusal Hemşire Birliklerinden oluşan bir federasyondur. 1899’dan beri hemşireler için hemşirelerle birlikte çalışmaktadır. Merkezi Cenevre’de olan ICN Hemşireliğin Uluslararası sesidir. Herkese kaliteli bakım sağlamak için çalışır. Global sağlık, politikalarını yönlendirir. Tüm dünyadaki ve sağlık bakım hizmetlerindeki değişimlere bağlı olarak hemşirelerin çağdaş rol ve işlevleri giderek genişlemektedir (Kuğuoğlu, 2004).

Acil hasta bakımı hastane öncesi alanda başlar. AS’de devam eder ve hastanın taburcu edilmesi, ilgili bölüme yatırılması veya başka bir kuruma sevk edilmesi ile

biter. Acil bir hastanın en iyi bakımı sağlamak için, bu sorumluluğun devri önceden belirlenen bir yaklaşım içinde kurallara uygun ve etkin bir şekilde olmalıdır. Hastanın bir servise veya yoğun bakıma yatırılması veya başka bir hastaneye sevki konusunda kesin son kararı verebilecek yetkili bir uzman hekim görevlendirilmelidir. Hasta olduğunu ifade ederek AS'ye gelen veya getirilen tüm hastalar, aksi ispat edilinceye kadar potansiyel acil olarak kabul edilmeli, bir hekim tarafından eksiksiz olarak değerlendirilmez. İlk bakımları süratle başlatılarak stabilizasyonu yapılmalı, gerekli girişimlerde bulunulmalı ve süratle tedavisi yapılmalıdır. Hastanın yatışının gerekli olup olmadığını belirlemek amacıyla AS' de uygun tetkik ve kısa süreli izlem yapılabilir. AS'deki değerlendirmelerden sonra, hastanın herhangi bir servise veya yoğun bakıma yatırması gerekiyorsa hastanın sorumluluğu ilgili hekime devredilerek hasta yatırılır (<http://www.tatd.org.tr/> Erişim Tarihi: 06.04.2011).

#### **4.2. Acil Bakım Hizmetleri Sistemi (ABS)**

Acil bakım hizmetleri sistemi hasta ve yaralılara en iyi acil bakımı en kısa zamanda vermek için birlikte çalışan çeşitli bölümlerden oluşur. ABD'de 1966'lar da bu sisteme yönelişler başlamış, 1970'lerin başında bu işe inananlar, birtakım, bazı profesyonel kuruluşların ve devletin yardımı ile kurulmuştur.

ABS hasta ve yaralılara en iyi acil bakımı en kısa zamanda vermek için birlikte çalışan çeşitli bölümlerden oluşur. ABS temel bilgi ve beceriye sahip ATT, ara-ATT veya daha ileri bilgi ve beceriye sahip ATT, acil bölüm personeli, hemşireler, hekimler, yardımcı sağlık personeli, hastane yönetimi ve hükümetin birlikte çalışmasının sonucudur. ABS'nin çalışması coğrafi bölgeye ve hizmet verilen nüfusa göre değişir. Taşra, şehir veya büyük şehirde olmasına bakılmaksızın, ABS sisteminin aşağıdaki 13 mutlak gerekli elemana ihtiyacı vardır;

1. Acil bakım bölümü konusunda öneride bulunacak bir konsey,
2. Hekim-kontrolündeki tıbbi kontrol,
3. Hemşire kontrolündeki bakım,
4. ATT eğitim programı,

5. Eğitmenlerin eğitimi için program,
6. HaberleŖme sistemi,
7. Sevk merkezleri,
8. Ambulans servisleri,
9. ATT ve acil bölüm personeli raporları,
10. Rapor ve kayıtlar,
11. Felaket halindeki planlar,
12. Halk eğitim ve bilgi programları,
13. Hastane acil hizmet prosedürleri ve politikaları,
14. Gelir (Kuğuoğlu, 2004).

#### **4.2.1. Acil Bölüm Ekibi**

Acil bakımın karakteristik özelliği acil bakım ekibinin entegre olmuŖ doğasıdır. Bakımın kalitesi takım kavramına bağlıdır. Sağlık sisteminde takım ruhu ve karŖılıklı saygının çok önemli olduğu bölümlerden biridir. Acil ekibinin tüm yeleri iŖ ortakları gibi alıŖarak ölüm oranını dŖrmek amacı ile hastaya optimum bakım verirler. Acil bölüm ekibi; genelde hastane öncesi müdahale ekibi, hemŖireler, hekimler, sosyal alıŖma uzmanları, aile danıŖmanları, solunum terapistleri ve diğer gerekli alıŖanları kapsar. Hastane ncesi giriŖim ekibinin en etkin yesi Acil Tıbbi Teknisyen (ATT)'dir (Kuğuoğlu, 2004).

Acil yaŖam zincirinin tüm basamaklarında alıŖan personel acil alıŖanları olarak adlandırılır (Eryılmaz ve Yılmaz, 2005).

Acil hastası özelliği gereği en kısa sürede hizmet almayı istemektedir. Acil hastaya en kısa sürede ilk acil giriŖimlerin baŖlatılabilmesi için disiplinler arası bir yaklaŖımla gerekli protokollerin hazırlanması ve bu protokoller doğrultusunda bakım verilmesi gerekir (Karadağarlı ve ark., 2008).

#### **4.2.1.1. Acil Tıbbi Teknisyen (ATT)**

Acil bakımda hastane öncesi dönemdeki öncelikleri belirleme görevi tıbbi teknisyene (ATT) aittir. Acil bakım bölümlerinde ve hastane dışında acil hizmeti verilirken ATT' den yararlanılır. ATT, ani hastalıklarda ve kazalara bağlı yaralanmalarda, ikinci yardım da, hastanın doğru taşınması sırasında acıları dindirmeye, ölüm oranını azaltmaya yönelik işlevlerde bulunur. Bu halde hastanın ve kazazedenin sağlığı, hayatı, güvenliği ATT' nin sorumluluğu altındadır ( Kuğuoğlu, 2004).

#### **4.2.1.2. Acil Bakım Hekimi**

Genelde acil bakım hekimi, birime kabul edilen her bireyin, hasta/yaralının tıbbi dikkat ve tedavisinden sorumlu olan ekip üyesidir (Kuğuoğlu, 2004).

Acil tedavide hekimden beklenenler:

- En kısa sürede girişimde bulunması,
- Belli bir disiplin içinde davranması,
- Tıp mesleğinin gerektirdiği birçok şeyi düşünerek uygulaması,
- Gerektiği kadar bilgi ve beceriye sahip olması,
- Hayatı kurtaracak şekilde karar vermesi,
- Hukuk kurallarına uymasındır (Kuğuoğlu, 2004).

#### **4.2.1.3. Acil Bakım Hemşiresi**

Acil bakım hemşireliği daha karmaşık ve zorlu olmaya devam ediyor (Howard and Steinmann, 2010). Kritik hasta bakımı kavramının temeli, özel bir ortamda veya özel gereçler yardımı ile çalışma, bilgi ve beceriye dayalı karar verme sürecinde doğru karar verme ve verilen kararları uygulamaya aktarma yeteneğidir (McKenzie, 2000).

Acil bakım hemşiresi, teşhisi konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır (Kuğuoğlu, 2004) .



Acil hemşireleri, acil bakım için yeni bir enerjiyle katılmalı, yeni bir ses ile konuşmalı ve yeni bir durum oluşturmalarıdır (MacPhail, 2003)

#### **4.2.1.3.1. Acil Hemşirelik Bakımı**

Karmaşık, birincil, akut, kapsamı geniş bilgi ve beceri gereksinimi bulunan, hastalığın teşhisine yardımcı ve sağlığı destekleyici özelliklere sahiptir. Acil bakım hemşiresi fiziksel değerlendirme, hemodinamik ölçümler, kardiyopulmoner resüsitasyon tekniğinde özel eğitime sahip ve triyaj yapmada bilgi sahibi olmalıdır. Hastanın öyküsündeki gerekli bilgileri toplayabilmeli, hastanın gerekli yerlere transferini sağlamalı, halkla ilişkiler kurabilmeli, stresle baş edebilmeli, sorun çözme yeteneğine sahip olabilmeli, yönetim becerisi ve liderlik özelliği olmalı, acil konusunda kendisini sürekli geliştirebilmek amacı ile kurslara katılmalı, tüm uygulamalarında hastaya zarar vermemeli ve hasta yakınları konusunda duyarlı davranmalıdır (Kuğuoğlu, 2004; Aydın, 2006).

Acil Servis hemşiresi her bir acil hastasının; hemşirelik hizmetleri, hastanın değerlendirilmesi, yapılan uygulamalara verdiği cevabın sonucunun belirlenmesinden sorumludur (Kuğuoğlu2004; Aydın, 2006).

#### **4.2.1.3.2. Acil Hemşiresinin Görevleri**

Acil bakımda yürütülen hemşirelik işlevleri diğer klinik alanlardaki hemşirelik işlevlerine benzerlik göstermekle birlikte zamanın sınırlı olması, kişilerin durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, hasta yakınları, basın, güvenlik güçleri, idareciler ve diğer sağlık personellerinin gözü önünde çalışma zorunluluğu olması ve acil servisteki olanaklar gibi çok sayıda bağımsız faktörün varlığı hemşirenin görev ve uygulamalarını karmaşık hale getirmektedir. Acil servis içinde çalışan tüm hemşirelerin daha önceden acil bakım eğitim veya yoğun bakım programını tamamlamış veya yeterli acil tıp hizmetleri tecrübesi kazanmış olması gerekmektedir. Bu hemşirelerin mesleklerinde kendilerini sürekli geliştirebilmek amacıyla kurs vb. aktivitelere katılması gereklidir (Baransel ve ark., 2006).

#### **4.2.1.3.3. Acil Serviste Vardiya Teslimi**

Acil serviste nöbeti devreden hemşire ile birlikte nöbeti devralan hemşire hasta başında vizit yapar. Nöbeti devreden hemşire hasta adı-soyadı, protokol numarası, doğum tarihi, acile geliş saati, yapılan tetkikler, randevular, konsültasyonlar, hastanın tedavi, takip ve bakım planı hakkında detaylı bilgi verir (Alcan ve ark., 2011)

#### **4.3. Acil Servislerin Fiziki Şartları ve Ulaşım İlişkin Asgari Standartlar**

Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında 27378 sayılı Tebliğin 5;1 maddesine göre:

Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar şunlardır:

a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla %8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur.

ç) Acil servislerde, acil servislerde bulundurulması gereken alan/ birim/ yatak/ personel asgari standardına uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis

işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma-giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur.

d) Acil servis girişinde tekerlekli sandalye ve sedyelerin muhafazası için uygun bir alan ayrılır.

e) Acil servislerde zeminlerin, kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, girintisiz ve kolay temizlenebilir malzemelerden olması gerekir.

f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayaktan hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur.

g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

ğ) Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastane acil servisini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları konulur.

h) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

ı) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır.

i) Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabela bulunur.

j) Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer personelin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek bir yerine asılır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, 16.10.2009, Sayı: 27378, madde: 5;1 ).

Acil ünitelerin fiziksel olarak dizaynında dikkat edilmesi gereken hususlar Gürlek’ e göre aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;

1. Hastanenin bir parçası olmak yerine hastaneye bitişik ayrı bir bina şeklinde olmalıdır,
2. Yeterince geniş olmalıdır,
3. Total yatak sayısı iyi hesaplanmalıdır,
4. Acil hasta bakımı yanında tatil ve mesai dışında gelecek diğer hastalarında ihtiyaçlarına cevap verecek ilave fonksiyonları olmalıdır,
5. Genişletilebilir olmalıdır,
6. İnşası planlamasında kullanılacak tüm ekipman, felaketler ve her çeşit olağanüstü durumlar dikkate alınarak düzenlenmelidir,
7. Maliyetten kaçınılmamalıdır (Gürlek, 2005)

#### **4.4. Acil Servis Mimarisi**

Büyük ölçekli bir afette hastanenin gereksinimlerine yanıt verebilen bir acil servis tasarımı için mimar ve hastane yöneticileri yakın işbirliği içerisinde bulunmalıdır (Cıplak, 2007).

Acil ünite, günün ve geleceğin gereksinimlerine göre kurulmalı ya da var olan binanın tadilatı buna göre yapılmalıdır. Bu nedenle mimarlar, bu ünitenin binaları ve bölümleri için değişebilir, tekrar kullanılabilir, genişletilebilir ve daraltılabilir, hareketli,

esnek tasarımlar önermektedirler. Acil ünite fonksiyonlarının sürekli olarak değişime uğraması ve hasta yükünün artması nedeniyle bu yapılar yeniden modellenme ile yaşamayı öğrenmelidirler (Gürlek, 2005).

Çok gereksinim duyduğumuz acil tıp uzmanlığı ve acil tıp sisteminin giderek daha çok tanındığı ülkemizde bu servislerde verilen hizmette olduğu kadar projeleri çizilirken aynı konuda eğitim almış mimarların, konuya hakim doktorların ve diğer sağlık çalışanları ortak düşünerek gerçek bir acil servis dizaynı yaratmalıdırlar. İyi bir acil bakım alanı başvuran hastalara daha organize ve düzenli bir hizmet sunulmasını sağlamalı, hastanenin tümü ile mimari ve işleyiş yakınlığına sahip olmalı ve hasta ile yakınlarının iletişimini kolaylaştıracak bir şekilde mimari yapısı, çalışacak personeli, ekipmanları ve kayıt ve güvenlik sistemleri göz önüne alınarak tasarlanmalıdır. İyi dizayn edilmiş bir acil bakım alanı daha hızlı ve kaliteli hasta bakımını sağlamakla kalmayacak, çalışan personelin mimari yapı ya da organizasyon eksikliklerine bağlı oluşabilecek iş gücü kaybını da azaltacaktır. İyi tasarlanmış bir acil bakım alanında hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti kadar, tüm personelin çalışma şevki de artacaktır (Cıplak, 2007).

Acil serviste aşağıdaki oda tiplerinin bulunması gerekir;

1. Canlandırma / büyük travma odaları,
2. Akut hasta bakım odası,
3. Daha az acil hasta bakımı için odalar,
4. Dekontaminasyon odaları,
5. Kayıt kabul,
6. Triyaj sahası,
7. Hemşire çalışma alanı ve deksi,
8. Doktor çalışma alanı ve deksi,
9. Tuvaletler,
10. Radyo, telsiz, haberleşme merkezi,
11. Hasta bekleme odaları ve alanları,
12. Danışma odası, konsültasyon odaları,
13. Hasta yakınları bekleme yerleri,

14. Konferans ve eğitim için salon ve görsel beceri laboratuvarları,
15. Personelin istirahatı ve giyinip soyunması için odalar,
16. Güvenlik ofisi,
17. X-Ray, tomografi odaları,
18. Film değerlendirme odası,
19. Laboratuvar,
20. Kirli malzeme odaları,
21. Temiz malzeme odaları,
22. Yönetim ofisleri,
23. Eczane,
24. Küçük travma odası,
25. Alçı odası (Gürlek, 2005)

Acil servislere özgü birçok plan ve proje tasarlanmıştır. Özellikle AS temel dizaynında 3 model üzerinde durulmaktadır;

**Koridor Modeli:** AS geniş bir koridor üzerinde kurulmuş ve birimler koridorda sağlı sollu olarak yerleşmiştir.

**Arena Modeli:** AS' nin orta noktası sağlık ekibinin bulunduğu desktir ve deskin etrafı geniş bir meydan şeklindedir. Tüm çevrenin ve hastaların kolay gözlemleniyor olması bir avantajken, hasta gizliliğinin tam olarak sağlanamaması bir dezavantajdır.

**Modüler Model:** Merkez noktanın arena biçiminde olduğu, periferler de spesifik birimlerin ise modüler şekilde etrafa yerleştirildiği birimlerdir (Çayırhan, 2008; Yılmaz 2008).

#### 4.5. Acil Servislerde Güvenlik Önlemleri

Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi

ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar (Hasta Hakları yönetmeliği 1998, madde: 37). Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır (Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ madde: 10–1).

Acil servisler mümkün olduğunca hastaların görsel ve işitsel mahremiyet haklarını koruyacak şekilde dizayn edilmelidirler (Gürlek, 2005).

#### **4.6. Triyaj**

Trijaj ( ayırmak, seçmek), olay yerinde yaralının genel durumlarına göre çok çabuk sınıflandırılması ve taşımadaki önceliklerin belirlenmesi (Tabak, Somyürek 2008; Akyolcu, 2001), hastaların hangi tedavi kurumlarına gidecekleri ve ne düzeyde tedavi göreceklere karar verilmesi ve bu yönde hasta seçimi işlemine “triyaj” denir (Taviloğlu, 2004). Diğer bir tanımla, acil bir durum için; önde gelen, önemli ve sürekli bir süreç olan önceliklerin belirlenmesi; gelişen durumun önemi nedeni ile diğerlerinden ayırt edilmesi, seçilmesi ya da öncelik hakkının tanınması anlamını taşır. En fazla risk taşıyan hastaları belirleme ve uygun tedaviyi başlatma sistemi veya etkili ve doğru bakım alabilmesi için hastanın doğru zamanda, doğru yere yerleştirilmesi süreci olarak ta tanımlanabilir.

Statik olmayan, hasta/yaralının tedavisi bitinceye kadar her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve süregelen bir süreç olan triyaj da, 3, 4 ve 5 aşamayı kapsayan 3 değişik sınıflandırma sistemi kullanılmıştır. Bu sınıflandırma sistemleri,

bakımda birlikteliği sağlar, iletişimi kolaylaştırır, durum ya da koşulların anlaşılmasına yardımcı olur. Bilgi, beceri, davranış, eleştirel düşünme, çabuk ve doğru karar verme yetenekleri ile donanmış triyaj hemşireleri, acil birimde verilen hasta bakımının niteliğini olumlu yönde etkileyerek, hastanın yaşam şansının yükselmesine katkı sağlayacaktır (Akyolcu, 2001).

Felaket ve kitlesel yaralanmalarda, zehirlenmelerde, bazı salgın hastalıklarda aniden fazla birey yaralandığında ya da hastalandığında hem şaşkınlık, çaresizlik ve panik artar, hem de hangi hastalık ve yaralının öncelikle tedavisi daha uygun bir tedavi için kime nasıl öncelik verelim sorusu gündeme gelir. Hastaların büyük risk altında oluşlarını tanımlamak ve tedaviyi başlatabilmek için triyaj denilen bir sistem oluşturulmuştur (Olgun ve Kuğuoğlu, 2004).

Acil bölümlerinde triyaj kullanımı 1960'lı yıllarda başlamıştır. Sistem günümüzde de yaşama savaşı veren ciddi ve acil durumu olan hastanın bakımını belirlemede uygulanmaktadır (Olgun ve Kuğuoğlu, 2004).

Trijajda iki ana seçenek vardır:

1. Hasta sayısının kurumun kapasitesini aşmadığı durumda: Yaşamsal yaralanmaları ve çoklu organ yaralanması olan hastalar öncelikle tedavi edilmelidir.

2. Hasta sayısının kurumun kapasitesini aştığı durumda: En fazla yaşam şansı olan hastalara ve kısa sürede girişimde bulunulabilecek hastalara öncelik tanınmalıdır. Özellikle doğal afet gibi çok sayıda yaralının olması halinde triyaj sınıflamasının kullanılması önerilmektedir (Şelimen ve ark., 2008).

#### **4.6.1. Acil Birimde Uygulanan Triyaj Sisteminin Yararları**

- Ciddi tehlikede olan hastayı zaman geçirmeden tanılamak,
- Yaşamsal tehlike durumunda acil girişim sağlamak,
- Kritik olmayan hastanın bakımını kolaylaştırmak,



- Etkin personel hizmeti sağlamak,
- Ekip kavramına işlerlik kazandırmak,
- Sistemin getirdiği düzenle ve işleyiş hızı ile hastaların korkularını hafifletme, endişe ve gerilim düzeyini azaltma, dolaylı olarak bakım ekibinde de bir sakinlik sağlamak,
- Hasta ailesi, yakınları ve topluma ait sorumlulukları ekip üyelerine dağıtmak, öncelikleri belirlemek için kullanılan, hastayı ilk tanılama işlevleri ile hasta akışını ve birim trafiğini rahatlatma şeklinde sıralanabilir (Olgun ve Kuşuoğlu, 2004).

#### 4.6.2. Triyaj Sisteminde Yaklaşımlar

Buddasi tarafından 4 sınıflamalı sistem önerilmiştir. Bu sınıflama sisteminde;

**Acil:** Kardiyak arrest, aktif nöbet hali, büyük yanık ve travmalar gibi derhal girişimde bulunulması gereken, hayat tehlikesi olan ve sürekli kontrol gerektiren hastalar,

**Ciddi:** Göğüs ağrısı, açık kırıklar, şiddetli ağrılar ve orta derce de yanıklar gibi tıbbi müdahalesi 5–60 dakika içinde yapılması ve her 15 dakikada kontrol edilmesi gereken hastalar,

**Stabil:** Kapalı kırıklar, kanamayan yaralar, kardiyak sebebe bağlı olmayan göğüs ağrıları, ezikler ve bereler gibi tıbbi müdahalesi 4–6 saat ertelenebilecek ve her 30–60 dakikada kontrol edilmesi gereken hastalar,

**Acil Olmayan:** Ciltte oluşan kırmızı leke ve kaşıntılar, konstipasyon ve tahrişler gibi acil olmayan ve her 1–2 saatte bir kontrol edilmesi gereken hastalar yer alır.

Aynı zamanda hastanın hangi sınıfa girdiğinin daha kolay bir şekilde görülebilmesi için özel renkli kartlar kullanılır: Birinci derece önceliği olup hemen girişimde bulunulması gerekenlere Kırmızı, İkinci derece (bir saat içinde) önceliği

olanlara Sarı, üçüncü derece (3 saate kadar) önceliği olanlara Yeşil, dördüncü derecede ya da ÖLÜ veya ÖLÜM HALİNDEKİ yaralılar için Siyah renkli etiket takılır. Bütün bu sınıflandırmaların amacı en acil hastanın ilk girişime en önce hakkı olduğunu ifade etmektir. Tüm sınıflamalara karşın, öncelikleri belirleme süreci statik değildir. Triyaj sürekli ve süregendir. Önemli olan triyajın, hasta ya da yaralının tedavisi bitinceye kadar her tıbbi basamakta yeniden yapılması gerektiğidir (Kuğuoğlu ve ark., 2004).

