

**T.C.  
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HASTA YAKINLARININ ACİL SERVİSLERDEKİ SORUNLARI  
VE  
HEMŞİRELERDEN BEKLENTİLERİ**

**ÖZNUR GÜRLEK**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Yüksel ARIKAN**

**Tez No: 2005-030**

**AFYON-2005**

## İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Tablolar.....	V
<b>ÖZET.....</b>	<b>1</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>2</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>3</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>4</b>
2.1. Kavramların Tanımı.....	4
2.2. Acil Servis Hizmetlerinin Gelişimi.....	6
2.3. Acil Bakım Hemşireliğinin Gelişimi.....	9
2.4. Acil Servis Standartları.....	13
2.5. Mesleki Sorumluluklar.....	14
2.6. Hasta ve Yaralıların Acil Servise Ulaştırılmaları.....	16
2.7. Acil Servis Ekibi.....	17
2.8. Acil ünitenin özellikleri.....	27
2.9. Acil servisler ve hasta aileleri.....	30
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>34</b>
3.1. Araştırmanın şekli.....	34
3.2. Araştırmanın Yeri.....	35
3.3. Araştırmanın örnekleme.....	36
3.4. Verilerin toplanması.....	36
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>56</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>63</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>66</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>71</b>

**TABLolar**

Tablo 1 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş durumlarına göre dağılımları.....	38
Tablo 2 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyet durumlarına göre dağılımları.....	39
Tablo 3 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının konuştuğu dil durumunun dağılımları.....	39
Tablo 4 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının öğrenim durumlarına göre dağılımları.....	40
Tablo 5 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının meslek durumlarına göre dağılımları.....	40
Tablo 6 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaşadığı bölgeye göre dağılımları.....	41
Tablo 7 : Hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık durumlarının dağılımları.....	42
Tablo 8 : Hasta yakınlarının hastalarını acil servise getirme şekillerinin dağılımları.....	42
Tablo 9 : Hasta yakınlarının hastayla birlikte geliş biçimlerine göre dağılımları .....	43
Tablo 10 : Hasta yakınlarının kaç kişi ile birlikte geldiklerine ilişkin dağılımları.....	43

Tablo 11 : Hasta yakınlarının hastalarının acil servise geliş nedenlerine göre dağılımları.....	44
Tablo 12 : Hasta yakınlarının sosyal güvenceye sahiplik durumlarına ilişkin dağılımları.....	45
Tablo 13 : Hasta yakınlarının son 1 yılda acil servise hasta getirmelerine ilişkin dağılımları .....	45
Tablo 14 : Hasta yakınlarının acil serviste hastalarını görebilme durumlarına ilişkin dağılımları.....	46
Tablo 15 : Hasta yakınlarının hastalarını görme isteklerinin nedenlerine ilişkin dağılımları .....	47
Tablo 16 : Hasta yakınlarının acil serviste, müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir güçlkle karşılaşma durumlarına ilişkin dağılımları.....	48
Tablo 17 : Hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı güçlüklere ilişkin dağılımları.....	48
Tablo 18 : Hasta yakınlarına hastalarının durumu ve acil serviste yapılacak işlemler hakkında açıklama yapılma durumuna ilişkin dağılımları.....	49
Tablo 19 : Hasta yakınlarının kendilerine yapılan açıklamayı yeterli bulma durumlarına ilişkin dağılımları.....	50
Tablo 20 : Hasta yakınlarına açıklamayı yapan görevlilere ilişkin dağılım.....	50
Tablo 21 : Hasta yakınlarının acil servislerde görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşamalarına ilişkin dağılımları.....	51

Tablo 22 : Hasta yakınlarının yaşadıkları iletişim sorunlarına ilişkin dağılımları...51	
Tablo 23 : Hasta yakınlarının iletişimde karşılaştıkları sorunlara karşı verdikleri tepkilerin dağılımları.....53	
Tablo 24 : Hasta yakınlarının bu acil servisten memnun kalma durumlarının dağılımı.....53	
Tablo 25 : Hasta yakınlarının bu acil servisten memnun kalmamasına neden olan etkenlerin dağılımı.....54	
Tablo 26 : Hasta yakınlarının acil serviste görevli hemşirelerden beklentilerine ilişkin dağılımları.....55	

## ÖZET

Bu araştırma, hasta yakınlarının acil servislerdeki sorunları ve hemşirelerden beklentilerini araştırarak, bu konuda yapılacak yeni girişimlere rehber olmak için yapıldı.

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servisine hastalarını getiren 125 hasta ailesi üzerinde gerçekleştirildi.

Hazırlanan 26 soruluk anket ile hasta yakınlarının demografik özellikleri, hasta birey ile yakınlık dereceleri, acil servis deneyimleri, acil servislerde karşılaştıkları sorunlar, acil servisten memnuniyetleri ve hemşirelerden beklentileri saptanmaya çalışıldı.

Veriler SPSS paket programı ile değerlendirilmiş, değerlendirmede; t-testi, ki kare testi ve varyans analizi yöntemleri kullanıldı.

Sonuç olarak, acil servislerde hasta ailelerinin çeşitli sorunlar yaşadıkları ve bu sorunlardan olumsuz yönde etkilendikleri, hemşirelerin bu sorunları gidermede önemli rol oynadıkları ve hasta ailelerinin beklentilerini karşıladıkları ölçüde acil serviste memnuniyetin artacağı saptandı.

**Anahtar Kelimeler;** Hemşirelik bakımı, beklenti, hasta yakını, acil servis, hasta.

## SUMMARY

This Research , is done to completely guide for new attempts about problems which patient families' face in Emergency Services, and expectations from Emergency Service Nurses.

Research, is completed on 125 Patient and their families in Afyon Kocatepe University Ahmet Necdet Sezer Research and Implementation Hospital Emergency Service.

Mini quiz which contains 26 questions is generated to determine patient relatives' demographic properties, relation degree with patients, experiences in Emergency Services, problems met in Emergency Services, Emergency Service satisfactions and expectations from Emergency Service Nurses.

Datas are appreciated with SPSS packet program; in investigation T test, variant analysis and qi square tests are used. In conclusion, following results are determined:

- 1) Patient families having some kind of problems in Emergency Services, and this problems causes negative effects on patient families.
- 2) The greatest role on solving these problems belongs to Emergency Service Nurses, and as they solve problems in Emergency services and answer expectations of patient families; satisfaction in emergency service will be increased.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Fiziki koşullar ve kendilerine bakım veren sağlık bakım üyelerinin tutumu ne olursa olsun, acil servise başvuran hasta ve hasta yakınları, diğer ünitelerde bulunan hasta ve hasta yakınlarından her zaman farklılık gösterirler. Hasta ile birlikte hasta ailelerinin de ani ve beklenmeyen bir durumla karşı karşıya kalmaları, hastalarında mevcut ağrı, solunum güçlüğü ve diğer klinik belirti ve bulguların varlığı, acil servis personelinin hasta yakınlarını bilgilendirecek ve endişelerini azaltacak iletişim tekniklerinin yetersizliği hasta ailelerinin değişik düzeylerde anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır ( 2, 3 ) .

Acil servis ünitesinin hasta için olduğu kadar, hasta ile aynı duyguları paylaşan hasta aileleri için de yabancı bir ortam olması, önceden görmedikleri bir takım insanların varlığı, araçların görünüşü ve çıkardığı sesler, ortamın gürültülü olması, genellikle tıbbi terminolojinin kullanılması ve hizmet veren ekibin uzun süren sessizlikleri, sinirli ve gergin tavırlar sergilemesi hasta yakınlarına durumun ciddi olduğu veya ölüm kavramının yakın olduğu düşüncesini yaşatabilir ( 2, 3 ) .

Acil serviste çalışan hemşireler çoğu zaman ekip içerisinde hasta ve hasta yakınlarına yakın konumda olan ve birebir hemşirelik bakımı veren ekip üyeleridir. Hasta ailelerinin yaşadığı anksiyetenin azaltılmasında, hasta için yapılacak tedavi ve tetkik işlemlerinde işbirliği yapma becerilerinin geliştirilerek hasta ailesini de bakıma katmada önemli bir rol oynamaktadırlar ( 4 ) .

Bu araştırmada;

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran hasta yakınlarının;

a) Acil servislerde yaşadıkları sorunları ve acil servis hemşirelerinden beklentilerini belirlemek,

b) Hasta bakımına katılımını sağlayacak, işbirliği yeteneklerinin geliştirilmesini sağlamak,



c) Acil servis ekibinin hasta yakınlarının yaşadıkları anksiyete ve nedenlerini anlamalarını sağlayarak, hasta yakınlarıyla kurulan iletişimin profesyonel temellere dayandırılmasını sağlamak amaç edinilmiştir.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Kavramların Tanımı**

Sağlıklı olma, bireylerin yaşamlarını mutlu olarak devam ettirmelerinde önemli etkenlerden biridir. İnsan sağlığı ruhsal yada bedensel yönden bozulabilir. Bu aşamada yapılması gereken, tedavi olmak amacıyla bir hastaneye başvurmaktır. Genellikle sağlıklı ya da hasta bireyin sağlık sistemine kabulü geleneksel bir yol olan hekime veya polikliniğe başvuru ile gerçekleşir. Ancak günümüz yaşam koşullarının getirdiği, hızlı ve teknolojik yaşam biçimine bağlı sağlık sorunları, bireyin tıbbi bakım altına girmesi için başka bir kaynak olan acil servis birimini kullanmalarını zorlamaktadır ( 1-3 ) .

Acil bakım, sağlıklı bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü bozan ve yaşamı tehdit altında olan bireyin ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın, zaman kaybedilmeden verilmesi anlamını taşımaktadır. Acil servis ise, yaşamı tehdit altında olan bireye zaman kaybedilmeden tıbbi müdahale ve bakımın yapıldığı yerdir ( 1-3, 7, 8 ) .

Acil bakım hemşireliği, hizmet kapsamı çok geniş olan, hasta ya da yaralının aritmi ve kriz gibi nedenlerle fiziksel, duygusal ya da sosyal sağlığını, esenliğini ve yaşamını tehdit eden durumların saptanması, tedavi ve bakım girişimlerinin planlanıp, uygulama ve değerlendirilmesi, evsiz kalan kişilerin barınak, yiyecek ve güvenlik gereksinimlerinin sağlanması gibi alanlarda bilgi, beceri ve deneyim gerektiren bir uzmanlık alanıdır ( 2, 3, 9-12, 57-59 ) .

Acil bakım hemşiresi; teşhis konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaşta hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır. Acil bakımda yürütülen hemşirelik işlevleri diğer klinik alanlardaki hemşirelik

işlevlerine benzerlik göstermekle birlikte çok sayıda bağımsız faktörün varlığı hemşirenin görev ve uygulamalarını karmaşık hale getirmektedir ( 54, 57-59 ) .

Bu faktörler:

- Zamanın sınırlı olması,
- Kişilerin durumlarının acil olması,
- Sınırlı bilgi elde edilebilmesi,
- Ameliyathane, yoğun bakım gibi diğer bir klinik bakım için aydınlatıcı bilgi gereksinimi olasılığının olması,
- Acil ortamdaki olanakların kısıtlılığı şeklinde sıralanabilir ( 54, 57-59 ) .

## **2.2. Acil Servis Hizmetlerinin Gelişimi**

Bireylerin kaza ve felaketlerde acil sağlık sorunlarını çözümlmek için girişimlerde bulunmaları insanlık tarihi kadar eskidir. Ülkemizin coğrafi konumu ve jeolojik yapısı nedeniyle, doğal afetlerle sık sık karşılaşılmakta, bunun yanında trafik ve iş kazalarında da her yıl artış olmaktadır. Ülkemizde meydana gelen her tür ani olay ve hastalıklar sonucu acil bakıma ihtiyaç duyan hasta sayısı giderek çoğalmaktadır ( 1,13-15, 50, 57-59 ) .

Acil tedavi ve acil ünite sorunu günümüzde tıbbın güncel ve önemli bir konusu olarak düşünülmekte, her şeyden önce insan yaşamının yitimini önlemek amacıyla çok sayıda araştırma yapılmakta ve çeşitli sağlık kuruluşlarındaki toplantılarda konu ciddi olarak ele alınmaktadır ( 2, 50 ) .

Acil Tıp Hizmetleri ( ATH ) 1870’li yıllarda Fransızların, yaralı askerlerini doktorların tedavi edebileceği savaş alanından uzak bir bölgeye taşınmalarıyla başlamıştır. Bu, ATH’ nin belgeli başlangıcıdır. Savaş alanında yaralıya herhangi bir tıbbi bakım verilmemekteydi. Buradaki amaç, yaralıyı olay

yerinden, tıbbi bakım alabileceği yere taşımaktı. Diğer savaşlarda da benzer acil hizmetler verilmiştir ( 50, 54, 57-59 ) .

Hemşire Clara Barton, Amerika'daki sivil savaşlar sırasında benzeri hizmetleri başlatmış, daha sonraki yıllarda da Amerikan Kızıl Haç'ının kurulmasında yardımcı olmuştur. I. Dünya savaşı sırasında, bir çok gönüllü ambulans şirketlerinde görev almıştır. Amerika'da, sivil ambulans hizmetleri 1900'lü yıllarda, bazı büyük şehirlerde başlatılmıştır. Buralarda da yine sadece transport yapılmış, tıbbi bakım hemen hemen hiç verilmemiştir. Küçük yerleşim yerlerinde ise, 1940'ların sonlarına kadar ambulans hizmetleri gözardı edilmiştir. II. Dünya savaşı sonrası, ağırlıklı olarak, yerel yönetimler tarafından ambulans taşımacılığı başlatılmıştır. Ambulans hizmetleri geliştikçe, hasta taşınırken acil bakım da verilmeye başlanmış ve itfaiye sorumlu kurum haline gelmiştir. Hastanelerin acil servisinde, hasta ve yaralılara verilen bakımın kalitesinin, olay yerinde başlatılan ve taşıma esnasında sürdürülen acil bakım ile arttığının farkına varılmasıyla, hastane öncesi acil bakımın önemi anlaşılmıştır. Dolayısıyla, hastane öncesi acil bakımın organize edilmesi ve bu hizmeti götürecektir özel eğitilmiş personel gereksinimi ortaya çıkmıştır ( 50, 54, 57-59 ) .

Özellikle Birinci ve İkinci Dünya Savaşları, Kore, Vietnam Savaşları ve ülkelerin kendi içlerinde oluşan anarşik olaylar, değişik türde yaralanmalar ve doğal afetlerin olması, travmaların ölüm nedenleri arasında dördüncü sırayı, sakatlıkların ise birinci sırayı alması ve diğer acil hastaların ilk tedavileri yapılamadığından ölüm oranının yüksek düzeye ulaşması, acil servislerin kurulması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır ( 1,16-18, 22, 50 ) .

