

PAPER DETAILS

TITLE: Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Triyaj Tutumları

AUTHORS: Hilal DURMAZ, Sevil PAMUK CEBECİ

PAGES: 72-78

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/1602212>

Triage Attitude of Health Professionals Who Work in Emergency Services

Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Triyaj Tutumları

Hilal Durmaz¹, Sevil Pamuk Cebeci²

ABSTRACT

Triage is defined as the rapid selection and coding process, prioritization, which is performed at the scene and in the health institution where they are transported, in order to determine the priority treatment and those who need to be transported in the case of a large number of patients and injured. It is the golden application required to provide faster and higher quality health care services in emergency services. While this application focuses on using the resources of the health institution efficiently at the right place and at the right time, it also prevents the waiting intensity in the emergency services and helps to reduce the morbidity and mortality rate. There are five and three levels of triage at the international and national level. Health professionals who practice triage are also diverse, and physicians, nurses, emergency medical technicians and health officers can practice triage. This diversity is reflected in triage application success rates. This article was written to examine the triage attitudes of healthcare professionals working in emergency departments. The triage duties of health professionals working in the emergency department should be specified in detail in the regulation. Paying attention to the application of triage in undergraduate education, adding triage training to the content of First Aid and Emergency Care course, regularly informing health professionals about the innovations in triage in their in-service training after graduation will be useful in eliminating the deficiencies and applying triage more successfully.

Keywords: Emergency service, nurse triage, attitude.

Öz

Trijaj, çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumda, öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve ulaştırıldıkları sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemi, önceliklendirme olarak tanımlanır. Acil servislere daha hızlı ve kaliteli sağlık bakım hizmeti verebilmek için gereken altın uygulamadır. Bu uygulama doğru yerde ve doğru zamanda, sağlık kurumunun kaynaklarını verimli şekilde kullanmaya odaklanırken aynı zamanda acil servislerdeki bekleme yoğunluğunu önler, morbidite ve mortalite oranının azalmasına yardımcı olur. Uluslararası ve ulusal düzeyde beşli ve üçlü düzeylerde triyaj uygulaması mevcuttur. Triyajı uygulayan sağlık profesyonelleri de çeşitlilik göstermekte, hekim, hemşire, acil tıp teknisyeni ve sağlık memuru triyaj uygulaması yapabilmektedir. Bu çeşitlilik triyaj uygulama başarı oranlarına da yansımaktadır. Bu makale acil servislere görev yapan sağlık profesyonellerinin triyaj tutumlarını incelemek amacıyla yazılmıştır. Yönetmelikte acil serviste görevli sağlık profesyonellerinin triyaj görevleri ayrıntılı olarak belirtilmelidir. Lisans eğitiminde triyaj uygulamasının önemsenmesi, ilkyardım ve Acil Bakım dersi içeriğine triyaj eğitiminin eklenmesi, mezuniyet sonrası göreve başlayan sağlık profesyonellerinin hizmet içi eğitimlerinde triyajdaki yenilikler hakkında düzenli olarak bilgilendirilmesi, eksikliklerin giderilmesinde ve daha başarılı triyaj uygulanmasında faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil servis, hemşire triyajı, tutum

Gönderim: 25 Şubat 2021

Kabul: 28 Haziran 2021

¹ Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik/Türkiye

² Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD, Eskişehir/Türkiye

Sorumlu Yazar: Hilal Durmaz, Hemşire **Adres:** Bilecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bilecik/Türkiye. **Telefon:** +90 552 416 51 66
e-mail: hilaalkara26@gmail.com

Atıf için/Cited as: Durmaz H, Cebeci SP. *Acil Serviste Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Triyaj Tutumları*. Anatolian J Emerg Med 2021;4(2):72-78.

Giriş

Tarihsel açıdan baktığımızda ilk triyaj 1804-1814 arasında Fransa'da imparator Napolyon Bonaparte döneminde uygulanmıştır. Napolyon'un baş cerrahı Dominique Jean Larrey, savaş sırasında tıbbî kaynakların iyi bir şekilde yönetilmesi amacıyla ağır yaralı askerlere herhangi bir müdahalede bulunmayıp hafif yaralı askerlere uygun tedaviler sağlayarak savaşa dönüş yapmaları için triyaj uygulamıştır (1). Askerleri daha hızlı cepheye döndürmek ve tıbbî kaynakları daha verimli kullanmak için askerler arasında bir seçim yoluna gidilmiş, savaşın acı yüzü olarak, ağır yaralı askerler ölüme terk edilip iyileşme olasılığı yüksek askerler tedavi edilmiştir (2). Triyajın gelişimi savaşlarla paralellik göstermektedir. Triyaj, II. Dünya savaşında süreç anlamını kazanmış ve tıbbî kaynakların çoğaltılmasını sağlamıştır. Savaş alanındaki bu gelişmeler sivil alana da yansımış, ilk triyaj 1963'de Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Yale Newhaven Hastanesinin acil bölümünde uygulanmış ve 1964'de Weinermann ve arkadaşları ilk sivil triyaj uygulamasını yazılı

olarak bildirmiştir (3). Bildiride triyaj ihtiyacının acil servislere başvuran ağır hasta ve acil olmayan hasta sayısındaki artıştan kaynaklandığı belirtilmiştir. Etimolojik olarak Fransızca bir kelime olan "trier" kelimesinden türetilen triyaj kelimesi, "filtreleme" veya "sıralama" anlamına gelmektedir (4). Triyaj'ın Türkçe karşılığı ise "önceliklendirme"dir (5). Yönetmelikte "çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, olay yerinde ve ulaştırıldıkları sağlık kuruluşunda yapılan hızlı seçme ve kodlama işlemi" şeklinde tanımlanmaktadır (5). Ryan (2008) ise triyajı, hayatı tehdit eden vakaları belirlemek, yönlendirmek ve tahliye etmek şeklinde tanımlamıştır (Tablo 1) (6).