Triyaj personeli belirlenirken birtakım, kimi faktörlerin bilinmesi gerekir;

- Acil servisin kapasitesi, büyüklüğü,
- Mevsimin etkisi,
- Hastaların aciliyeti,
- Günün belirli saatleri ve
- Personelin yeteneği.

#### **4.6.3. Triyaj Hemşiresinde Bulunması Gereken Özellikler**

- En az 2 yıl kritik hastaların bakımında çalışmış olmalı,
- En az 6 ay acil ünitesinde çalışmış olmalı,
- Klinikte başarılı olmalı,
- Triyaj konusunda eğitim programını tamamlamalı,
- Kişilerarası ilişkiler ve iletişim becerileri eksiksiz olmalı,
- Organizasyon becerisi iyi olmalı,
- Değişikliklere uyum sağlayabilmeli, esnek olmalı,
- Hemşirelik sürecini etkili bir şekilde kullanmalı,
- Rol modeli olmalıdır (Olgun ve Kuğuoğlu, 2004).

#### **4.7. Hasta Kabulü**

Hasta kabulü, hastanın hastaneye gelmesi ile başlayan, tedavinin başlaması ile son bulunan işlemler dizisidir. Her sağlık kurumunun, hasta kabulünde kendisine özgü

bir işlemler dizisi olmakla birlikte genel olarak birbirine benzerlik gösterir(Ay ve Ertem, 2007).

Hasta kabulünde, sağlık çalışanları ilk karşılaşmada sergilenen tavır ve iletişim kurma biçimi bu endişe ve korkuyu yatıştırmada önemli bir rol oynar. Hasta kabulü sırasında uygulanan işlemler dizisi kuramlara göre değişmekle birlikte amaç aynıdır; Hastanın endişelerini gidermek ve hastayı iyi karşılamak, hastanın kimlik bilgileri ve şikayetleri ile ilgili ön bilgileri almak, hastanın kuruma uyumunu sağlamak, hastanın tanı ve tedavisini en kısa zamanda başlamasını sağlamak, hastanın özel eşyalarının güvence altına alınması için uygun önlemleri almak (Ay ve Ertem, 2007).

#### **4.7.1. Hasta Kabul Çeşitleri**

**Planlı Hasta Kabulü:** Bireyin yaşamını ve hayati fonksiyonlarını etkileyen ciddi bir tehlike olmadığı zaman yapılan kabul işlemidir. Hasta ve sağlıklı birey belirtilen gün ve saatte tedavi veya tetkik için hastaneye kabul edilir. Hastaneye kabul tarihine hasta ve hekim birlikte karar verir. Hastaya yapılacak işlemler için hastanın kendisinden ya da yasal vasisinden yazılı onay alınır (Ay ve Ertem, 2007).

**Acil Hasta Kabulü:** Yaşamı tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumlarda yapılan hasta kabulüdür. Bu tür vakaların çoğu ambulans ile hastaneye getirilir. Acil kabullerle ilgili formlar hastanın durumu iyi ise hasta tarafından ya da aile üyeleri/yakınları tarafından doldurulur. Uygulanacak işlemler için yazılı onay alınır (Ay ve Ertem, 2007). Tıbbi müdahalelerde hastanın onayı gerekir ( Hasta Hakları yönetmeliği madde:24).

#### **4.7.2. Hasta Kabul İşlemleri**

Hastaneye kabul işlemi, hastanede tedaviye gerek duyan hekimin, üzerinde hasta adı, soyadı, tanısı, kabul edileceği servisin yazılı olduğu bir belgeyi imzalaması ile başlar, kayıt odasında çalışan tıbbi sekreter/memur, hasta ve ailesi ile görüşerek kimlik bilgilerini alır, formları doldurur. Bu süreç, servise hemşire tarafından hastanın kabulü

ve odasına yerleşmesi ile son bulur. Hastanın kabul edilmesi sırasında tıbbi ekibin sorumlulukları birbirinden farklı ve birbirini tamamlar niteliktedir. Bu sorumluluklar şu şekilde sıralanır (Ay ve Ertem, 2007).

#### **4.7.2.1. Hasta Kabulünde Hekimin Sorumlulukları**

Hekim, tıbbi tedavinin başlamasından doğrudan sorumludur. Aynı zamanda hekim, anamnez alma, fiziksel muayene yapma, tedavi ve tanı testlerini yazılı olarak isteme gibi tedaviye yön verecek girişimleri planlama sorumluluğuna sahiptir. Hastanın servise kabulü ile tıbbi tedavisi başlar. Her hastanın tıbbi tedavisi kendisine özgüdür. Bu nedenle tedavi planı hekim tarafından gerçekleştirilir ve gerekli istemler hasta dosyasına kaydedilir (Ay ve Ertem, 2007).

#### **4.7.2.2. Hasta Kabulünde Tıbbi Sekreterin Sorumlulukları**

Tıbbi sekreter, hastaların hastaneye kabul ve dosya işlemlerini yapma ile tıbbi, idari ve istatistiksel dokümanları hazırlama bilgi ve becerisine sahip kişidir. Hastanın hastaneye kabul işlemleri bu görevler arasında önemli bir yer tutar. Hasta randevularını düzenlemek, hastaya yatış ile ilgili ön bilgi vermek, hasta dosyasını oluşturmak, hastaya kurum içinde kullanacağı tanıtım kartı hazırlamak, hasta dosyasının hasta kabulden servise transferini sağlamak, hasta kayıtlarını tutmak, taburculuk sırasında hasta çıkış evraklarını hazırlamak, hasta ile ilgili olan diğer görevleridir. Hastanın taburculuk işlemlerinden sonra hasta dosyasının uygun şekilde arşivlenmesi ve güvenli şekilde saklanması da diğer sorumlulukları arasında sayılabilir (Ay ve Ertem, 2007).

#### **4.7.2.3. Hasta Kabulünde Hemşirenin Sorumlulukları**

a) **Hasta Kimliğinin Saptanması:** Hasta kimliğinin doğru bilinmesi, karışıklıkları ve yanlışlıkları önlemeye yardımcı olur. Dosyada var olan ve farklı amaçlar için kullanılacak tüm kayıt formlarında hastanın kimlik bilgileri açık ve net olarak yazılmalıdır. Bunun için hasta kimliği mümkün olduğunca açık saptanmalıdır. Hastanın adı, soyadı, ev ve iş adresi, ev, mobil ve iş telefonları, kişiye ulaşamadığı

durumlarda ya da acil durumlarda ulaşılabilecek yakınının telefon numaraları ve adresi en önemli bilgilerdir.

Hasta acil olarak gelmişse/getirilmişse ve kimliği saptanamıyorsa, hastane yönetimi tarafından polise haber verilir, getirilen kişilerden bilgi almaya çalışılır veya üzerinde taşıdığı kimlik, cep telefonu cihazı vb. yardımı ile yakınlarına ve kimlik bilgilerine ulaşılmaya çalışılır (Ay ve Ertem, 2007).

Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

1. Protokol numarası (kalın ve büyük punto),
2. Hastanın T.C. kimlik numarası,
3. Hasta adı- soyadı,
4. Doğum tarihi (gün-ay-yıl),
5. Doğum yeri,
6. Tabibin adı soyadı, bulunmalıdır (TTP- Mevzuat, 2009).

**b) Fizik Muayene Yardım:** Fizik muayene, hastanın baştan ayağa tüm sistemlerinin muayene eden kişinin duyuları ile ya da çeşitli araçlar yardımı ile muayene edilmesidir. Hemşire hasta kabulü sırasında hekim fizik muayeneyi gerçekteştirirken, hastaya ve hekime yardım etmekten sorumludur. Hemşire;

**1- Ortamın Hazırlığı:** Gerekli araç ve gereci kullanıma hazır hale getirir. Oda sıcaklığı, paravan, ışık gibi fiziksel çevre koşullarını hazırlar.

**2- Hastanın Hazırlığı:** Hastanın özel muayene giysisini giymesine yardım eder. Hastanın mesane ve barsak boşaltımını sağlar. Hastaya muayenenin özelliğine uygun pozisyon verir, üzerini örter. Endişe ve gerilimi azaltmak için gerekli bilgileri verir (Ay ve Ertem, 2007).

**c) Tanışma ve Oryantasyon:** Hasta ve ailesi kliniğe geldiğinde çoğu zaman hastalık ve hastane hakkında çok fazla bilgiye sahip değildirler. Bu neden ile kendilerini huzursuz hissederler ve korku duyarlar. Hemşire hasta ve ailesinin temel gereksinimlerinden birinin kendini rahat hissetmek ve kabul edilmek olduğunu bilmeli ve bu gereksinim doğrultusunda hasta ve ailesini karşılamalıdır.

Tanışma aşaması karşılıklı iletişimin başladığı ilk aşamadır. Olumlu iletişimin başlatılması ve devam ettirilmesi, hasta ve ailesinin ortama ve tedaviye uyumunu hızlandırır. Öncelikle hemşire kendisini tanıtarak oryantasyon aşamasını başlatmalıdır. Aynı zamanda hastaların kendilerine isim ile hitap edilmekten hoşlandıkları, isimleri kullanılınca kendilerini daha değerli hissettikleri unutulmamalıdır.

Hemşire hastaya hastane düzeni, yatacağı servisteki sınırlamalardan ve haklarından söz etmeli, hastane yaşamına ilişkin diğer sorumluluklar ve kendisinden beklenenler de anlatılmalıdır. Anlatımlar yapılırken hastanın günlük kullandığı dildeki kelimelerin kullanılmasına önem verilmelidir. Hastanın hastaneye uyumunu kolaylaştırmak için hastaya aşağıdaki bilgiler verilmelidir;

- Odasının ve yatağının yeri,
- Banyo ve tuvaletin yeri,
- Çağrı ziline yeri ve hangi durumlarda kullanılması gerektiği,
- Hemşire, doktor odasının/ deksinin yeri,
- Vizit saatleri, kahvaltılık ve yemek saatleri, ziyaret gün ve saatleri,
- Aile ve arkadaşları ile nasıl haberleşebileceği (telefon numarası, görüşme saatleri),
- Dinlenme salonunu nasıl kullanacağı,
- Yanında bulundurması gereken kişisel eşyalar (diş fırçası- macunu vb.),
- Eşyalarını üniteye nasıl yerleştireceği (Ay ve Ertem, 2007).

#### **d) Hasta Ünitesinin Düzenlenmesi**

**Kıymetli Eşyaların Emniyete Alınması:** Hastalar yanlarında pek çok eşya ile hastaneye gelirler. Fazla eşyalar ve değerli eşyalar (mücevher, yüzük, saat, para) hasta

ailesine imza karşılığı teslim edilmelidir. Hasta yakınları eşyalarını teslim alamadıkları durumlarda hastane yönetimi eşyaları tutanakla tespit ederek, güvenli bir şekilde emanete almak durumundadır. Emanetler hasta taburcu edilirken yine teslim tutanağı ile hastaya iade edilmelidir (Ay ve Ertem, 2007).

**e) Hasta Bakımının Planlanması:** Hastayı değerlendirebilmek için öncelikle bilgi toplamak gerekir. Bu bilgiler gözlem ve görüşme yolu ile toplanır. Bilgi toplama aracı olarak “ Hasta Tanılama Formu ” kullanılır. Bu form hasta servise alındıktan sonra ilk 24 saat içinde doldurulmuş olmalıdır. Form kurumsal ve birime özel olarak hazırlanır. Değişik formlar kullanılmasına rağmen genelde hastanın özgeçmişi, soy geçmişi, alışkanlıkları, alerjileri, aktivite düzeyi, şuur durumu gibi bilgileri içeren bir form olmalıdır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda hasta bakım planı planlanır ve uygulanmaya başlanılır (Ay ve Ertem, 2007).

#### **4.7.3. Hastanın Taburcu Edilmesi**

Hastanın hastanede kalış süresi hastaya ve hastalığa göre değişmekle birlikte genellikle hastalar kendi bakımlarını evlerinde devam ettirebilecekleri duruma geldiklerinde, bir başka deyişle hastalıklarının iyileşme evresinde taburcu edilirler. Hastanın hastaneden ayrılabilmesi ve bakımını evde devam ettirebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hastanın hazırlanmasına Taburculuk Planlaması denir (Ay ve Ertem, 2007). Amerikan Hemşireler Birliği (Amerikan Nurses Association) ise taburculuk planlamasını hastayı kendi- kendine, aile üyeleri ya da organize bir sağlık bakım sağlayıcısı tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için tasarlanmış bir süreç olarak tanımlamıştır. Taburculuk planlaması son yıllarda hasta bakımının önemli bir ögesi olarak kabul görmüştür. Taburculuk planlamasında, hastanın acil bakım gördüğü hastaneden taburcu olduktan sonra da bakımının sürdürülebilmesini sağlayacak bir bakım planı hasta ile birlikte oluşturulur. “ Bakımın devamlılığı olarak” adlandırılan bu planlamada hastanın mümkün olduğu kadar bağımsız olmasını sağlayacak hizmetler sunulur (Ay ve Ertem, 2007).

#### 4.7.3.1. Taburculuk Planlamasının Amacı;

Hasta ve ailesine evde devam edilmesi gereken bakım ve işlemleri öğretmek, hastanın evde yaşayacağı korku ve endişeleri gidermek, evde hasta ve ailesi tarafından sürdürülecek bakım ve tedavinin eksiksiz, hatasız yapılmasını sağlamak ve hastanın hastalığı üzerindeki denetimini artırmaktır (Ay ve Ertem, 2007).

#### 4.7.3.2. Taburculuk planlamasında eğitim konuları

Taburculuk eğitimi beş grupta özetlenebilir;

1. **Psikososyal Destek:** Hastanın anksiyetesinin azaltılmasını, sorularının yanıtlanmasını, yeniden güveninin kazanılmasını sağlayan girişimler bu grupta toplanmaktadır.
2. **İşlemlerle İlgili Bilgiler:** Hasta servise kabul edildiği andan itibaren taburcu oluncaya kadar yapılacak tüm işlemleri kapsamalıdır.
3. **Beceri Öğretimi:** Hastanın yapması istenilen derin solunum, öksürme ve bacak egzersizleri, öksürürken insizyon bölgesinin desteklenmesi, yatakta dönme, insülin uygulamaları gibi aktivitelerin öğretimini içermektedir.
4. **Hastanın Yaşayabileceği Rahatsızlıklara Ait Bilgiler:** Hastanın yapılan işlemler sırasında neler hissedeceği, yaşayabileceği sorunlar ya da uygulamalar sonrasında olası komplikasyonları içermelidir.
5. **Hastanın Sorumluluğunu Açıklayan Bilgiler:** Hastanın yapılan işlemlerin öncesi ve sonrasında yapması ve yapmaması gereken uygulamalar hakkında bilgi verilmelidir.



## **Eğitim konuları Şu baŐlıklar altında oluşturulmalıdır;**

**İlaçlar/Tıbbi Tedavi:** Hasta, ilacın ismini ve dozunu, alınma zamanını, verilme amacını, etki ve yan etkilerini bilmelidir.

**Çevre:** Hasta, yapabileceği işleri, evin fiziksel yönden nasıl düzenlenmesi gerektiğini, emosyonel desteği nasıl alabileceğini, ekonomik destek kaynaklarını ve randevulara gelmesinin önemini bilmelidir.

**Tedavi:** Hasta ve ailesi tedavinin evde devam etme amacını bilmelidir.

**Sağlık Eğitimi:** Hasta, hastalığın vücudunu nasıl etkilediğini anlamalı ve Őuandaki sağlık seviyesi ve ulaŐabileceđi en yüksek seviyeyi bilmelidir.

**Ayaktan Takip:** Hasta klinik randevusunun nerede ve ne zaman olduğunu, tıbbi yardım için kimi nerden çağıracağını bilmelidir.

**Diyet:** Hasta ve ailesi verilen diyetle yenecek yiyeceklerin neler olduğunu bilmelidir (Ay ve Ertem, 2007).

### **4.7.4. Acil Servisteki Hasta Hakları**

#### **4.7.4.1. Tedaviyi Reddetme ve Durdurma**

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998, madde: 25).

#### **4.7.4.2. Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma**

Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır. Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir. İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır. Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998, madde: 38).

#### **4.7.4.3. İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret**

Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri söz konusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerektiğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir. Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998, madde: 39).

#### **4.7.4.4. Refakatçi Bulundurma**

Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir. Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir (Hasta Hakları yönetmeliği 1998, madde: 40).

#### **4.8. Acil Servis Yönetimi**

Yönetim, başkaları vasıtası ile iş görmektir (Koçel, 2007). Acil servislerin yönetimi ve işleyişi, her şeyden önce bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Acil servisler, bakmakla yükümlü olduğu hasta nüfusunun acil sağlık hizmetleri ile ilgili beklentilerini karşılayabilecek şekilde organize edilmeli ve yönetilmelidir. Bu organizasyon, hastane kuralları ve hastanedeki diğer bölümlerin örgütlenme planları ile uyum içinde olup, bir şema halinde hazırlanmalıdır.

- Acil servisin işleyişi, yazılı politikalar ve kurallara uygun olarak sağlanmalıdır.
- Acil servisin tıbbi yöneticisi, acil servis sorumlu hemşiresi, diğer hizmet alanlarının sorumlularının da katılımı ile acil bakımın kalitesini, güvenliğini, uygunluğunu sürekli olarak izlemeli ve değerlendirmelidir.
- Acil serviste yeni çalışmaya başlayan tüm kişiler kurumun görevini, acil servisin işleyişini ve çalışanlarının her birinin sorumluluklarını belirten resmi bir oryantasyon programına alınmalıdır.

- Acil serviste çalışan tüm görevliler hastaya en iyi hizmeti verebilmek için uygun mesleki bilgi ve beceri seviyesine sahip olmalı, mevcut bilgi ile becerilerini sürekli olarak arttırıp geliştirmelidir.
- Toplam kalite kurallarının bir gereği olarak, acil servis içinde çalışan tüm doktor, hemşire ve yardımcı personelin görevleri, sorumlulukları belirlenerek dokümente edilmelidir.
- Ekibin her bireyinin düzenli aralıklarla denetlenmesi ve kontrolü için kalite güvenlik programları oluşturulmalıdır.
- Acil servise başvuran her hastanın triyajı mutlaka bu konuda eğitim almış, bilgili ve deneyimli bir personel (hemşire ve/veya paramedik) tarafından yapılmalıdır. Trijajda çalışan kişiler acil servis tıbbi sorumlusunun sürekli denetimi altında olmalıdır.
- Acil servisin iç işleyişi ilgili idari prensipler, acil servis tıbbi yöneticisi ve acil servis sorumlu hemşiresinin işbirliği ile oluşturulmalıdır.
- Acil servisin bakım ve stabilizasyon imkanları, acil tıbbi bir hastalık nedeniyle başvuran tüm hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapasitede olmalıdır.
- Acil servise müracaat eden her hasta için bir dosya çıkartılmalı ve tüm bilgiler okunaklı bir şekilde bu dosyaya ayrıntıları ile yazılmalıdır. Bu dosyalar kanunların uygun gördüğü sürece ve acil hekimlerinin gerekli olduğu zaman kolaylıkla ulaşabilecekleri ve yönetmeliklerde belirleneceği şekilde saklanmalıdır.
- Acil servisten taburcu edilen veya başka bir merkeze sevk edilen tüm hastalara mutlaka yapılan girişimler ve/veya tedavi ile ilgili bir epikriz, öneri formu veya hasta sevk formu verilmelidir (www.tatd.org.tr., 2011).

#### **4.8.1. Acil Servis Yöneticisi**

Yönetici, başkaları vasıtası ile iş gören kişidir. Her yönetici özellikle kademeler yükseldikçe sorunları kendi sahip olduğu teknik bilgiyi bizzat uygulayarak çözmek yerine, başkalarının faaliyetlerini planlayarak, yönlendirerek, koordine ve kontrol ederek, bunların gayretleri ile çözmeye başlamaktır (Koçel, 2007).

Her ekibin bir sorumlusu olduğundan, acil servislerden sorumlu bir yöneticinin olması gerekmektedir. Acil servis yöneticisi, hızlı ve yerinde karar verebilmeli, organizasyonu hızlı yapabilmelidir.

##### **4.8.1.1.Acil Servis Yöneticisinin Sorumlulukları;**

- Acil bakım hizmetlerinin planlanması,
- Hizmetin kesintisiz 24 saat sürdürülmesi,
- Koordinasyonu, yönlendirilmesi ve denetlenmesidir.

##### **4.8.1.2.Acil Servis Yöneticisinin Yönetim Fonksiyonları;**

- Planlama: Acil birimde geleceğe yönelik düzenlemeler yapılması ve sonuçlarının gelecekte görülebilecek kararların alınması fonksiyonudur.
- Karar verme: Farklı seçenek ve durumlar arasında tercihte bulunabilme fonksiyonudur.
- Örgütlenme: Birimde faaliyet gösteren tüm meslek disiplinlerini koordine ve kanalize etme kabiliyetidir.
- Yönlendirme ve uygulama: Birim çalışanlarının organize etme ve harekete geçirmek suretiyle alınan kararların uygulanmasını sağlama fonksiyonudur.
- Kontrol etme: Gerçekleştirilen faaliyet ve yerine getirilen görev, alınan kararların doğruluğunu ve etkinliğini denetleme fonksiyonudur (Lieber ve McConnell, 2004).

#### **4.8.1.2.Acil Servis Yöneticisinin Özellikleri;**

- Soğuk kanlı olmalı, duygularını kontrol edebilmelidir.
- Güçlü benlik imgesi olmalıdır.
- Geleceği görebilme özelliği olmalıdır.
- Acil inanmalıdır.
- Acil ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır.
- Yönetimdekileri ikna etme ve etkileme gücüne sahip olmalıdır.
- Katılımcı olmalı, çalışanları karar vermeye katmalıdır.
- Uzun ve kısa vadeli planlar yapabilmeli ve bunları yaşama geçirebilmelidir.
- Personeli için eğitim olanakları yaratmalıdır ( Aslan, 2004).