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1960'larda modern acil tıp hizmetleri başlatılmıştır. 1966'da Ulusal Karayolları Güvenlik Hareketi, Taşımacılık Departmanını (DOT) finanse ederek Acil Tıp Hizmetlerinin standartlarının yükseltilmesine ve hastane öncesi acil bakımın kalitesinin artırılmasına yardımcı olmuştur. Birçok acil tıp teknisyeni kurslarının temeli burada atılmış ve geliştirilmiştir ( 50, 54, 57-59 ) .

1970'te Ulusal Acil Tıp Teknisyenleri Diplomasını Onaylama Kurulu, mesleki standartları ve yerel acil tıp hizmetlerini düzenlemek üzere görevlendirilmiştir. 1973'te Kongre, Ulusal Acil Tıp Hizmetleri Hareketini ( ATH ) ; A.B.D.'deki Acil Tıp Hizmetlerinin tamamlanması ve gelişmesi için yapılan federal girişimlerde köşetaşı görevi gördüğünü ifade etmiştir. O zamandan beri eyaletler, kendi ATH'lerinin kontrollerini daha etkin bir şekilde sürdürmektedirler ( 50, 54 ) .

Dünya Sağlık Örgütü ( WHO ) Teknik Grubu tarafından 1979'da yayınlanan Acil Tıp Servislerinin Planlanması ve Organizasyonu “ Planning and Organisation of Emergency Medical Services “ bülteninde, gelişmekte olan ülkelerin eğitim programları içerisine acil eğitimi almalarını önermekte, yalnız tıp fakültesi öğrencilerinin değil, aynı zamanda tüm sağlık personeli, kamu kesimi ve halkın da ilk yardım konusunda eğitilmesinin önemini vurgulamaktadır ( 3, 4, 19, 50 ) .

Acil servis sistemlerindeki gelişmeler şu aşamaları takip etmiştir;

1- Sistemler öncesi devre, 2- Erken öncü çabalar, 3- Sistemlerin örneklendirilmesi ve gerçekleştirilmesi, 4- Olgunlaşma, standardizasyon ve sabitleştirme evresi. Bu evreler iyi belgelenmiş politika ve hükümet faaliyetlerinin bir sonucu olarak gelişmiştir ( 23 ) .

Ülkemizin ilk yaygın ve organize ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilebilir. Ülkemizde var olan acil servislerin etkin hale getirilmesi 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde başlatılan Hızır Acil Servis çalışmaları ile başlatılmıştır. Bu servis 1989'da 34 il, 23 ilçeye yaygınlaştırılmıştır. 1987 yılına kadar 301.143 hastaya poliklinik hizmeti sunulmuştur ( 21 ) .

Körfez savaşı döneminde acil servis hizmetlerinin önemi daha da artmıştır. Ambulans planlaması, personel ve malzeme gereksinimleri, acil yardım ve kurtarma hizmetleri, haberleşme projesi detay çalışmaları ile ilgili kuruluşlarla

işbirliği ele alınmıştır İlk yardım konusunda personelin eğitim planlaması ve uygulaması yapılmıştır ( 2 ) .

### **2.3. Acil Bakım Hemşireliğinin Gelişimi**

Acil hemşireliği 1960'lardan itibaren ele alınmaya başlanmış, acil birimlerde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha farklı özelliklere sahip olmaları ve mutlaka özel eğitimden geçmelerinin gerekliliği üzerinde durulmuştur ( 1, 50, 57-59 ) .

1970'li yıllarda hemşirelikteki değişim ve bilimdeki gelişmeler branş hemşireliğinin oluşmasına olanak vermiştir. Özel bir hemşirelik branşı olarak acil hemşireliğinin de geniş bilgi tabanına dayalı, becerili ve hastanın gereksinimlerini karşılamada hizmet sağlayan rol ve sorumluluklarına yenilikler getirilmiştir ( 1, 50, 54, 57-59 ) .

1970 yılında A.B.D'de bir grup hemşire Emergency Department Nurses Association (EDNA)'ı kurmuştur. Böylece acil birim hemşireleri için profesyonel yetki standartları geliştirilmiş ve eğitim olanakları yaratılmıştır. 1975'de acil hemşireleri uygulamalarının standartlarını bastırması ve bu yayın EDNA ve American Nurses Association (ANA) yöneticileri tarafından onaylanmıştır ( 50, 54 ) .

Gelişmiş ülkelerde acil bakım hemşiresinin acil bakımdaki rol ve sorumluluğu gittikçe gelişmeye ve genişlemeye devam etmektedir. ABD de acil bakım hemşirelerinin yetkileri master diploması veya sertifika ile belgelendirilmiştir. Mezuniyet sonrası eğitim veren bu programlar 9 ile 24 ay sürmektedir ( 50, 54, 57-59 ) .

Acil hemşireliği sertifika programları 1980'li yıllarda başlamıştır.Bu programlar The Certified Emergency Nurse (CEN) tarafından yürütülmektedir. Sertifikaların 4 yıl geçerliliği vardır ve sertifika yenileme işlemi yeni bir sınavla yapılmaktadır ( 50, 54 ) .

Acil bakım hemşireliği uygulamaları birçok eyalette yasalarla düzenlenmiştir. Oregon hemşirelik uygulamalarında en fazla bağımsızlık olanağı sağlayan eyalettir ve bu eyalette hemşirelik uygulama alanlarını belirleme yetkisi Hemşirelik Birliği'nin sorumluluğundadır ( 50, 54, 59 ) .

American Academy of Nurse Practitioners (AANP) hemşireler için ulusal eğitim ve uygulama standartları belirlemiştir. 1992 yılında master veya daha yüksek düzeyde hemşirelik eğitimi almış olma ön koşulu ile Uygulama Hemşireliği sertifika programı başlamıştır. Ruhsat alan Uygulama Hemşireleri birçok eyalette belirlenmiş durumlarda reçete yazma yetkisine sahiptir ( 50, 54, 57 ) .

Ülkemizde özel eğitim görmüş acil bakım ekibinin olmayışı gibi nedenlerle henüz bu alanda batılı ülkeler düzeyine ulaşamamıştır. Acil ekibi içinde önemli yeri olan acil hemşirelik uygulamalarının, bu konuda özel eğitim almış hemşirelerce yapılmasının önemi açıktır ( 50, 54 ) .

Ülkemizde ise, hemşirelerin görev alanlarındaki bağımlı yada bağımsız işlevlerini yapmalarını engelleyen ve standartların çok gerisinde kalan 1954 Hemşirelik Yasası halen yürürlükte. Hemşirelik Ve Türk Hemşireleri Birliği kanun tasarısı 1994 yılında hazırlanmış ve 1998 yılında yenilenmiştir. Bu tasarı halen TBMM'nin gündeminde yer almayı beklemektedir. Bu yeni yasa tasarısında hemşireye ait görev, yetki ve sorumluluklar hemşirenin bakım verici, eğitici, yönetici ve araştırmacı rollerini içerecek şekilde tasarlanmıştır. Hemşireliği yetkili ve sorumlu bir meslek olarak tanımlamaktadır.

Ülkemizde acil hemşireliği konusunda olumlu gelişmeler de vardır. Vehbi Koç Vakfı'na bağlı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim Ve Araştırma Merkezi (SANERC) tarafından 1992 yılından itibaren her yıl 6 hafta süreyle "Acil Bakım Hemşireliği Kursu" düzenlenmekte ve Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı sertifika verilmektedir ( 1, 50, 54 ) .

Ayrıca ülkemizde 1993 yılında Acil Tıp Uzmanlığı, 1996-1997 eğitim-öğretim döneminde de Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde başlamıştır. 1999 yılında Acil Tıp Derneği

bünyesinde Acil Hemşireliği Komisyonu kurulmuş ve halen faaliyetlerine devam etmektedir. Ülkemizde acil hemşireliği alanında ilk kitap 1990 yılında İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu öğretim elemanları tarafından yazılmıştır ( 1, 50, 54 ) .

En son olarak 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı çalışma ile öncelikle kendi bünyesinde bulunan hastanelerde çalışan acil servis hemşirelerini kapsayacak şekilde 2 ay süreli, teorik ve pratik bölümden oluşan kurs programı hazırlanmıştır. Pilot bölge olarak Ankara ili seçilmiş ve ilk uygulaması yapılmış, diğer illerde de kursun tekrarlanması planlanmıştır ( 1, 2 ) .

Türkiye, Acil Sağlık Hizmetlerinde sorunlar yaşayan ve bunları aşmak için her türlü çabayı sarf etmeye hazır bir potansiyele sahiptir. Bu konuda yıllarca somut adım atılmamıştır. Acil Tıp konusunda ilk somut adım, 1993 yılında İzmir 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesinde Acil Anabilim Dalının kurulması ve uzmanlık eğitiminin başlaması olmuştur. Bu arada Türkiye'nin her tarafından Acil Tıp Sistemine ilgi duyanlar İzmir'e gelerek ya da yazarak iletişim kurmaya başlamıştır ( 1-4 ) .

Acil Tıp Sisteminin en önemli parçası olan ambulanslar da bu dönemde büyük şehirlerimizde kullanılmaya başlanmıştır. Daha önce belediyelere bağlı olarak hizmet veren Hızır Ambulanslar artık Sağlık Bakanlığı bünyesinde hizmete başlamıştır. Tam donanımlı ambulanslarda vaka yerine doktor gitmeye başlamış ve olay yerinde hastaya müdahale, acil kurtarma ve yaralı taşıma-nakletme gibi konular konuşulmaya ve tartışılmaya başlanmıştır. Bu ambulanslarda çalışacak paramedikler de ilk kez İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi'nde yetiştirilmeye başlanmıştır. Bunca gelişme yanında artık sivil bir kuruluşa da gerek olmuş ve bunun ilk tohumları da İzmir'de atılmıştır ( 1 ) .

Ülkemizde Acil Hemşireliği Komisyonu 2. Acil Tıp Sempozyumu sonrasında hemşirelerin yoğun ilgisi olduğu görülerek oluşturulmuştur. Dört kurucu üye ile çalışmalarına başlayan komisyon şu anda çeşitli hastanelerin acil servislerinden gelen hemşirelerin katılımı ile 7 üye olarak çalışmalarını sürdürmektedir ( 46 ) .

Acil Hemşireliği Komisyonu Hedefleri ;

1. Acil hemşireliği kavramını geliştirmek,
2. Acil hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarını belirlemek ve acil servislerde çalışan hemşirelerin kullanacakları standart geliştirmek,
3. Öncelikle İzmir ili içindeki hastanelerde çalışan Acil servis hemşireleri arasında iletişim sağlamak, belli çalışma standartları geliştirme konusunda fikir alışverişinde bulunmak,
4. Acil hemşirelerinin sorunlarını belirlemek ve çözüm önerileri üretmek,
5. Acil hemşirelerinin acil bakım konusunda eğitim almış hemşirelerden oluşmasını sağlamak için sürekli eğitim olanakları yaratılması için çalışmak,
6. Dünyada acil hemşireliği ile ilgili gelişmeleri takip ederek bunların tüm hastanelerdeki Acil hemşirelerine duyurulmasını sağlamak ( 50, 54 ) .

#### **2.4. Acil servis Standartları**

Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) Acil Tıbbi Bakım konusunda aşağıdaki düşünceleri savunmaktadır;

1. Acil Tıbbi Bakım herkes için eşit koşullarda ulaşılabilir olmalıdır.
2. Uygun, nitelikli acil tıbbi hekim ve hemşire bakımına giriş sınırlandırılmamalıdır.
3. Hastane öncesi sağlık hizmeti verenler, Acil Servislerde hizmet verenler ve yataklı tedavi bölümlerinde hizmet verenler arasında engelsiz ve kesintisiz bir devamlılık olmalıdır.
4. Hastaların değerlendirilmesi, yaklaşımlar, tedavileri ve bakımlarının sonuçlandırılması her basamakta ve her birim düzeyinde aynı kalitede, aynı özellikte, uygun, yeterli ve hastaya yarar sağlayıp zarar vermeyecek bir nitelikte olmalıdır.
5. Her hastanın ihtiyacını karşılamak için geliş zamanından, değerlendirme, karar verme, tedavi ve sonuca (taburcu, yatış, sevk) kadar gerekli tüm alet ve sarf malzemeler Acil Servislerde hazır ve çalışır konumda bulunmalıdır.



6. Acil Servis hekim hemşire ve diğer sağlık personelleri tıbbi bakım sisteminin vazgeçilmez bir parçasıdır. Acil Servis çalışanları, hastane öncesi ve yataklı birimlerdeki diğer sağlık çalışanları ve sosyal hizmetler elemanları ile etkili iş ilişkileri sağlamalı ve bu kişilerle ortaklaşa hizmet vermelidir ( 50, 54 ) .

### **2.5. Mesleki sorumluluklar**

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 ( 50, 51, 55 ) .

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 ( 46, 51, 54-56 ) .

Problemlerin nedeni ve çözümü aşamasında başlatılan iletişim, hasta ve yakınları ile sağlık çalışanları olarak doktor ve hemşire arasında yoğun bir şekilde devam ettirilir. Doktor ve hemşire, hastanın acil servise ilk müracaat ettiği andan itibaren tıbbi öykü ve tedavi planı için veri toplama aşamasında hasta ve yakınlarından bilgi toplar, fizik muayene yapar, laboratuvar tetkikleri için gerekli girişimlerde bulunur. Bu aşamada doktor ve hemşirenin yaklaşımı ve iletişimi, hasta problemlerinin saptanmasına yönelik olarak gerçekleşmektedir. O nedenle doktor ve hemşire bu başlangıç mesleki sorumlulukları yönünden iyi değerlendirmek zorunda olduklarını bilmelidirler ( 50, 51, 54, 55 ) .

Mesleki sorumluluğun başlangıç ve diğer aşamalarında çalışanların başarılı sonuçlara ulaşabilmesi için yöneticilerin organizasyona yönelik durumları incelemeleri değerlendirmeleri ve uygun girişimlerde bulunmaları gereklidir ( 54 ) .