Triyaj fizyoloji, güvenlik, sevgi, öz saygı, kendini gerçekleştirme temelinde Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisine dayanır. Acil servislere bu durum ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability and Exposure)-yani hava yolu, solunum, dolaşım, nörolojik durum ve tüm vücudun incelenmesi- olarak tanımlanır. Bu koşulların yanında ağrı,

Triyaj Sistemi	Ülkeler	Seviyeler	Hastanın Bakım Süresi
Aciliyet Şiddeti İndeksi	ABD Avusturalya Kanada Birleşik Krallık	ESI – 1 ESI – 2 ESI – 3 ESI – 4 ESI – 5	Süre Yok
Avustralya Triyaj Sistemi	Avustralya Yeni Zelanda	1- Restüsitasyon 2- Çok Acil 3- Acil 4- Az acil 5- Acil Olmayan	Seviye 1- 0 dk Seviye 2- 10 dk Seviye 3- 30 dk Seviye 4- 60 dk Seviye 5- 120 dk
Manchester Triyaj Sistemi	İngiltere İskoçya	1- Hemen (Kırmızı) 2- Çok Acil (Turuncu) 3- Acil (Sarı) 4- Standart (Yeşil) 5- Acil Olmayan (Mavi)	Seviye 1- 0 dk Seviye 2- 10 dk Seviye 3- 60 dk Seviye 4- 120 dk Seviye 5- 240 dk
Kanada Triyaj Sistemi	Kanada	1- Restüsitasyon 2- Çok Acil 3- Acil 4- Az acil 5- Acil Olmayan	Seviye 1- 0 dk Seviye 2- 15 dk Seviye 3- 30 dk Seviye 4- 60 dk Seviye 5- 120 dk

Tablo 1. Triyaj Sistemleri

kanama, sıcaklık, bilinç düzeyi ve akut koşullar da dikkate alınır. Richardson (2006) mevsimsel, vardiya ve haftanın gününe göre oluşan belli yoğunluklarda morbidite ve mortalitenin arttığını belirlemiştir (7). Bu bakımdan triyaj, acil servislerde hastaların bakımını tamamlayıcı niteliklerdendir. Bu sistem doğru yerde ve zamanda, sağlık kurumunun kaynaklarını verimli şekilde kullanmaya odaklanır; acil servislerdeki bekleme yoğunluğunu önler, morbidite ve mortalite oranının azalmasına yardımcı olur (8). Triyaj için hastane öncesi ve hastanede olmak üzere dört farklı alan tanımlanmıştır. Bunlar: sahada afet triyajı, sahada iletişime bağlı triyaj, acil serviste afet triyajı ve rutin acil servis triyajı olarak sıralanmaktadır. Bugün hastanelerin acil servislerinde rutin acil servis triyajı kullanılmaktadır (2). Triyaj sistemleri bu zamana kadar 3'lü, 4'lü, 5'li sistemler olarak sınıflandırılmıştır. 5'li sistemler 3'lü ve 4'lü sistemlere göre daha güvenli, hastaları doğru acil alanlarına yönlendirmede daha duyarlıdır. Bu yüzden güncel olarak baktığımızda 5'li triyaj sistemlerinin daha çok kullanıldıkları görülmektedir. Geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış yaygın kullanılan 5'li triyaj sistemleri:

- Aciliyet Şiddeti İndeksi (Emergency Severity Index -ESI),
- Avustralya Triyaj Sistemi -ATS/Ulusal Triyaj Sistemi-UTS/National Triage System -NTS,
- Manchester Triyaj Sistemi (Manchester Triage System -MTS),
- Kanada Triyaj Sistemi (Canadian Triage and Acuity Scale -CTAS)'dir(9).

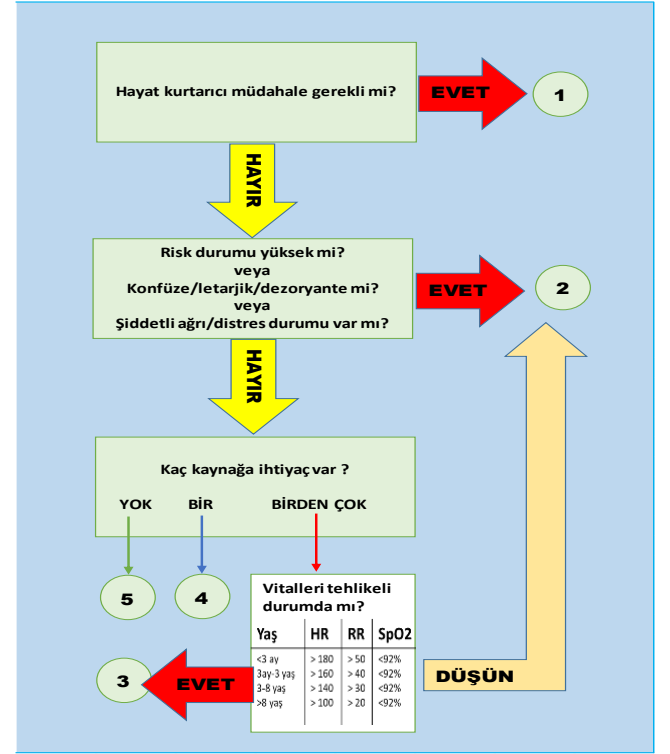
Aciliyet Şiddeti İndeksi (Emergency Severity Index -ESI)