#### **4.9. Hasta Memnuniyeti**

Bakımın sonuçlarının algılanması ve beklentilerin karşılanması ile ilişkili olan hasta memnuniyeti, farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir. Hizmetin sunumunu, hasta ile hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, hizmetin sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle bakım kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Yılmaz, 2001).

Hastaların istek ve beklentileri hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde önemli faktörlerdir. Çünkü sunulan sağlık hizmetlerinin kaliteli olması ya da hasta istek ve ihtiyaçları karşılaması durumunda hasta o sağlık kurumunu seçecek ve kaliteli hizmet almaya devam ettiği sürece de o kurumu yeniden tercih edecektir (Gülmez, 2005).

Hasta tatmininin sağlanması, hastanın beklentilerinin iyi bir şekilde karşılanmasıyla mümkün olabilmektedir. Hasta tatmini birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlardan başlıcalar; hizmetten umulan fayda, algılanan performans, geçmiş deneyimler, hizmet sunumunun hasta ve ailesinin kültürüne, eğitim düzeyine,

yasam tarzına, sosyal sınıf ve statüsüne, zevk ve alışkanlıklarına, önyargılarına uygunluğu, vb.dir (Şahin, v.d., 2005).

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Literatürde hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir. Çünkü sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında da bir güven ilişkisinin kurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca birey olarak değer verildiğini hissetmek bir anlamda yeterince bilgilendirilme ile de ilişkilidir. Birçok durumda bireylerin gereksinimlerini belirleyip bu gereksinimlerine yönelik bilgi veren sağlık personeli hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir. Bilgi verme hastalara değerli olduğunu hissettirmektedir ancak, kendisine birey olarak değer verildiğini hissetmek yalnızca bilgi vermeyi içermemektedir, ek olarak personelin hastaya gerçekten ilgi göstermesi, ne hissettiklerine odaklanması ve onlara zaman ayırması konularını da içermektedir (Yılmaz, 2001).

Hastanenin ulaşabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık bireylerin kendilerini evinde hissetmelerine neden olmakta ve memnuniyetlerini arttırabilmektedir. Yeterince bilgilendiren, değer verilen ve kendini evindeymiş gibi hisseden hastalar hem almış oldukları tedavi ve bakıma, hem de bu hizmeti veren sağlık ekibine daha çok güven duymaktadır (Yılmaz, 2001).

#### **4.10. Acil Bakımda İletişim**

Fiziki koşulları ve kendilerine bakım veren sağlık bakım üyelerinin tutumu ne kadar olumlu olursa olsun, acil bölümün hastaları diğer ünitelerde yatan hastalardan her

zaman farklılık gösterir. Hasta ve ailesinin ani ve beklenilmeyen bir durumla karşı karşıya kalmaları, ilave olarak ağrı, solunum güçlüğü ve diğer klinik belirti ve bulguların varlığı, değişik düzeylerde anksiyete oluşturur. Onlar henüz daha hastalığı kabul etmemiş, hemen tanı konup tedavi olmalarını beklerler. Acil servis onlar için çok yabancı bir ortamdır; yabancı bir çevre, önceden görmedikleri bir takım insanlar, araçların görünüşü ve çıkardığı sesler, ortamın genellikle gürültülü olması ve sıklıkla tıbbi terminolojilerden oluşan bir dilin kullanılması ya da sağlık bakım üyelerinin uzun süren sessizlikleri durumun çok ciddi veya ölümün yakın olduğu düşüncesini çağrıştırabilir. Bu nedenle hasta ve ailesi, sinirli, korku dolu, şikayetçi, kimliklerini, duygularını ve öz saygılarını kaybetmiş öfke dolu duygularla bakabilir. Aynı zamanda acilde çalışan personel de diğer servislerde çalışanlara göre farklı duygular içinde olabilir. Sıklıkla ne olacağı bilinmeyen bir durumla karşılaşma ve zaman kaybetmeme düşüncesi onları da sinirli ve gergin yapabilir ve bu durumu hasta ve ailesine yansıtabilirler (Kuğuoğlu ve ark., 2004). Hasta ve yakınları acil servise başvuru nedenleri olan yakınmalarını anlatırken yakınmanın fiziksel ve duygusal yanına farklı şekillerde ağırlık verebilir, ancak ilk istekleri biran önce problemlerinin çözümlenmesidir ( Gürlek, 2005 ).

Sağlık çalışanları için iletişimin amacı, hizmet verdiği bireyi ve sorunu tanımak, nasıl bir yardıma ihtiyacı olduğunu belirlemektir. Bu amaçla kurulmak istenen iletişim için sağlık çalışanları beden dili, ses tonu ve sözcükler gibi iletişim araçlarına ilave olarak etkin dinleme ve duygudaşlık kurabilme gibi iki önemli iletişim aracını da kullanabilmelidir. Etkin dinleme ve duygudaşlık kurma, iyi bir iletişim için sağlam bir zemin oluşturacaktır (Yardan ve ark., 2008).

#### **4.10.1. Acil Servislerde İletişim Becerilerinin Önemi**

Acil serviste iyi bir iletişimin kurulması için, hasta yakınlarının acil tıp hizmetlerindeki önemi, hasta yakınlarının içinde buldukları durum ve ihtiyaçları doğru tespit edilmelidir. Bu şekilde sağlık çalışanları ile hasta ve yakınları arasında kurulan sağlıklı bir iletişim hastanın sorunlarını giderme konusunda katkı sağlayabilir (Yardan ve ark., 2008).



#### **4.11. Hasta Yakınlarının Acil Tıp Hizmetlerindeki Önemi**

Acil üitedeki bir hastanın ailesi hastanın bakımı ve desteğinde, kabul edilip edilmemesinde veya taburcu olup olmamasında önemli rol oynar (Howard and Steinman, 2005). Acil servis çalışanlarının öncelikli amacı, her zaman hastanın hayatını kurtarmak veya hastalığını iyileştirmektir. Ancak bu amaç için hasta yakınlarının o an içinde buldukları durum ve ihtiyaçları kesinlikle göz ardı edilmemelidir. Unutulmamalıdır ki, hasta ve yakınları sürekli etkileşim halindedir. Hastaya hizmet sunma noktasında hasta yakını yardımcı bir unsur olabilir. Bu sayede verilen acil tıp hizmetinin amacına ulaşmasının yanı sıra hasta memnuniyeti de sağlanmış olacaktır. Hastanın ilk başvuru anından itibaren oluşturulan yoğun ilginin hasta yakınlarının etkili durumla baş edebilme mekanizmaları geliştirebilmesinde, olası posttravmatik stres bozukluğu gibi duygulanım bozukluklarının gelişme riskinin azaltılmasında oldukça yararlı olduğu bildirilmiştir. Çoğunlukla hasta yakınlarının acil çalışanlarına ve yetkililerine hastaneden ayrıldıktan sonra geri bildirim yapması sık görülen bir durum değildir. Bu nedenle etkili bir iletişimin oluşturulabilmesi için hasta yakınlarının içinde buldukları durum ve olaydan etkilenme dereceleri ile acil serviste nelere ihtiyaçlarının olabileceği planlanmış olmalıdır (Yardan ve ark., 2008).

##### **4.11.1. Hasta Yakınlarının İçinde Bulunduğu Durum**

Acil servis ortamı göz önüne alındığında hasta yakınlarının içinde buldukları durum özellik arz eder. Çünkü acil servis başvuruları çoğunlukla planlanmamış ve ani gelişen bir olay sonrasında gerçekleşmektedir. Ortaya çıkan bu durum karşısında hasta ve yakınlarında şaşkınlık, öfke, korku ve yaşam endişesi gibi yoğun bir stres hali görülebilir. Buna bağlı olarak hem hastalarda hem de yakınlarında kontrollerini yitirmiş, kişiliklerini kaybetmiş bir duygu durumu söz konusu olabilir. Literatürde, acil servise başvuran hasta yakınlarının yaşadıkları deneyimleri değerlendiren az sayıda çalışma vardır. Ani gelişen ve hayatı tehdit eden bir hastalık ya da travma en sağlam aileler için bile bir kriz nedeni olabilmektedir. Krize neden olan olayın yoğunluk ve süresine bağlı olarak artış gösteren stres faktörleri ile bazı hasta yakınlarının diğerlerine oranla daha iyi baş edebildiği görülmüştür. Hasta ve yakınlarının bu faktörlerin üstesinden

gelememesi durumunda ise ortaya çıkan stresin miktarı ve şiddetinin daha da arttığı bildirilmiştir (Yardan ve ark., 2008).

Acil servisteki hasta yakınları, hastanın acil servisteki tedavi ve bakımının ayrılmaz parçalarıdır ( Redley et al., 2003). Hasta yakınları bireylerin yaşamında önemlidir ve hasta yakını olarak aileler diğer üyelerinin gelişiminden sorumludurlar. Aile, zor zamanlarda aile üyelerine, ait olma duygusunun hissettiren, destek, güven ve rahatlık sağlayan bir yapıdır (Hallgrimsdottir, 2000).

#### **4.11.2. Acil Serviste Hasta ve Ailelerin Durumu Algılamalarını Etkileyen Faktörler:**

Daha önceki deneyimleri, iletişim yetenekleri, hastalığın nedeni, hastalık ya da yaralanmanın algılanışı, yaş, psikolojik durum, entelektüel kapasite, destek sistemleri (aile, yakın çevresi ve arkadaşları), kişisel değerler inançlar ve yaşam tarzı ve diğer bilinmeyen etkenler (Olgun ve Kuşuoğlu, 2004).

#### **4.11.3. Acil Serviste Stres Yaratan Faktörler**

Hasta için; çoğunlukla ağrı, rahatsızlık, korku, bağımsızlığın kaybı, fonksiyon kaybı, tanıdık olmayan yüzler, bakım veren kişilerin çok olması, gizliliğin kaybı, sıklıkla ilk kez görülen değişik bir çevre, gürültü ve çevresel aktivitenin yüksek olması, diğer hastalar, sevdiği kişilerden ayrı kalma, uzun süre bekleme, bilgi eksikliği ve odada yalnız kalma gibi etkenler stresör olabilir. Bununla birlikte hasta ailesi içinde genellikle aynı faktörler stresör olabilir. Bu stresörlerin azaltılmasında sağlık bakım ekibinin etkili bir iletişimi başlatması ve sürdürmesi önemlidir (Olgun ve Kuşuoğlu, 2004).

Acil tıp hizmetleri açısından bakıldığında ilgili sağlık personeli ile hasta yakınları arasındaki iletişim, genellikle acil servis girişinde başlar. Acil servis çalışanlarının hasta yakınları ile iletişim kurma yetenekleri, hastanın acil servise kabul edilmesinden itibaren tüm tanı, tedavi ve taburculuk aşamalarını etkileyebilir. Bu etki aynı zamanda verilen tedavinin sonuçlarını da etkilemesi bakımından önem arz eder.

Sağlık hizmeti uygulamaları insan ilişkileri içinde sürdürülen bir alandır. Sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere rağmen hastalıkların tanı ve tedavisinde insanlar arası iletişim hala önemini korumaktadır. İletişim doğru tanı koymanın en önemli adımı olan anamnez aşamasının temelini oluşturur. Yeterli olmayan bir anamnez ile doğru tanı ve başarılı bir tedavi süreci sağlamak mümkün değildir. Ayrıca sağlık personelinin hasta ve yakınları ile iletişiminin niteliği; hoşnutluk düzeyini, tedaviye uyumu ve bununla bağlantılı olarak klinik sonuçları önemli ölçüde etkilemektedir. İletişimden hoşnut olmayan hasta ve yakınlarının tedaviye uyumda güçlük çıkardıkları, sağlık personelinin bilgi ve yeteneklerinden kuşku duydukları ve iyileşmenin uzun sürebildiği bildirilmiştir (Miral, 2004).

#### **4.11.4. Acil Servislerde Hasta Yakınlarının İhtiyaçları**

Diğer sağlık birimlerinde olduğu gibi acil servislerde de hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçların karşılanması verilen sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta memnuniyetini arttıracaktır. Ayrıca bu ihtiyaçların bilinmesi ve karşılanması etkin iletişimin oluşmasına da önemli katkı sağlar (Yardan ve ark., 2008).

**Anlama–Güven:** Mevcut durumu anlamak ve sağlanacak güven duygusu, hasta yakınlarının maruz kaldığı zorlukları aşmaları ve kişisel gayretlerini bu durumun üstesinden gelmek için kullanmaları açısından önemlidir. Bu gayretlerin başarılı olmasında manevi faktörler, değer yargıları, dini inanışlar da etkili olabilir (Redley ve ark., 2003). Hasta ile ilgilenen acil sağlık personelinin hasta yakınlarının ihtiyacı olan güven duygusunu sağlaması önemlidir. Güven ortamının oluşması için hasta acil servise ulaştığı andan itibaren hasta yakınları için oluşan belirsiz durumun ortadan kaldırılması gerekir. Hastaya acil sağlık hizmeti en kısa sürede başlatılmalı ve bu esnada da hasta yakınları ile dürüst, sıcak ve kendinden emin bir diyalog kurulmalıdır. Hasta yakınlarına bilgi verilirken; tüm personelin hasta ile yakından ilgilendiği, acil ekibinin güvenilir ve yetkin olduğu, mümkün olan en iyi bakımın sağlandığı belirtilmelidir. Bu şekilde sağlanan güven ortamının devamı için hasta yakınlarının istekleri ve olası sorunları düzenli takip edilmelidir (Yardan ve ark., 2008).

**Yakınlık:** Hasta yakınlarının hastalarını görme ve onunla zaman geçirme isteği sık karşılaşılan bir durumdur. Ancak acil servislerin hasta çeşitliliği ve yoğunluğu, uygun fiziksel koşulların olmaması ve yoğun çalışma temposu gibi nedenlerden dolayı, hasta ile ilgilenen sağlık personeli çoğunlukla bu ihtiyacın önemini fark edemez. Özellikle hayati tehlike içerisinde olan hastaların yakınları için bu istek oldukça fazladır. Hasta yakınları çoğunlukla; hastalarının son anında yanında olmak, hastasının elini tutmak, ona olumlu telkinde bulunmak ve onun için elinden gelenin en iyisini yaptığını göstermek gayreti içerisinde. Ancak özellikle bu hasta grubunun acil ve hayati tıbbi destek ihtiyacı, hasta yakınlarının bu isteğinin yerine getirilmesinde başlıca engeldir. Yine hastanın ölümünün hemen sonrasında hasta yakınlarına cenazenin gösterilmesi de faydalı bir yaklaşım olabilir. Acil servis koşulları göz önüne alındığında hasta yakınlarının hastalarının yanında olma isteği her zaman karşılanamayabilir. Ancak hasta yakınları sık aralıklarla bilgilendirilerek hasta yakınlarının rahatlatılması önemlidir (Yardan ve ark., 2008).

**Haberleşme-Bilgi Alışverişi:** Bilgilendirme, hasta yakınının ihtiyaçları içerisinde önemli bir yer tutar. Bu konuyu başarılı kriz yönetiminde temel nokta olarak kabul etmek gerekir.

Hasta yakınlarının bu ihtiyaçları karşılanırken acil servis çalışanlarının dikkat etmesi gereken bazı hususlar vardır. Sağlık personeli, hastanın ailesi ile en kısa zamanda temas kurmalıdır. Hasta ile ilgilenen personelin uzmanlığı ve deneyimi belirtilmelidir. Bu amaçla hasta ve yakınlarının acil servis girişinde eğitimli tıbbi bir personel ile karşılanması uygun bir yaklaşım olacaktır. Hasta hakkında bilgi vermek açısından olduğu kadar hasta ile ilgili bilgi almak için de bu durum önemlidir. Hasta yakınlarının anlayacakları şekilde doğru, dürüst, gerçekçi bir biçimde gerekirse ayrıntılı olarak bilgi verilmelidir. Bilgi aktarımı düzenli ve mümkün olduğu kadar sık olmalıdır. Hasta yakınlarının hastanın durumunu kavradıkları doğrulanmalı eğer anlamamışlarsa sabırlı bir şekilde tekrar açıklanmalı ve gerekirse görsel yardımlar gibi aktif konuşma teknikleri uygulanmalıdır. Sözlü iletişimi desteklemek için yazılı belge verilmeli, imzalanması gereken kağıtlar için öncesinde ayrıntılı açıklama yapılmalıdır. Diğer önemli bir hususta bu konuşmalar esnasında tıbbi terminolojinin yerine anlaşılabilir

terimlerin kullanılmasıdır. Hasta yakınlarına gerekirse acil servisten ayrıldıktan sonra da iletişim kurabilme fırsatı verilmelidir (Yardan ve ark., 2008).

**Rahatlık:** Modern acil tıp sistemleri hasta yakınlarına sağlanan fiziksel rahatlığın verilen hizmeti kolaylaştırdığını ortaya koymuştur (Redley ve Beanland, 2004). Rahatlamanın sağladığı fiziksel boyut sayesinde kişinin duygulanımındaki bozulmanın ortadan kalkması sağlanır. Böylece bu durumun doğuracağı fazladan ihtiyaçlar yerine gündelik basit ihtiyaçların karşılanması sağlık personelinin işini kolaylaştıracaktır. Rahatlama hasta yakınlarının diğer ihtiyaçlarına oranla daha az önem atfedilmiş bir husustur. Bu durum daha çok yaşlı veya kronik hastalıkları olan hasta yakınları için önem arz eder. Ayrıca hasta yakınlarının yemek, içecek, tuvalet ve oda kalitesi ile ilgili talepleri rahatlama ihtiyaçları içinde yer almaktadır (Yardan ve ark., 2008).

**Destek:** Hasta yakınlarının stres ve keder anında rahatlamalarında önemli bir yer tutar. Bu desteğin sağlanmasında sağlık personeli hasta yakınlarının içinde bulunduğu duygu durumunu bilmeli ve gerekirse hasta yakınlarını duygularını ifade etme konusunda teşvik etmelidir. Hasta yakınları, hastayla yüzleştiklerinde ne yapacakları konusunda bilgilendirilmeli ve mümkün ise hastaları ile yalnız kalabilecekleri bir ortam sağlanmalıdır. Fiziksel rahatlamanın yanı sıra sosyokültürel düzeye uygun olarak yapılacak manevi destekte hasta yakınlarının stresten uzaklaşmasına ve üzüntülerinin azaltılmasına yardımcı olabilir (Yardan ve ark., 2008).

Acil servise girişi gerektiren ve yaşamı tehdit eden yaralanmalar kararlı olan aile sisteminde dengesizliklere yol açabilir (Redley at al., 2003; Redley and Beanland, 2004). Akut hastalık, yaralanma ve beklenmedik durumlar, birey ve aile üyeleri/yakınları için stresli olaylar olarak tanımlanır. Stres düzeyi, hastalık akut geliştiği ve yaşamı tehdit edici olduğunda artar ve hasta yakınlarının hastalıkla baş edebilme mekanizmalarında önemli oranda yetersizliğe neden olur (Redley et al., 2003). Acil serviste bulunan hasta ve yakınları mevcut duruma genellikle hazırlıksız yakalanırlar ve durumun ne olacağına ilişkin belirsizliklerle yüz yüze kalırlar. Bu durum hasta yakınlarının, ortama alışmasını, çalışanlarla iletişimi geliştirmesini ve mevcut

durum ile baş etmesini olumsuz yönde etkiler. Acil servise başvuran hasta ve yakınlarının yaşadıkları kaygı, davranış ve tepkilerine yansiyarak acil servis çalışanlarıyla olan iletişimlerini ve bundan sonra gösterecekleri uyumu etkiler (Redley and Beanland, 2003).

Acil serviste çalışan sağlık personeli için servis içerisinde her şey rutin olarak görülebilir. Ancak hem hasta, hem de aile için hiçbir şey rutin değildir. Hasta ailesi acil servis ekibinden kibarlık, iyi bir bakım, güven, temizlik ve kişisel ilgilerine anlayış gösterilmesini isterler. Bu nedenle hasta bakımına ailenin de katılması sağlanmalıdır. Ancak bu yaklaşımın kullanılması ile ailenin güveni sağlanarak acil bakım için engel değil, gerekli bir unsur halini almaları sağlanabilir (Gürlek, 2005).

Hasta/hasta yakını memnuniyetinin belirlenmesi, hastaya verilen tüm hizmet bileşenlerinin kalitesini ortaya koyacağı gibi, aynı zamanda hizmet planlayıcılarına ve sunucularına hizmetin niteliği ve niceliğinin nasıl olması gerektiği konusunda doneler verir. Sağlık hizmetinin kalite boyutlarının tanımlanmasına yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üçe ayırır. Bunlar;

- Sağlık hizmetlerinin teknik yönü; tıbbî bilim ve bilginin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir.
- Kişiler arası iletişim yönü; hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımseverliği ve dostça yaklaşım özelliklerini kapsamaktadır.
- Konfor yönü; hastane ortamında sunulan imkanlar ve bu imkanların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir (Zerenler ve Öğüt, 2006).

Acil olarak gelen hastanın ailesi ve yakınlarını bakımın bir parçası olarak düşünmek, hasta ve yakınlarının işlevlerini korumaya ve sürdürmeye yönelik girişimleri uygulamak bütüncül hasta bakımının vazgeçilmez unsurlarıdır.. Acil servisteki hasta

yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi acil servis çalışanlarına; hasta yakınlarının gereksinimlerini tanıma, öncelikli ihtiyaçlara göre gereksinimlere odaklanma ve karşılama olanağı verebilir. Ayrıca, acil servise başvuran hastanın yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi ve gereksinimleri doğrultusunda desteklenmesi bakımın kalitesini yükseltecek, hasta yakınlarının sağlık personeline ve hizmetine karşı güvenini arttıracak, olumsuz hatta öfkeli tepkileri engellemeye de yararlı olacaktır. (Sucu ve ark., 2007).