1. Acil Servisler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım arayan her hastanın değerlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli personeli bulundurmaları zorundadırlar. Acil Servisler bu hizmeti kolaylaştırmak üzere dizayn edilmeli ve gerekli alet ve malzemelerle donatılmalıdır.
2. Uygun tıbbi bakım, günün 24 saati, haftanın 7 günü verilmelidir. Bu bakım bizzat acil serviste bulunan, acil tıp konusunda eğitilmiş ve yeterli tecrübeye sahip sorumlu bir uzman hekim, mümkünse acil tıp uzmanı ve acil hemşiresi tarafından sağlanmalıdır.
3. Acil hastaların değerlendirilmesi ve stabilizasyonu acil bakım arayan her birey için sağlanmalıdır. Hastanın sosyal sağlık güvencesinin veya maddi imkanlarının yeterli olup olmaması, hastanın ilk değerlendirme, gerekli hayat kurtarıcı girişimlerin ve tedavilerin yapılmasını engellemez. Hastaların ücretlendirilmeleri, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 57'e göre düzenlenir.
4. Acil servisler sundukları hizmetlerin özelliklerini anlatan aktif halk eğitim programları düzenlemeli ve bu hizmeti daha verimli ve etkin halde geliştirmek için belirli zaman aralıklarında hizmetlerini sorgulamalıdır.
5. Acil servisler, acil sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut sistemleri desteklemeli, gerekli ise tıbbi yönlendirmeler ve önerilerde bulunmalıdır. ( 1, 45 ) .

## 2.6. Hasta ve yaralıların acil servise ulaştırılmaları

Ülkeler Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri'ni: İtfaiye, Polis ve Ambulans üçgeninde organize etmişlerdir. Acil durumlarda, polis olay yerinde güvenliği sağlamak, gerekli adli kayıtları tutmak ve delilleri toplamak; itfaiye, yangınla mücadele ve kurtarma işlemleri (yanan binadan, kaza sonrası sıkışan araçtan v.b.); Ambulans (sağlık ekibi) yaşam desteğini sağlamak ve yaralıyı uygun hastaneye nakletmekle yükümlüdürler ( 20, 49, 57 ) .

Yaralının genellikle yapıldığı gibi herhangi bir araçla nakli, bu araçta gerekli donanım bulunmadığı için son derece sakıncalıdır. Ambulansta bulunan tıbbi donanım özellikle şokla mücadele ve travma vakasının fiksasyonu amacına yönelik hazırlanmıştır. Böylece acil vakaların önlenebilir ölümlere karşı korunmasının yanısıra, nakledilmesi sırasında oluşan sakatlanmaların önlenmesi de hedeflenmiştir ( 25, 49, 57 ) .

Acil Yardım hizmetinde temel prensip erken dönemde müdahaledir. Acil vakaya hızlı ulaşabilmek için şehir geneline dengeli dağıtılmış istasyonlarda her an hazır bekleyen ekipler ve özel telefon hatları organize edilmiştir. Böylelikle olaya ilk tanık olan kişiden başlayıp hastane acil servisine kadar uzanan bir Acil Yardım Zinciri ortaya çıkmıştır. Acil hasta veya yaralıya yaşam kurtarıcı etkinin sağlanabilmesi için vatandaşın da rol aldığı uluslararası bir model olan Acil Yardım Zinciri 5 halkadan oluşmaktadır:

Acil yardım zinciri ;

1. Yaşam kurtaran acil müdahale: Olaya ilk tanık olan kişinin ilk anda yapması zorunlu olan (elektrik çarpmasında şalterin kapatılması, baygın kişinin yanan ortamdaki uzaklaştırılması gibi) işlem,
2. Yardım çağırma: Türk Ceza Kanunu'nun 476. Maddesi, yardıma muhtaç haldeki kişiyi, hükümetin ilgili memuruna bildirmeyen kişinin cezalandırılacağını belirtir. Bildirim için büyük binalarda yangın zilleri, otoyollardaki telefon noktaları gibi özel olanakların yanında, genel telefondan ücretsiz aramaya açık

112 No'lu acil yardım hattı kullanılabilir. Kartlı telefonlar, kart olmaksızın kullanılabilir. Burada dikkat edilecek husus, hasta veya yaralının yalnız bırakılmamasıdır,

3. Yardım bekleme: En uygun koşullarda bile uzman yardımın gelmesi en az 5 dakika sürebilecektir. Bu süre boyunca hasta veya yaralının yalnız bırakılmaması, (yangın benzeri) zorunluluk yoksa yerinde bırakılması, uygun pozisyon verilmesi, basit müdahaleler (kanamaya tampon yapılması, üzerinin örtülmesi gibi) uygulanması ve en önemlisi psikolojik destek verilmesi gerekmektedir,

4. Ambulans ekibi: Doktor yönetiminde yardımcı sağlık personeli ve şoförün görev yaptığı ekip stabilizasyon ve transporttan sorumludur. Vakanın ve bölgenin durumuna göre olay yerinde verilecek yaşam desteği, nakil endikasyonu, hastane seçimi konularında yetkilidir. Bazı ülkelerde (örneğin Almanya) acil vakaların her hangi bir araçla taşınmaları, (araçta şokla mücadele donanımı olmaması nedeniyle) yasaklanmıştır,

5. Hastane: Hastaneye ulaşan her hastanın kaydedilmesi, stabilizasyonu, hızlı tanı ve tedavisi veya usule uygun sevk edilmesi işlemlerinden sorumludur(50, 54).

### **2.7. Acil Servis Ekibi**

Acil servisler, kaza geçiren ya da acil girişim gerektiren hastaların tıbbi değerlendirmesinin ve tedavilerinin sağlandığı yerler olup, bu servislerde çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, belirlenen bir misyon dahilinde çalışmaları gerçekleştirmektedir. Acil servislerin genelde misyonu; acil hasta ve ailelerin acil tedavi ve bakımlarının belirlenen amaçlara odaklanarak multidisipliner ekip yaklaşımı ve güvenli bakım çerçevesi içinde uygulanması olarak belirtilebilir. Bu uygulamalarda hasta ve ailesinin en iyi sağlık hizmetini en az maliyetle alması da amaçlar arasındadır ( 50, 54 ).

Acil ünitelerin organizasyonunda çalışan elemanların türü, nitelik ve niceliği çok önemlidir. Ünite görevli personel üç grupta toplanır. Bunlar;

- a) İdari işlerde çalışanlar ( yönetici, sekreter, teknisyen, müracaat ve temizlik görevlileri )
- b) Sağlık hizmeti verenler ( hekim, hemşire ve hastabakıcılar )
- c) Yardımcı hizmet grubu ( fizyoterapist, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, röntgen teknisyeni, laborant ) ( 2, 58 ) .

Acil sağlık ekibinde kişisel yeteneklere, mesleki rol ve sorumluluklara bağlı olarak zaman zaman görev veya yetki alanlarında karmaşa gelişebilir. Bu karmaşa sürekli iletişim, işbirlikçi yaklaşım ve verilen hizmetin değerlendirilmesi ile çözülebilir.

Ünitelerde görevli personel sayısı, saat olarak harcanması gereken zaman, hastaların sayısı ve hastalığın ciddiyetine göre hesaplanır. Eğer ünite önemli sayıda ve ağır hastalara hizmet veriyorsa, günde 24 saat sürekli görev yapacak sayıda personel gereklidir. Yoğun hizmet vermeyen ünitelerde günde 16 saatlik çalışma süresi yeterli olacaktır ( 2, 58 ) .

Acil bakımın karakteristik özelliği acil bakım ekibinin entegre olmuş doğasıdır. Bakımın kalitesi takım kavramına bağlıdır. Sağlık sisteminde takım ruhu ve karşılıklı saygının çok önemli olduğu bölümlerden biridir. Acil ekibinin tüm üyeleri iş ortakları gibi çalışarak ölüm oranını düşürmek amacıyla hastaya optimum bakım verirler ( 2-4, 10, 20, 24 ) .

Yataklı bir kurumda acil servis ekibi, yerel yönetim ve genel sağlık hizmeti sorumlularının, hastane yönetimi veya varsa acil birim komitesi tarafından ortaklaşa düzenlenen bir organizasyon ile, hekim, hemşire gibi değişik disiplinlerden meslek üyelerinin birlikte belirledikleri, acil bakım standartları ile ilgili olarak ortak amaçlar doğrultusunda sunulan, acil tedavi ve bakım hizmetlerini koordine dağılımla ve belirli görev, yetki ve sorumlulukları üstlenen profesyonel ve nonprofesyonel kişilerden oluşur ( 2, 58 ) .

Acil serviste çalışan tüm meslek üyelerinin ortak amacı; acil hastalanma ve yaralanma durumunda gerekli bakımı en erken zamanda başlatmak, gerekiyorsa tanı işlemleri ve cerrahi girişim için hastayı hazırlamak ve bu şekilde acil durumlara bağlı fiziksel ve ruhsal engeller ile ölümleri en aza indirmektir (2).

Acil bölüm ekibi; hastane öncesi müdahale ekibi, hemşire, hekim, sosyal çalışma uzmanı, aile danışmanı, solunum terapisti ve diğer gerekli çalışanları kapsar. Hastane öncesi müdahale ekibinin en etkin üyesi acil tıbbi teknisyendir ( 1 ).

Acil tıbbi teknisyen ( ATT ), bir sağlık profesyoneli olarak hemen her gün bir felakete karşılaşır. Ani hastalıklar ve kazalara bağlı yaralanmalarda, ilk yardımda hastanın doğru taşınması sırasında acıları dindirmeye, ölüm oranını azaltmaya yönelik işlevlerde bulunur. Ancak acil tıbbi teknisyenliği ile ilgili henüz ülkemizde yerleşik bir kavram ve görev alanı olmadığından, ayrıca bu görevi üstlenen kişilerin yetersizliğinden hasta, yaralı ve ailesine verilen zararlar konusunda hastane öncesi acil bakım hizmetlerine zaman zaman dikkat çekilmiştir ( 1, 2, 20, 25, 26, ).

Hastane öncesi acil bakımın bir parçası olan ATT'ler, genellikle kritik durumdaki hasta ya da yaralılara ilk anda müdahale eden, kişilerdir. Acil tıbbi komite tarafından, ATT, yaşam zincirinin anahtarı, olarak tanımlanmaktadır. ATT' nin bilgi merkezinde, organize edilmiş etkin değerlendirme, hareket planı geliştirme, acil tedavi, triaj ve nakil için karar verme becerisi olmalıdır. Çünkü, hastanın yaşaması için bunlar gerekmektedir. ATT, her yaşta ve çok değişik durumdaki hastayla, belkide uygunsuz çevre koşullarında karşılaşacaktır (50, 54).

Bilim ve teknolojinin gelişimine paralel olarak ATT' nin sorumlulukları da artacaktır. O nedenle, ATT, gereksinim duyulan alanlarda kendini geliştirmekle yükümlüdür. Her an ölümle yaşam arasında karar vermek zorunda kalabilen ATT, buna hazırlıklı olmalıdır; acil bakım verirken, içgüdüsel ve kendine güvenerek hareket etmelidir. Tüm acil bakım profesyonellerinde olduğu gibi ATT de olay

yerinde vereceği acil bakımı neden ve nasıl yapması gerektiğini bilirse daha etkin olacaktır. Acil bakımı neden ve nasıl yapacağını anlayabilmesi için, ATT'nin eğitim aşamasında yönlendirilmesi gerekir ( 50, 54 ) .

Acil bakım hekimi, hastaların tıbbi bakım ve tedavisinden sorumlu olan ve acil servis ekibinde lider rolünü üstlenen ekip üyesidir ( 2 ) .

1960 yılından önce hastanelerdeki hekimler, acil ünitelerde tek başlarına oldukça güç ve yorucu bir görevi üstlenmekteydiler. 1961 yılında A.B.D.'de bir grup hekim tam gün ( full-time ) çalışma planına göre “Acil Hekimlik” sistemini oluşturdular ve plana “ Alexandria” adını verdiler. Michigan’da bir hastanede 60 hekimin planladıkları ve sürekli çalışan bir “Acil Hekimlik Ünitesi” oluşturuldu ve bu plana da “Pontiac” adı verildi. 1968 yılında ise “Amerikan Tıp Uzmanlar Kurulu” acil hekimliğini, 23. tıp bilim dalı olarak kabul etti ( 1, 2 ) .

Acil tedavide hekimden beklenenler; en kısa sürede girişimde bulunması, belli bir disiplin içinde davranması, tıp mesleğinin gerektirdiği bir çok şeyi düşünerek uygulaması, gerektiği kadar bilgi ve beceriye sahip olması, hayatı kurtaracak şekilde karar vermesi, hukuk kurallarına uymasındır ( 1, 27, 28 ) .

Acil bakım hemşiresi, teşhis konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır. Hemşirelik, hastalığa cevaba uyum çabaları süresince hastanın fonksiyon düzeyinde ve/veya tepkilerindeki değişiklikleri tanıma ve değerlendirmeye dayanmaktadır. Hemşirelik bakımı, hemşirenin bağımsız fonksiyonlarını geliştirici olan, hemşirenin her tür mesleki niteliklerini geliştirmesine fırsat veren, hasta ve hemşireye doyum sağlayan bakım şeklinde olmalıdır. Hemşirelik bakımının bunları içermesi için sistematik bir şekil alması gerekir. Böylece birey için neyin nerede, ne zaman, hangi amaçla ve nasıl yapılacağı ve bunların yarattığı sonuçlar sistemli bir şekilde gösterilecek ve uygulanabilecektir. Acil serviste ağır yaralı hastanın öncelikle, hızla değerlendirilmesi ve hayat kurtarıcı tedavinin

başlatılması gerekir. Geçen süre çok önemli olduğundan acil bakım hemşiresinin, sistematik bir bakım planıyla yaklaşımı arzulanır ( 29, 30-33, 50, 52, 59 ) .

Özel eğitimden geçmiş, acil alanında uzman olan hemşirelerin temel sorumluluğu, esas değerlendirmeyi (tanılamayı) ve etkin hasta sınıflandırmasını (trajı) yapmaktır; hızlı hasta devrini sağlamaya, hızla gereksinimlere yanıt vermeye, bakım vermeye, hava yolu açmaya, yeterli sirkülasyonu ve perfüzyonu sağlamaya, hekimin isteklerini yürütmeye, hasta ve ailesine danışmanlık etmeye, eksiksiz ve doğru kayıt sağlamaya ve gereken diğer destekleyici faaliyetlere katılır ( 9, 50, 52, 59 ) .

Acil duruma dönüşecek ciddi sorunları, hastayı dikkatle tanıma yeteneğini kullanarak ortaya çıkarması, acil hemşiresini, hasta bakım ekibinin değerli bir üyesi durumuna getirir. Bu beceriler birden kazanılmaz; bu nedenle acil birim hemşirelerinin uzman hemşireler olduğu kabul edilmeli ve sürekli orada görevlendirilmeleri sağlanmalıdır; kadro güçlükleri olsa da kuruluşun diğer ünitelerinde görevlendirilmemelerine özen gösterilmelidir ( 9, 50, 52, 59 )

The Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO) tarafından acil hemşireliğinin görevleri şu şekilde tanımlanmıştır.