Aciliyet Şiddeti İndeksi (Emergency Severity Index, ESI) ilk olarak 1990'larda ABD'de kullanılmıştır ve birçok ülkede (Avustralya, Kanada, Birleşik Krallık vb.) triyaj sisteminin temellerini oluşturmuştur (10). Bu sistem acil tıp uzmanları ve acil servis hemşireleri tarafından geliştirilmiştir. ESI'de sırasıyla 1 en yüksek 5 en düşük olmak üzere beş seviye bulunmaktadır. Hemşirenin sorduğu kısa sorular hastanın hangi seviyede değerlendireceğini belirler:

1. seviye hayatî önem taşır. Acil müdahale gerektiren hasta ve yaralıdır. Bunlara örnek, kardiyak arrest gelişimi, ciddi solunum sıkıntısı, bilinç bozukluğu, dolaşım bozukluğu yapan taşikardi, bradikardi, hipoglisemi, anafilaksi örnek verilebilir. 2. seviye bekleyemeyecek olan hastalardır. Göğüs ağrısı, inme, şiddetli ağrısı olan hasta, anibilinç değişikliği olan yaşlı, intihar düşüncesi olan hasta, gastrointestinal sistem kanaması, pnömotoraks örnek verilebilir. 3. seviye; hayatî bulguları normal olup, iki veya daha fazla kaynakla tedavi edilebilecek hastalardır. Pnömoni, karın ağrısı, kırıkşüphesi gibidurumlar örnek verilebilir. Ancak iki veya daha fazla kaynak kullanıldığı hâlde hayatî bulguları anormal olan hastalar 2. seviyeye gönderilir.

4. Seviye bir kaynak kullanılıp hayatî bulguları normal olan hastalardır. Örneğin; basit kesi, burkulmalar, idrar yolu enfeksiyonu örnek verilebilir. 5. Seviye hayatî bulgularınormal olan ve kaynak kullanılmayan kısacası muayene ile karar verilebilecek durumundaki hastalardır. Boğaz ağrısı, burun akıntısı, regl ağrısı örnek verilebilir. ESI literatürde uygulanması kolay, hasta için güvenilir ve bekleyiş sürelerini azaltan bir triyaj sistemi olarak görülmektedir. Açık ve anlaşılır olması uygulayıcılara

öğretme açısından önemli kolaylıklar sağlamaktadır (Şekil 1) (2).



Şekil 1. Aciliyet Şiddeti İndeksi

Avustralya Triyaj Sistemi -ATS/National Triage System -NTS / Ulusal Triyaj Sistemi -UTS

Avustralya'da 1980'li yıllarda Jelinek ve Fitzgerald tarafından geliştirilen Ulusal Triyaj Sistemi (UTS), 1994'de Avustralya acil servislerinde zorunlu hâle gelmiştir. UTS, 2000'lerde Avustralya Triyaj Sistemi (ATS) olarak değiştirilmiştir. ATS beş seviyeden oluşmaktadır. Her bir seviye hastanın sağlık durumuna ve buna bağlı bekleyebileceği süreye göre oluşturulmuştur (11).

Birinci seviye hayatî tehlike mevcut olan hastalar içindir. Bu tip hastalara hemen müdahale edilmesi gerekmektedir. Örneğin; kalp durması, solunum durması, Glasgow koma skalasının (GKS) 9'dan küçük olması, aşırı solunum sıkıntısı, kan basıncının 80'den küçük olması gibi durumlarda birinci seviyeye başvurulur. İkinci seviye yaşam tehdidi yakın olan hastalar içindir. 10 dakika içinde müdahale edilmesi gerekmektedir. Örneğin; ciddi kan kaybı, GKS'nin 13'ten küçük olması, diastolik kan basıncının <50'den küçük, sistolik kan basıncının >150'den büyük olduğu durumlar, şüpheli sepsis gibi durumlarda hasta ikinci seviyeye yönlendirilir. Üçüncü seviye yaşam tehdidi olasılığı olan hastalar içindir. İlk 30 dakikada müdahale edilmesi gerekmektedir. Örneğin; şiddetli hipertansiyon, orta derecede kan kaybı, şiddetli kusma, dehidrasyon, orta derecede ağrı, yüksek risk özellikleri olmayan karın ağrısı gibi durumlarda hasta üçüncü seviyeye yönlendirilir. Dördüncü seviye durumu ciddi olma olasılığı olan hastalar içindir. 60 dakika içinde müdahale edilmesi gerekmektedir. Örneğin; hafif kanama, yabancı cisim aspirasyonu, dehidrasyon olmaksızın ishal veya kusma, hafif burkulmalar gibi durumlarda hasta dördüncü seviyeye yönlendirilir. Beşinci seviye ise acil olmayan hastalar içindir. 120 dakika içinde müdahale edilmesi gerekmektedir. Örneğin ufak yaralar ve sıyrıklar, hafif ağrılar, planlanmış ziyaretler (pansuman, yara incelenmesi) gibi durumlarda hasta beşinci seviyeye yönlendirilir (12).

Kanada Triyaj Sistemi (Canadian Triage and Acuity Scale-CTAS)

Kanada Acil Hekimleri Derneği (The Canadian Association of Emergency Physicians) 1995'de 5 aşamalı Canadian Triyaj Skalası (CTAS)'nı Kanada'daki tüm acil servislerde kullanılmasını önerdi. 5

aşamanın bölümleri; resüsitasyon, çok acil, acil, daha az acil ve acil olmayan olarak tanımlanmıştır. Bu triyaj sistemi 1994’de tasarlanan Avusturalya Triyaj sisteminden esinlenerek yapılmıştır. 1997’de Kanada Acil Hekimleri Derneği ve Kanada Ulusal Acil Hemşireler Birliği (The National Emergency Nurses Affiliation of Canada) tarafından bu sistem onaylanıp Kanada sağlık politikasına dahil edilmiştir (13). 2001’de pediatrik versiyonu geliştirilmiş, 2004’de de triyaj hemşirelerine yardımcı olmak için revize edilmiş hâli yayımlanmıştır (14). 2016’da ise bekledikçe durumu kötüleşecek, zayıf hastalar için kırılabilirlik baz alınarak aciliyet durum seviyesi yükseltilmiş tekrar revize edilmiştir (15).