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1.Araştırmanın Türü**

Bu araştırma; İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde acil servislere başvuran hasta yakınlarının beklentileri ve beklentilerinin karşılanıp karşılanamadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisi'ne 1 Aralık 2010–30 Ocak 2011 tarihleri arasında başvuran 251 hasta yakını ile yürütülmüştür.

### **5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisi'ne 1 Aralık 2010–30 Ocak 2011 tarihleri arasında müracaat eden tüm hasta yakınları, örneklemini ise araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve 18 yaşından büyük hasta yakınları oluşturmuştur. Hasta yakınları basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiştir.

Acil dahiliye servisi; ayaktan hastaların takip edildiği acil dahiliye polikliniği ve yatan hastaların takip edildiği acil dahiliye servisinden oluşmaktadır.

Acil Dahiliye Servisinde; 10 doktor, 26 hemşire, 16 hasta bakıcı, bir elektrokardiyografi teknikeri, iki tıbbi sekreter, altı kayıt, yedi temizlik, dört güvenlik ve bir yemek görevlisi hizmet vermektedir.



Araştırmanın örneklem yeri olan İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisi'ne araştırmanın yapıldığı tarihlerde günlük ortalama başvuran hasta sayısı 100–150'dir.

#### **5.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu, araştırmacı tarafından konuyla ilgili literatür taramaları sonucunda oluşturulmuştur.

##### **5.4.1. Anket Formu**

Çalışmada kullanılacak anket formu üç bölümden oluşmakta olup araştırmada kullanılan anket formu EK1'de sunulmuştur. Anketin birinci bölümünde, katılımcıların kişisel durum değişkenlerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim gibi) belirlemeye yönelik 25 adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır. Bu bölümde, hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, dili, öğrenim durumu, mesleği, yaşadığı bölge gibi bilgileri içeren sosyodemografik verilerin toplandığı, çoktan seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Hazırlanan 25 soruluk anket ile hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, hasta birey ile yakınlık dereceleri, acil servis deneyimleri saptanmıştır.

Anketin ikinci kısmında hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin ve gereksinimlerinin karşılanma-karşılanmama durumu ve kim/kimler tarafından karşılandığı ile ilgili 20 adet ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler, bazı konularda bilgilendirme yapılmasının hasta ve hasta yakınları için ne kadar önemli olduğu, her bir ifadeye yer alan bilgilendirmenin yapılıp yapılmadığı, yeterliliği ve kim tarafından yapıldığını belirlemeye yönelik ifadeleri içermektedir.

Bilgilendirmenin önem düzeyinin öğrenilmesine yönelik kısımda; likert tarzı cevaplar içeren 1:Hiç Önemli Değil, 2:Önemli Değil, 3:Kararsızım, 4:Önemli, 5:Çok Önemli şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Bilgilendirmenin yapılıp yapılmadığı ise Evet-Hayır şeklinde sorulmaktadır. Bilgilendirmenin yeterliliğinin öğrenilmesine yönelik kısımda; likert tarzı cevaplar içeren 1:Hiç Yeterli Değil, 2:Yeterli Değil, 3:Kararsızım, 4:Yeterli, 5:Çok Yeterli şeklinde ifadeler bulunmaktadır. Bilgilendirmenin kim

tarafından yapıldığına yönelik kısımda; 1:Hekim, 2:Hemşire, 3:Hekim-Hemşire şeklinde ifadeler yer almaktadır.

Anketin üçüncü kısmında hasta/ hasta yakınlarının beklenti, gereksinimleri, acil dahiliye servisinin fiziksel koşulları, aile üyeleri ile iletişim, aile üyelerinin bakıma katılması, konfor, aile üyelerinin desteklenme süreci ile ilgili her bir ifadenin hasta yakınları için ne kadar önemli olduğuna yönelik 82 adet kapalı uçlu soru bulunmaktadır.

Araştırmanın üçüncü bölümündeki ifadelerin cevaplandırılması için hasta/hasta yakınlarının beklentilerinin ve gereksinimlerinin ne düzeyde önemli olduğunu 1:Hiç önemli değil, 2:Önemli Değil, 3:Kararsızım, 4:Önemli, 5:Çok Önemli şeklinde seçeneklerden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Daha sonra beklentilerin, gereksinimlerinin ne düzeyde karşılandığı, ne düzeyde memnun kaldıklarını ise, 1:Tamamen/Hiç Katılmıyorum, 2:Katılmıyorum, 3:Kararsızım, 4:Katılıyorum, 5:Tamamen Katılıyorum seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri, ardından da bu gereksinim ve beklentileri karşılanmış ise, kim/kimler tarafından (hekim, hemşire, diğer personel) karşılandığına dair belirtilen seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir.

### **5.5.Veri Toplama Yöntemi**

Araştırmaya katılan hasta yakınlarına araştırmacı tarafından çalışmanın amacı açıklandıktan sonra hasta yakınlarının yazılı izinleri alınmıştır. Araştırma verileri araştırmacı tarafından 08.00–24.00 saatleri arasında hasta yakınları ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Her bir anket formunun doldurulması ortalama 15–20 dakika sürmüştür.

### **5.6.Verilerin Değerlendirmesi**

Araştırmanın verileri toplandıktan sonra ilgili istatistiklerin yapılabilmesi için veri tabanı oluşturulmuş ve veriler kodlanmıştır. Hasta yakınlarının açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar gruplandırılmıştır. Daha sonra verileri bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sosyodemografik özelliklere yönelik verilerin analizinde öncelikle frekans dağılımı ve yüzdeleme kullanılmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının bilgi gereksinimlerinin değerlendirilmesinde frekans dağılımı ve yüzdeleme kullanılmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının kendilerinin gerektiği bir anda tekrar İstanbul Tıp Fakültesi, Acil Servis'e gelip gelmeyecekleri ile başkalarına gerektiğinde tavsiye etme durumlarının sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediklerinin analizinde de Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

Hastaların gereksinim ve beklentilerinin ne düzeyde giderildiği, ne düzeyde memnun olduklarına yönelik 3. bölümde yer alan ifadelere faktör analizini uygulanmıştır. Faktör analizi sonrasında oluşan hasta ve hasta yakını memnuniyet ölçeğinde yer alan ifadelerin her birinin aldığı puanların ortalama değerleri ve standart sapma değerleri belirlenmiştir. Hasta ve hasta yakını memnuniyet ölçeğinden elde edilen puanların ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği veriler parametrik olmadığı için Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir.

### **5.7. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Tıp Fakültesi Yönetim Kurulu'nun yazılı izni alınmıştır. Acil servisteki hasta yakınlarına araştırmanın amacı açıklanmış, anket hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma veri toplamak için seçilen kurumda acil dahiliye servisine başvuran gönüllü hasta/hasta yakınları ile sınırlıdır. Araştırmaya katılan hasta/hasta yakınlarının kimlik bilgileri alınmamıştır. Okuma yazma bilmeyen hasta yakınları gönüllü olarak araştırmaya katılmış fakat yazılı onamları kendi istekleri doğrultusunda alınmamıştır. Araştırmanın bulguları, kullanılan ölçeklerin güvenilirliği ve örneklem grubunda yer alan hasta yakınlarının verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

## 6. BULGULAR

Bu araştırma; İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde acil servislere başvuran hasta yakınlarının beklentileri ile bu beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile gerçekleştirildi.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu:

1. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri,
2. Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğine Yönelik Bulgular,
3. Bilgilendirilmenin Önemi, Yapılma Durumu, Yeterliliği, Kim Tarafından Karşılandığına Yönelik Bulgular

### 1- Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

**Tablo 1: Hasta Yakınlarının Yaşlarının Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
18–24	16	6,4
25–35	59	23,5
36–59	151	60,2
60 ve üstü	25	10,0
Toplam	251	100,0

Tablo 1 incelendiğinde hasta yakınlarının %6,4'ünün (n=16) 18–24, %23,5'inin (n=59) 25–25, % 60,2'sinin (n=151) 36–59, %10'unun (n=25) 60 yaş ve üstü olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2: Hasta Yakınlarının Cinsiyetlerinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	50	19,9
Kadın	198	78,9

Cevapsız	3	1,2
Toplam	251	100,0

Tablo 2 incelendiğinde hasta yakınlarının %19,9'unun (n=50) erkek, %78,9'unun (n=198) kadın olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3: Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarının Dağılımı (N= 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	170	67,7
Bekar	79	31,5
Cevapsız	2	,8
Toplam	251	100,0

Tablo 3 incelendiğinde hasta yakınlarının %67,7'sinin (n=170) evli, %31,5'inin (n=79) bekar olduğu saptanmıştır.

**Tablo 4: Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarının Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okur Yazar Değil	15	6,0
Okur Yazar	9	3,6
İlköğretim	129	51,4
Lise	55	21,9
Lisans	38	15,1
Diğer	5	2,0
Toplam	251	100,0

Tablo 4 incelendiğinde hasta yakınlarının %6'sının (n=15) okuryazar olmadığı, %3,6'sının (n=9) okur-yazar, %51,4'ünün (n=129) ilköğretim, %21,9'unun (n=55) lise, %15,1'inin (n=38) lisans, %2'sinin (n=5) diğer olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5: Hasta Yakınlarının Konuştuğu Dilin Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Türkçe	249	99,2
Diğer	2	0,8
Toplam	251	100,0

Tablo 5 incelendiğinde hasta yakınlarının %99,2'sinin (n=249) Türkçe, %0,8'inin (n=2) diğer dil konuştukları saptanmıştır.

**Tablo 6: Hasta Yakınlarının Mesleklerinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Serbest Meslek	43	17,1
Memur	13	5,2
İşçi	12	4,8
Ev Hanımı	125	49,8
Emekli	26	10,4
Diğer	30	12,0
Cevapsız	2	,8
Toplam	251	100,0

Tablo 6 incelendiğinde hasta yakınlarının %17,1'inin (n=43) serbest meslek, %5,2'sinin (n=13) memur, %4,8'inin (n=12) işçi, %49,8'inin (n=125) ev hanımı, %10,4'ünün (n=26) emekli, %12'sinin (n=30) diğer meslek grubundan olduğu saptanmıştır.

**Tablo 7: Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence Durumlarının Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memur(Çalışan)	3	1,2
Emekli Sandığı	31	12,4
SSK	158	62,9
Bağ-Kur	41	16,3
Yeşil Kart	2	,8
Güvencem Yok	12	4,8
Diğer	4	1,6
Total	251	100,0

Tablo 7 incelendiğinde hasta yakınlarının %1,2'sinin (n=3) memur(çalışan), %12,4'ünün (n=31) Emekli-Sandığı, %62,9'unun (n=158) SSK, %16,3'ünün (n=41) Bağ-Kur, %0,8'inin (n=2) Yeşil Kartlı oldukları, % 4,8'inin (n= 12) sosyal güvencesinin olmadığı ve %1,6'sının (n= 4) sosyal güvence olarak diğeri cevabı verdikleri saptanmıştır.

**Tablo 8: Hasta Yakınının Hastaya Yakınlığının Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kardeşi	13	5,2
Eşi	58	23,1
Annesi	18	7,2
Çocuğu	114	45,4
Diğer	46	18,3
Cevapsız	2	,8
Toplam	251	100,0

Tablo 8’de hasta yakınının hastaya yakınlık durumu incelendiğinde hasta yakınlarının %5,2’sinin (n=13) kardeşi , %23,1’inin (n=58) eşi, %7,2’sinin (n=18) annesi, %45,4’ünün( n=114) çocuğu, %18,3’ünün (n=46) diğer olduğu saptandı.

**Tablo 9: Hastaneye Nereden Gelindiğinin ve Hasta yakınlarının Hastalarını AS’ ye Yalnız Getirme Durumlarının Dağılımı (N: 251)**

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Hastaneye Nereden Gelindiği</b>	Doğrudan Acil Dahiliye Servisine Başvurdum	183	72,9
	Başka Kurum Tarafından Sevk Edildim	51	20,3
	İTF’ nin Başka Bir Acilinden Geldim	3	1,2
	İTF’ nin Başka Bir Servisinden Geldim	14	5,6
	Toplam	251	100,0
<b>Hastalarını AS’ ye Yalnız Getirme Durumu</b>	Evet	51	20,3
	Hayır	200	79,7
	Toplam	251	100,0

Tablo 9 incelendiğinde hastanın AS’ ye nerden geldiği durumu incelendiğinde % 72,9’unun (n=183) doğrudan AS’ ye başvurduğu, %20,3’ünün (n=51) başka kurum tarafından sevk edildiği, %1,2’sinin (n=3) İTF’ nin başka bir acilinden geldiği, %5,6’sının (n=14) İTF’ nin başka bir servisinden geldiği saptanmıştır.

Tablo 9’da hasta yakınlarının AS’ ye yalnız gelme- gelmeme durumları incelendiğinde; %20,3’ünün (n=51) AS’ ye tek başına geldiği, %79,7’sinin (n=200) yalnız gelmediği saptanmıştır.

**Tablo 10: Hastanın Hastaneye Geliş Şeklinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yürüyerek	25	10,0
Ambulansla	73	29,1
Özel Arabayla	125	49,8
Diğer	28	11,2
Toplam	251	100,0

Tablo 10 incelendiğinde hastaların %10'unun (n=25) yürüyerek, %29,1'inin (n=73) ambulans ile , %49,8'inin (n=125) özel araba ile %11,2'sinin ( n=28) diğer şekilde geldiği saptanmıştır.

**Tablo 11: Hastanın Hastaneye Kiminle Geldiğinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir sağlık çalışanı ile	7	2,8
Akraba / yakını ile	189	75,3
Diğer	4	1,6
Cevapsız	51	20,3
Total	251	100,0

Tablo 11'de hastanın AS' ye kiminle geldiği incelendiğinde hastaların %2,8'inin(n=71) bir sağlık çalışanı ile, %75,3'ünün (n=189) akraba/yakını ile, %1,6'sının (n=4) diğer kişilerle geldiği saptanmıştır.

**Tablo 12: Hasta Yakınlarının İkamet Yerlerinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
İl Merkezi	16	6,4
İlçe	226	90,0
Köy	9	3,6
Total	251	100,0

Tablo 12 incelendiğinde hasta yakınlarının %6,4'ünün ( n=16) il merkezinde, %90 (n=226) ilçe de, % 3,6'sı (n= 9) köyde ikamet ettikleri saptanmıştır.



**Tablo 13: Hastaya İlk Müdahaleyi Yapanların Dağılımı (N: 251)**

Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hekim	121	48,2
Hemşire	5	2,0
Hekim-Hemşire	114	45,4
Hekim-Hemşire-Diğer	11	4,4
Toplam	251	100,0

Tablo 13'te hastanın AS' ye geldiğinde ilk müdahalenin kim tarafından yapıldığı durumuna bakıldığında, hastaların %48,2'sinin (n=121) hekim, %2'sinin (n=5) hemşire, %45,4'ünün (n=114) hekim- hemşire, %4,4'ünün (n=11) hekim-hemşire - diğer kişiler tarafından yapıldığı saptanmıştır.

**Tablo 14: Hastanın Acil Dahiliye Servisine Gelme Vardiya ve Sıklığının Dağılımı (N: 251)**

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Acil Dahiliye Servisine Geliş Vardiyası	08.00–16.00	158	62,9
	16.00–24.00	64	25,5
	24.00–08.00	28	11,2
	Cevapsız	1	,4
	Toplam	251	100,0
Acil Dahiliye Servisine Gelme Sıklığı	İlk kez	124	49,4
	2	48	19,1
	3	16	6,4
	4 ve üzeri	63	25,1
	Toplam	251	100,0

Tablo 14 incelendiğinde hastaların %62,9'unun (n=158) 08.00–16.00, %25,5'inin (n=64) 16.00–24.00, %11,2'sinin(n=28) 24.00–08.00 vardiyasında geldikleri saptanmıştır.

Tablo 14'te hastanın AS' ye geliş sıklığı incelendiğinde hastalarının %49,4'ünün (n=124) ilk kez, %19,1'inin (n=48) ikinci, %6,4'ünün (n=16) üçüncü, %25,1'inin (n=63) dördüncü kez ve üzeri Acil Dahiliye Servisine geldikleri saptanmıştır.

**Tablo 15: Refakatçilik Deneyim ve Süresinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Refakatçilik Deneyimi	ilk kez	75	29,9
	1-2/ yıl	47	18,7
	3-4/ yıl	26	10,4
	5 ve üzeri/ yıl	101	40,2
	Cevapsız	2	,8
	Toplam	251	100,0
Refakatçilik Süresi	1-7 saat	72	28,7
	8-14 saat	14	5,6
	15-21 saat	12	4,8
	22 saat ve üzeri	153	61,0
	Toplam	251	100,0

Tablo 15'te hasta yakınlarının bir yıldaki refakatçilik deneyimleri incelendiğinde hasta yakınlarının %29,9'unun (n=75) ilk kez , %18,7'sinin (n=47) 1-2 , %10,4'ünün (n=26) 3-4, %40,2'sinin (n=101) 5/yıl ve üzeri kez deneyimli oldukları saptanmıştır.

Tablo 15'te hasta yakınlarının refakatçilik süreleri incelendiğinde hasta yakınlarının % 28,7'sinin (n=72) 1-7 saat, %5,6'sının (n=14) 8-14 saat, %4,8'inin (n=12) 15-21 saat, %61'inin (n=153) 22 saat ve üzeri refakatçilik yaptıkları saptanmıştır.

**Tablo 16: Hastanın Geliş ve Çıkış Saatlerinin Dağılımı (N: 251)**

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Geliş Saati	01-04	15	6
	05-08	15	6
	09-12	98	54
	13-16	63	36
	17-20	42	16,8
	21-24	18	7,2
	Toplam	251	100,0
Hastanın Çıkış Saati	09-10	32	12,8
	11-12	28	11,2
	13-14	47	18,7
	15-16	101	40,2
	17-18	15	6,0
	19-20	19	7,6
	21-22	9	3,6
	Toplam	251	100,0

Tablo 16 incelendiğinde hastaların % 6'sının (n=15) 01-04, % 6'sının (n=15) 05-08, %54'ünün (n=98) 09-12, %36'sının (n=63) 13-16, %16,8'inin (n=42) 17-20, %7,2'sinin (n=18) 21-24 saatlerinde acil dahiliye servisine geldikleri saptanmıştır. Hastaların çıkış saati incelendiğinde; % 12,8'inin (n=32) 09-10, % 11,2'sinin (n=28) 11-12, %18,7'sinin (n=47) 13-14, %40,2'sinin (n=101) 15-16, %6'sının (n=15) 17-18, %7,6'sının (n=19) 19-20, %3,6'sının (n=9) 21-22 saatlerinde acil dahiliye servisinden çıktıkları saptanmıştır.

**Tablo 17: Hastanın Geliş Şikayeti ve Tıbbi Tanılarının Dağılımı (N: 251)**

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Geliş Şikayeti	Ateş	39	15,6
	Öksürük	9,0	3,6
	Ağrı	37	14,8
	Bulantı-kusma	16	6,4
	Nefes darlığı	31	12,4
	Tansiyon yüksekliği	9	3,6
	Bilinç değişikliği	34	13,5
	Kanama	28	11,2
	Vücutta şişlik	10	4,0
	Halsizlik-yorgunluk-güçsüzlük	10	4,0
	Kan şekeri yükselmesi	7	2,8
	Az idrara çıkma	11	4,4
	Diğer	10	4,0
	Toplam	251	100,0
	Hastanın Tıbbi Tanısı	Respiratuar Sistem Hastalıkları	59
Endokrin Sistem Hastalıkları		23	9,2
Kardiyo Vasküler Sistem Hastalıkları		28	11,2
Gastro İntestinal Sistem Hastalıkları		54	21,6
Üriner Sistem Hastalıkları		33	13,2
Hematolojik Hastalıkları		41	16,4
Enfeksiyon Hastalıkları		6	2,4
Diğer Hastalıklar		6	2,4
Toplam		251	100,0

Tablo 17 incelendiğinde hastaların %15,6'sının (n=39) ateş, %3,6'sının (n=9) öksürük, %14,8'inin (n=37) ağrı, %6,4'ünün (n=16) bulantı-kusma, % 12,4'ünün (n=31) nefes darlığı, %3,6'sının (n=9) tansiyon yüksekliği, %13,5'inin (n=34) bilinç değişikliği, %11,2'sinin (n=28) kanama, %4'ünün (n=10) vücutta şişlik, %4'ünün (n=10) halsizlik-yorgunluk-güçsüzlük, %2,8'inin (n=7) kan şekeri yükselmesi, %4,4'ünün (n=11) az idrara çıkma, %4'ünün (n=10) diğer şikayetler ile Acil Dahiliye Ünitesine geldikleri saptanmıştır.

Tablo 17'de hastaların tıbbi tanılarına bakıldığında, hastaların %23,6'sının (n=59) respiratuar sistem hastalıklar, %9,2'sinin (n=23) endokrin sistem hastalıkları, %11,2'sinin (n=28) kardiyovasküler sistem hastalıklar, %21,6'sının gastro intestinal sistem hastalıkları, %13,2'sinin (n=33) üriner sistem hastalıkları, %16,4'ünün (n=41) hematolojik hastalıklar, %2,4'ünün (n=6) enfeksiyon hastalıkları, %2,4'ünün (n=6) diğer tıbbi tanımlar ile geldikleri saptanmıştır.

**Tablo 18: İTF Acil Dahiliye Servisini Seçme Nedeni, Gerekli Durumda Tercih Etme ve Başkalarına Tavsiye Etme Durumlarının Dağılımı (N: 251)**

Değişken	Değişken Kategorileri	Sayı (n)	Yüzde (%)
İTF Acil Dahiliye Servisini Seçme Nedeni	Hastanenin tanınmış olması	47	18,7
	Hekimlerin tanınıyor olması	35	13,9
	Sigorta şirketi ile hastanenin anlaşmalı olması	1	0,4
	Daha önceki hizmetlerden memnun kalınması	21	8,4
	Yakın olması	9	3,6
	Diğer	134	53,4
	Toplam	251	100,0
İTF Acil Dahiliye Servisini Gerekli Durumda Tercih Etme	Evet	246	98
	Hayır	5	2
	Toplam	251	100,0
İTF Acil Dahiliye Servisini Başkalarına Tavsiye Etme	Evet	242	96,4
	Hayır	9	3,6
	Toplam	251	100,0

Tablo 18 incelendiğinde hastaların %18,7'sinin (n=47) hastanenin tanınmış olması, %13,9'unun (n=35) hekimlerin tanınıyor olması, %0,4'ünün (n=1) sigorta şirketi ile hastanenin anlaşmalı olması, %8,4'ünün daha önceki hizmetlerden memnun kalınması, %3,6'sının (n=9) hastanenin yakın olması, %1,6'sının (n=4) ulusal ve uluslar

arası belgeye sahip olması ve %53,4'ünün (n=134) diğer nedenler ile İTF Acil Dahiliye Servisi'ni seçtikleri saptanmıştır.