- 1) Tüm uygulama ve girişimleri etik kurallara uyarak yapma
- 2) Hastanın esas şikayeti ve tıbbi öyküsü hakkında ayrıntılı bilgi alma ve kayıt etme
- 3) Mevcut duruma odaklaşan uygun fiziksel muayene yapma ve kayıt etme
- 4) Hastanın primer tanılması için uygun radyografik ve laboratuvar tetkiklerini isteme , laboratuvar örnekleri alma ve gönderme
- 5) Yaşam bulgularını ölçme ve değerlendirme
- 6) Hasta bakım planı hazırlama
- 7) Acil girişimde bulunma ( 50, 54 ) .



Sbaih'in makalesinde belirttiği gibi 1982'de Lewis ve Bradbury, kaza ve acil yardım ünitelerindeki hemşirelerin rolünü incelemişlerdir. İnceleme sonucunda hemşirelerin çoğunun, yara dikme ve yarayı değerlendirme gibi teknik alanlarda çalışmayı tercih ettikleri, bir kısmının ise, hastalarla ilişki kurma, doktor istemine göre pansuman yapma ya da yöneticilik, deneticilik rolünü daha çok benimsedikleri görülmüştür ( 34 ) .

1991 yılında İngiltere'de 6 hastanenin acil servisinde çalışan hemşireler üzerinde yapılan araştırmada; hemşirelerin bir acil birim hemşiresinden beklenen psikososyal problemlerle baş etme, hastaya servisin uygun kullanımı hakkında bilgi verme ve durumu ağır olan hastalara bakım verme gibi işleri yapmak yerine teknik işleri yaptıkları görülmüştür ( 35 ) .

Ülkemizde hemşirelik alanında yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu hemşirelerin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik araştırmalardır. Bu araştırmaların çoğunluğunda hemşirelerin bilgi düzeylerinin önemli ölçüde yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır. Acil tedavi ve acil girişim ile ilgili bilgi düzeyinin hemşireler arasında yetersiz olması acil müdahale açısından oldukça anlamlı bir sonuçtur (36).

Acil hemşirelik bakımı, karmaşık, birincil ve akut, kapsamı geniş, bilgi ve beceri gereksinimi bulunan, hastalığın teşhisine yardımcı ve sağlığı destekleyici özelliklere sahiptir ( 1 ) .

Acil Hemşireler Birliği, acil hemşirelik bakımını akut olarak ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik sorunların tanısı, tedavisi ve değerlendirilmesi olarak tanımlamaktadır ( 3 ) .

Bu tanım kapsamında hemşirelerin kendi görev alanları içerisine giren acil bakım hizmetlerini yürütebilmeleri için kapsamlı bir eğitimden geçmeleri ve belli bu eğitimin yenilenmesi gerekmektedir. Eğitim programı hemşireleri, durumu hızlı ve doğru bir biçimde değerlendirmeye, özellikleri saptayarak

sınıflandırma ( triyaj ) yapmaya, uygun ve etkili müdahalede bulunmaya, doğru iletişim kurmaya hazırlayacak nitelikte olmalıdır ( 37 ) .

Dünyada acil hizmetlere verilen önemin artması, bu hizmet sektöründe yer alan hemşirelik hizmetlerinin de değişimine yol açmıştır. Bu gelişmeler sonucunda triyaj hemşireliği ve önemi tartışılmaya başlanmıştır. Triyaj, sınıflamak ve seçim yapmak anlamına gelen bir sözcük olup, hasta ve yaralının, hastaneye yatırılması, tedavi ve nakli konularında önceliklerin saptanması amacıyla yaralanma tiplerine ve mevcut durumlarına göre sınıflandırılmasıdır ( 9). Budassi acil durumları dört sınıfa ayırmaktadır. Bunlar;

- 1.grup; yaşamı tehdit edici bir acil durumu olan hasta,
- 2.grup; 5-60 dakika içinde tedaviye yönelik müdahale gerektiren hastalar,
- 3.grup; bakımı 4-6 saat geciktirilebilecek hastalar,
- 4.grup; acil olmayan tedavi için kliniklere gönderilebilecek hastalardır ( 9 ) .

Triyajda lisanslı bir hemşire görev alıp, hemşirenin tanıya yönelik prosedürleri başlatma, fiziksel muayene gibi görevleri bulunmaktadır. Sınıflandırma yapmanın amaçları;

1. Hastanın zaman geçirmeden değerlendirilmesi,
2. Öncelik sınıflaması,
3. Bakımla ilgili birim ya da birimlerin doğru olarak belirlenmesi ve enfeksiyon kontrolü,
4. Hasta akışının kontrolü,
5. Tanıya yönelik girişimlerin başlaması,
6. Acil bakımın başlaması,
7. Hasta eğitimi ( 9, 50 ) .

Günümüzde sınıflandırma işlemi görevi için en uygun kişinin kaza ve acil bakım hemşireliğinde geniş bilgi ve deneyime sahip ya da özel bir eğitimden geçmiş bir hemşire olduğu kabul edilmektedir ( 9 ) .

Bulut'un 1999'da yaptığı araştırmaya göre hemşirelerin %68.5'i hasta sınıflandırması yaptıklarını, %31.3'ü yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler triyajı acile kabul edilen hastaların durumun aciliyetine göre müdahale etme olarak tanımlamışlardır. Hemşirelerin % 61.4'ünün bu görevi kendi görevleri olarak benimsediği, %38.6'sının ise benimsmediği ortaya çıkmıştır ( 10 ) .

Günümüzdeki teknolojinin hızla ilerlemesi acil bakım hizmetlerinde yeni bir kavram olan "Telefonda Triyaj" kavramını ortaya koymuştur. Telefon triyajı, sağlık bakım hizmetlerinin uygun kullanımı ve hizmetlerin en az maliyetle verilmesini sağlamaktadır. Telefon hemşireleri hastaya gereksinimleri hakkında bilgi vererek, önerilerde bulunurlar, ancak teşhis koymazlar ( 38 ) .

1997'de Dale J ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, haftanın yedi günü acil servise gelen telefonların %93'üne hemşirelerin cevap verdiğini saptarken, benzer bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun ihtiyaçları olduğu zaman telefonla acil polikliniği aradıkları, % 91.3'ünün hemşireler tarafından yapılan yönlendirmelerden memnun kaldıkları saptanmıştır ( 39, 40 ) .

Acil servislerdeki hemşirelik bakımına yönelik hasta memnuniyeti araştırıldığında, hastaların çoğu hemşirelerin bilgi vermesinden memnun olduklarını belirtmişlerdir ( 41-43 ) .

Acil servislere triyaj hemşireliği ve telefon triyajının entegre edilmesinin acile başvuran hasta sayısını ve hizmetin maliyetini azaltacağı ve bunun sonucunda hasta ve yakınlarının memnuniyetini arttıracığı düşünülmektedir ( 9 ) .

Hemşirenin triyajdaki rolü özet olarak aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır.  
Bunlar;

1. İlk değerlendirme,
2. Fiziksel muayene,
3. Teşhise yönelik işlemlerin başlatılması,
4. Kayıt ve Bildirim,
5. Hastanın uygun tedavi birimine gönderilmesi ( 3 ) .

Acil bakım hemşiresinin taşıması gereken nitelikler;

1. Acil serviste çalışabilecek temel bilgiye sahip olmalı,
2. Kendi stresi ile baş edebilmeli,
3. Yaptığı işlerin sorumluluğunu alabilmeli,
4. Kişiler arası iletişim kurabilmeli,
5. Değişen durumlara hızla uyum sağlayabilmeli,
6. Olaylar karşısında paniğe kapılmamalı,
7. Acil serviste çalışmayı sevmeli,
8. Liderlik özelliği olmalı,
9. Bakım ve tedavide hızlı çalışmalı, doğru karar verebilmelidir ( 1, 11, 12 ) .

### **2.8. Acil ünitenin özellikleri**

Acil servisler bağlı buldukları hastanelerin vitrini olarak değerlendirilirler. Halkın tüm hastane hakkındaki görüş, kanaat, ve fikirleri genellikle o hastanenin acil departmanında edindikleri izlenime dayanmaktadır ( 7 ) .

Acil tedavi uygulamaları genelde tüm hastanelerin ayrı bir ünitesinde, kliniklerinde ya da merkezinde gerçekleştirilir. Yataklı tedavi kurumlarına bağlı acil ünitelerin amacı, üniteye başvuran hastaların aciliyetlerinin derecelerine göre

bakım ve tedavi sunarak, yaşamsal tehlikenin ortadan kalkmasını sağlamaktır ( 2 )

Acil ünite, günün ve geleceğin gereksinimlerine göre kurulmalı ya da varolan 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 ( 2 ) .

Acil üniteler, şüphesiz afetlerin ve kazaların yönlendirilmesinde çok önemli bir rol oynarlar ve uygun kuruluş tasarımı bu olayların yönetimini kolaylaştırır. İyi düzenlenmiş bir acil bölümü, hasta bakım kalitesinde gelişme, hasta akışında düzelme ve bölümdeki görevlilerde daha fazla iş doyumunu sağlar ( 1, 2, 44, 45 ) .

Acil ünitelerin fiziksel olarak dizaynında dikkat edilmesi gereken hususlar 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 ( 7 ) .

Acil ünitenin hastane sınırları içinde lokalizasyonu da önemli bir konudur. Çünkü hastanın personelin merdiven veya asansörde zaman

kaybetmesini ve güç duruma düşmelerini önler. Genellikle hastanenin ön kapısında ilk katta ve hastane giriş-çıkışından uzak, merkezde yerleşmesi gerekir ( 2 ) .

Büyük bir acil servis, verimli bir acil servistir. Odalar arasındaki kapılar, kabinler, koridorlar, depolar ve lavabolar geniş olmalıdır. Geniş alanlar, personelin rahat çalışmasını sağlar.Girişte ya da girişe yakın bir yerde içeri alınmayı bekleyenler için oturma yerleri, telefonlar, okumak için dergi, gazete, broşür yerleri olmalıdır ( 7 ) .

Acil servisler hasta bakımı için gerekli olan güvenli ortamı sağlamak için dizayn edilmelidir. Başvuran tüm hastalara uygun bir değerlendirilme ve muayene olabilmek imkanı sağlamalıdır. Hastanenin ana girişinden itibaren acil servise ulaşılabilecek en kısa yollar ışıklı levhalar ile işaret edilmelidir ( 1-3, 45 ) .

Acil servisin girişi yer ile aynı seviyede olmalı, sedye ve tekerlekli sandalye ile gelen hastaların girişleri kolay olmalıdır. Acil servis girişinin üzeri kapatılmalı, hastalar araç veya ambulandan inip acil servise girerken hava şartlarından olumsuz yönde etkilenmemelidirler ( 45 )

Acil Servisler çalışanların, hastaların ve hasta yakınlarının güvenliği sağlayacak koşullarda dizayn edilmelidir. Girişte mutlaka güvenlik personeli, ve sabit veya el tipi metal dedektörler bulunmalıdır. Acil servisler mümkün olduğunca hastaların görsel ve işitsel mahremiyet haklarını koruyacak şekilde dizayn edilmelidirler ( 45 ) .

Acil departmanda 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 deski,
8. Doktor çalışma alanı ve deski,
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 istirahati ve giyinip soyunması için odalar,
16. Güvenlik ofisi,
17. X-Ray, tomografi odaları,
18. Film değerlendirme odası,
19. Laboratuvar,
20. Kirlı malzeme odaları,
21. Temiz malzeme odaları,
22. Yönetim ofisleri,
23. Eczane,
24. Küçük travma odası,
25. Alçı odası ( 1, 7, 45 - 47 ) .

Sonuç olarak acil departman dizaynında bir çok konu göz önünde bulundurulmalı ve dizayn bunlara göre yapılmalıdır. Gerekli odaların tip, sayı ve büyüklükleri belirlenmeli, tahmini maliyet ve gerekli mali kaynaklar bulunmalı, hasta akış şeklinin nasıl olacağı kararlaştırılmalı, odaların dizaynında ilgili personele danışılmalı, sonra proje mimarlara devredilmeli, bina hasta bakımına açılmadan son bir kez gözden geçirilmelidir. Ayrıca hasta ve yaralıların mahremiyetine önem verilmeli, ambulans girişi ve ayaktan gelen hasta girişi, çocukların girişi ayrı yerlerden olmalıdır. Çok acil vakalar, az acil vakalardan ayrı yerlerde tedavi edilmelidir. Akut bakım odaları, hemşire çalışma alanının yanına planlanmalıdır. Travma odaları çok acil hasta girişinin ve ambulans hastaları girişinin yanında olmalıdır. Acil bakım alanları, akut vakalar, meslek hastalıkları veya gözlem içinde kullanılabilecek özellikte olmalıdır. Ayrıca afetler ve olağanüstü haller için boş alanlar planlanmalıdır ( 44 - 48 ) .

## 2.9. Acil servisler ve hasta aileleri

Aile, evlilik ve kan bağına, karı-koca, ana-baba, çocuk ve kardeşler gibi ilişkilere dayalı olan en küçük toplum birimi, kurumu, bir iletişim grubu örneğidir. Aile içinde bulunduğu bölgenin, çevrenin, toplumun özelliklerini taşır, yetişen kuşaklara bu özellikleri aktarır ( 2, 51, 55, 56 ) .

Ailede sağlık anlayışı toplumun kültürü ile yakından ilgilidir. Çünkü kültür, toplumun bir üyesi olarak kişi tarafından kazanılmış bilgi, inanç, gelenek ve alışkanlıkları içine alan bir bütündür. Hastanelerde hasta aileleri konum olarak kurumun ve rutin işlerin dışında bulunur. Acil servislerde genellikle tüm ilgi hasta üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ancak bu sırada ünitenin kapısında bekleyen aile ile içerideki hastanın bir bütün olduğu unutulup, aile sadece hasta için gerekli olan bazı malzemelerin aldırılmasında veya bürokratik işlemlerin yürütülmesinde kullanılmaktadır ( 2, 51, 55 ) .

Acil servislerde hem hastanın hem de hasta ailesinin gereksinimlerini karşılamak için zaman bulmak pek de kolay değildir. Aile hastanın hastalığını, gidişini ve tedavisini bilmek ister, buna karşın profesyonel uygulama sıklıkla bu bilgileri hasta ailesine vermeme eğilimindedir. Acil ünite de çalışan sağlık ekibi rahatsız edici olmayan, duygusal olarak yorucu durumların, gereksiz iş veya zaman kaybının olmadığı sorunsuz bir mekan ister ( 2, 51, 55, 56 ) .

Yapılan birçok araştırmada hemşirelerin çalışmalarında yaşadıkları sorunların başında hasta ailesinden kaynaklanan sorunlar gelmektedir. Bu sorunlardan en önemlisi hastayı ziyaret etmede ısrar, ikincisi ise ailelerin kalabalık gruplar halinde gelmeleridir ( 2, 3 ) .