Manchester Triyaj Sistemi (Manchester Triage System - MTS)

Kraliyet Kaza ve Acil Durum Üniversitesi (The Royal College of Nursing Accident and Emergency Association-RCN) ve İngiliz Kaza ve Acil Tıp Derneği (The British Association for Accident and Emergency Medicine-BAEM) tarafından 1994’de Manchester Triyaj Grubu (Manchester Triage Group- MTG) kurulmuştur. MTG’nin yaptığı çalışmalar sonucu hastanelerde farklı uygulamalar belirlenmiş ve ortak bir uygulama için MTS geliştirilmiştir (16). MTS 5 seviyedir; her bir seviye, isim, renk ve hastaya müdahale süresi açısından tanımlanmıştır (Tablo 2).

Seviye	İsim	Renk	Bekleme Zamanı
1	Immediate (Hemen)	Kırmızı	0
2	Very Urgent (Çok acil)	Turuncu	10
3	Urgent (Acil)	Sarı	60
4	Standart (Normal)	Yeşil	120
5	Non-urgent (Acil olmayan)	Mavi	240

Tablo 2. Manchester Triyaj Sistemi (Manchester Triage System - MTS)

Türkiye’de Kullanılan Triyaj Sistemi

Türkiye’de ilkyardım ve acil müdahalenin gelişimi dünyadaki gelişime paralel olarak savaşlara dayanmaktadır. Florence Nightingale, 1854-1856 Kırım Savaşı’nda Selimiye Kışlası’nın hastaneye çevrilmesiyle yaralı askerlere bakım vermiştir (17). Sonraki yıllarda 1911 Trablusgarp Savaşı ve 1912 Balkan Savaşı ilkyardım ve acil müdahalenin önemini göstermiştir. Triyaj uygulamasının temelleri, yaralı asker sayısının fazlalığı nedeniyle, askerlerin ağır ve hafif yaralı şeklinde ayrılmasıyla atılmıştır. İlkyardım ve acil uygulamaları 11 Haziran 1868 tarihinde “Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti”nin kurulmasıyla resmîyet kazanmıştır. 1877’de Marko Paşa başkanlığında toplanan cemiyetin adı dönemin padişahı Abdülhamit Han tarafından “Hilalî Ahmer Cemiyeti” olarak değiştirilmiş, cumhuriyetin ilanıyla birlikte bu cemiyet “Türkiye Cumhuriyeti Kızılay Cemiyeti” adını almıştır (18). Cumhuriyetin ilanıyla birlikte Türkiye’de modern hemşireliğin gelişimi hız kazanmıştır. Hemşirelik eğitimi alanında çeşitli okulların açılması bu durumu desteklemektedir. 1920’de Amerikan Hastanesi bünyesinde açılan Amiral Bristol Özel Sağlık Meslek Lisesi, 1925’de Kızılay Özel Hemşirelik Lisesi bu dönemde açılan ilk hemşirelik okullarıdır. Bu okulları 1939’da Ankara’da Millî Savunma Bakanlığı’na bağlı Askeri Hemşirelik Okulu ve 1943’de Tefvik Sağlam Hemşirelik Lisesi izlemiştir. 1946’dan itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından çok sayıda lise düzeyi hemşirelik okulu açılmıştır (19).

1961’de yayımlanan 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile sağlık hizmetleri ülke genelinde tüm vatandaşların ulaşabileceği şekilde genişletilmiştir. Tıp alanındaki gelişmeler yeni uzmanlık dallarının oluşmasını sağlamıştır. Bu nedenle 1993’de "Acil

ve İlkyardım" adı ile kabul edilen Acil Tıp Uzmanlık Anabilim Dalı’nda uzmanlar yetiştirmeye başlamıştır (20). Hemşirelerin uzmanlığının artırılması, meslekte branşlaşma, hastalara daha kaliteli bakım verme, bilimsel araştırmalar yapma, sağlık kurumlarına yöneticiler yetiştirme gibi amaçlarla da lisans, yüksek lisans ve doktora eğitim programları açılmıştır. Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimi ilk kez 1955’de Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda başlamış, 1968 ve 1972’de Hacettepe Üniversitesi’nde sırasıyla yüksek lisans ve doktora programlarıyla süregelmiştir (21). İlkyardım ve acil tedavi alanında triyaj, tedavi ve bakım uygulayan meslek üyelerinin, bilgi ve becerilerini arttırmak amacıyla, Vehbi Koç Vakfı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) 1994’de “Acil Hemşireliği Kursu” başlatmıştır. 1995’de kurulan Acil Tıp Derneği ile Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği de düzenli eğitim ve kurs programları yürütmektedir (18).

Türkiye’de triyaj kavramının uygulanması ile ilgili hükümler 11 Mayıs 2000’de yayımlanan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği’nde geçmektedir. Yönetmelik 15. madde; 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda “Acil hasta ve yaralılar karşılanarak, ilk tıbbî müdahale ve tıbbî bakım yapılır. Hasta veya yaralıları için yönlendirme merkezin bilgisi dahilinde yapılır” şeklinde ifade edilmiş ve aynı maddenin devamında “Başvuran her hasta için acil tıbbî değerlendirme, müdahale ve gerektiğinde stabilizasyon sağlanır” cümlesiyle triyaj kavramıyla ilgili genel esaslar belirtilmiştir. Maddenin (d) fıkrasında acil servislerin fiziki niteliklerinden bahsedilmiştir. 2004’de yapılan değişiklikte niteliklere yenileri eklenmiş ve acil servislerde triyaj alanlarının bulunması gerektiği belirtilmiştir (5).