Tablo 18'de İTF Acil Dahiliye Servisi'ni gerekli durumda tercih etme durumuna bakıldığında hasta yakınlarının % 98'inin (n=246) tercih ettikleri, %2'sinin (n=5) tercih etmedikleri saptanmıştır.

Tablo 18'de İTF Acil Dahiliye Servisi'ni başkalarına tavsiye etme durumu incelendiğinde hasta yakınlarının % 96,4'ünün (n=242) tavsiye edeceği, %3,6'sının (n=9) tavsiye etmeyecekleri saptanmıştır.

## 2-Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğine Yönelik Bulgular

### a) Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin Güvenilirlik Düzeyi

Araştırmacı tarafından oluşturulan 82 adet ifade içeren hasta ve hasta yakını memnuniyet ölçeğine faktör analizi yapıldıktan sonra toplam 33 ifade içeren 8 alt boyutlu bir ölçek elde edilmiştir. Her bir boyutun alfa güvenilirlik düzeyi Tablo 26'da belirtilmiştir.

**Tablo 19: Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin Güvenilirlik Düzeyi Dağılımı**

	Hasta-Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeği Boyutları	N	Alfa Değeri
1	Hekim ve Hemşirelerden memnuniyet	12	0,9387
2	Fiziksel Koşullardan Memnuniyet	7	0,8176
3	Bilgi Verilmesinden Memnuniyet	3	0,7083
4	Kayıt İşlemlerinden Memnuniyet	3	0,8432
5	Güven Duyulmayla İlgili Memnuniyet	2	0,8616
6	İlaç ve Malzeme Memnuniyeti	2	0,851
7	Bekleme-Dinlenme Odası Olmasından Memnuniyet	2	0,6363
8	Uzman Doktora ulaşabilmekten memnuniyet	2	0,605
	Genel Memnuniyet	33	0,8982

Tablo 19 incelendiğinde; Hekim ve hemşirelerden memnuniyet boyutunun alfa değerinin en fazla (0,9387- n=12), güven duyulmayla ilgili alfa değerinin ikinci (0,8616- n=2), ilaç ve malzeme boyutunun alfa değerinin üçüncü (0,851- n=2), kayıt

işlemlerinden memnuniyetin alfa değerinin dördüncü (0,8432- n=3), fiziksel koşullardan memnuniyet alfa değerinin beşinci (0,8176- n=2), bilgi verilmesinden memnuniyetin alfa değerinin altıncı (0,7083- n=3), bekleme-dinlenme odası olmasından memnuniyetin alfa değerinin yedinci (0,6363- n=2), uzman doktora ulaşabilme memnuniyetinin alfa değerinin en az olduğu (0,605- n=2) ve genel memnuniyetin yüksek (0,8982- n=33) olduğu saptanmıştır. Tüm boyutların alfa değerlerinin 0,60' tan fazla olması ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

### b) Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin Faktör Analizi Sonuçları

Faktör analizi, tüm veri yapıları için uygun olmayabilir. Verilerin faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer- Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett küresellik (sphericity) testi ile incelenebilir. Faktörleştiririlebilirlik için KMO' nun 0.60'dan yüksek olması beklenir. Barlett Testi, değişkenler arasında ilişki olup olmadığını kısmi korelasyonlar temelinde inceler. Hesaplanan ki-kare istatistiğinin anlamlı çıkması, veri matrisinin uygun olduğunun göstergesidir.

**Tablo 20: Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin KMO ve Barlett's Test Sonuçları Dağılımı**

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,8398979
Bartlett's Test of Sphericity	Approx.	
	Chi-Square	4552,9512
	Df	528
	P	0,000

Araştırmada ölçeğin faktör analiz sonuçlarında KMO değerinin: 0,8398979 olması (0,60'tan fazla) Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Hesaplanan ki-kare istatistiğinin anlamlı çıkması (p:0,000) veri matrisinin uygun olduğunun göstermektedir (Tablo 27) .

**Tablo 21: Faktör Varyansları ( Communalites) Dağılımı**

	Initial	Extraction
S47B	1	0,890
S48B	1	0,868
S52B	1	0,687
S55B	1	0,662
S62B	1	0,572
S85B	1	0,824
S86B	1	0,740
S87B	1	0,782
S102B	1	0,703
S103B	1	0,840
S108B	1	0,625
S115B	1	0,804
S116B	1	0,758
S117B	1	0,764
S118B	1	0,788
S119B	1	0,830
S122B	1	0,647
S123B	1	0,693
S112B	1	0,651
S104B	1	0,821
S53B	1	0,665
S56B	1	0,755
S58B	1	0,563
S84B	1	0,794
S91B	1	0,708
S101B	1	0,776
S120B	1	0,839
S61B	1	0,574
S74B	1	0,763
S75B	1	0,686
S92B	1	0,702
S90B	1	0,747
S46B	1	0,672

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tablo 21'deki maddelerle ilgili olarak tanımlanan faktörlerin ortak varyanslarının 0,572 ile 0,890 arasında değiştiği gözlenmektedir. Buna göre, analizde ortaya çıkan faktörlerle maddelerdeki toplam varyansın ve ölçeğe ilişkin varyansın çoğunluğunu açıkladıkları görülmektedir.

**Tablo 22: Toplam Varyansın Açıklaması Dağılımı**

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1,000	11,427	34,626	34,626	11,427	34,626	34,626	8,012	24,280	24,280
2,000	3,462	10,490	45,116	3,462	10,490	45,116	3,366	10,201	34,481
3,000	2,085	6,317	51,433	2,085	6,317	51,433	2,455	7,441	41,922
4,000	2,008	6,085	57,518	2,008	6,085	57,518	2,409	7,299	49,221
5,000	1,510	4,575	62,093	1,510	4,575	62,093	2,323	7,041	56,261
6,000	1,379	4,178	66,271	1,379	4,178	66,271	2,293	6,950	63,211
7,000	1,281	3,882	70,153	1,281	3,882	70,153	1,683	5,101	68,312
8,000	1,041	3,156	73,309	1,041	3,156	73,309	1,649	4,997	73,309
9,000	0,908	2,751	76,059						
10,000	0,776	2,352	78,411						
11,000	0,718	2,177	80,588						
12,000	0,622	1,885	82,473						
13,000	0,591	1,791	84,264						
14,000	0,542	1,641	85,905						
15,000	0,522	1,582	87,487						
16,000	0,491	1,487	88,974						
17,000	0,448	1,356	90,330						
18,000	0,441	1,338	91,668						
19,000	0,409	1,238	92,907						
20,000	0,354	1,072	93,978						
21,000	0,326	0,988	94,966						
22,000	0,299	0,905	95,871						
23,000	0,217	0,656	96,527						
24,000	0,191	0,577	97,104						
25,000	0,171	0,519	97,623						
26,000	0,158	0,480	98,103						
27,000	0,135	0,409	98,512						
28,000	0,120	0,362	98,875						
29,000	0,101	0,307	99,182						
30,000	0,095	0,288	99,470						
31,000	0,068	0,208	99,678						
32,000	0,064	0,194	99,872						
33,000	0,042	0,128	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyeti Ölçeği sekiz boyutludur. Faktörlerden birincisi ölçeğe ilişkin toplam varyansın %24,280'ini, ikinci faktör % 10,201'ini,



üçüncüsü % 7,441'ini, dördüncü faktör % 7,299'unu beşincisi % 7,041'ini, altıncısı % 6,95'sini, yedinci faktör % 5,101'ini, sekizinci faktör %4,997'sini açıklamaktadır. Tüm faktörlerin açıkladığı toplam varyans ise %73,309'dur (Tablo 29).

**Tablo 23: Dönüştürülmüş Bileşen Dağılımı**

Madde No	Rotated Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
S118B	0,606							
S117B	0,615							
S102B	0,703							
S85B	0,754							
S87B	0,724							
S104B	0,880							
S101B	0,799							
S112B	0,650							
S86B	0,800							
S84B	0,819							
S103B	0,904							
S108B	0,639							
S56B		0,832						
S53B		0,732						
S52B		0,730						
S58B		0,592						
S61B		0,612						
S55B		0,643						
S62B		0,509						
S92B			0,779					
S90B			0,786					
S91B			0,750					
S47B				0,910				
S48B				0,875				
S46B				0,633				
S120B					0,722			
S119B					0,705			
S115B						0,781		
S116B						0,781		
S75B							0,799	
S74B							0,866	
S122B								0,659
S123B								0,780

Tablo 23’te her bir ifadenin yük değerleri bulunmaktadır. Birinci faktörde yer alan maddelerin yük değeri 0,904–0,606 arasında, ikinci faktörün yük değeri 0,509–0,832 arasındadır.

### c) Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinin Ortalama Değerleri

Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinde; Hekim ve hemşire, fiziksel koşullar, bilgi verilmesi, kayıt işlemleri, ilaç- malzeme, bekleme- dinlenme odası olması, uzman doktora ulaşabilmek ve güven duyulmayla ilgili memnuniyet olmak üzere toplam 8 alt boyut ve bu alt boyutlarda da toplam 33 adet ifade yer almaktadır.

**Tablo 24: Hekim- Hemşire, Fiziksel Koşullar, Bilgi Verilmesi, Kayıt İşlemleri, Güven Duyulma, İlaç- Malzeme, Bekleme-Dinlenme Odası Olması, Uzman Doktora Ulaşabilme Memnuniyetlerinin Ortalama Puan Dağılımları**

Memnuniyet	Değişken Kategorileri	Ortalama	SS
<b>Hekim ve Hemşire</b>	1 Sağlık çalışanlarının zamanında hizmet vermesi	4,693	0,571
	2 Hastaya güler yüzlü hizmet verilmesi	4,705	0,566
	3 Hemşirenin ilgili olması	4,745	0,505
	4 Hekimin ilgili olması	4,677	0,547
	5 Hekimin uygulama becerilerinin yeterli olması	4,665	0,606
	6 Hemşirenin uygulama becerilerinin yeterli olması	4,793	0,406
	7 Bir hemşire ile görüşülmesi	4,741	0,457
	8 Hasta/ hasta yakınına nezaketli, saygılı ve anlayışlı olunması	4,713	0,487
	9 Hekime ulaşılabilme kolaylığı	4,629	0,706
	10 Bir hekim ile görüşülmesi	4,614	0,598
	11 Hemşireye ulaşılabilme kolaylığı	4,785	0,412
	12 Hastaneye geldiğinizde sizi bir hekim ya da hemşirenin karşılaması	4,721	0,560
<b>Fiziksel Koşullar</b>	1 Hastanın temiz yatakta yatması	4,203	0,887
	2 Acil Dahiliye biriminde bulunan hasta ünitesinin düzeni	3,916	1,014
	3 Acil Dahiliye biriminde bulunan hasta ünitesinin temizliği	4,072	0,948
	4 Hasta yatağının rahat olması	3,988	1,049
	5 Hastanın bulunduğu ünitenin ışıklandırılması	4,566	0,572
	6 Ünite temizliği ve düzeninin hastaya rahatsızlık verilmeden, uygun zamanda yapılması	4,343	0,771
<b>Bilgi Verilmesi</b>	7 Hastanın bulunduğu ünitenin gürültüsüz ve sakin olması	3,880	0,949
	1 Yakınınızın geçirdiği hastalık süreci ile ilgili tüm özel durumların bilinmesi	4,343	0,816
	2 Hastalık hakkında bilgi verilmesi	4,271	0,893
	3 Beklenen sonuçlar konusunda bilgi verilmesi	4,167	1,006
<b>Kayıt İşlemleri</b>	1 Hasta kayıt elemanının nezaketli olması	4,394	0,721
	2 Resmi kayıt işlemlerinde kolaylık sağlanması	4,378	0,756
	3 Hasta kayıt işleminin eksiksiz yapılması	4,348	0,813
<b>Güven Duyulma</b>	1 Sağlık çalışanlarının güvenilir olması	4,677	0,576
	2 Sağlık çalışanlarının hatasız hizmet vermesi	4,669	0,571
<b>İlaç ve Malzeme</b>	1 Tıbbi malzeme ve bakıma yönelik malzemelerin hastane tarafından karşılanması	4,665	0,621
	2 İlaçların hastane tarafından karşılanması	4,633	0,658

<b>Bekleme-Dinlenme Odası Olması</b>	1	Hasta yakınlarının bekleme odasının olması	2,270	0,816
	2	Bekleme odasında ya da yakınında telefon olması	2,470	0,990
<b>Uzman Doktora Ulaşabilmek</b>	1	Konsültasyon hizmetinin zamanında yapılması	4,167	0,990
	2	Hastalık ile ilgili uzman kişilere rahatlıkla ulaşabilme	4,024	0,988

Tablo 24 incelendiğinde hekim ve hemşire memnuniyetinde hemşirenin uygulama becerilerinin yeterli olması puan ortalaması (4,793± 0,406) ilk sırada yer almış ve diğer puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur. Hemşireye ulaşılabilme kolaylığı puan ortalaması (4,785± 0,412) ikinci, hemşirenin ilgili olması puan ortalaması (4,745± 0,406) üçüncü, bir hemşire ile görüşülmesi puan ortalaması (4,741±0,457) dördüncü, hastaneye geldiğinizde sizi bir hekim ya da hemşirenin karşılaması puan ortalaması (4,721± 0,505) beşinci, hasta ve hasta yakınına karşı nezaketli, saygılı ve anlayışlı olunması puan ortalaması (4,713±0,487) altıncı, hastaya güler yüzlü hizmet verilmesi puan ortalaması (4,705± 0,566) yedinci, sağlık çalışanlarının zamanında hizmet vermesi puan ortalaması (4,693± 0,571) sekizinci, hekimin uygulama becerilerinin yeterli olması puan ortalaması (4,665± 0,606) dokuzuncu, hekime ulaşılabilme kolaylığı puan ortalaması(4,629± 0,706) onuncu, bir hekim ile görüşülmesi puan ortalaması (4,614±0,598) onbirinci, hekimin ilgili olması puan ortalaması (4,677±0,547) ortalama düzeyin üstünde olmasına rağmen genel olarak diğer puanlara göre düşük bulunmuştur.

Tablo 24'te fiziksel koşullardan memnuniyet incelendiğinde, hastanın bulunduğu odanın ışıklandırılmasının puan ortalaması ( 4,566±0,572 ) ilk sırada yer almış ve diğer puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur. Ünite temizliği ve düzeninin hastaya rahatsızlık verilmeden, uygun zamanda yapılması puan ortalaması ( 4,343± 0,771) ikinci, hastanın temiz yatakta yatması puan ortalaması (4,203±0,887) üçüncü, acil dahiliye biriminde bulunan hasta ünitesinin temizliği puan ortalaması (4,072± 0,948) dördüncü, hasta yatağının rahat olması puan ortalaması (3,988± 1,049)

beşinci, hastanın bulunduğu ünitenin gürültüsüz ve sakin olması puan ortalaması (3,880± 0,949) altıncı, hasta ünitesinin düzeni puan ortalaması (3,916 ±1,014) son sırada bulunmuştur. Hasta ünitesinin düzeni puan ortalaması ortalama düzeyinde olmasına rağmen genel olarak diğer puanlara göre düşük bulunmuştur.

Tablo 24'te bilgi verilmesinden memnuniyet durumu incelendiğinde, yakınınızın geçirdiği hastalık süreci ile ilgili tüm özel durumların bilinmesi puan ortalaması (4,343±0,816) ilk sırada yer almış ve diğer puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur. Hastalık hakkında bilgi verilmesi puan ortalaması (4,271± 0,893) ikinci, Beklenen sonuçlar konusunda bilgi verilmesi puan ortalaması (4,167± 1,006) son sırada olduğu saptanmıştır. Beklenen sonuçlar konusunda bilgi verilmesi puan ortalaması ortalama düzeyinde olmasına rağmen genel olarak diğer puanlara göre düşük bulunmuştur.

Tablo 24'te kayıt işlemlerinden memnuniyet durumu incelendiğinde hasta kayıt elemanının nezaketli olması puan ortalaması (4,394±0,721) ilk sırada yer almış ve diğer puan ortalamalarına göre yüksek bulunmuştur. Resmi kayıt işlemlerinde kolaylık sağlanması puan ortalaması( 4,378±0,75) ikinci, Hasta kayıt işleminin eksiksiz yapılması puan ortalaması (4,348±0,813) son sırada olduğu saptanmıştır. Hasta kayıt işleminin eksiksiz yapılması puan ortalaması ortalama düzeyinde olmasına rağmen genel olarak diğer puanlara göre düşük bulunmuştur.

Tablo 24'te güven duyulmayla ilgili memnuniyet incelendiğinde sağlık çalışanlarının güvenilir olması puan ortalaması (4,677±0,721), sağlık çalışanlarının hatasız hizmet vermesi puan ortalamasına (4,669±0,75) göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 24'te ilaç ve malzeme memnuniyeti incelendiğinde tıbbi malzeme ve bakıma yönelik malzemelerin hastane tarafından karşılanması puan ortalaması (4,665±0,621), ilaçların hastane tarafından karşılanması puan ortalamasına (4,633±0,658) göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 24'te bekleme-dinlenme odası olmasından memnuniyet incelendiğinde bekleme odasında ya da yakınında telefon olması puan ortalaması (2,470±0,990), hasta yakınlarının bekleme odasının olması puan ortalaması (2,270±0,816) göre daha yüksek bulunmuş fakat her iki ifade de tüm diğer ortalamaların altındadır.

Tablo 24'te uzman doktora ulaşabilmekten memnuniyet durumu incelendiğinde, konsültasyon hizmetinin zamanında yapılması puan ortalaması (4,167±0,990), hastalıkla ilgili uzman kişilere rahatlıkla ulaşılabilme puan ortalaması (4,024±0,988) göre daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 25: Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ortalamaları Dağılımı**

	<b>Hasta-Hasta Yakını Memnuniyet Ortalamaları</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>
1	Hekim ve Hemşirelerden memnuniyet	4,707	0,418
2	Fiziksel Koşullardan Memnuniyet	4,138	0,620
3	Bilgi Verilmesinden Memnuniyet	4,260	0,722
4	Kayıt İşlemlerinden Memnuniyet	4,374	0,666
5	Güven Duyulmayla İlgili Memnuniyet	4,673	0,537
6	İlaç ve Malzeme Memnuniyeti	4,651	0,596
7	Bekleme-Dinlenme Odası Olmasından Memnuniyet	2,390	0,833
8	Uzman Doktora ulaşabilmekten memnuniyet	4,096	0,837
	Genel Memnuniyet	4,352	0,359

Tablo 25 incelendiğinde; hekim ve hemşirelerden memnuniyetin puan ortalamasının (4,707±0,418) ilk sırada, genel memnuniyet ortalama puanın üstünde olduğu, güven duyulmayla ilgili memnuniyet puan ortalamasının (4,673±0,537) ikinci, ilaç ve malzeme memnuniyet puan ortalamasının (4,651±0,596) üçüncü, kayıt işlemlerinden memnuniyet puan ortalamasının (4,374±0,666) dördüncü, bilgi verilmesinden memnuniyetin puan ortalamasının (4,260±0,722) beşinci, fiziksel koşullardan memnuniyetin puan ortalamasının (4,138±0,620) altıncı, uzman doktora ulaşabilme memnuniyetinin puan ortalamasının(4,096±0,837) yedinci, bekleme-

dinlenme odası olmasından memnuniyetin puan ortalamasının (2,390±0,833) diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır.

### **3- Sosyodemografik Özelliklerin Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyetine Göre Gösterdiği Farklılıklar**

#### **Hipotezler**

**H<sub>01</sub>**=Hasta ve hasta yakını memnuniyeti sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.

**H<sub>11</sub>**= Hasta ve hasta yakını memnuniyeti sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

**H<sub>02</sub>**= Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde İTF Acil Dahiliye Servisini tercih etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.

**H<sub>12</sub>**= Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde İTF Acil Dahiliye Servisini tercih etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

**H<sub>03</sub>**= Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde başkalarına İTF Acil Dahiliye Servisini tavsiye etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.

**H<sub>13</sub>**= Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde başkalarına İTF Acil Dahiliye Servisini tavsiye etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

#### **Hipotezlerin Test Edilmesi**

**H<sub>01</sub>**=Hasta ve hasta yakını memnuniyeti sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.

**H<sub>11</sub>**= Hasta ve hasta yakını memnuniyeti sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

**Tablo 26: Hasta Yakınlarının Yaşlarına Göre Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Yaş	n	Ort.	ss		
18–24	16	4,334	0,335	Ki-Kare	5,252
25–35	59	4,318	0,317	SD	3,000
36–59	151	4,384	0,363	P	0,154*
60 ve üstü	25	4,252	0,427		

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tablo 26’da görüldüğü gibi, hasta yakınlarının yaşlarına göre genel memnuniyet puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Ki-Kare=5,552 p=0,154).

**Tablo 27: Hasta Yakınlarının Cinsiyetleri ile Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Cinsiyet	N	Ort.	Ss		
Erkek	50	4,396	0,358	Ki-Kare	0,969
Kadın	198	4,341	0,362	SD	0,325
				P	1,0000*

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tablo 27’de görüldüğü gibi Ki-Kare değeri 0,969, p değeri 1 olarak bulunduğu için, hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre genel memnuniyet puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 28: Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıklar**

Medeni Durum	n	Ort.	ss		
Evli	170	4,355	0,367	Ki-Kare	0,198
Bekar	79	4,353	0,346	SD	0,657
				P	1,000*

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tablo 28’de görüldüğü gibi, hasta yakınlarının medeni durumlarına göre genel memnuniyet puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Ki-Kare=0,198 p=0,154).