Bir hasta ani bir kaza veya hastalık sonucu hastaneye getirilirse ailesi o andaki durumu göğüsleyecek güçte olmayabilir. Acil bakım ifadesi hasta aileleri için ürkütücü bir anlam taşır. Bu nedenle acil servise hastalarını getiren ailelerin içinde bulunduğu durum oldukça güçtür. Eğer onların duygularını anlamak için çaba gösterilmez ve önemsenmediklerini hissederlerse daha da sinirli ve endişeli olacaklardır. Kendilerini ihmal edilmiş hisseden aileler sağlık personeline karşı



tehdit etmeye kadar varan düşmanca davranışlar gösterebilmektedirler ( 2, 51, 55, 56 ).

Craft ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada akut hastalığı olan bir hastanın aile üyelerinin, acil üniteye geldiklerinde streslerinin oldukça yüksek olduğu, sigara kullanımlarının arttığı ve tıbbi direktiflere daha ters düştükleri saptanmıştır ( 50 ).

Hasta ailelerinin durumu algılamalarını etkileyen faktörleri Solursh aşağıdaki gibi belirlemiştir;

1. Travmanın ani ve önceden beklenmeyen bir durum oluşu,
2. Travmaya maruz kalan birey ile aile bireylerinin ilişkisi,
3. Sorumluluk, öfke ve suçluluk duygusu,
4. Travmanın derecesi ve aile üzerindeki yaratacağı etki
5. Daha önceki deneyimler,
6. İletişim yetenekleri,
7. Yaş,
8. Psikolojik durum,
9. Hastalık ya da yaralanmanın algılanışı,
10. Entelektüel kapasite,
11. Destek sistemleri,
12. Kişisel değerler, inançlar ve yaşam tarzı ( 1, 2 ).

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 katılması sağlanmalıdır. Ancak bu yaklaşımın kullanılması ile ailenin güveni sağlanarak acil bakım için engel değil, gerekli bir unsur haline almaları sağlanabilir. Ekip üyeleri hasta ailesine gerekli bilgileri vermeli, ekiple nasıl temas kurulacağını anlatmalıdır (1, 2) .

Acil servislerde, hasta ailelerine hemşirelerin kullanacağı yaklaşım üç tip hemşirelik becerisini gerektirir; bilgi verme, yönetme ve bakım. Hemşirelerin görevi bu durumlarda ailelere yaşadıkları sorunla baş edebilmeleri için yardımcı olmada bu becerileri nasıl kullanabileceklerini bilmektir ( 2 ) .

Bu becerilerden en önemli olanı bilgi vermedir. Yalın, açık ve doğru bilgi ailenin o anki ihtiyacını karşılayacaktır. Bu bilgiler yazılı ya da sözlü olabilir. Ancak aile ile yüzyüze yapılan konuşmalar daha etkili olup, aileye hastalarının hemşire için önemli olduğunu vurgular ( 2 ) .

Hemşire terapötik bir ortam hazırlayarak hasta ailelerinin endişe ve duygularını anlatmalarını ve soru sormalarını cesaretlendirmeli, hasta bakımına katılmaları için olanak vermelidir (1, 2 ) .

Travma duygusunu yoğun yaşayan bu ailelere yardım edecek acil ekibinin de psikolojik desteğe gereksinimi olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle Amerika'da bazı hastanelerin geliştirdiği "psikotravmatoloji" bölümü kendi elemanlarını travmadan sonra gelişebilecek hastalıklar konusunda duygusal ve beceri yönünden hazırlamaktadır. Özel eğitilmiş olan bu kişiler, acil ünite doktor, hemşire, diğer personel, hasta ve ailesi ile birlikte çalışmakta ve bu kişilerde ortaya çıkabilecek krizi durdurmaktadır. Bu yaklaşımla aile ile ilgilenmek zaman alıcı ve gereksiz olarak tanımlanmaktan çıkarak hastaya ve ekibe destek sağlayan bir unsur haline almaktadır ( 49 ) .

Acil servise kabul edilen hastalar, genelde acil çözümlenmesi gereken bir problemle birliktedirler. Bu problemler beklenmedik bir zamanda ve hastanın planlamadığı bir süreçte aniden gelişmiş ya da bir doğal afet, kaza ve çatışma sonunda ortaya çıkmış olabilir. Hasta ve yakınları ani gelişen bu durum karşısında şaşkın, öfkeli, korkulu ve yaşamlarının tehdit altında kaldıklarını hissederler. Yoğun bir stres içinde problemlerinin tanımlanmasını ve çözümünün en kısa zamanda gerçekleşmesini beklemektedirler. Bekleme sürecinin çeşitli nedenlerden dolayı uzaması, hasta ve yakınlarının daha stresli olmasına ve sağlık çalışanlarından beklentilerinin de giderek değişmesine ve iletişimin problemleri bir boyuta ulaşmasına neden olabilir ( 46 ) .

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın şekli :

Araştırma, hasta yakınlarının acil servislerde yaşadıkları sorunları ve hemşirelerinden beklentilerini belirlemek amacıyla, Kasım 2004 – Ocak 2005 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine müracaat eden hastaların yakınları üzerinde yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri :

Araştırma, Kasım 2004 - Ocak 2005 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde yapılmıştır.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi 21 Eylül 1998 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile yapılan protokol çerçevesinde oluşturulmuştur. Afyon İl Sağlık Müdürlüğü binalarının bir bölümünün devralınmasıyla 18 Ekim 1998 tarihinde açılan hastanede, ilk etapta poliklinik hizmetleri verilmeye başlanmıştır. Araştırma hastanesinin 1. yataklı bölümü ise 22 şubat 2000 tarihinde açılarak hizmet vermeye başlamıştır. Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi sağlık hizmetlerini kırmızı, mavi ve pembe hastane olmak üzere 3 birimde vermektedir.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi Şubat 2003' te Kırmızı Hastanede hizmete açılmıştır. Acil servis kırmızı hastanenin giriş katında yer almakta olup, yetişkin ve çocuk acil olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Acil serviste 6 hemşire, 3 acil tıp teknikeri görev yapmaktadır. Acil serviste çalışan hemşirelerin hepsi lisans mezunudur. Çalışma saatleri 08-16 ve 16-08 şeklinde düzenlenmiştir. 08-16 saatleri arasında biri sorumlu hemşire olmak üzere 2 hemşire, 1 acil tıp teknikeri görev yapmaktadır. 16-08 saatleri

arasında 2 kişi nöbet tutmaktadır. Hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesinden başhemşirelik sorumludur. Acil serviste hekimlik hizmetlerini 2 adet acil tıp uzmanı ( yrd.doç ) ve acil tıp asistanları yürütmektedir. Ayrıca diğer birimlerde görevli asistanlar rotasyon şeklinde acil serviste görev almaktadırlar. Acil serviste hasta transportu ve temizlik işlerinden sorumlu olmak üzere her şifftte 2 yardımcı personel görev yapmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın örnekleme :**

Araştırmanın örneklemini Kasım 2004 – Ocak 2005 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine müracaat eden 125 hasta yakını oluşturmaktadır. Hasta yakınları basit rastgele örneklem yöntemiyle seçilmiştir.

### **3.4. Verilerin toplanması :**

Görüşme formunun hazırlanması: Hasta yakınlarının acil servis hemşirelerinden beklentilerini belirlemek amacıyla ilgili literatür taramalarından yola çıkılarak bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formunun ilk kısmını, hasta yakınlarının yaşı, cinsiyeti, dili, öğrenim durumu, mesleği, yaşadığı bölge gibi bilgileri içeren demografik veriler oluşturmaktadır. Hazırlanan 26 soruluk anket ile hasta yakınlarının demografik özellikleri, hasta birey ile yakınlık dereceleri, acil servis deneyimleri, acil servislerde karşılaştıkları sorunlar, acil servisten memnuniyetleri ve hemşirelerden beklentileri saptanmaya çalışılmıştır.

Ön uygulama: Anket formunun ön uygulaması, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine müracaat eden hasta yakınlarından 10 hasta yakını üzerinde yapılmıştır

**Anket formunun uygulaması:** Anket formları hasta yakınlarına araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Hasta yakınlarına anket formlarının amacı açıklanarak, anketleri doldurmaları istenmiştir. Anket formları 08-16 ve 16-08 çalışma saatlerinde uygulanmıştır. Hasta yakınlarını araştırmanın amacı açıklanmış ve izinleri alınmıştır. Anket formlarını doldurmak istemeyen hasta yakını olmamıştır.

**Verilerin değerlendirmesi:** Veriler toplandıktan sonra ilgili istatistiklerin yapılabilmesi için veriler kodlanmıştır. Hasta yakınlarının açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar gruplandırılmıştır. Daha sonra verilerin SPSS paket programı ile istatistik çalışması yapılmıştır.

#### **4. BULGULAR**

Acil servise müracaat eden hastaların yakınlarının acil servislerde yaşadıkları sorunlar ve acil servisteki hemşirelerden beklentilerini araştırmak amacıyla yapılan bu çalışmada 125 hasta yakınından yararlanılmıştır.

Araştırmada hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, konuştuğu dil, öğrenim durumu, mesleği, ikamet ettiği bölgeye ait verileri tablo 1, 2, 3, 4, 5, 6 ' da verilmiştir.

**Tablo 1 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş durumlarına göre dağılımı**

Yaş	Birey sayısı	Yüzdelerik %
18-22 yaş	5	4,0
23-27 yaş	13	10,4
28-32 yaş	17	13,6
33-37 yaş	25	20,0
38-42 yaş	28	22,4
43-47 yaş	16	12,8
48-52 yaş	12	9,6
53-57 yaş	7	5,6
58-62 yaş	1	,8
63-67 yaş	1	,8
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100.0</b>

Tablo 1’de hasta yakınlarının yaşlarına göre dağılımı incelendiğinde % 4’ünün 18-22 yaşında , % 10.4’ünün 23-27 yaşında, %13.6’sının 28-32 yaşında, %20.0’sinin 33-37 yaşında, %22.4’ünün 38-42 yaşında, %12.8’inin 43-47 yaşında, %9.6’sının 48-52 yaşında, %5.6’sının 53-57 yaşında, %0.8 ‘inin 58-62 yaşında, %0.8’inin 63-67 yaşında olduğu görülmektedir.

Tablo 1’ de de görüldüğü gibi hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 28 kişi - % 22,4 ) 38 – 42 yaşları arasında olduğu saptanmıştır

**Tablo 2 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyet durumlarına göre dağılımı**

Cinsiyet	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Kadın	51	40,8
Erkek	74	59,2
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde %40.8’inin kadın, %59.2’sinin erkek olduğu görülmektedir.

**Tablo 3 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının konuştuğu dil durumunun dağılımı**

Konuştuğu Dil	Birey Sayısı	Yüzdelerik %
Türkçe	125	100,0

Tablo 3’te hasta yakınlarının konuştuğu dile göre dağılımı incelendiğinde %100’ünün Türkçe konuştuğu ve başka dili konuşan olmadığı görülmektedir.

**Tablo 4 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının öğrenim durumlarına göre dağılımı**

öğrenimi	Birey sayı	Yüzdellik %
İlköğretim	40	32,0
Lise	48	38,4
Yükseköğretim	37	29,6
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4'te hasta yakınlarının öğrenim durumuna göre dağılımı incelendiğinde %32'sinin ilköğretim, %38.4'ünün lise, %29.6'sının yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 4'te de görüldüğü gibi hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 48 kişi - % 38,4) lise mezunu olduğu saptanmıştır.

**Tablo 5 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının meslek durumlarına göre dağılımları**

Meslek		
Mesleği	Birey sayısı	Yüzdellik %
Serbest meslek	36	28,8
Memur	40	32,0
İşçi	4	3,2
Ev hanımı	33	26,4
Emekli	5	4,0
Diğer	7	5,6
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 5'te hasta yakınlarının meslek durumlarına göre dağılımı incelendiğinde %28.8'inin serbest meslek, %32'sinin memur, %3.2'sinin işçi, %26.4'ünün ev hanımı, %4'ünün emekli, %5.6'sının diğer mesleklerle uğraştığı görülmektedir.



**Tablo 6 : Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaşadığı bölgeye göre dağılımları**

Yaşadığı Bölge	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Ege Bölgesi	117	93,6
Marmara Bölgesi	2	1,6
İç Anadolu Bölgesi	3	2,4
Akdeniz Bölgesi	3	2,4
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6’da hasta yakınlarının yaşadığı bölgeye göre dağılımı incelendiğinde %93.6’sının Ege, %1.6’sının Marmara, %2.4’ünün İç Anadolu, %2.4’ünün Akdeniz Bölgesi’nde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 6’da da görüldüğü gibi hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 117 kişi - % 93,6 ) Ege bölgesinde yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırmada hasta yakınlarının hastaya olan yakınlığı, hastayı acil servise nasıl getirdiği, hastayı kaç kişi ile birlikte getirdikleri, hastanın acil servise geliş nedenine ait veriler tablo 7, 8, 9, 10, 11’ de verilmiştir.

**Tablo 7 : Hasta yakınlarının hastaya olan yakınlık durumlarının dağılımı**

Yakınlığı	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Aile üyesi	104	83,2
Yakını	18	14,4
Tanımiyor	3	2,4
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7’de hasta yakınlarının hastaya yakınlığına göre dağılımı incelendiğinde %83.2’sinin aile üyesi, %14.4’ünün yakını, %2.4’ünün hastayı tanımadığı görülmektedir.

Tablo 7’de de görüldüğü gibi hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun ( 104 kişi - % 83,2 ) aile üyesi olduğu saptanmıştır.

**Tablo 8 : Hasta yakınlarının hastalarını acil servise getirme şekillerinin dağılımı**

Getirme Şekli	Birey Sayısı	Yüzdelerik %
Yürüyerek	1	,8
Ambulans	20	16,0
Özel araba	99	79,2
Diğer	5	4,0
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 8’de hasta yakınlarının hastalarını acil servise nasıl getirdiğine ilişkin dağılım incelendiğinde %0.8’inin yürüyerek, %16’sının ambulans ile, %79.2’sinin özel araba ile, %4 ‘ünün diğer şekillerde ( otobüs-minibüs ile ) getirdiği görülmektedir.

**Tablo 9 : Hasta yakınlarının hastayla birlikte geliş biçimlerine göre dağılımları**

Yalnız mı Getirdiği	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Evet	60	48,0
Hayır	65	52,0
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 9’da hasta yakınlarının hastayla birlikte geliş biçimlerine göre dağılımı incelendiğinde %48’inin yalnız, %52’sinin birileri ile beraber getirdiği görülmektedir.