16 Ekim 2009’da sağlık bakanlığının yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkındaki tebliğinde triyaj uygulamasını tabip veya acil tıp teknisyeni, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılacağı beyan edilmiştir. Türkiye’deki triyaj uygulaması yine aynı tebliğde; triyaj alanları kırmızı (çok acil), sarı (acil) ve yeşil (acil olmayan) alan şeklinde üçe ayrılmıştır. 2018’de yayımlanan Acil Servis Genelgesi’nde ise yeşil alan; “yeşil alan-1” ve “yeşil alan-2” şeklinde tekrar düzenlenmiştir (22). Açıklanan sistem üç aşamalı triyaj sistemleriyle benzerdir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinin acil servislerinde 3’lü triyaj sistemi uygulanırken bazı üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde 5’li triyaj sistemi uygulanmaktadır. 2013’de Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları istatistik verilerine göre ülkemizde hasta başvurusu yıllık 82 milyon 308 bin 86’ye, bazı acil servislere günlük başvuru sayısının 2000 civarında olduğu bildirilmektedir. 2017’de Kamu Hastaneleri İstatistik Raporuna bakıldığında 101 milyon 445 bin 329dur (23). 2013-2017 verilerini kıyasladığımızda hasta sayılarının arttığı ve hastanelerdeki acil servislerin aktif bir şekilde işlediği görülmektedir. Bu da bize triyaj kavramının önemini göstermektedir (Tablo 3).

Acil Servislerde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Triyaj Tutumları

Acil servislerde triyajın gelişimine baktığımızda; hekimler, hemşireler, paramedikler ve sağlık memurları tarafından

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	VAKANIN YÖNLENDİRİLDİĞİ BİRİM KRİTERLERİ
YEŞİL	Kategori 1: Ayaktan başvuran, genel durumu stabil, akut semptomları nedeniyle 1 saatten fazla bekleme hayati tehdit veya komplikasyon oluşturabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar	Bu kategoride olan hastalar acil servis içinde yeşil alanda muayene edilmelidir.
	Kategori 2: Ayaktan başvuran, genel durumu stabil, 1-4 saat arası bekleme hayati tehdit oluşturmayan, basit sağlık sorunları bulunan hastalar	Bu kategoride olan hastalar acil servise entegre edilmiş olan mesai kaydırma veya vardiya branş polikliniklerine yönlendirilirler.
SARI	Kategori 2: Hayati tehdit etme olasılığı, uzun kayırlı ve önemli morbidite oranı olan durumlar.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tedavi alanına alınmalıdır.
	Kategori 2: Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar. (solunum sayısı, nabız, kan basıncı, oksijen saturasyonu, vücut sıcaklığı anormal olan hastalar ve ağrı skoru maksimum skorun %80 altında olan hastalardır.	Bu kategoride değerlendirilen hastalar triyajdan sorumlu hekimin bilgisi dahilinde doğrudan ilgili tedavi alanına alınmalıdır.
KIRMIZI	Kategori 1: Hayati tehdit eden ve hızlı, agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar. Bu durumda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır.	Kırmızı ana renk kodunda değerlendirilen hastalardan bilinci kapalı, hava yolu güvenliği, solunum ve dolaşım olmayan hastalar hemen yeniden canlandırma (resusitasyon) odasına alınacaktır.
	Kategori 2: Hayati tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	Bilinci kapanabilecek, hava yolu güvensiz ve solunumu durabileceği ön görülen hastalar doğrudan kırmızı alana alınacaktır.

Tablo 3. Renk kodlaması ve Triyaj Uygulaması (26)

yapıldığını görmekteyiz. İlk uygulamaları 1964’de Yale Newhaven Hastanesi’nde uygulanmaya başlayan triyaj sistemi, yeterince gelişmemesi nedeniyle 1980’lere kadar hekimler tarafından uygulanmıştır (3,24). Bu durum ülkemizde de 2004’de yayımlanan yönetmeliğe kadar benzer bir şekilde işlemiştir. Akyolcu (2006)’nın “Trijaj kimler tarafından uygulanır?” adlı çalışmada acil serviste hastanın triyajını, hemşirelerin %43,7’si hekimlerin yaptığını belirtmiş olup yukarıdaki yargıyı destekler niteliktedir (29).Günümüzde hastanelerin ve acil servislerin, hasta grubunun özellikleri ve personel durumuna göre triyajı yapan kişilerin belirlenmesi hastane idareleri ve acil servis sorumlularının inisiyatifindedir (26). Hekimler nadiren triyaj uygulamasına dahil olurlar, ancak triyaj personeli için bir hekim hemen ulaşılabilir ve erişilebilir olmalıdır.

Acil servislerde hekimlerin uyguladıkları triyaj, genellikle kıdemli hekimlerin ambulansla gelen kırmızı alan hastasına triyaj yapımlarıyla bilinmektedir. Acil servise ambulansla gelen her hasta direk kırmızı alana alındığından kıdemli hekimler acil müdahale gerektiren bir hasta geldiğinde erken müdahale gerektiği için triyaj yapmaktadır (24). Yine çocuk acil servislerinde triyaj uygulamaları yeterince gelişmediği için triyajı hekimler yapmaktadır (27). Burström ve ark. (2012)’nin İsveç’te üç hastanede farklı triyaj uygulamalarının (hekim liderliğinde triyaj, hemşirenin ardından acil hekiminin değerlendirdiği triyaj ve hemşirenin ardından pratisyen hekimin değerlendirdiği triyaj) karşılaştırıldığı çalışmada hekim liderliğinde yapılan triyajın verimlilik ve bekleme süreleri açısından daha avantajlı olduğu belirtilmiştir (28). Burström ve ark. (2015)’nin başka bir çalışmada 2008-2012 yılları arasındaki veriler incelenmiş hekim liderliğindeki triyajın bekleme sürelerini 34 dk. azalttığı aynı zamanda acil servise giden hastaların ölüm oranlarının da azaldığı belirtilmiştir (29). Triyajda acil hekimin etkisini değerlendirmek için yapılan çalışmada triyaj hemşiresiyle birlikte kıdemli bir acil hekiminin görev yapmasıyla bekleme

sürelerinin önemli ölçüde kısaldığı belirtilmiştir. Choi ve ark. (2006)’nın çalışma verileri de bu durumu destekler niteliktedir. Çalışmada hekimlerin triyaj yapması sonucu bekleme süresinin %38, ortalama işlem süresinin de %23 azaldığı belirtilmiştir (30).