**Tablo 29: Hasta Yakınlarının Eğitim Durumları ile Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Eğitim Durumu	n	Ort.	ss		
Okur Yazar Değil	15	4,203	0,346	Ki-Kare SD P	8,733 5,000 0,120*
Okur Yazar	9	4,484	0,271		
İlköğretim	129	4,372	0,306		
Lise	55	4,396	0,431		
Lisans	38	4,261	0,393		
Diğer	5	4,258	0,546		

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tablo 29’da görüldüğü gibi Ki-Kare değeri 8,733, p değeri 0,120 olarak bulunduğu için, hasta ve hasta yakınlarının eğitim durumuna göre genel memnuniyet puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 30: Hasta Yakınlarının Meslekleri ile Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Mesleği	N	Ort.	Ss		
Serbest meslek	43	4,390	0,315	Ki-Kare SD P	3,685 5,000 0,596*
Memur	13	4,389	0,287		
İşçi	12	4,313	0,460		
Ev hanımı	125	4,336	0,353		
Emekli	26	4,256	0,474		
Diğer	30	4,451	0,319		

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tablo 30’da görüldüğü gibi Ki-Kare değeri 3,685, p değeri 0,596 olarak bulunduğu için, hasta yakınlarının mesleklerine göre genel memnuniyet puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 31: Hasta Yakınlarının Sosyal Güvence ile Genel Memnuniyetleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Sosyal Güvence	N	Ort.	ss		
Memur(Çalışan)	3	4,407	0,456	Ki-Kare SD p	8,415 6,000 0,209*
Emekli Sandığı	31	4,215	0,340		
SSK	158	4,376	0,352		
Bağ-Kur	41	4,370	0,356		
Yeşil Kart	2	4,285	0,488		
Güvencem Yok	12	4,396	0,449		
Diğer	4	4,135	0,364		

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05



Tablo 31’de görüldüğü gibi Ki-Kare değeri 8,415, p değeri 0,209 olarak bulunduğu için, hasta yakınlarının sosyal güvencelerinin genel memnuniyet puanları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

**Tablo 32: Gerekli Durumda İTF Acil Dahiliye Servisine Gelme İsteği ve Başkasına Tavsiye Etme Durumları ile Sosyodemografik Özellikler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Sosyodemografik özellikler	Gerekli durumda AS’ e gelme isteği		Başkasına tavsiye etme	
	Ki- Kare	P	Ki- Kare	P
Yaş	1,189	0,756*	5,262	5,262*
Cinsiyet	0,473	0,491*	0,124	0,533*
Medeni Durum	2,362	0,124*	0,388	0,533*
Eğitim Durumu	2,437	0,656*	1,380	0,848*
Mesleği	4,050	0,399*	4,542	0,338*
Sosyal Güvence	1,755	0,882*	2,232	0,816*

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tekrar İTF Acil Dahiliye Servisine gelme isteği ve başkasına tavsiye etme durumları ile sosyodemografik özelliklere göre yapılan Kruskal Wallis Testine göre hasta-hasta yakını memnuniyet düzeyi sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermediği için  $H_1$  hipotezi reddedilmiş ve  $H_0$  hipotezi kabul edilmiştir.

**H<sub>02</sub>**= Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde İTF Acil Dahiliye Servisini tercih etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.

**H<sub>12</sub>**= Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde İTF Acil Dahiliye Servisini tercih etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

**Tablo 33: Gerekli Durumda İTF Acil Dahiliye Servisini Tercih Etmeleri ile Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Sosyo-demografik özellikler	Ki-Kare	P
Yaş	1,189	0,756*
Cinsiyet	0,473	0,491*
Medeni Durum	2,362	0,124*
Eğitim Durumu	2,437	0,656*
Mesleği	4,050	0,399*
Sosyal Güvence	1,755	0,882*

Kruskal-Wallis Test \*p>0,05

Tablo 33’de görüldüğü gibi, hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde tekrar İTF Acil Dahiliye Servisini seçmeleri hasta ve hasta yakınlarının yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, sosyal güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (  $p>0,05$ ).

Tablo 33’de belirtildiği gibi, yapılan Kruskal Wallis Testine göre hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde tekrar İTF Acil Dahiliye Servisini seçmeleri sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermediği için  $H_{12}$  hipotezi reddedilmiş ve  $H_{02}$  hipotezi kabul edilmiştir.

**H03=** Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde başkalarına Acil Dahiliye Servisini tavsiye etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermemektedir.

**H13=** Hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde başkalarına Acil Dahiliye Servisini tavsiye etmeleri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.

**Tablo 34: İTF Acil Dahiliye Servisini Başkalarına Tavsiye Etme ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki Farklılıkların Dağılımı**

Sosyo-demografik özellikler	Başkasına tavsiye etme	
	Ki- Kare	P
Yaş	5,262	5,262*
Cinsiyet	0,124	0,533*
Medeni Durum	0,388	0,533*
Eğitim Durumu	1,380	0,848*
Mesleği	4,542	0,338*
Sosyal Güvence	2,232	0,816*

Kruskal Wallis Testi \* $P>0,05$

Tablo 34’te görüldüğü gibi, hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde başkalarına İTF Acil Dahiliye Servisi’ ni tavsiye etme durumu, hasta ve hasta yakınlarının yaşlarına, cinsiyetlerine, medeni durumlarına, eğitim durumlarına, mesleklerine, sosyal güvencelerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (  $p>0,05$  )  
Tablo 34’de görüldüğü gibi, yapılan Kruskal Wallis Testine göre hasta ve hasta yakınlarının gerektiğinde başkalarına İTF Acil Dahiliye Servisi’ ni tavsiye etme

durumu, sosyodemografik özelliklere göre farklılık göstermediği için  $H_13$  hipotezi reddedilmiş ve  $H_03$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 35: Bilgi Verilmesinin Hasta ve Hasta Yakınları İçin Önem, Bilginin Verilme-Verilmeme, Yeterli Olup- Olmama ve Kim/ Kimler Tarafından Karşılandığı Durumlarının Dağılımı**

		Hiç Önemli Değil		Önemli Değil		Kararsızım		Önemli		Çok Önemli		Evet		Hayır		Yeterli Değil		Kararsızım		Yeterli		Çok Yeterli		Hekim		Hemşire		Hekim-Hemşire		Hemşire-Diğer			
		N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
26	Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar	1	0,4					7	2,8	243	96,8	130	51,8	119	47,4	4	1,6	10	4	108	43,0	8	3,2	122	48,6	2	0,8	6	2,4				
27	Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebileceğim			1	0,4	1	0,4	9	3,6	240	95,6	112	44,6	138	55			2	0,8	97	38,6	13	5,2	108	43,6	2	0,8	2	0,8				
28	Evdeki bakımında ne yapmam gerekliliği					1	0,4	7	2,8	243	96,8	122	48,6	129	51,4	1	0,4	4	1,6	104	41,4	13	5,2	99	39,4	4	1,6	19	7,6				
29	Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabileceğim					1	0,4	5	2	245	97,6	140	55,8	109	43,4	2	0,8	2	0,8	123	49	15	6	122	48,6	6	2,4	14	5,6				
30	Evde yardım için telefonla kimi aramam gerektiği	2	0,8					2	0,8	6	2,4	241	96	54	21,5	197	78,5			2	0,8	38	15,1	14	5,1	50	19,9	4	1,6				
31	İlaçlarının her birini ne kadar süre kullanmam gerektiği							1	0,4	2	0,8	248	98,8	202	80,5	49	19,5	5	2	6	2,4	169	67,3	22	8,8	189	75,3	8	3,2	5	2		
32	İlaçlarının her birini nasıl etki edeceği							1	0,4	5	2	245	97,6	208	82,9	43	17,1	5	2	4	1,6	173	68,9	26	10,4	195	77,7	7	2,8	6	2,4		
33	İlaçlarıma bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmam gerektiği							1	0,4	5	2	245	97,6	113	45	138	55	4	1,6	4	1,6	85	33,9	22	8,8	108	43	3	1,2	4	1,6		
34	İlaçlarının her birini niçin kullanmam gerektiği									3	1,2	248	98,8	207	82,5	44	17,5	3	1,2	6	2,4	175	69,7	22	8,8	187	74,5	7	2,8	12	4,8		
35	İlaçlarımla ilgili olası yan etkilerin neler olduğu									5	2	246	98	120	47,8	131	52,2	4	1,6	4	1,6	94	37,5	18	7,2	110	43,8	3	1,2	7	2,8		
36	İlaçlarının her birini ne zaman almam gerektiği									2	0,8	249	99,2	215	85,7	36	14,3	4	1,6	4	1,6	185	73,7	22	8,8	193	76,9	6	2,4	16	6,4		
37	İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebileceğim									4	1,6	247	98,4	192	76,5	59	23,5	5	2	4	1,6	159	63,3	24	9,6	166	66,1	6	2,4	18	7,2	2	0,8
38	Hastalığının belirtilerinin neler olduğu									6	2,4	245	97,6	207	82,5	44	17,5	6	2,4	3	1,2	172	68,5	26	10,4	205	81,7	2	0,8				
39	Hastalığının nedeni/nedenlerinin neler olduğu									5	2	246	98	182	72,5	69	27,5	4	1,6	1	0,4	157	62,5	20	8	180	71,7	2	0,8				
40	Hastalığının belirtileri ortaya çıktığında ne yapmam gerektiği									5	2	246	98	149	59,4	102	40,6	5	2	3	1,2	124	49,4	17	6,8	145	57,8	4	1,6				
41	Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önleyebileceğim									5	2	244	97,2	115	45,8	136	54,2	5	2	1	0,4	92	36,7	17	6,8	108	43	6	2,4	1	0,4		
42	Ağrımı nasıl giderebileceğim									6	2,4	245	97,6	134	53,4	117	46,6	1	0,4	4	1,6	110	43,8	19	7,6	124	49,4	7	2,8	3	1,2		
43	Yemem ve yememem gereken yiyeceklerin neler olduğu									4	1,6	247	98,4	187	74,5	64	25,5			4	1,6	161	64,1	22	8,8	171	68,1	4	1,6	12	4,8		
44	Acil bir durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabileceğim									5	2	246	98	107	42,6	143	57			2	0,8	94	37,5	11	4,4	99	39,4	2	0,8	6	2,4		
45	Klinikten eve nasıl gideceğim	12	4,8	37	14,7	1	0,4	39	15,5	162	64,5	45	17,9	200	79,7	4	1,6					32	12,7	8	3,2	37	14,7	2	0,8	5	2	2	0,8

Tablo 35'te 26. soru incelendiğinde: Evde gelişebilecek ve dikkat etmeleri gereken sorunlar konusunda bilgilendirilmenin, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ü (n=1) için hiç önemli olmadığı, %2,8'i (n=7) için önemli, %96,8'i (n=243) için çok önemli olduğu, bu konu hakkında hasta ve hasta yakınlarının %51,8'inin (n=130) evet, %47,4'ünün (n=119) hayır dediği, bu gereksiniminin karşılanmasının hasta ve hasta yakınlarının %1,6'ü (n=4) için yeterli olmadığı, %4'ünün (n=10) bu konuda kararsız olduğu, %43'ü (n=108) için yeterli, %3,2'si (n=8) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %48,6'sının (n=122) bu gereksinimin hekim, %0,8'inin (n=2) hemşire, %2,4'ünün (n=6) hekim-hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 27. soru incelendiğinde: Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebileceklerinin, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ü (n=1) için önemli olmadığı, %0,4'ünün (n=1) bu konuda kararsız olduğu, %3,6'sı (n=9) için önemli, %95,6'sı (n=240) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %44,6'sının (n=112) bu konuda evet, %55'inin (n=138) hayır dediği, hasta/hasta yakınlarının %0,8'inin (n=2) bu gereksinimin karşılanması konusunda kararsız olduğu, %38,6'sı (n=97) için bu gereksinimin karşılanmasının yeterli, %5,2'si (n=13) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %43,6'sının (n=108) bu gereksiniminin hekim, %0,8'inin (n=2) hemşire, %0,8'inin (n=2) hekim-hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 28. soru incelendiğinde: Evdeki bakımında ne yapmam gerekliliği hakkında, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1) kararsız olduğu, %2,8'i (n=7) için bu konunun önemli, %96,8'i (n=243) için çok önemli olduğu, hasta/hasta yakınlarının %48,6'sının (n=122) bu gereksinimin karşılanmasına evet, %51,4'ünün (n=129) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1) bu gereksiniminin karşılanmasının yeterli olmadığı, %1,6'sının (n=4) bu konuda kararsız olduğu, %41,4'ü için (n=104) yeterli, %5,2'si (n=13) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %39,4'ünün (n=99) bu gereksiniminin hekim, %1,6'sının (n=4) hemşire, %7,6'sının (n=19) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 29. soru incelendiğinde: Evde acil bir sağlık sorunu olduğunda nereye başvurabilecekleri konusunda, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1)

kararsız olduğu, %2'si (n=5) için bu konunun önemli, %97,6'sı (n=245) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %55,8'inin (n=140) bu gereksinimin karşılanmasına evet, %43,4'ünün (109) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %0,8'i (n=2) için bu gereksiniminin karşılanmasının yeterli olmadığı, %0,8'inin (n=2) bu konuda kararsız olduğu, %49'u (n=123) için yeterli, %6'sı (n=15) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %48,6'sının (n=122) bu gereksiniminin hekim, %2,4'ünün (n=6) hemşire, %5,6'sının (n=14) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 30. soru incelendiğinde: Evde yardım için telefonla kimi aramaları gerektiğinin, hasta ve hasta yakınlarının %0,8'i (n=2) için hiç önemli olmadığı, %0,8'inin (n=2) bu konuda kararsız olduğu, %2,4'ü (n=6) için önemli, %96'sı (n=241) için çok önemli olduğu, hasta/hasta yakınlarının %21,5'inin (n=54) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %78,5'inin (n=197) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %0,8'inin (n=2) bu gereksiniminin karşılanması konusunda kararsız olduğu, %15,1'i (n=38) için bu gereksinimin karşılanmasının yeterli, %5,1'i için (n=14) çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %19,9'unun (n=50) bu gereksiniminin hekim, %1,6'sının (n=4) hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 31. soru incelendiğinde: İlaçlarının her birini ne kadar süre kullanmaları gerektiği konusunda, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1) kararsız olduğu, %0,8'ü (n=2) için bu konunun önemli, %98,8'i (n=248) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %80,5'inin (n=202) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %19,51'inin (n=49) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için bu karşılanmanın yeterli olmadığı, %2,4'ünün (n=6) bu konuda kararsız olduğu, %67,3'ü (n=169) için yeterli, %8,8'i (n=22) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %75,3'ünün (n=189) bu gereksiniminin hekim, %3,2'sinin (n=8) hemşire, %2'sinin (n=5) hekim-hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 32. soru incelendiğinde: İlaçların her birinin nasıl etki edeceğinin, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1) bu konuda kararsız olduğu, %2'si (n=5) için önemli, %97,6'sı (n=245) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta ve hasta yakınlarının %82,9'unun (n=208) bu konuda evet, %17,1'inin (n=143) hayır dediği,

hasta ve hasta yakınlarının %2'sinin (n=5) bu gereksinimin karşılanması konusunda yetersiz, %1,6'sının (n=4) kararsız olduğu, %68,9'unun (n=173) için bu gereksinimin karşılanmasının yeterli, %10,4'ü (n=26) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %77,7'sinin (n=195) bu gereksiniminin hekim, %2,8'inin (n=7) hemşire, %2,4'ünün (n=6) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 33. soru incelendiğinde: İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmam gerektiği konusunda bilgilendirilmenin önemi için hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1) bu konuda kararsız olduğu, %2'si (n=5) için önemli, %97,6'sı (n=245) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %45'unun (n=113) bu konuda evet, %55'inin (n=138) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %1,6'sının (n=4) bu gereksinimin karşılanması konusunda yetersiz, %1,6'sının (n=4) kararsız olduğu, %33,9'unun (n=85) için bu gereksinimin karşılanmasının yeterli, %8,8'i (n=22) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %43'ünün (n=108) bu gereksiniminin hekim, %1,2'sinin (n=3) hemşire, %1,6'sının (n=4) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 34. soru incelendiğinde: İlaçlarının her birini niçin kullanmaları gerektiği konusunda, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ünün (n=1) kararsız olduğu, bu konunun hasta/hasta yakınlarının %2'si (n=5) için önemli, %97,6'sı (n=245) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %82,9'unun (n=208) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %17,1'inin (n=43) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için bu karşılanmanın yeterli olmadığı, %1,6'sının (n=4) kararsız olduğu, %68,9'u (n=173) için yeterli, %10,4'ü (n=26) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %77,7'sinin (n=195) bu gereksiniminin hekim, %2,8'inin (n=7) hemşire, %2,4'ünün (n=6) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 35. soru incelendiğinde: İlaçlarıyla ilgili olası yan etkilerin neler olduğu konusunda, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için bu konunun önemli, %98'si (n=246) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %47,8'i (n=120) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %52,2'si (n=131) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %1,6'sı (n=4) için bu karşılanmanın yeterli olmadığı, %1,6'sının (n=4) bu konuda kararsız olduğu, %37,5'i (n=94) için yeterli, %7,2'si (n=18) için çok yeterli

olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %43,8'sinin (n=110) bu gereksiniminin hekim, %1,2'sinin (n=3) hemşire, %2,8'sinin (n=7) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 36. soru incelendiğinde: İlaçlarının her birini ne zaman almaları gerektiğinin, hasta ve hasta yakınlarının %0,8'i (n=2) için önemli, %99,2'si (n=249) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %85,7'sinin (n=215) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %14,3'ünün (n=36) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %1,6'sı (n=4) için bu karşılanmanın yeterli olmadığı, %1,6'sının (n=4) bu konuda kararsız olduğu, %73,7'si (n=185) için yeterli, %8,8'i, (n=22) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %76,9'unun (n=193) bu gereksiniminin hekim, %2,4'ünün (n=6) hemşire, %6,4'ünün (n=16) hekim ve hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 37. soru incelendiğinde: İlaçlarını nereden/nasıl temin edebileceklerinin, hasta ve hasta yakınlarının %1,6'sı (n=4) için önemli, %98,4'ü (n=247) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının 76,5'inin (n=192) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %23,5'inin (n=59) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için bu karşılanmanın yeterli olmadığı, %1,6'sının (n=4) bu konuda kararsız olduğu, %63,3'ü (n=159) için yeterli, %9,6'sı (n=24) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %66,1'inin (n=166) bu gereksiniminin hekim, %2,4'ünün (n=6) hemşire, %7,2'sinin (n=18) hekim-hemşire, %0,8'inin (n=2) hemşire-diğerleri tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 38. soru incelendiğinde: Hastalıklarının belirtilerinin neler olduğunun, hasta ve hasta yakınlarının %2,4'ü (n=6) için önemli, %97,6'sı (n=245) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %82,5'inin (n=207) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %17,5'inin (n=44) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %2,4'ü (n=6) için bu karşılanmanın yeterli olmadığı, %1,2'sinin (n=3) bu konuda kararsız olduğu, %68,5'i (n=172) için yeterli, %10,4'ü (n=26) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %81,7'sinin (n=205) bu gereksiniminin hekim, %0,8'inin (n=2) hemşire tarafından karşılandığı saptandı.



Tablo 35'te 39. soru incelendiğinde: Hastalıklarının nedeni/nedenlerinin neler olduğunun, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için önemli, %98'i (n=246) için çok önemli olduğu, hasta/hasta yakınlarının %72,5'inin (n=182) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %27,5'inin (n=69) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %1,6'sı (n=4) için bu karşılamamanın yeterli olmadığı, %0,4'ünün (n=1) bu konuda kararsız olduğu, %62,5'i (n=157) için yeterli, %8'i (n=20) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %71,7'sinin (n=180) bu gereksiniminin hekim, %0,8'inin (n=2) hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 40. soru incelendiğinde: Hastalıklarının belirtileri ortaya çıktığında ne yapmaları gerektiğinin, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için önemli, %98'i (n=246) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %59,4'ünün (n=149) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %40,6'sının (n=102) hayır dediği, hasta/hasta yakınlarının %2'si (n=5) için bu karşılamamanın yeterli olmadığı, %1,2'sinin (n=3) bu konuda kararsız olduğu, %49,4'ü (n=124) için yeterli, %6,8'i (n=17) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %57,8'ini (n=85) bu gereksiniminin hekim, %1,6'sının (n=4) hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 41. soru incelendiğinde: Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önleyebileceklerinin, hasta ve hasta yakınlarının %2'si için (n=5) önemli, %97,2'si (n=244) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %45,8'inin (n=115) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %54,2'sinin (n=136) hayır dediği, hasta/hasta yakınlarının %2'si (n=5) için bu karşılamamanın yeterli olmadığı, %0,4'ünün (n=1) bu konuda kararsız olduğu, %36,7'si (n=92) için yeterli, %6,8'i (n=17) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %43'ünün (n=108) bu gereksiniminin hekim, %2,4'ünün (n=6) hemşire, %0,4'ünün (n=1) hekim-hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 42. soru incelendiğinde: Ağrılarını nasıl giderebileceklerinin, hasta/hasta yakınlarının %2,4'ü (n=6) için önemli, %97,6'sı (n=245) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %53,4'ünün (n=134) bu gereksiniminin

karşılanmasına evet, %46,6'sının (n=117) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %0,4'ü (n=1) için bu karşılamanın yeterli olmadığı, %1,6'sının (n=4) bu konuda kararsız olduğu, %43,8'i (n=110) için yeterli, %7,6'sı (n=19) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %49,4'ünün (n=124) bu gereksiniminin hekim, %2,8'inin (n=7) hemşire, %1,2'sinin (n=3) hekim-hemşire-diğer kişiler tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 43. soru incelendiğinde: Yemeleri ve yememeleri gereken yiyeceklerin neler olduğunun, hasta ve hasta yakınlarının %1,6'sı (n=4) için önemli, %98,4'ü (n=247) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %74,5'inin (n=187) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %25,5'inin (n=64) hayır dediği, %1,6'sının (n=4) bu konuda kararsız olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %64,1'i (n=161) için bu karşılamanın yeterli, %8,8'i (n=22) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %68,1'inin (n=171) bu gereksiniminin hekim, %1,6'sının (n=4) hemşire, %4,8'inin (n=12) hekim-hemşire tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 44. soru incelendiğinde: Acil bir durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabileceklerinin, hasta ve hasta yakınlarının %2'si (n=5) için önemli, %98'i (n=246) için çok önemli olduğu, hasta/hasta yakınlarının %42,6'sının (n=107) bu gereksiniminin karşılanmasına evet, %57'sinin (n=143) hayır dediği, hasta ve hasta yakınlarının %0,8'inin bu gereksinimin karşılanmasının ne düzeyde olduğu hakkında (n=2) kararsız olduğu, %37,5'i (n=94) için bu karşılamanın yeterli, %4,4'ü (n=11) için çok yeterli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %39,4'ünün (n=99) bu gereksiniminin hekim, %0,8'inin (n=2) hemşire, %2,4'ünün (n=6) hekim-hemşire-diğer kişiler tarafından karşılandığı saptandı.