**Tablo 10 : Hasta yakınlarının kaç kişi ile birlikte geldiklerine ilişkin dağılımları**

Kişi Sayısı	Birey sayısı	Yüzdelerik %
1 kişi	23	18,4
2-4 kişi	32	25,6
5 veya daha fazla	10	8,0
<b>Toplam</b>	<b>65</b>	<b>52,0</b>
Yalnız getirenler	60	48,0
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 10’da hasta yakınlarının hastalarını kaç kişi ile birlikte getirdiğine ilişkin dağılım incelendiğinde % 18.4’ünün 1 kişi, %25.6’sının 2-4 kişi, %8’inin 5 veya daha fazla kişi ile birlikte getirdiği görülmektedir.

Tablo 10’da da görüldüğü gibi hasta yakınlarının yanındaki kişi sayısına bakıldığında çoğunluğunun ( 32 kişi - % 25,6 ) 2-4 kişi ile birlikte geldikleri saptanmıştır

**Tablo 11 : Hasta yakınlarının hastalarının acil servise geliş nedenlerine göre dağılımları**

Geliş Nedeni	Birey sayısı	Yüzdellik %
Trafik kazası	14	11,2
Yanık ve Yabancı Cisim Batması	8	6,4
İş Kazası	7	5,6
Düşme	9	7,2
Kesi	6	4,8
Zehirlenme	5	4,0
Yüksek Ateş	14	11,2
Karın Ağrısı	20	16,0
Kalp Damar Hastalıları	9	7,2
Üriner Sis. Böbrek Hast.	5	4,0
Solunum Sist. Has.	14	11,2
Nörolojik Hast.	5	4,0
Gastrointestinal Sist. Hast.	9	7,2
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 11’de görüldüğü gibi hasta yakınlarının hastalarının acil servise geliş nedenlerine ilişkin dağılımları incelendiğinde çoğunluğunun ( 20 kişi - % 16,0 ) karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdukları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının sosyal güvence durumları, acil servis deneyimleri, acil serviste hastayı görebilme durumları ve hastalarını görme isteklerinin nedenlerine ait verilere ilişkin dağılımları tablo 12, 13, 14, 15’ te verilmiştir.

**Tablo 12 : Hasta yakınlarının sosyal güvenceye sahiplik durumlarına ilişkin dağılımları**

Sosyal Güvencesi	Birey sayısı	Yüzdellik %
Var	117	93,6
Yok	8	6,4
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 12’de hasta yakınlarının hastalarının, sosyal güvenceye sahiplik durumlarına göre dağılımı incelendiğinde % 93,6’sının sosyal güvencesinin olduğu, % 6,4’ünün sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir.

**Tablo 13 : Hasta yakınlarının son 1 yılda acil servise hasta getirmelerine ilişkin dağılımları**

Son 1 yılda Acil Servise Gelip Gelmediği	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Evet	90	72,0
Hayır	35	28,0
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 13’de hasta yakınlarının acil deneyimi araştırıldığında % 72’ sinin son 1 yılda acil servise hasta getirdiği, %28’inin hasta getirmediği saptanmıştır.

**Tablo 14 : Hasta yakınlarının acil serviste hastalarını görebilme durumlarına ilişkin dağılımları**

Hastayı Görebiliyor mu	Birey sayısı	yüzdelerik %
Evet	107	85,6
Kısmen	15	12,0
Hayır	3	2,4
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 14’de hasta yakınlarının hastalarını acil serviste görebilmelerine ilişkin dağılımları incelendiğinde % 85,6’sının hastayı görebildiği, % 12’sinin kısmen görebildiği, % 2,4’ünün de göremediği görülmektedir.

Tablo 14’de görüldüğü gibi hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 107 kişi - % 85,6 ) acil serviste hastalarını görebildikleri saptanmıştır.

**Tablo 15 : Hasta yakınlarının hastalarını görme isteklerinin nedenlerine ilişkin dağılımları**

Hastayı görme isteği nedeni	Birey sayısı	Yüzelik %
Hastanın güven ve destek ihtiyacını karşılama	53	27,2
Merak ve endişe giderme	46	23,6
Bilgi alma	36	18,5
Bakım ve tedaviye yardımcı olma	28	14,4
Acil servis ekibine güvenmeme	3	1,5
Hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşılama	29	14,9
<b>Toplam</b>	<b>195</b>	<b>100,0</b>

\* Deneklerden birden fazla neden belirten olmuştur.

Tablo 15’de görüldüğü gibi hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun ( 53 kişi - % 27,2 ) hastalarını görmek istemelerinin nedeni, hastanın güven ve destek ihtiyacını karşılamak olduğu saptanmıştır. Acil servise başvuran hastalar kadar, hasta yakınları da hemşirenin bakım alanına girmektedir. Onlar da endişe, anksiyete yaşarlar. Bundan dolayı birbirlerini görmek isteyerek endişelerinin azaltmaya, hastalarına güven ve destek vermeye çalışırlar. Bu nedenle hastalarını görme beklentisi içerisindeyler .

Araştırmaya katılan hasta ailelerinin acil serviste müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir engelle karşılaşma durumları, karşılaştıkları güçlüklerle ait verilere ilişkin dağılımları tablo 16 ve 17’ de verilmiştir.

**Tablo 16 : Hasta yakınlarının acil serviste, müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir güçlükle karşılaşma durumlarına ilişkin dağılımları**

Güçlükle Karşılaştı mı	Birey sayısı	Yüzelik %
Evet	23	18,4
Hayır	102	81,6
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 16’da hasta yakınlarının acil serviste müdahale ve bakımı engelleyecek güçlüklerle karşılaşma durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde % 18,4’ ünün güçlüklerle karşılaştığı, % 81,6’ünün herhangi bir güçlüklerle karşılaşmadığı görülmektedir.

**Tablo 17 : Hasta yakınlarının acil serviste karşılaştığı güçlüklerle ilişkin dağılımları**

Karşılaşılan Güçlükler	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Doktoru bekleme	7	5,6
Hastanın acil servise nakledilmesine bağlı güçlükler	7	5,6
Hastanın ekonomik yetersizliği	17	13,6
Tetkikler Sırasında Bekleme	15	12,0
Bilgi Alamama	16	12,8
Resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürler	27	21,6

Tablo 17’de hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 17 kişi - % 13,6 ) ekonomik yetersizliklerden , ( 15 kişi - % 12,0 ) resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürlerden kaynaklanan sorunlar nedeniyle güçlük yaşadıkları saptanmıştır.

Bu soruyu müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir sorunla karşılaşan 23 hasta yakını yanıtlamıştır.

\* Deneklerden birden fazla güçlük belirten olmuştur.

**Tablo 18 : Hasta yakınlarına hastalarının durumu ve acil serviste yapılacak işlemler hakkında açıklama yapılma durumuna ilişkin dağılım**

Açıklama Yapıldı mı	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Evet	114	91,2
Hayır	11	8,8
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 18’de hasta yakınlarına durum ve işlemler hakkında açıklama yapılma durumuna ilişkin verilerin dağılımı incelendiğinde %91,2’sine açıklama yapıldığı, %8,8’ine açıklama yapılmadığı görülmektedir.

**Tablo 19 : Hasta yakınlarının kendilerine yapılan açıklamayı yeterli bulma durumlarına ilişkin dağılımları**

Yeterlilik Durumu	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Yeterli	93	74,4
Kısmen Yeterli	21	16,8
<b>Toplam</b>	<b>114</b>	<b>91,2</b>
Cevapsız	11	8,8
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 19’da hasta yakınlarının açıklamayı yeterli bulma durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde %74,4’ünün açıklamayı yeterli bulduğu, %18,6’inin kısmen yeterli bulduğu, %8,8’inin cevap vermediği görülmektedir.



**Tablo 20 : Hasta yakınlarına açıklamayı yapan görevlilere ilişkin dağılım**

Açıklama Yapan Görevli	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Hemşire	55	44,0
Hekim	41	32,8
Hemşire ve Hekim	10	8,0
Hemşire , Hekim, Yard.	9	7,2
<b>Toplam</b>	<b>115</b>	<b>92,0</b>
Cevapsız	10	8,0
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 20’de hasta yakınlarına açıklama yapan görevlilere ilişkin dağılım incelendiğinde, açıklama yapanların % 44’ünün hemşire, %32,8’inin hekim, % 8’inin hemşire ve hekim, % 7,2’sinin hemşire, hekim ve yardımcı personel olduğu ve % 8 oranında sorunun cevapsız bırakıldığı görülmektedir.

**Tablo 21 : Hasta yakınlarının acil servislerde görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşamalarına ilişkin dağılımları**

İletişimde Sorunlar Yaşıyor musunuz	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Evet	82	65,6
Hayır	43	34,4
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 21’de hasta yakınlarının görevliler ile iletişimde sorunlar yaşama durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde, sorun yaşayanların %65.6, sorun yaşamayanların %34.4 olduğu görülmektedir.

**Tablo 22 : Hasta yakınlarının acil servislerde yaşadıkları iletişim sorunlarına ilişkin dağılım**

Karşılaşılan Sorunlar	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Hasta ile ilgilenmeme, bekletme	34	28,1
Bilgi vermeme	31	25,6
İçeri almama	23	19,0
Yardımcı olmama	20	16,5
Kötü davranma	3	2,5
Anlaşılmayan terimler kullanma	10	8,3
<b>Toplam</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>

\*Denekler birden fazla sorun belirtmişlerdir.

Tablo 22’de hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlara ilişkin dağılım incelendiğinde, hasta ile ilgilenmeme, bekletmenin % 28.1 , bilgi vermemenin %25.6, içeri almamanın %19, yardımcı olmamanın %16.5 kötü davranmanın %2.5, anlaşılmayan terimler kullanmanın %8.3 olduğu görülmektedir.

Bu soruyu acil servislerde görevli personel ile iletişim de sorunlar yaşadıklarını ifade eden 82 hasta yakını yanıtlamıştır.

Hasta yakınlarının karşılaştıkları iletişim sorunlarının çoğunluğunu ( 34 – kişi % 28,1 ) hasta ile ilgilenmeme - hastayı bekletme ve ( 31 kişi - % 25,6 ) bilgi vermemenin oluşturduğu saptanmıştır.

**Tablo 23 : Hasta yakınlarının iletişimde karşılaştıkları sorunlara karşı verdikleri tepkilerin dağılımları**

Tepkiler	Birey sayısı	Yüzdellik %
Uyarırım	62	49,6
Aldırmam, dinlemem	2	1,6
Hakkımı Ararım	11	8,8
Şikayet Ederim	17	13,6
Tartışırım	7	5,6
Görevlilere Saldırırım	1	,8
Tepkisiz Kalırım	7	5,6
Bağırırım	9	7,2
<b>Toplam</b>	<b>116</b>	<b>92,8</b>
Cevapsız	9	7,2
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 23'te hasta yakınlarının sorunlar karşısında tepkilerine ilişkin dağılım incelendiğinde, uyarıların %49.6, aldırmayan, dinlemeyen %1.6, hakkını arayanların %8.8, şikayet edenlerin %13.6, tartışanların %5.6, görevlilere saldıranların %0.8, tepkisiz kalanların %5.6, bağırınların %7.2 ve soruyu cevapsız bırakanların %7.2 olduğu görülmektedir.

Tablo 23' te de görüldüğü gibi hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 62 kişi - % 49,6 ) sorunlar karşısında görevli personeli uyardığı saptanmıştır.

**Tablo 24 : Hasta yakınlarının acil servisten memnun kalma durumlarının dağılımı**

Memnun Kaldınız mı	Birey sayısı	Yüzdellik %
Evet	104	83,2
Hayır	21	16,8
<b>Toplam</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>

Tablo 24’de hasta yakınlarının acil servisten memnun kalma durumlarına ilişkin dağılım incelendiğinde, memnun kalanların %83.2, kalmayanların ise %16.8 olduğu görülmektedir.

**Tablo 25 : Hasta yakınlarının acil servisten memnun kalmamasına neden olan etkenlerin dağılımı**

Memnun Kalmama Nedenleri	Denek sayısı	Yüzdelerik %
Doktor bekleme	7	11,1
Sorulara yanıt alamama	11	17,4
Hastayı görememe	3	4,9
Resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürler	27	42,8
Tanı işlemleri için bekleme	15	23,8
<b>Toplam</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

\*Denekler birden fazla neden belirtmişlerdir.

Tablo 25’de hasta yakınlarının memnun kalmamasına neden olan etkenlere ilişkin dağılım incelendiğinde, doktor bekleyenlerin %11.6, sorulara yanıt alamayanların %23.3, hastayı göremeyenlerin %20.9, resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürlerin %27.9, tanı işlemleri için beklemenin %9.3, hastaneye ulaşım zorluğunun %7 olduğu görülmektedir. Soruyu, bu acil servisten memnun kalmayan 21 kişi yanıtlamıştır.

Tablo 25’ te de görüldüğü gibi hasta yakınlarının memnun kalmamasına neden olan etkenlerin çoğunluğunun ( 12 kişi - % 27,9 ) resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürler olduğu ve ( 10 kişi - % 23,3 ) sorulara yanıt alamama olduğu saptanmıştır.

**Tablo 26 : Hasta yakınlarının acil serviste görevli hemşirelerden beklentilerine ilişkin dağılımları**

Beklentiler	Birey sayısı	Yüzdelerik %
Hastalara beklenen sağlık hizmetini en kısa sürede vermeleri	48	24,2
Hasta ve hasta yakınlarına kibar davranmaları	47	23,7
Hastalara yeterince zaman ayırmaları	33	16,7
Sorulara yanıt alabilme	52	26,3
Acil ünitenin temizliği	10	5,1
Hemşire sayısının yeterli olması	8	4,0
<b>Toplam</b>	<b>198</b>	<b>100,0</b>

Tablo 26’da hasta yakınlarının acil serviste görevli hemşirelerden beklentilerine ilişkin dağılım incelendiğinde, hastalara beklenen sağlık hizmetini en kısa sürede vermeleri % 24.2, hasta ve hasta yakınlarına kibar davranmaları %23.7, hastalara yeterince zaman ayırmaları %16.7, sorulara yanıt alabilme %26.3, acil ünitenin temizliği %5.1, hemşire sayısının yeterli olmasının %4 olduğu görülmektedir.

Tablo 26’da da görüldüğü gibi hasta yakınlarının acil serviste görevli hemşirelerden beklentilerin çoğunluğunu ( 48 kişi - % 24,2 ) hemşirelerin, hastalara sağlık hizmetini en kısa sürede vermeleri ve ( 47 kişi - % 23,7 ) hemşirelerin, hasta ve hasta yakınlarına kibar davranmaları oluşturmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

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 katılması sağlanmalıdır. Ancak bu yaklaşımın kullanılması ile ailenin güveni sağlanarak acil bakım için engel değil, gerekli bir unsur halini almaları

sağlanabilir. Ekip üyeleri hasta ailesine gerekli bilgileri vermeli, ekiple nasıl temas kurulacağını anlatmalıdır ( 1, 2, 50, 57 ) .