Esmailian ve ark. (2014)’nın çalışmada hemşire ve hekim triyajı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir (10). Benzer şekilde Han ve ark. (2010)’nın yaptıkları çalışmada da hastaların acil serviste kalış sürelerinde önemli bir azalma olmadığı gözlenmiştir. (31). Ersoy ve Akpınar (2010)’ın Kocaeli’nde acil servis hekimlerinin triyaj kararlarını değerlendirdikleri çalışmada ise acil hekimlerinin yaralıları için triyaj kararı vermede yetersiz oldukları belirtilmiştir (32). Çoğu zaman altın standart şeklinde kabul edilen hekim kararlarının doğru olmadığı durumlar söz konusu olabilir. Triyaj konusunda standartları belirleyen kılavuzlar veya sınıflandırmalar şu anda mevcut değildir. Triyajın standartlarını belirleyen kılavuzlar veya sınıflandırmalar kullanıldığında, sağlık çalışanlarının hastalara doğru şekilde triyaj yapma olasılıkları önemli ölçüde yükselecektir (33). Sarıkaya (2004)’nın çalışmada göğüs ağrısı gibi belirli şikayetler için triyaj kılavuzlarının hazırlanmasının hemşirelerin ve doktorların kararları arasındaki tutarlılığı artırdığı gösterilmiştir.

Paramedikler ve acil tıp teknisyenleri daha çok ambulanslarda hastalara eşlik etmektedir. Bu durum birçok ülkede benzerlik göstermektedir (40). Dünya çapında acil servislerde triyaj hemşiresine bir alternatif paramedikler gösterilebilir. Pointer ve ark. (2001) tarafından yapılan çalışmada uygun tanı ve tedavi prosedürleri uygulanarak paramedikler tarafından da triyajın uygulanabileceği belirtilmiştir (41). Bununla birlikte, Yıldırım (2017)’in paramedik öğrencilerinin acil tıp kliniğinde uyguladıkları tıbbî becerilerin değerlendirildiği çalışmada, öğrencilerin en çok zorlandıkları beceriler arasında triyaj uygulamasının bulunduğu bildirilmiştir (42).

Trijaj konusunda standartları belirleyen kılavuzlar veya sınıflandırmalar şu anda mevcut değildir. Triyajın standartlarını belirleyen kılavuzlar veya sınıflandırmalar kullanıldığında, sağlık çalışanlarının hastalara doğru şekilde triyaj yapma olasılıkları önemli ölçüde yükselecektir (33).

Literatürü taradığımızda Dünya’daki ve Türkiye’deki acil servislerde triyaj uygulamasını genellikle hemşireler yapmaktadır (33). 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği’nde acil servis hemşiresinin görevlerinden biri hastaların acil servise kabulünü sağlamak olarak belirtilmiştir (34). Bu nedenle acil servislerde kullanılan çeşitli triyaj sistemlerinin gelişmesinde hemşirelerin “hasta aciliyeti”ve “zaman” bakımından gözlemleri önemli rol oynamıştır (35). Türkiye’de Acil Servis Triyaj araştırmaları genellikle hemşireler üzerine odaklanmıştır. Uluslararası literatürde yapılan araştırmalarda bu duruma paralellik göstermektedir. Bu tutumdan dolayı triyaj hemşiresine önemli sorumluluklar yüklenmektedir (24, 36). Acil servislerde hastaların kalabalığı, her hastanın kendini en öncelikli hasta hissetmesinden kaynaklı anksiyetik davranışlarından dolayı triyaj hemşiresi kişilerarası iletişimde problem çözücü ve çözüm odaklı olmalıdır. Ayrıca doğru ve hızlı karar verme mekanizmalarını geliştirip hastaları en verimli şekilde alanlarına yönlendirmelidir. Doğru ve hızlı kararı verebilmek için; acil konusundaki bilgilerini güncel tutması, en az altı

aylık acil servis tecrübesi ve triyaj konusunda eğitimler almaları önemlidir (27).