Tablo 35'te 45. soru incelendiğinde: Klinikten eve nasıl gideceklerinin, hasta ve hasta yakınlarının %4,8'i (n=12) için hiç önemli olmadığı, %14,7'si (n=37) için önemli olmadığı, %0,4'ü (n=1) bu konuda kararsız olduğu, %15,5'i (n=39) için önemli, %64,5'ü (n=162) için çok önemli olduğu, hasta ve hasta yakınlarının %17,9'unun (n=45) bu gereksinimin karşılanmasına evet, %79,7'sinin (n=200) hayır dediği, hasta/hasta yakınlarının %1,6'sı (n=4) için bu karşılamanın yeterli olmadığı, %12,7'si (n=32) için

yeterli, %3,2'si (n=8) için çok yeterli olduğu, hasta/hasta yakınlarının %14,7'sinin (n=37) bu gereksiniminin hekim, %0,8'sinin (n=2) hemşire, %2'sinin (n=5) hemşire ve diğer kişiler tarafından karşılandığı saptanmıştır.

## 7. TARTIŞMA

Geleneksel Türk aile yapısında, aile üyeleri arasında yakın ilişkiler ve güçlü bir bağ vardır. Aileden biri hastalandığı zaman, diğer aile bireyleri birlikte olmaya, destek ve yardım gereksinimlerini karşılamaya çalışırlar. Aile üyeleri, genellikle yakınlarına karşı sorumluluk hissederler ve yükü paylaşmakta istekli olurlar. Aile üyeleri, hastaya yardımcı olmaya çalışırken, aynı zamanda onların da çeşitli gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda, sağlık ekibi üyelerinin hasta ailesine yardımcı olmaları ve gereksinimlerini karşılamaları önemli olmaktadır (Uzun ve ark., 2002).

Araştırma, İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde acil dahiliye servisine başvuran hasta yakınlarının beklentileri ve bu beklentilerinin karşılanıp karşılanamadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile yapıldı. Ede edilen veriler literatür bilgilerinin ışığı altında ve bulguların bölümleri doğrultusunda tartışılmıştır.

Hasta/hasta yakınlarının çoğunluğunun (%60,2) 36–59 yaşında olduğu saptanmıştır. Sucu ve ark. (2009) araştırmalarında yaş ortalaması 39 olarak bulunmuştur. Çalışmamız Sucu ve ark. çalışması ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta/hasta yakınlarının eğitim seviyelerine bakıldığında %51,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç Uzun ve ark.(2002) çalışması ile uygunluk göstermektedir. Gürlek 2005 ve Tınmaz' ın (2008) çalışmaları ile farklı bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hasta/hasta yakınlarının %78,9'unun kadın olması Tınmaz'ın (2008), Sucu ve ark.(2009) çalışmaları ile uygunluk göstermektedir.

Hasta yakınlarının %79,7'si hastalarının acil dahiliye servisine yalnız gelmediklerini ifade etmişlerdir. Bu sonuç Uzun ve ark.(2002), Sucu ve ark.(2009), Gürlek 2005 çalışmaları ile uygunluk göstermektedir.

Hasta/hasta yakınlarının %61'inin acil dahiliye servisine 22 saat ve üzerinde refakatçilik yaptıkları saptanmıştır. Sucu ve ark. 2009) çalışmaları ile uygunluk göstermemektedir.

Sucu ve arkadaşlarının yapmış oldukları araştırmada hasta yakınlarının %50,1'inin acil servise geliş saatinin 12.00–18.00 arasında olduğu, Kılıçaslan ve arkadaşlarının çalışmalarında başvuru oranı en yüksek (%42,9) olduğu saat 08–15.59 bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların %62,9'unun 8–16 saatlerinde geldiği saptanmıştır. Sucu ve arkadaşlarının çalışması ile farklılık Kılıçaslan ve arkadaşlarının çalışması ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda hastaların %20,3'ünün acil dahiliye servisine tek başına geldiği saptanmıştır. Acil servislere yalnız gelen hastalar için destek hizmet sistemi oluşturularak bu hastaların anksiyete yaşamaması ve kendilerini yalnız hissetmeleri önlenebilir (Gürlek, 2005).

Çalışmamızda hasta AS' den hasta çıkış saatinin en fazla 15-16 saatlerinde olduğu saptanmıştır. Güler' in (2008) çalışmasında en çok 8-9 saatlerinde olduğu görülmüştür. Bu farklılık İTF Acil Dahiliye Servisi' nde yataklı bölüm olmasına bağlanabilir.

Ucak ve ark. (2009) çalışmasında acil dahiliye servisine en çok başvuru nedeni hipertansiyon (% 11,2), bizim çalışmamız da ise en çok başvuru nedeni ateş (%15,6) bulunması nedeni ile her iki çalışma farklılık göstermektedir.

Araştırmamızda acil dahiliye servisine gelen hastalara konan tanı olarak ilk sırada respiratuar sistem hastalıkları (%23,6) bulunmuştur. Çalışmamız, Yamanel ve Cömert'in (2003) çalışması ile uygunluk göstermektedir.

Araştırmamızda, genel memnuniyetin  $\alpha=0,8982$  çıkmış olması, hasta/hasta yakınlarının memnun olduklarını ve hastaneden memnun ayrıldıklarını göstermektedir.

Beklenen sonuçlar konusunda bilgi verilmesi puan ortalamasının (4,167 $\pm$  1,006) hasta/hasta yakınlarının memnuniyet ölçeği ortalamasının üzerinde olması Sucu ve ark. (2009) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Gürlek'in çalışmasında hasta yakınlarının acil servis deneyimleriyle, acil servislerde görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşanması arasında  $\alpha=0,05$  düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bizim çalışmamızda hasta/hasta yakınlarının %25,1'inin dördüncü kez ve üzerinde acil dahiliye servisine geldikleri saptanmıştır.

Araştırmamızda hasta/hasta yakınlarının yaklaşık yarısının (%49,8) acil dahiliye servisine özel araba ile geldikleri saptanmıştır. Gürlek (2005), Tınmaz (2008), Kılıçaslan ve arkadaşlarının (2005) çalışmalarında da özel araba ile gelme oranı yüksek bulunmuş olup bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Zenginol' un (2010) çalışmasında ambulansın, vakaların büyük çoğunluğuna ilk 20 dakika içerisinde ulaşıldığı tespit edilmiştir. Hastaların AS' ye özel araba ile getirilmeleri, ambulansın geç gelme olasılığına ve ya hasta yakınlarının ambulans konusundaki bilgi eksikliğine bağlanabilir.

Hasta/hasta yakınlarının refakatçilik deneyimlerinde bakıldığında %29,9'unun ilk kez refakatçi olduğu bulunmuştur ve Gürlek'in (2005) çalışması ile uygunluk göstermektedir.

Çalışmamızda hasta/hasta yakınlarının acil dahiliye servisine hemşire ve hekimden memnuniyet ortalamaları ( $\alpha=0,9387$ ) oldukça yüksek bulunmuş ve Şahin'in (2005) çalışması ile paralellik gösterdiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta/hasta yakınlarının tamamına yakını (%98) acil dahiliye servisine tekrar tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Tınmaz' ın çalışması ile bu sonuç paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta/ hasta yakınının hastanın temiz yatakta yatması memnuniyeti puan ortalaması ( $4,203 \mp 0,887$ ) bulunmuştur. Tınmaz' ın (2008) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Eğitim, yaş ve cinsiyetin, genel memnuniyet üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucu Tınmaz' ın (2008) çalışması ile uygunluk göstermektedir.

Tınmaz' ın çalışmasında araştırmaya katılanların; %22,5'i emekli, %21,3'ü memur, %20,6'sı ev hanımı, %13,1'i işçi, %9,4'ü serbest meslek ile meşgul ve %1,9'u öğrenci olarak bulunmuş. Bizim çalışmamızda hasta/hasta yakınlarının %17,1'inin (n=43) serbest meslek, %5,2'sinin (n=13) memur, %4,8'inin (n=12) işçi, %49,8'inin (n=125) ev hanımı, %10,4'ünün (n=26) emekli, %12'sinin (n=30) diğer meslek grubundan olduğu saptanmıştır. Tınmaz' ın çalışmasında meslek grubu emekli olanların, doktorlardan memnuniyet durumunun, memur ve ev hanımı olanlardan fazla olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda mesleğin genel memnuniyet üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüş ( $P>0,05$ ) ve Tınmaz' ın (2008) çalışması ile uyumlu bulunmamıştır.

Tınmaz' ın çalışmasında hemşirelere ihtiyaç duyulduğunda kolay ulaşılması konusundaki memnuniyetin, beklentilerin altında kaldığı, çalışmamızda hemşireye ulaşılabilme kolaylığı puan ortalamasının ( $4,785 \mp 0,412$ ) yüksek olduğu görülmüştür. Zerenler' in (2006) çalışması ile paralellik göstermektedir. Bu durum hemşirelerin hasta/hasta yakınları ile iletişimlerinin iyi olmasına ve hemşirelere verilen hizmet içi eğitimlere bağlanabilir.

Acil dahiliye servisinde bulunan hasta ünitesinin temizliğinden memnuniyet puan ortalamasının iyi ( $4,072 \mp 0,948$ ) olması sonucu Tınmaz' ın (2008) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda bekleme-dinlenme odası olmasından memnuniyet puan ortalamasının ( $2,390 \mp 0,833$ ) hasta/hasta yakını genel memnuniyet ortalamasında diğerlerinden daha düşük olduğu ve en son sırada yer aldığı saptanmıştır. Acil dahiliye servisinde hasta yakınları için bekleme- dinlenme odası yapılması ile hasta/hasta yakınının memnuniyeti artırılabilir.

Zerenler' in (2006) yapmış olduğu çalışmada, araştırmaya katılan hastaların hastanedeki ortamın gürültüsüz olması, genel temizliği, hasta odalarının aydınlatılması açılarından genel olarak oldukça memnun oldukları bulunması sonucu çalışmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda fiziksel koşullardan memnuniyet alt boyutlarında; hasta yatağının rahat olması puan ortalaması ( $3,988 \mp 1,049$ ), hastanın bulunduğu ünitenin gürültüsüz ve sakin olması puan ortalaması ( $3,880 \mp 0,949$ ), hasta ünitesinin düzeni puan ortalaması ( $3,916 \mp 1,014$ ) ortalama düzeyinde olmasına rağmen genel olarak diğer puanlara göre düşük bulunmuştur. Hastanın bulunduğu ünitenin yeniden düzenlenmesi, hasta yataklarının, muayene masalarının, hasta taşıma arabalarının daha konforlu hale getirilmesi, gürültü ve yüksek sesin acil şartlarında olabilecek en az düzeye indirilmesi ile hasta/hasta yakını memnuniyeti artırılabilir.



## 8. SONUÇ

Bu araştırma, İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde Acil Dahiliye Servislerine Başvuran Hasta Yakınlarının beklentileri ile bu beklentilerinin karşılanıp karşılanamadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile 251 hasta yakınına yapıldı. Elde edilen bulgulara bağlı olarak ortaya konan sonuçlar aşağıdaki gibidir.

Araştırmaya katılan hasta/hasta yakınlarının % 60,2'si 36–59 yaşında, %78,9'u kadın, %67,7'si evli, %51,4'ü ilköğretim mezunu, tamamına yakını (%99,2) Türkçe konuştuğunu, yarıya yakını (%49,8) ev hanımı olduğunu, %62,9'u sosyal güvencesinin SSK olduğunu, % 72,9'u doğrudan AS' ye başvurduğunu, yarıya yakını (%49,8) özel araba ile AS' ye geldiğini, %79,7'si yalnız gelmediğini ve %45,4'ü hastaya yakınlık durumunu hastanın çocuğu olarak ifade etmişlerdir.

Hasta/hasta yakınlarının %90'ı ilçe de ikamet ettiğini, %62,9'u hastalarının 08.00–16.00 vardiyasında geldiğini, hastanın AS' ye geldiğinde ilk müdahalenin %45,4'ünün hekim ve hemşire tarafından yapıldığını, %29,9'u bir yılda ilk kez refakatçilik yaptığını, yarıya yakını (% 49,4) ilk kez AS' ye geldiklerini, %61'i AS' ye geldiklerinde 22 saat ve üzerinde refakatçilik yaptıklarını belirtmişlerdir.

Hasta/hasta yakınlarının %54'ü hastalarının 09–12 saatlerinde AS' ye geldiklerini, %40,2'si hastalarının AS' den 15–16 saatlerinde çıktığını belirtmişlerdir.

Hasta yakınlarının %15,6'sı hastalarının ateş, %14,8'i ağrı, 12,4'ü nefes darlığı ile AS' ye geldiğini, %23,6'sı hastalarının AS' de respiratuar sistem hastalıkları tanısı ile takip edildiğini ifade etmişlerdir.

Hasta/hasta yakınlarının %53,4'ü diğer nedenler (araştırma hastanesi olması, sevk edilme vb.) ile AS' seçtiklerini, tamamına yakınının (% 98) gerektiğinde AS' yi

tekrar tercih ettiklerini, % 96,4'ü AS' yi başkalarına tavsiye edeceği edeceklerini ifade etmişlerdir.

Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Ölçeğinde genel memnuniyet puan ortalamasının (4,352±0,359) iyi olduğu saptanmıştır. Bu ölçekteki memnuniyet puan ortalamalarında; hekim ve hemşirelerden memnuniyet puan ortalamasının (4,707±0,418) ilk sırada, genel memnuniyet ortalama puanın üstünde olduğu, güven duyulmayla ilgili memnuniyet puan ortalamasının (4,673±0,537) ikinci, ilaç ve malzeme memnuniyet puan ortalamasının (4,651±0,596) üçüncü, kayıt işlemlerinden memnuniyet puan ortalamasının (4,374±0,666) dördüncü, bilgi verilmesinden memnuniyetin puan ortalamasının (4,260±0,722) beşinci, fiziksel koşullardan memnuniyet puan ortalamasının (4,138±0,620) altıncı, uzman doktora ulaşabilme memnuniyet puan ortalamasının (4,096±0,837) yedinci, bekleme-dinlenme odası olmasından memnuniyet puan ortalamasının (2,390±0,833) son sırada ve diğerlerinden daha düşük olduğu saptanmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarının genel memnuniyet puanları, gerektiğinde acil dahiliye servisini tercih ve başkalarına tavsiye etmeleri, sosyodemografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumları, meslek, sosyal güvence) göre farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebileceğim, evde yardım için telefonla kimi aramam gerektiği, ilaçlarıma bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmam gerektiği, ilaçlarımla ilgili olası yan etkilerin neler olduğu, hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önleyebileceğim, acil bir durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabileceğim ve klinikten eve nasıl gideceğim konularında bilgilendirilmelerin hasta ve hasta yakınlarının tamamına yakını için çok önemli olduğu fakat bu konularda hasta ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının bilgilendirilmediği saptanmıştır.

Evde gelişebilecek ve dikkat edilmesi gereken sorunlar, evdeki bakımda ne yapılması gerektiği, evde acil bir sağlık sorun olduğunda nereye başvurabileceği, ilaçların her birinin ne kadar süre kullanılması gerektiği, ilaçların her birinin nasıl etki edeceği, ilaçların her birinin niçin kullanılması gerektiği, ilaçların her birinin ne zaman alınması gerektiği, ilaçların nereden/nasıl temin edebileceği, hastalık belirtilerinin neler olduğu, hastalığın nedeni/nedenlerinin neler olduğu, hastalığın belirtileri ortaya çıktığında ne yapılması gerektiği ve yenilmesi-yenilmemesi gereken yiyeceklerin neler olduğu konularında bilgilendirilmelerin hasta ve hasta yakınlarının tamamına yakını için çok önemli olduğu, bu konularda yarısından fazlasının bilgilendirildiği, çoğu için bilgilendirmenin yeterli- çok yeterli olduğu ve bilgilendirmenin çoğunun hekim tarafından yapıldığı saptanmıştır.

## ÖNERİLER

- AS' de sağlık çalışanlarının hasta/hasta yakınları ile olumlu iletişim kurmaları, onlara nezaketli, saygılı ve anlayışlı davranmaları hasta ve hasta yakınlarının telaş ve endişelerini azaltabilir.
- AS' ye İlk kez gelen hasta ve hasta yakınları gerekli konularda bilgilendirilip, beklentileri karşılanarak, ilk izlenim ve deneyimlerinin olumlu olması sağlanabilir.
- AS' lerde hasta ve hasta yakınlarının ortama uyumlarının sağlanması için halkla ilişkilere gerekli önem verilebilir ve AS' lerde sosyal hizmet uzmanı bulundurulabilir.
- Hasta ve hasta yakınlarının AS ortamını tanımamaları, işleyişi bilmemeleri nedeni ile hasta ve hasta yakınlarıyla ilgilenilmesi, bilgilendirme broşürleri/el kitapçığı oluşturulması ve gerekli durumlarda yardımcı olunması ile hasta ve hasta yakınlarının AS' den olumlu düşünceyle ayrılmaları sağlanabilir.
- AS' ye gelen hastalara eşit davranılması, mahremiyetlerine saygı gösterilmesi ve hastalara zarar verilmemesi, hasta ve hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına olan güvenlerini artırabilir.
- Hasta ve hasta yakınlarının bekleme, dinlenme odalarının olması, konforlarının sağlanması ve ihtiyaçlarının karşılanması hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerini olumlu yönde etkileyebilir.

- Hasta aileleri için acil servislerin girişinde rahat ve geniş dinlenme odaları yapılarak müdahale alanında oluşabilecek kalabalığın oluşturacağı gürültü ve yüksek sesin acil şartlarında olabilecek en az düzeye indirilmesi sağlanabilir.
- Hastaların AS' ye yoğun olarak giriş, çıkış yaptıkları saatlerde hizmetin zamanında verilebilmesi ve gereken ilginin gösterilebilmesi için bu saatlerde sağlık çalışanları sayısı artırılabilir veya rutin tedavi saatleri değiştirilebilir.
- Sağlık çalışanlarının deneyimli hasta ve hasta yakınları ile etkili ve olumlu iletişim kurmaları AS' de iletişim sorunları yaşanmasını önleyebilir.
- Ortaya çıkması muhtemel iletişim sorunlarını engellemenin en iyi yolu, acil tıbbi müdahalenin en kısa sürede sağlanması ve hasta yakınlarının yeterince bilgilendirilmesi ile mümkün olabilir.
- Hastanın bulunduğu ünitenin yeniden düzenlenmesi, hasta yataklarının, muayene masalarının, hasta taşıma arabalarının daha konforlu hale getirilmesi ile hasta ve hasta yakını memnuniyeti artırılabilir.
- AS' de kalitenin sürekliliğini sağlamak için otelcilik hizmetleri daha fazla geliştirilebilir.
- AS' de hastalara bakım veren personelin tecrübe, davranış, iletişim, bilgilendirme gibi insan ilişkilerini etkileyen donanım açısından yeterince bilgi sahibi olması hasta/hasta yakını üzerine oldukça pozitif etki gösterebilir.
- AS ortamının temiz ve teknolojik açıdan hasta beklentilerini karşılayacak ölçüde olması hasta ve hasta yakınının hastaneden olumlu düşüncelerle ayrılmasını sağlayabilir.
- Araştırma sonuçları, başka hastanelere ve kliniklere genellenemez. Ancak, sonuçlar başka çalışmalarda kullanılabilir.

## 9. KAYNAKLAR

- Akyolcu N. (2001) Acil Hemşireliğinde Triyaj. [Özet] Türk Acil Tıp Dergisi,
- Alcan Z., Civil B., Tekin DE., Ekim R., Civil S. Ö., Değer T., Çakar V. (2011) Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, s: 11
- Aydın G.D. (2006) Hastane Acil Servislerinin Organizasyonu ve Yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin Bu Açıdan Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Haydar Sur)
- Baransel I. A., Ergin D. H., Yıldırım C. (2006) Acil Hemşiresinin Görevleri ile Hukuksal ve Etik Sorumlulukları. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 6(2):91.
- Cıplak S.K.(2007) Acil Servis Mimarisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Atilla Cimcoz)
- Çatal, E., Dicle, A.(2007) Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (1), 19–32.[Elektronik Dergi].  
<http://deuhyo.fizwig.com/20080514.pdf>
- Çayırhan S. (2008) Acil Servisin Organizasyonu. İçinde: Acil Bakım Hemşireliği Kurs Kitabı. Eds: Erdem Y, Erkal İlhan S, Tedavi hizmetleri Genel müdürlüğü, Ankara, s: 1–13.
- Eryılmaz M., Yılmaz S. (2005) Acil Sağlık Çalışanlarının Hakları. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5(3): 146.