Acil servislerdeki hemşirelik bakımına yönelik hasta memnuniyeti araştırıldığında, hastaların çoğu hemşirelerin bilgi vermesinden memnun olduklarını belirtmişlerdir ( 41-43 ) .

Hasta ve yakınlarının beklentilerine yönelik olarak yapılan bir çalışmada, hasta ve yakınları, hastanede görevli personelden beklentilerini şu başlıklar altında sıralamışlardır; hasta ve yakınlarına karşı nazik davranmaları, bilgi ve becerileri ile hastalara güven vermeleri, doğru tanı koymaları, hastalara yeterli zaman ayırmaları ve hastaları yeterince dinlemeleri. Aynı çalışmada tıbbi tanı ve tedavi konusunda doktor ve hemşire tarafından sürekli bilgilendirilme ve isteklerinin, sorunlarının düzenli takibi ve çözülmesi de dile getirilmiştir ( 46 ) . Hasta ve yakınlarının bu tarzdaki beklentilerini Atay ve arkadaşlarının çalışmalarında da görmek mümkündür ( 2 ) . Bizim araştırmamızda da hasta ailelerinin belirttikleri beklentiler paralellik göstermektedir.

Bulut, hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisini saptamak için yaptığı çalışmada, doktorların iş yükünün fazla olması ve zamanı etkin kılma açısından hemşirelerin hasta ve yakınlarını bilgilendirme rolüne sahip olduğunu vurgulamıştır ( 10 ) .

Aynı çalışmada Bulut, acil servis hemşiresinin teknik ve iletişim becerisinin yanında hasta yakınlarını bilgilendirdikleri ölçüde memnuniyetin arttığını saptamıştır ( 10 ) . Bizim araştırmamızda hasta yakınlarına durum ve işlemler hakkında açıklama yapılma durumuna ilişkin verilerin dağılımı incelendiğinde %91,2'sine açıklama yapıldığı, %8,8'ine açıklama yapılmadığı görülmektedir ve araştırmanın yapıldığı acil servisten hasta yakınları memnun kalmışlardır.

Gümral'ın acil dahiliye bölümüne başvuran hasta ailelerinin beklentileri konusunda yapmış olduğu çalışmada hasta ailelerinin hastalarına yapılan uygulamalar konusunda bilgi sahibi olmak istedikleri ve acil dahiliye çalışanlarından ilgili, anlayışlı, kibar olmalarını bekledikleri saptanmıştır. Aynı şekilde Phooper, danışmanın etkili kullanılması ve sorular sorulmasına müsaade edilmesinin hasta ailelerinin anksiyetelerini düşürdüğünü söylemektedir. Hasta ailelerinin bakımın bir parçası olarak kabul edilmeleri ve yapılan uygulamalar hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir ( 2 ).

Gümral'ın acil dahiliye bölümünde yapmış olduğu çalışmada, hasta ailelerinin acil ekibinden beklentilerinin, yapılan uygulamalar hakkında bilgi vermeleri, sabırlı, soğukkanlı, güvenilir davranmaları olduğu saptanmıştır ( 2 ).

Araştırmamızda görüldüğü gibi hasta yakınlarının ( n= 40 ) % 32 'sinin memur olduğu saptanmıştır. Hasta yakınlarının çoğunluğunun memur olması ve tedavi giderlerinin bir kurum tarafından karşılanıyor olması, yapılan t testinde sosyal güvencesi olup olmama ile acil serviste görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşanması arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması sonucunu desteklemektedir (p> 0,05 )

Araştırmamızda hasta yakınlarının %79.2'sinin (n= 99) özel araba ile acil servise ulaştıkları saptanmıştır. Bu durum, toplumun ambulans hizmetlerinden nasıl yararlanacağını bilememelerine bağlanabilir.

Araştırmamızda hasta yakınlarının % 52'si (n= 65) acil servise yalnız gelmemiştir. Yurtseven'in yaptığı çalışmada, acil servise yalnız gelen hasta ailelerinin, yalnız gelmeyenlere göre görevli personel ile daha fazla iletişim problemi yaşadıkları saptanmıştır. Yalnız gelen hasta yakınları acil servislerde karşılaştıkları sorunlar karşısında kendilerini yalnız hissetmekte, destek sistemlerinin eksikliğinden dolayı, daha fazla anksiyete yaşayarak, iletişim problemleri yaşamaktadırlar ( 2 ).

Araştırmamızda hasta ailelerinin çoğunluğu yalnız gelmemiş ve acil serviste hasta yakınlarının % 81,6'sı (n=102) sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Hasta yakınlarına açıklama yapan kişi ile hasta yakınlarının kendilerine yapılan açıklamayı anlamada yeterlilik durumları arasındaki ilişki araştırıldığına anlamlı bir sonuç bulunamamıştır. ( $p > 0,05$ ).

Araştırmamızda görüldüğü gibi hasta yakınlarına açıklama yapan görevlilerin %44'nün (n=55) hemşire olduğu saptanmıştır. Bu durum araştırmanın yapıldığı acil serviste, hemşirelerin hasta yakınlarına açıklama yapmayı benimsediklerini ve bunun öneminin bilincinde olduklarını göstermektedir.

Acil servis hastaları, hastanede yatan bireylerden farklıdır. Onlar henüz hasta rolünü kabul etmemiş, teşhis ve tedavi beklemekte olan hastalardır. Acil servis hastaları kadar hasta yakınları da benzer duyguları yaşarlar. Bundan dolayı sinirli, korku dolu ve şikayetçi olabilirler, kontrollerini kaybedip ani reaksiyon verebilirler. Acil servis hemşiresi hasta ve hasta yakınına psikolojik desteğin yanısıra yapılan işlemleri açıklamalı ve durumları hakkında bilgi vermelidir. Böylece hasta ve hasta yakınlarının tepkilerini en aza indirebilir ( 55, 56, 60 )

Hasta yakınlarının öğrenim durumları ile acil serviste görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşanması arasındaki ilişki araştırıldığında  $\alpha=0,05$  düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

(  $X^2=0,332$  sd:2  $p>0,05$  )

Hasta yakınlarının, acil servise beraberlerinde geldikleri kişi sayısı ile, acil servislerde görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşanması arasındaki ilişki, yapılan anova testine göre anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0,05$  ).



Yurtseven'in yaptığı araştırmada ise; hasta yakınlarının acil servise kalabalık gelmelerinin, acil serviste iletişimde sorunlar yaşanmasına yol ağtığı sonucuna ulaşılmıştır( 2 ) . Bu sonuğ bizim araştırmamızdaki sonuğ ile çelişmektedir. Fakat bizim araştırmamızın yapıldığı acil serviste hasta potansiyelinin dūřuk olması, acil serviste çalışan personel sayısının yeterli olması ve hasta yakınlarının en fazla 2-4 kiři ile birlikte acil servise gelmeleri gibi unsurlar göz önüne alınırsa bulduğumuz sonuğ desteklenmektedir.

Hasta yakınlarının acil servis deneyimleriyle, acil servislerde görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşanması arasında  $\alpha=0,05$  düzeyinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

(  $X^2=4,326$  sd:1  $p<0,05$  )

Bu durum bize hasta yakınlarının daha önceki acil servis başvurularında olumsuz deneyimler yaşadıklarını göstermektedir.

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi hizmete açılmadan önce, büyük çoğunluğunu Afyon ilinde ikamet eden hasta yakınlarının oluşturduğu bireyler, Afyon ilinde hizmet veren ve hasta potansiyeli çok olan devlet hastanesi ve sosyal sigortalar kurumu hastanelerine başvurmakta oldukları için buralarda yaşadıkları olumsuz deneyimleri nedeniyle sonuç anlamlı bulunmuştur.

Araştırmamızda hasta yakınlarına acil serviste yapılacak işlemler ve hastanın durumu hakkında açıklama yapılmasıyla, iletişimde sorunlar yaşanması arasındaki ilişki yapılan t – testine göre anlamlı bulunmamıştır (  $p> 0,05$  )

Deniz'in yaptığı araştırmada ise; hasta yakınlarına açıklama yapılmasıyla, iletişimde problemler yaşanması arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Açıklama yapılmaması, hasta yakınlarının merak ve endişelerinin artmasına, bu da ajite olmalarına, hasta başında yığılmalarına, acil servis trafiğinin yoğunlaşmasına neden olacaktır. Sonuç olarak iletişim problemleri yaşanacaktır( 3 ) . Fakat bizim

araştırmamızda hasta yakınlarının büyük çoğunluğuna açıklama yapılması, yapılan açıklamanın hasta yakınlarının büyük çoğunluğu tarafından yeterli bulunması gibi unsurlar göz önüne alındığında bulduğumuz sonuç desteklenmektedir.

Acil serviste hasta yakınlarının hastalarını görebilmesiyle acil servisten memnun kalma arasındaki ilişki yapılan anova testine anlamlı bulunmamıştır (  $p > 0,05$  ) Araştırmamızda hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun hastalarını görebilmeleri bulduğumuz sonucu desteklemektedir.

Yapılan Ki-Kare testine göre müdahale ve bakımı engelleyecek güçlüklerle karşılaşp karşılaşmama ile acil servisten memnun kalma arasında  $\alpha = 0,05$  düzeyinde yüksek derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Acil serviste güçlüklerle karşılaşmayanlar acil servisten memnun kalmaktadırlar. (  $X^2 = 25,233$  sd:1  $p = ,000 < 0,05$  ).

Araştırmanın yapıldığı acil serviste, hemşirelerin hepsinin lisans mezunu olması, acil müdahale ve bakımda etkin rol oynayan ATT' lerin acil serviste görev almış olmaları, hasta potansiyelinin düşük olması, görevli personelin etkin hizmet sunması ve alet ve malzemelerin yeterli olması, memnuniyeti arttırmıştır.

Yıldırım'ın 1994 yılında yaptığı bir çalışmada hasta ve hasta ailelerinin, acil servis çalışanlarıyla yaşadıkları en önemli sorunun yeterince bilgilendirilmemek olduğu belirtilmiştir. Oysa sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireler, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında hasta ve yakınlarını en çok rahatlatan kimselerdir. Acil servis hemşireleri hastaya gerekli müdahale yapıldıktan sonra hasta ve yakınlarına psikolojik yardım sağlayarak oluşabilecek tepkileri en aza indirmekten sorumludurlar ( 2 ) .

Emergency Nurses Association ( ENA )'nin tespitine göre Acil servislerin % 29'unda, hastadan ve/veya hasta yakınlarından acil servis çalışanlarına göz dağı verme-tehdit, bağırma-çağırma, fiziksel saldırılar gibi yasal işlem gerektirebilecek

tepkilerin olduğu bildirilmektedir ( 7 ) . Araştırmamızda ise hasta yakınlarının çoğunluğunun ( % 62,6'sı ) verdiği tepki, sorunlar karşısında görevli personeli uyarmak olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, hasta yakınlarına gerekli açıklamaların yapılması, bekleyebilecekleri geniş ve rahat dinlenme mekanlarının sağlanması, belirli aralıklarla hastalarını görmelerine izin verilmesi, bürokratik işlemlerin kolaylaştırılması ve bu basamaklarda acil servis hemşirelerinin aktif rol almaları, acil servise hastalarını getiren hasta yakınlarının, memnuniyetini arttırıp, beklentilerini karşılayacak ve acil serviste hasta yakınlarıyla yaşanan iletişim problemlerini minimuma indirecektir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır ;

- Hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 28 kişi - % 22,4 ) 38 – 42 yaşları arasında olduğu,
- Hasta yakınlarının büyük çoğunluğunun ( 104 kişi - % 83,2 ) aile üyesi olduğu,
- Hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 107 kişi - % 85,6 ) acil serviste hastalarını görebildiği, görmek istemelerinin nedeninin, hastanın güven ve destek ihtiyacını karşılamak olduğu,
- Hasta yakınlarının çoğunluğunun ( 17 kişi - % 13,6 ) bu acil serviste ekonomik yetersizliklerden , ( 15 kişi - % 12,0 ) resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürlerden kaynaklanan sorunlar nedeniyle güçlük yaşadığı,
- Hasta yakınlarına açıklama yapan görevlilerin çoğunluğunun ( 55 kişi - % 44,0 ) hemşire olduğu,

- Hasta yakınlarının acil servislerdeki görevli personel ile iletişimde sorunlar yaşama durumlarına ilişkin dağılımları incelendiğinde, sorun yaşayanların %65.6, sorun yaşamayanların %34.4 olduğu,
- Hasta yakınlarının karşılaştıkları iletişim sorunlarının çoğunluğunu ( 34 – kişi % 28,1 ) hasta ile ilgilenmeme - hastayı bekletme ve ( 31 kişi - % 25,6 ) bilgi vermemenin oluşturduğu,
- Hasta yakınlarının bu acil servisten memnun kalma durumlarına bakıldığında, memnun kalanların %83.2, memnun kalmayanların ise %16.8 olduğu,
- Hasta yakınlarının memnun kalmamasına neden olan etkenlerin çoğunluğunun ( 12 kişi - % 27,9 ) resmi işlemlerdeki gereksiz prosedürler olduğu ve ( 10 kişi - % 23,3 ) sorulara yanıt alamama olduğu,
- Hasta yakınlarının acil serviste görevli hemşirelerden beklentilerinin çoğunluğunun ( 48 kişi - % 24,2 ) hemşirelerin, hastalara sağlık hizmetini en kısa sürede vermeleri ve ( 47 kişi - % 23,7 ) hemşirelerin, hasta ve hasta yakınlarına kibar davranmaları olduğu,
- Acil serviste müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir güçlükle karşılaşmayanların acil servisten memnun kaldıkları saptanmıştır.

### **ÖNERİLER**

- Hemşirelerin hizmetiçi eğitim programlarının arttırılması, bu programlarda ilk ve acil yardım konusuna ağırlık verilmesi,
- Tüm acil servis çalışanlarının kişilerarası ilişkiler konusunda bilgi ve beceri kazandırıcı eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Acil servislerde halkla ilişkilere gerekli önemin verilmesi ve acil servise müracaat eden hastaların acil servise oryantasyonlarının sağlanması,

- Hasta aileleri için acil servislerin girişinde rahat ve geniş dinlenme odalarının yapılması, böylece müdahale alanında oluşabilecek kalabalıklığın azaltılması,
- Hasta ailelerinin bakımın bir parçası olarak ele alınması, hastalarının sağlık durumu ve bakımı konusunda bilgilendirilmeleri ve işbirliği yeteneklerinin artırılması,
- Yasal düzenlemelerle resmi prosedürlerdeki gereksiz işlemlerin kaldırılmaları,
- Hasta yakınlarının hastalarını görmelerine izin verilmesi,
- Hasta ve hasta yakınlarına nazik ve kibar davranılması,
- Hasta yakınlarının içinde buldukları durumu anlamaya çalışarak, iletişim kurulması,
- Araştırmanın geliştirilerek başka acil servislerde de yapılarak, sonuçların paylaşılması acil servislerin işleyişini arttıracığını, hasta ve yakınlarının memnuniyetini arttıracığını düşünmekteyiz.