Trijaj eğitimi lisans düzeyinden başlayıp acil servis sürecinde de hizmet içi eğitimlerle desteklenmelidir. Akyolcu ve ark. (2006)'nın acil servislerde çalışan hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada; triyaj eğitimi almayan hemşirelerin %87 oranında bulunduğu ve triyajın tanımını bilenlerin %23 gibi düşük bir oranda çıktığı bildirilmiştir (25). Avustralya'da yapılan bir çalışmaya katılan hemşirelerden %42'si triyaj eğitimi almadığını, eğitim alanlardan %14'ü ise triyaj görevi yapmaya hazır olmadığını belirtmiştir (36). Sungur ve ark. (2009)'nın yaptıkları çalışmada ise katılımcıların %64,7'sinin triyaj eğitimi almadığı, triyaj tanımını bilenlerin %67,6 olduğu bildirilmiştir (26). Bu da bize 2000 yılında triyajla ilgili ilk yayımlanan yönetmelikte triyaj kelimesi kullanılmayıp, bunun yerine "yönlendirme" kavramının kullanılmasının etkisi olabileceğini düşündürmektedir. Küçükoğlu ve ark. (2017)'nin yaptıkları çalışmada triyaj tanımını bilenlerin oranı %93,5 çıkarken triyaj konusunda kendilerini yeterli hissetmeleri %72,7 çıkmıştır (27). 2004'de yayımlanan yönetmelikte ilk kez triyaj kavramı kullanılmış, hastanelerde triyaj alanı bulunması gerektiği belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda triyaj tanımı bilgi düzeyinin artışı triyaj kavramının yönetmeliklerdeki gelişimiyle paralellik göstermektedir. Hizmet içi triyaj eğitimlerinin yeterince yapılmadığı yapılan çalışmalarda verilerde görülmektedir. Tarhan ve Akın (2016)'ın yaptığı çalışmada hemşirelik eğitimi gören lisans öğrencilerinin triyaj tanımını bilme oranları %88 iken triyajın renklerini bilme oranı %28,8 olarak tespit edilmiştir. Triyaj tanımını bilme oranlarındaki yüksek bulgu; öğrencilerin klinik deneyimleri, günlük yaşamdaki acil servis gözlemleri olarak tanımlanabilir. Triyajın renklerini bilme oranlarındaki düşüklük ise uygulama anlamında lisans eğitiminde triyaj konusundaki uygulama yetersizliğini düşündürmektedir (36). Acil servislerde aşırı yoğunluğun azaltılmasında triyaj hemşiresinin rolünün incelendiği sistematik bir çalışmada; 1971-2011 yılları arasında yapılan 14 çalışma incelenmiş, triyaj hemşirelerine eğitim verildikten sonra bekleme sürelerinde anlamlı bir azalış (ortalama 37 dk.) olduğu tespit edilmiştir (37). Güney Afrika'da hasta yoğunluğu yüksek bir acil serviste, eğitilmiş hemşireler tarafından uygulanan triyajın bekleme süresine olumlu katkı sunduğu, beklemenin ortalama 38 dk. azaldığı bildirilmiştir (38).

Subash ve ark. (2004)'nin yaptıkları çalışmada, hekim ve hemşire iş birliğiyle yapılan triyajın tıbbi değerlendirme ve taburcu olma süresini azalttığını bildirmiştir (39). Sarıkaya ve ark. (2004)'nin hekim ve paramediklerin triyaj tutarlılıkları üzerine yaptıkları çalışmada, triyaj eğitiminden önce triyaj tutarlılıkları zayıf olarak tespit edilen hekim ve paramedikler, eğitim verildikten sonra triyaj tutarlılığında artış gözlemlendiği bildirilmiştir.

Sonuç

Yönetmelikte triyajı yapabilecek personeller; hekim, hemşire, paramedik ve sağlık personeli olarak tanımlanmış ama iş ayrımları ayrıntılı belirtilmemiştir. Sahada çoğunlukla normal triyaj alanında pratisyen ve uzman hekim triyaj yapmamaktadır. Sadece kırmızı alanda uzman hekim ambulansla gelen hastaya triyaj yapmaktadır. Yönetmelikte triyaj yapar kısmı açık uçlu bırakıldığı için kargaşaya neden

olmakta bu yüzden yeni bir yönetmelikle acil serviste görevli sağlık profesyonellerinin triyaj görevleri ayrıntılı belirtilmelidir. Ayrıca triyaj, uygulama kılavuzlarıyla uygulayıcılara sunulmalıdır.

Yapılan birçok çalışmada triyaj eğitimi almış hekim ve hemşirelerin yaptığı triyajın, bekleme süresi ve güvenirliliği açısından diğer sağlık profesyonellerine göre daha etkili olduğu gözlenmiştir. Lisans eğitiminde triyaj eğitiminin önemsenmesi, ilkyardım ve Acil Bakım dersi içeriğine triyaj eğitiminin eklenmesi, mezuniyet sonrası göreve başlayan hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde triyajdaki yenilikler hakkında düzenli bilgilendirilmesinin, eksikliklerin giderilmesinde ve daha başarılı triyaj uygulanmasında faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek Beyanı: Yazarlar finansal destek bildirmemiştir.

Yazarların Katkısı: HD; derlemenin planlanması ve yazımında görev almıştır. SPC; yazının tasarımı, yazının düzeltilmesi ve son kontrol kısmında görev almıştır.

Etik Beyan: Yazarlar araştırma ve yayın etiğine uyduklarını beyan ederler.

Kaynaklar:

1. Foley E, Reiser AT. Triage. Ciotto's Disaster Medicine. 2016; 337–343.
2. Akyol G. Acil servis hemşiresinin triyaj kararının doğruluğunun ESI sistemi kullanılarak değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Akdeniz Üniversitesi. Antalya. 2018.
3. Partovi SN, Nelson BK, Bryan ED, et al. Faculty triage shortens emergency department length of stay. Acad Emerg Med. 2001; 8:990–995.
4. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. Annals of Emergency Medicine. 2007; 49(3): 275–281.
5. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. (24046, 11.05.2000; Değişiklik: 24.03.2004, 25412; Değişiklik: 15.03.2007, 26463)
6. Ryan JM. Triage: Principles and Pressures. European Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2008; 34: 427–432
7. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. MJA. 2006; 184: 213–216
8. Lampi M, Junker JPE, Tabu JS, et al. Potential benefits of triage for the trauma patient in a Kenyan emergency department. BMC Emergency Medicine. 2018; 18(1): [doi:10.1186/s12873-018-0200-7](https://doi.org/10.1186/s12873-018-0200-7).
9. Hinson JS, Martinez DA, Cabral S, et al. S. Triage Performance in Emergency Medicine: A Systematic Review. Annals of Emergency Medicine. 2018; [doi:10.1016/j.annemergmed.2018.09.022](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.09.022)
10. Esmailian M, Zamani M, Azadi F, Ghasemi F. Inter-Rater Agreement of Emergency Nurses and Physicians in Emergency. Emergency. 2014; 2(4): 158–161
11. Jelinek GA, Little M. (1996). Inter-rater reliability of the National Triage Scale over 11,500 simulated occasions of triage. Emergency Medicine. 1996; 8(4): 226–230.
12. Australasian College for Emergency Medicine. Guidelines on the Implementation of the ATS in Emergency Departments. 2016; Document No: G24 [acem.org.au](https://www.acem.org.au)
13. McLeod S L, McCarron J, Ahmed T, et al. Interrater Reliability, Accuracy, and Triage Time Pre- and Post-implementation of a Real-Time Electronic Triage Decision-Support Tool. Annals of Emergency Medicine. 2019; [doi:10.1016/j.annemergmed.2019.07.048](https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.07.048)
14. Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. CJEM. 2017; 19(2): 18–27.
15. Pulk MH, Theou O, Van der Valk AM, Rockwood K. The role of illness acuity on the association between frailty and mortality in emergency department patients referred to internal medicine. Age and Ageing. 2020; 1-9. [doi:10.1093/ageing/afaa089](https://doi.org/10.1093/ageing/afaa089)

16. Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J. Emergency Triage: Manchester Triage Group, Third Edition. John Wiley & Sons, Ltd. Published. 2014.
17. Cohen B. Florence Nightingale. Scientific American. 1984; 250(3): 128-137.
18. Orkun N, Eşer İ, Çelik G. Acil hemşireliği tarihi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi. 2017; 5(1): 16-25.
19. Bahçecik N, Alpar ŞE. Nursing education in Turkey: From past to present. Nurse Education Today. 2009; 29(7): 698–703.
20. Karcioğlu Ö. Ülkemizde Acil Tıp: 26 yılın özeti. Journal of ADEM. 2020; 1(1): 19-31.
21. Karabulut N, Gürçayır D, Aktaş Y. Y. Hemşirelik Araştırma Tarihi. ACU Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 10(2): 121-128
22. T.C. Resmi Gazete, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ. 16.10.2009; Değişiklik: 20.02.2018 Sayı: 27378, 30338, Ankara. (2021, 5, Ocak) Erişim Adresi: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=701:yatakli-saik-teslerde-ac-serv-hmetler-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-tebli&catid=3:tebligenele&Itemid=35
23. İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllıkları, 2013 ve 2017, Erişim Adresi: <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-43595/yatakli-tedavi-kurumlari-istatistik-yilliklari.html>
24. Abdulwahid MA, Turner J, Mason SM. Senior Doctor Triage (SDT), A Qualitative Study of Clinicians' Views on Senior Doctors' Involvement In Triage and Early Assessment of Emergency Patients. Emergency Medicine Journal. 2018; 35(7): 440–446.
25. Akyolcu N, Öztekin D, Çelik S. Acil birimlerde triyaj kimler tarafından ve nasıl uygulanır? 2006; 15(57): 2-13.
26. Sungur E, Aksoy B, Biçer S, Aydoğan G. Acil servis hemşireleri arasında triyaj bilgi düzeyinin değerlendirilmesi. JOPP Derg. 2009; 1(1): 14-18.
27. Küçüköğlu S, Köse S, Aytekin A, Kılıç T. Acil birimlerde çalışan hemşirelerin triyaj konusundaki bilgi düzeylerinin ölçülmesi. Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi. 2017; 4(3): 116-122.
28. Burström L, Nordberg M, Örnung G, et al. Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2012; 20(1): 1-10.
29. Burström L, Engström ML, Castren M, et al. Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. Upsala Journal of Medical Sciences. 2015; 121(1): 38–44.
30. Choi YF, Wong TW, Lau CC. Triage rapid initial assessment by doctor (TRIAD) improves waiting time and processing time of the emergency department. Emergency Medicine Journal. 2006; 23(4): 262–265.
31. Han JH, France DJ, Levin S R, et al. The effect of physician triage on emergency department length of stay. The journal of emergency medicine. 2010; 39(2): 227–233.
32. Ersoy N, Akpınar A. (2010). Triage decisions of emergency physicians in Kocaeli and the principle of justice. Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery. 2010; 16(3): 203-209.
33. Tam HL, Chung SF, Lou C. A review of triage accuracy and future direction. BMC Emergency Medicine. 2018; 18(1): 1-7.
34. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. 08.03.2010, Sayı: 27515, Ankara. (2021, 5, Ocak). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.html>
35. FitzGerald G, Jelinek GA, Scott D, Gerdtz MF. Emergency department triage revisited. Emergency Medicine Journal. 2010; 27(2): 86–92.
36. Tarhan MA, Akın S. Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 3(2): 170-174.
37. Rahmati H, Azmoon M, Meibodi MK, Zare N. Effects of triage education on knowledge, practice and qualitative index of emergency room staff: a quasi-interventional study. Bull Emerg Trauma. 2013; 1(2): 69–75.
38. Bruijns SR, Wallis L., Burch VC. Effect of introduction of nurse triage on waiting times in a South African emergency department. Emergency Medicine Journal. 2008; 25: 395-397.
39. Subash F, Dunn F, Mc Nicholl B, Marlow J. Team triage improves emergency department efficiency. Emergency Medicine Journal. 21(5); 542–544
40. Yıldırım D, Sarı E, Gündüz S, Yolcu S. Paramedik eğitiminin dün ve bugün. Smyrna Tıp Dergisi. 2014: 51-53.
41. Pointer JE, Levitt MA, Young JC, et al. Can paramedics using guidelines accurately triage patients? Annals of Emergency Medicine; 38: 268-277.
42. Yıldırım GÖ. Paramedik öğrencilerin acil tıp kliniğinde uyguladıkları tıbbi becerilerin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(1): 9-19.