- Eti Aslan F. (2004): Acil Bakım. İçinde: Acil Bakım. Ed: Şelimen D, Yüce Yayım, İstanbul, s: 40
- Gürlek Ö. (2005) Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentileri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. Yüksel Arıkan)
- Güler M. (2008) Acil Servis Gözlem Ünitelerinin Kullanımının ve Etkililiğinin Değerlendirilmesi: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Gözlem Ünitesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Sıdıka Kaya)
- Hallgrimsdottir EM. (2000) Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. Journal of Clinical Nursing; 9: 611-619.
- Howard P. K., Steinman R. A. (2010) Emergency Nurses Association. Sheehy's Emergency Nursing: Principles and Practise, Mosby, USA, 6th , p:7
- İnan F.H., Kurt Z. , Kubilay İ. ,( 2007) Temel ilk Yardım Uygulamaları El Kitabı, T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlk Yardım ve Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara, s:7
- Kılıçaslan İ., Bozan H., Göksu E. (2005) Türkiye'de acil servise başvuran hastaların demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 5(1):5-13
- Kuğuoğlu S. (2004) Acil Bakım. İçinde: Acil Bakım. Ed: Şelimen D., 3.Baskı. Yüce Yayım a.ş. , İstanbul, s:3-11
- Karadağarlı Ş., Eti Aslan F., Purisa S.(2008). Acil Hasta Şikayetlerinin Değerlendirme Adımları II: Değerlendirme Formunun Uygulanması. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 8(4):164.

- Koçel T. (2007) İşletme Yöneticiliği; Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonda Davranış, Klasik, Modern, Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar. 11. Baskı, Arıkan Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti., İstanbul, s: 12,15
- Lieber J., McConnell C. (2004) Management for the healthy professionals, fourth editions, USA
- MacPhail E. (2003) Overview of Emergency Nursing. In: Sheehy's Emergency Nursing, Mosby, USA 5th, p:4
- McKenzie L. (2000) Reducing risks while improving care. Dimensions Crit Care Nurs, 19(32): 6.
- Miral S.(2004) Tıp Eğitiminde İletişim Becerileri, Çağdaş Yöntem ve Teknikler. Tıp Eğitim Dünyası Dergisi,17: 35–42.
- Olgun N., Kuğuoğlu S. (2004) Acil Bakımda İletişim. İçinde: Acil Bakım. Ed: Şelimen D., 3.Baskı. Yüce Yayın a.ş. , İstanbul, s: 49
- Olgun N., Kuğuoğlu S. (2004) Acil Bakımda İletişim. İçinde: Acil Bakım. Ed: Şelimen D., 3.Baskı. Yüce Yayın a.ş. , İstanbul, s:49–50
- Olgun N., Kuğuoğlu S. (2004) Triyaj. İçinde: Acil Bakım. Ed: Şelimen D., 3.Baskı. Yüce Yayın a.ş. , İstanbul, s: 60-61
- Redley B., Beanland C., Botti M. (2003) Accompanying critically ill relatives in emergency departments. Journal of Advanced Nursing; 44(1): 88–98.
- Redley B. , LeVasseur SA. , Peters G. , Bethune E. (2003) Families' needs in emergency departments: instrument development. Journal of Advanced Nursing; 43(6): 606–615

- Sucu G., Cebeci F., Karazeybek E. (2009) Acil servisteki kritik hasta yakınlarının gereksinimleri ve karşılanma durumu. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergi*, 15(5):473–4.
- Şahin T.K. , v.d. .(2005) Meram Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Servisinde Yatan Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Araştırılması. *Genel Tıp Dergisi*, 15(4): 137–142.
- Tabak R. S., Somyürek İ. , (2008) Temel İlk Yardım ve Acil Bakım. Palme Yayıncılık, Ankara, s: 420
- Taviloğlu K. (2002) Politravmalı hastaya yaklaşım. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 5 (5): 5-12
- T.C. Resmi Gazete. Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. 11.05.2000, Sayı: 24046
- T.C.Resmî Gazete. Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. 16.10.2009, S: 27378
- T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998. S: 23420
- T.C. Resmi Gazete. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. 29.05.2009. S: 27214
- Tınmaz Ş.G. (2008) Acil Servislere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının memnuniyet durumlarının Değerlendirilmesine ve Bir Uygulama. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, , İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Nurettin Parıltı)
- Turan Ertem Ü., Akça Ay F. (ed) ( 2007) Hasta Kabulü ve Taburculuk. İçinde: Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. Keser Özcan N, Güneş B, Demir Işık R, Savran S, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s: 131–135.



- Ucak S., Keleş E.,Gülbahar D.S., Tırtıl F.G., Arslanhan E., Başat O. (2009) Acil Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hasta Tanı Dağılımlarının ve Hasta Sonlandırmalarının İrdelenmesi. 11. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. P003
- Uzun Ö., Özer N., Çevik A. R. (2002) Bazı Cerrahi Kliniklerde Ve Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Yatan Hastaların Ailelerinin Gereksinimleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, AÜTD, Erzurum, 34: 39–45
- Yardan T., Eden A.O., Baydın A., Genç S., Gönüllü H. (2008) Acil Serviste Hasta Yakınları ile iletişim. Akademik Acil Tıp Dergisi, 7(4): 9–13.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği (T.C. Resmi Gazete, 13 Ocak 1983, Sayı: 17927; 05 Mayıs 2005, Sayı: 25806
- Yılmaz S. (2008) İdeal Acil Servis Mimarisi. IV. Ulusal Acil Tıp Kongresi, Antalya.
- Yılmaz M. (2001) Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta Memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2): 71 -73.
- Zerenler M., Öğüt A. (2006) Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği, s: 505
- Yamanel L., Cömert B. (2003) Acil Dahiliye Başvurularında Demografik Özellikler Ve Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Kriterleri. s: 1–7
- Zenginol M. (2010) Gaziantep İli 112 Acil Ambulanslarının 3 Yıllık Çalışma Sonuçları. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Behçet Al )

## 9. EKLER

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma, İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde Acil Dahiliye Servislerine Başvuran Hasta Yakınlarının beklentileri ile bu beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile planlanmıştır.

Ankette, katılımcıların kişisel durum değişkenlerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim gibi) belirlemeye yönelik bilgi toplama, Acil Dahiliye servisinin fiziksel koşulları, aile üyeleri ile iletişim, aile üyelerinin bakıma katılması, konfor, aile üyelerinin desteklenme süreci ile ilgili ifadeler, her bir ifadenin sizin için ne kadar önemli olduğu, karşılanma-karşılanmama durumu ve kim/kimler tarafından karşılandığı ile ilgili sorular, bilgilendirme ile ilgili ifadeler, her bir ifade de yer alan bilgilendirmenin yapılıp yapılmadığı, yeterliliği ve kim tarafından yapıldığı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

Ankette yer almayan ancak dikkate alınmasını istediğiniz hususlar varsa, lütfen anketin sonuna ilave ediniz.

Anket formunda, kimlik bilgileri talep edilmemektedir. Kişisel durum değişkenlerine ilişkin bilgileriniz ile sorulara verdiğiniz cevaplar, araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır.

Katılımınız için teşekkürler.

**ŞEHRİBAN YÖNDEM**  
Haliç Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelikte Yönetim  
Yüksek Lisans Öğrencisi

**Yard. Doç. Dr. TÜMER ULUS**  
Tez Danışmanı

## AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Bu araştırma, İstanbul ilinde, bir üniversite hastanesinde Acil Dahiliye Servislerine Başvuran Hasta Yakınlarının beklentileri ile bu beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığının tespit edilmesi ve var ise karşılaşılan sorunların giderilmesi için çözüm önerilerinin oluşturulması amacı ile planlanmıştır.

Ankette, katılımcıların kişisel durum değişkenlerini (yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim gibi) belirlemeye yönelik bilgi toplama, Acil Dahiliye servisinin fiziksel koşulları, aile üyeleri ile iletişim, aile üyelerinin bakıma katılması, konfor, aile üyelerinin desteklenme süreci ile ilgili ifadeler, her bir ifadenin sizin için ne kadar önemli olduğu, karşılanma-karşılanmama durumu ve kim/kimler tarafından karşılandığı ile ilgili sorular, bilgilendirme ile ilgili ifadeler, her bir ifade de yer alan bilgilendirmenin yapılıp yapılmadığı, yeterliliği ve kim tarafından yapıldığı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

### **Bu Katılımcının/Hastanın Beyanı**

Yukarıda yer alan ankete başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

### **Katılımcının,**

Adı-Soyadı:

İmza:

## EK-1 (1)

### 1. Yaşınız?

- a) 18-24
- b) 25- 35
- c) 36-59
- d) 60 ve üzeri

### 2. Cinsiyet

- a) Erkek
- b) Kadın

### 3. Medeni durum

- a) Evli ( )
- b) Bekar ( )

### 4. Eğitim durumu

- a) Okuryazar değil ( )
- b) Okuryazar ( )
- c) İlkokul
- d) Lise ( )
- e) Lisans( )
- f) Diğer,

### 5. Konuştuğunuz dil?

- a) Türkçe
- b) Diğer

### 6. Mesleğiniz?

- a) Serbest meslek
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Ev hanımı
- e) Emekli
- f) Diğer, .....

### 7. Sosyal güvence

- a) Memur (çalışan)
- b) Emekli Sandığı
- c) SSK
- d) Bağ-Kur
- e) Yeşil kart
- f) Güvencem yok
- g) Diğer.....

### 8. Hastaya yakınlığı

- a) Kardeşi
- b) Eşi
- c) Annesi
- d) Çocuğu
- e) Diğer...

### 9. Hastaneye nereden geldiği?

- a) Doğrudan Acil Dahiliyeye başvurdum.
- b) Başka kurum tarafından sevk edildim.
- c) İTF' nin başka bir acilinden geldim.
- d) İTF' nin başka bir servisinden geldim.

### 10. Hastanızı acil servise yalnız mı getirdiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

### 11. Hastaneye geliş şekliniz?

- a) Yürüyerek
- b) Ambulansla
- c) Özel arabayla
- d) Tekerlekli araba
- e) Sedye
- f) Diğer

### 12. Yanıtınız hayır ise hastanızı kiminle getirdiniz?

- a) Bir sağlık çalışanı ile
- b) Akrabam/yakınım ile
- c) Diğer

### 13. İkamet ettiğiniz yer?

- a) İl merkezi
- b) İlçe
- c) Köy

### 14. Hastanıza ilk müdahaleyi kim yaptı

- a) Hekim
- b) Hemşire
- c) Diğer.....

### 15. Hastanız Acil Dahiliyeye hangi vardiya geldi?

- a) 08:00-16:00
- b) 16:00-24:00
- c) 24:00-08:00

### 16. Refakatçilik deneyiminiz

- a) İlk kez
- b) 1-2/yıl
- c) 3-4/yıl
- d) 5 ve üzeri/ yıl

### 17. Refakatçilik süresiniz?

- a) 1-7 saat
- b) 8-14 saat
- c) 15-21 saat
- d) 22 saat ve üzeri

### 18. Acil Dahiliye servisine kaçınıcı gelişiniz

- a) ilk
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ve üzeri

### 19. Hastanın geliş saati:

### 20. Hastanın çıkış saati:

### 21. Hastanın ön tanısı:

### 22. Hastanın tıbbi tanısı:

### 23. Acil Dahiliye servisini seçme nedeniniz?

- a) Hastanenin tanınmış olması
- b) Hekimlerin tanınıyor olması

- c) Sigorta şirketi ile hastanenin anlaşmalı olması
- d) Daha önceki hizmetlerden memnun kalınması
- e) Yakın olması
- f) Ulusal ve uluslar arası belgeye sahip olması
- g) Diğer,.....

**24. Acil Dahiliye servisini gerekli durumda tekrar tercih eder misiniz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**25. Başkasına Acil Dahiliye servisini tavsiye eder misiniz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**EK: 1(2)**

HASTA- HASTA YAKINI BİLGİ GEREKSİNİMLERİ		Sizin İçin Önem Düzeyi (1 2 3 4 5)	BİLGİLEN- DİRİLDİM		BİLGİNİN YETERLİLİĞİ (1 2 3 4 5)	BİLGİLENDİRME KİM TARAFINDAN YAPILDI		
Aşağıda bilgilendirme ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifade de yer alan bilgilendirmenin yapılıp yapılmadığı, yeterliliği ve kim tarafından yapıldığı ile ilgili yanıtınızı sayfanın sağ tarafında bulunan yere işaretleyiniz.  (1:Hiç Önemli Değil, 2:Önemli değil, 3:Kararsızım, 4:Önemli, 5: Çok Önemli)			Evet	Hayır		Hekim	Hemşire	Diğer (Belirtiniz)
26	Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar							
27	Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebileceğim							
28	Evdeki bakımında ne yapmam gerekliliği							
29	Evde acil bir sağlık sorunum olduğunda nereye başvurabileceğim							
30	Evde yardım için telefonla kimi aramam gerektiği							
31	İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmam gerektiği							
32	İlaçlarımın her birinin nasıl etki edeceği							
33	İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmam gerektiği							
34	İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerektiği							
35	İlaçlarımla ilgili olası yan etkilerin neler olduğu							
36	İlaçlarımın her birini ne zaman almam gerektiği							
37	İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebileceğim							
38	Hastalığımanın belirtilerinin neler olduğu							
39	Hastalığımanın nedeni/nedenlerinin neler olduğu							
40	Hastalığımanın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmam gerektiği							
41	Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önleyebileceğim							
42	Ağrımı nasıl giderebileceğim							
43	Yemem ve yememem gereken yiyeceklerin neler olduğu							
44	Acil bir durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabileceğim							
45	Klinikten eve nasıl gideceğim							

## EK: 1(3)

İFADELER	SİZİN İÇİN NE KADAR ÖNEMLİ					KARŞILANMA KARŞILANMAYAN DURUMU (MEVCUT DURUM)					SİZİN TARAFINDAN KARŞILANDI		
	Çok Önemli	Önemli	Kararsız	Önemli	Çok Önemli	Hip Karşılama	Karşılama	Kararsız	Karşılama	Tamamen Karşılama	Hekim	Hiçbir	Diğer
Aşağıda Acil Dahiliye ile ilgili ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar önemli olduğu, karşılanma-karşılanmama durumu ve kim/kimler tarafından karşılandığı ile ilgili yanıtınızı lütfen sayfanın sağ tarafında bulunan yere işaretleyiniz.													
46 Hasta kayıt işleminin eksiksiz yapılması													
47 Hasta kayıt elemanının nezaketi olması													
48 Resmi kayıt işlemlerinde kolaylık sağlanması													
49 Acil Dahiliye servisine kolay ulaşılabilirlik ve işaret levhalarının olması													
50 Laboratuvarların Acil Dahiliye servisine yakın olması													
51 Radyoloji, BT, MR, USG vb. gibi tıbbik yapılan yerlerin acil servise yakın olması													
52 Acil Dahiliye biriminde bulunan hasta ünitesinin temizliği													
53 Acil Dahiliye biriminde bulunan hasta ünitesinin düzeni													
54 Hastanın kullandığı tuvalet temizliğinin sağlanması													
55 Ünite temizliği ve düzeninin hastaya rahatsızlık verilmemesi, uygun zamanda yapılması													
56 Hastanın temiz yatağa yatırılması													
57 Acil Dahiliye biriminde hışırtı görülmemesi													
58 Hasta yatağının rahat olması													
59 Hastanın bulunduğu ünitenin sıcaklığı													
60 Hastanın bulunduğu ünitenin havalandırılması													
61 Hastanın bulunduğu ünitenin ışıklandırılması													
62 Hastanın bulunduğu ünitenin gürültüsüz ve sakin olması													
63 Hasta başında, çağrı zilinin bulunması													
64 Hasta ünitesinde gereksinim duyulan eşyaların çalışır durumda olması(priz vb.)													
65 Acil Dahiliye biriminde modem teşhizat ve teknolojinin olması													
66 Genel olarak Acil Dahiliye ünitesinin dış görünümünün iyi olması													
67 Hastanın sağlık çalışanları tarafından, günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması													
68 Tıbbik ve işlemlerde hasta ve hasta yakınlarına yardımcı olunması													
69 Hastanın kişisel eşyalarının gizliliği ve muhafazası													
70 Sağlık çalışanlarının yardımseverliği													





103	Hemşireye ulaşılabilirne kolaylığı																			
104	Hemşirenin uygulama becerilerinin yeterli olması																			
105	Yakınların bakımı ile ilgilenen sağlık çalışanlarının mesleki ünvanları (uzman hekim, asistan, hemşire) hakkında bilgi alınması																			
106	Yakınınız ile yalnız kalacağınız zamanın olması																			
107	Bazı belgelere imza atılması istenmeden önce yakınınızın durumu hakkında bilgi verilmesi																			
108	Hastaneye geldiğinizde sizi bir hekim ya da hemşirenin karşılaması																			
109	Aileyle ilgilenen sağlık personelinin bulunması																			
110	Hastanın ayrıntılı muayene edilmesi																			
111	Söylediklerinizin dinlenilmesi ve sizi anlamaları																			
112	Hasta ve hasta yakınına karşı nezaketli, saygılı ve anlayışlı olunması																			
113	Hastanın gizlilik ve mahremiyetinin sağlanması																			
114	Sağlık çalışanlarının, eşitlere karşı anlayışlı olması																			
115	Tıbbi malzeme ve bakıma yönelik malzemelerin hastane tarafından karşılanması																			
116	İlaçların hastane tarafından karşılanması																			
117	Hastaya güler yüzlü hizmet verilmesi																			
118	Sağlık çalışanının zamanında hizmet vermesi																			
119	Sağlık çalışanının hatasız hizmet vermesi																			
120	Sağlık çalışanının güvenilir olması																			
121	Acil serviste uzman doktorun bulunması																			
122	Hastahılda ile ilgili uzman kişilere rahatlıkla ulaşılabilirne																			
123	Konsültasyon hizmetinin zamanında yapılması																			
124	Vardiya değişimlerinde hasta ile ilgili bilgilerin tam olarak aktarılması																			
125	Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması																			
126	Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bantı kullanılması																			
127	Taburculuk işlemleri hakkında bilgi verilmesi																			



T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.İST.0.02.82.01 / Yİ.966  
Konu: Çalışma hk.

.../.../2010

22.12.2010\* 35234

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

**İlgi:** 17.09.2010 tarih ve 142 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şehriban YÖNDEM'in, Yrd.Doç.Dr. Tümer ULUS danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Acil Servislere Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentileri ve İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisine Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentilerine Yönelik Bir Araştırma" konulu çalışması ile ilgili Fakülte Yönetim Kurulunun 30.11.2010 tarih ve 1 nolu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

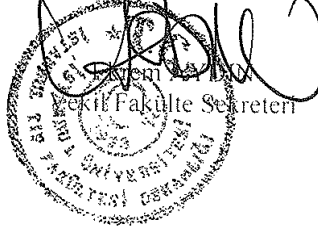
Prof. Dr. İlgin ÖZDEN  
Dekan Vekili

No:1

**30.11.2010 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:**

Tez Danışmanı Yard. Doç. Dr. Tümer ULUS'un danışmanlığında Fakültemiz Acil Dahiliye'de Sorumlu Hemşire olarak görev yapmakta olan Şehriban YÖNDEM'e ait, "Acil Servislere Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentileri ve İstanbul Tıp Fakültesi Acil Dahiliye Servisine Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentilerine Yönelik Bir Araştırma" başlıklı yüksek lisans ön projesinin Fakültemizde uygulanmasına karar verildi.

Aşlı Gibidir.





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

SAYI : B.30.2.HAL.0.42.00.00-42  
KONU:

17.09.2010

TC  
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**  
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**  
**2 NOLU KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞINA**

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Şhriban YÖNDEM' in Yrd.Doç.Dr.Tümer ULUS danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı **“Yönetici Hemşirelerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Karşı Alınan Önlemler”** konulu anketli projenin tarafınızdan etik açıdan değerlendirilmesi/onaylanması için gereğini bilgilerinize arz ederim.

Yard.Doç.Dr.Leman ŞENTURAN  
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü

Ek(1):Anket Formu

## 11.ÖZGEÇMİŞ

---

### KİŞİSEL BİLGİLER

---

**Adı Soyadı :** Şehriban Yöndem  
**Doğum Yeri ve Tarihi :** Tokat/14.07.1976  
**Medeni Hali:** Bekar  
**Yabancı Dil:** İngilizce  
**E-posta Adresi:** syondems@hotmail.com/ syondem@istanbul.edu.tr  
**Tel:** 0 533 5712652

---

### EĞİTİM VE AKADEMİK DURUMU

---

	<u>Mezun Olduğu Kurumun Adı</u>	<u>Mezuniyet Yılı</u>
<b>Lise</b>	Büyükçekmece Lisesi	1993–1994
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi	2003–2004

---

### İŞ TECRÜBESİ

---

<u>Görev</u>	<u>Süre (yıl-yıl)</u>
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (Hemşire)	1998–2006
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (Sorumlu Hemşire)	2006 (Devam Ediyorum)

---

### MESLEKİ DERNEK/KURUM ÜYELİĞİ

Çapa Hemşireleri Geliştirme ve Dayanışma Derneği  
Hematoloji-Onkoloji-Kemik İliği Transplantasyonu Derneği (HOKİT)

---

### Kazanılan Ödüller, Teşvikler ve Burslar

657 Devlet memuru Ödülü

---

### BİLDİRİLER/YAYINLAR

---

#### Posterler:

Lenfoma da Anti CD20 (Ritüximab) İnfüzyonu ile İlişkili İstenmeyen Etkiler Ve Hemşirenin Rolü/ 31.Ulusal Hematoloji Kongresi/Antalya/2004

---

---

Hepatik Ensefalopatide Hemşirelik Yaklaşımı/ Ulusal İç Hastalıkları Kongresi/ Antalya/ 2010

Gastro İntestinal Sistem Kanamasında Hemşirelik Yaklaşımı/ Ulusal İç Hastalıkları Kongresi/ Antalya/ 2010

**Sertifikalar:**

Acil Bakım Hemşireliği Sertifikası-Sağlık Bakanlığı Onaylı-2007

Travma ve Resüsitasyon Kursu (TRK) Eğitim Sertifikası-2010

**Katılım Belgesi:**

Hemşirelikte Haklar Çalıştayı. T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2010

Temel UMKE Eğitimi (7 Günlük). T.C.İstanbul Valiliği, İstanbul Sağlık Müdürlüğü 2010

---