## KAYNAKLAR

1. Olgun, N., “Acil Bakım”, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul, 1998.
2. Yurtseven, F., “Acil Cerrahi Servislerindeki Hasta Ailelerinin ve Hemşirelerin Sorunları”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1994.
3. D, Hülya., “Acil Servislerde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımlanması”, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1995.
4. Yıldırım, G., “Acil Serviste Hemşirelik Hizmetlerini Etkileyen Faktörler ve Hastaların Beklentilerinin Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Haziran, 1994.
5. Özcan, A., “Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Hemşirenin Öğretim İşlevi”, Türk Hemşireler Dergisi, Sayı 3, 1979, ss.9-14.
6. Büyükşahin, A., “Hastaneye Yatırılma ve Tedavi Yaşantısı”, Türk Psikoloji Bülteni, Sayı: 24-25, Mart-Haziran 2002.
7. Özışık, T., Baykal, B., Kalemoğlu, M., Kayahan, C., “Acil Tıp Dergisi”, 3 (3): 11-15, 2003.
8. Özşahin, A., “Acil Sağlık Hizmetleri”, 320-336, 1999.
9. Bulut, HD., “Acil Bakım Hemşireliğinde Yeni Bir Yaklaşım; Triyaj Hemşireliği”, Hemşirelik Forumu Dergisi, Cilt 5, Sayı 5, Eylül-Ekim 2002.
10. Bulut, HD., “Acil Servislerde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Tanımlanması”, Hemşirelik Araştırma Derneği, Haziran, 1: 47-55, 1999.
11. Hakantürk, S., “Acil Hemşireliği”, Türk Hemşireler Dergisi, 1991; 41(4):10-12.
12. Oktay, S., Aksoy, G., Yürügen, B., “Acil Hemşireliği”, İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Yayınları, İstanbul, 1990.
13. Özhan, N., “İlk Yardım Bilgilerimizi Gözden Geçirelim”, Türk Hemşireler Dergisi, 43:1, Erk Yayıncılık, 48:9-12, Ankara,1993.
14. Ege, R., “Kaza Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım”, THK Basımevi, 2. Baskı, Ankara, 1995.
15. Bracken, L., Martinez, R., “Education Emergency Nursing Core Curriculum”, W.B. Saunders Company, 4th edition, Philadelphia, 1994.

16. Argo, G., Yürekli, A., “ Hemşirelerin Görev Yetki ve Sorumluluklarına İlişkin Bir Çalışma.” 2. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, İzmir, 12-14 Eylül, 1990.
17. Somyürek, H., “İlk Yardım”, Somgür Yayıncılık, Ankara, 1994.
18. Sözüer, M., “İlk ve Acil Yardım”, Acil Yardım ve Travma El Kitabı, Feryal Matbaacılık, 1. Baskı, Ankara, 1997.
19. Tezcan, S., “Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi”, Ankara, Hacettepe Sağlık Vakfı, Mayıs, 1992
20. Müller, S., “Acil Tıp”, 1995.
21. T.C. Sağlık Bakanlığı, Çalışma Grupları 1. Ulusal Sağlık Kongresi, Ankara, ss:281-294, 1992.
22. Çalıkluşu, A., “Türkiye’de Acil Servislerin Sorunları”, Selçuk Üniversitesi Basımevi, Konya, 1997.
23. Boyd, D., Edlich, F., Micik, SH., Harvy, B., “System Approach to Emergency Medical Care”, Appleton Century Crofts, 995:3-20, 1993.
24. Ege, R., “Kaza, Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım”, 1995.
25. “Acil Hasta ve Yaralıların Nakledilmesi”, Amerikan Ortopedik Cerrahlar Akademisi, 1997.
26. Kihir, T., “Travma Cerrahisi”, 1997.
27. Hancı, İH., “Hekimin Yasal Sorumlulukları ( Tıp ve Sağlık Hukuku )”, 2. baskı, İzmir Toprak Ofset, 1999: 102-158.
28. “Türk Tabipler Birliği”, Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler, Ankara, 1998: 27-41.
29. Bekmann, JP., “Nursing Malpractice and the Legal Process, Nursing Malpractice, Implications for Clinical Practise and Nursing Education”, U.S.A. University of Washington Press, 1995; 66-113.
30. Birol, L., “Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım Süreci”, İzmir, 1997; 92-153.
31. Görgülü, S., “Hemşirelik Bakımında Fiziksel Muayene Becerilerinden Yararlanılmasının Önemi”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt 9, Sayı 1, 2002; 43-45.

32. Proehl, J., A. "Emergency Nursing Procedures Second Edition", W. B. Saunders Company 1999; 1-4, 55-71, 162-167.
33. Tavioğlu, K., "Politravmalı Hastaya Yaklaşım" Hemşirelik Forumu, Cilt 5, Sayı 5, Ekim, 2002; 5-11.
34. Sbaih, L., " Accident and Emergency Work: a review of some of the literature" Journal of Advanced Nursing 957-962, 1993.
35. Dale, J., "General Practice viewed From A&E, Nursing Times" , Jan 1, 1992.  
Hatipoğlu, S., Yurt, S., "Hemşireler İçin Tıbbi ve Cerrahi Acil Durumlar", GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 1994.
36. Şenol, S., "Hemşirelerin Kardiyopulmoner Arrest ve Resusitasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Karşılaştıkları Sorunlar", (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara, 1993.
37. Strohmyer, L., "Nursing Care of Clients During Medical Surgical Emergencies" Luckmann, J., Sorenson, KC., "Medical-Surgical Nursing, Fourth Edition", WB Saunders Company, 1993.
38. Jones G: "Accident an Emergency Nursing A Structured Approach", Faber and Faber, London, 1990.
39. Dale, J., Williams, S., Crouch, R., Ratel A: "A study of out-of hours telephone advice from an A&E Department", Br. J. Nurs, Feb 13-26, 6 (3): 1714, 1997.
40. Srinivas, S., Poole, F., Redpath, J., Underhill, TJ: "Review of a computer based telephone helpline in a A&E Department.", Jaccid Emerg Med, Sep, 13 (5): 330-333, 1996.
41. Choyce, MQ., Maitra, AK: "Satisfaction with the accident and emergency department a postal survey of general practitioners view", J. Accid Emerg Med. Jul, 13 (4): 280-2, 1996.
42. Clark, CA., Pokorny, ME., Brown, ST: "Consumer satisfaction with Nursing Care Rural Community Hospital Emergency Deoartment", J Nurs Care Qual. Jan, 10 (2): 49-57, 1996.
43. Raper, JL: "A cognitive approach to patient satisfaction with emergency department nursing care", J Nurs Care QUAL, Jul, 10 (4): 48-58, 1996.



44. Çınar, Y., “Bir Acil Servis Ünitesinin Planlanması ve Tasarlanması İçim İpuçları”, Modern Hastane Yönetimi, 1-38, 1997.
45. Holliman, C.J., Facep, M.D., “Yeni Bir Acil Bölümün Tasarlanması”, Sendrom, 9:3, 97-107, 1997.
46. Hatipoğlu, S., “Acil Servis Dünyası”, 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu & 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu Bildirileri, Gaziantep, 2004.
47. Bizovi, KE., Wears R., Lowe, RA., “Researching quality in emergency medicine”, Acad Emerg Med. 2002 Nov; 9(11): 1116-23.
48. Goldfrank, L., Henneman, PL., Ling, LJ., Prescott, JE., Rosen, C., Sama, “A. Emergency center categorization standards”. Acad Emerg Med., 1999 Jun; 6 (6): 638-55.
49. Greenberg, MI., Jurgens, SM., Gracely, EJ., “Emergency department preparedness for the evaluation and treatment of victims of biological or chemical terrorist attack”, J Emerg Med, 2002 Apr; 22 ( 3): 273-8.
50. Acil Tıp Derneği Acil Hemşireliği Komisyonu WEB sayfası, 2003.
51. Özcan, Ö.,”Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim”, Bassaray Basımevi, İzmir, 1996.
52. Aksoy, G., Oktay, S., Yürügen, B., “Acil Hemşireliği”, İ.Ü. Basımevi, İstanbul, 1990.
53. Velioğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T., “Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler”, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:226, Etam A.Ş. Web Ofset, Eskişehir, 1991.
54. www.tatd.org.com
55. Özcan A., Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Hemşirenin Öğretim İşlevi, Türk hemşireler dergisi, Sayı 3, 1979, ss.9-14.
56. Büyükşahin, A., Hastaneye Yatırılma ve Tedavi Yaşantısı, Türk Psikoloji Bülteni , Sayı: 24-25, Mart-Haziran 2002.
57. Elmas, İ., “Acil Tıbbi Girişimlerde Hemşirelerin Yeri ve Hukuki Sorumlulukları, Olağanüstü Durumlarda Hemşirelikte Acil Bakım Organizasyonu ve Uygulamaları”, İ.Ü. Basımevi, İstanbul,2001,ss 5-13.
58. Eti Aslan, F., “Acil Bölüm Yönetimi, Acil Bakım, Çevik Matbaası,İstanbul,1998,ss 47-53.

. 59. Şenol, V., “Acil Tıp Hemşireliği Nasıl Olmalı”, XX. Gevher Nesibe Tıp Günleri IV. Acil Tıp Sempozyumu Kitabı, Erciyes Üniversitesi Yayını, Kayseri, 2002, ss 162-190.

60. Terakye, G., “Hasta Hemşire İlişkileri,Genişletilmiş Dördüncü Baskı”, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995

**EK-1****ANKET SORULARI**

Bu anket, acil servise hastalarını getiren hasta yakınlarının, acil serviste çalışan hemşirelerden beklentilerini araştırmak amacıyla hazırlanmıştır.

İsim yazılmaması ve karalanmaması rica olunur, teşekkürler.

**SORULAR**

- 1) Kaç yaşındasınız? .....
- 2) Cinsiyetiniz ? .....
- a) Kadın
- b) Erkek
- 3) Diliniz ?
- a) Türkçe biliyor
- b) Türkçe bilmiyor
- 4) Öğrenim durumunuz nedir ?
- a) İlköğretim
- b) Lise
- c) Yüksekokul
- d) Okur-yazar değil
- 5) Mesleğiniz nedir?
- a) Serbest meslek
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Ev hanımı
- e) Emekli
- f) Diğer, .....
- 6) İkamet ettiğiniz ilin bulunduğu bölge ?.....

7) Acil servise getirdiğiniz kişi ile yakınlık dereceniz nedir ?

- a) Aile üyesiyim
- b) Yakınıyım
- c) Tanımıyorum

8) Hastanızı acil servise nasıl getirdiniz ?

- a) Yürüyerek
- b) Ambulansla
- c) Özel arabayla
- d) Diğer, .....

9) Hastanızı acil servise yalnız mı getirdiniz ?

- a) Evet
- b) Hayır

10) Yanıtınız hayır ise sizinle birlikte kaç kişi vardı ?

- a) 1 kişi
- b) 2-4 kişi
- c) 5 veya daha fazla kişi

11) Hastanızın acil servise başvurma nedeni nedir ?

- a) Trafik kazası
- b) Yanık
- c) İş kazası
- d) Düşme
- e) Isırık
- f) Kesi
- g) Yabancı cisim batması
- h) Ağrı
- i) Yüksek ateş
- j) Diğer, .....

12) Hastanızın sağlık güvencesi var mı ?

- a) Var
- b) Yok

13) Son bir yıl içerisinde acil servise hastanızı getirdiniz mi ?

- a) Evet
- b) Hayır

14) Hastanızı bu acil servise getirdiğinizde müdahale ve bakımı engelleyecek herhangi bir güçlükle karşılaştınız mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

15) Yanıtınız evet ise karşılaştığınız güçlükler nelerdir, lütfen belirtiniz ?

.....  
 .....

16) Acil serviste hastanızı görebiliyor musunuz ?

- a) Evet
- b) Hayır

17) Hastanızı görme isteğinizin nedeni nedir, lütfen belirtiniz ?

.....  
 .....

18) Hastanızın durumu veya acil serviste yapılacak işlemler hakkında size açıklama yapıldı mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

19) Yanıtınız evet ise size yapılan açıklamayı yeterli buldunuz mu? ( Lütfen aşağıdaki kriterleri işaretleyiniz ?

- a) Hastanızın şikayetlerinin nedeni anlatıldı mı ( )
- b) Hastanızın yaşam belirtileri ( tansiyon, nabız, vücut ısısı, solunum ) hakkında bilgi verildi mi ( )
- c) Hastanızın tanısı hakkında bilgi verildi mi? ( )
- d) Hastanıza yapılacak tetkikler için size yol gösterildi mi ( )
- e) Hastanızın resmi işlemleri için size yol gösterildi mi? ( )
- f) Acil servise geldiğinizde hastanıza ve size acil servisin tanıtımı ( müşahade odası, tuvalet, dr odası, hemşire odası, laboratuvar, röntgen, kantin vb. yeri ) yapıldı mı ?

20) Size açıklama yapan görevli aşağıdakilerden hangisi veya hangileriydi ?

- a) Hemşire
- b) Hekim
- c) Yardımcı personel
- d) Diğer, .....

21) Acil servislere başvurduğunuzda görevli personel ile iletişimde sorunlarla karşılaşılıyor musunuz ?

- a) Evet
- b) Hayır

22) Yanıtınız evet ise karşılaştığınız sorunlar nelerdir, lütfen belirtiniz ?

.....  
 .....

23) Karşılaştığınız sorunlar karşısında tepkileriniz nasıl olur ?

- a) Bağırırım
- b) Aldırman, dinlemem
- c) Görevli personeli uyarırım
- d) Görevlilere saldırırım
- e) Diğer, .....

24) Bu acil serviste hastanıza verilen bakım, tedavi ve gösterilen yaklaşımdan memnun kaldınız mı ?

- a) Evet
- b) Hayır

25) Yanıtınız hayır ise, memnun kalmamanıza neden olan etkenler nelerdir, lütfen belirtiniz ?

.....  
 .....

26) Acil serviste görevli hemşirelerden beklentileriniz nelerdir, lütfen belirtiniz ?

.....  
 .....



