



**ACİL HEMŞİRELERİNİN MULTİTRAVMALI
HASTADA BAKIM DENEYİMLERİ:
FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

**2023
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK BİLİMİ**

Nazlı SÖYLER

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN**

**ACİL HEMŞİRELERİNİN MULTİTRAVMALI HASTADA BAKIM
DENEYİMLERİ: FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA**

Nazlı SÖYLER

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN

T.C.

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında

Yüksek Lisans Tezi

Olarak Hazırlanmıştır

KARABÜK

Haziran 2023

Nazlı SÖYLER tarafından hazırlanan “ACİL HEMŞİRELERİNİN MULTİTRAVMALI HASTADA BAKIM DENEYİMLERİ: FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

KABUL

Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN
Tez Danışmanı, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği/Oy Çokluğu Seçiniz ile Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 19/06/2023

<u>Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)</u>	<u>İmzası</u>
Başkan : Doç. Dr. Sevil GÜLER (GÜ)
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN (KBÜ)
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURNAZ (KBÜ)

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Müslüm KUZU
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Nazlı SÖYLER

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

ACIL HEMŞİRELERİNİN MULTİTRAVMALI HASTADA BAKIM DENEYİMLERİ: FENOMENOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Nazlı SÖYLER

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN

Haziran 2023, 78 sayfa

Acil hemşirelerinin multitravmalı hastaya bakım deneyimlerini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışma, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik yaklaşım ile yapılmıştır. Çalışmaya Karabük ilinde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin acil servisinde görevli olan 17 hemşire dahil edilmiştir. Katılımcıların seçiminde amaçlı örneklem türlerinden olan ölçüt örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmanın verileri hemşirelerin sosyodemografik özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi” ile toplanmıştır. Katılımcılar, randevu tarihlerine göre 5 gruba ayrılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler Nvivo nitel veri analizi yazılımı programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin; 8’inin 36-45 yaş arasında, 11’inin kadın ve 12’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Acil hemşirelerinin multitravmalı hastaya bakım deneyimlerine ilişkin; “insani ve robotik duygular, yaşama bağlama, müdahale esnasındaki sorunlar, ağrı tanımlanması, yönetici tutumu, beklentiler” olmak üzere altı adet ana tema

oluşturulmuştur. Araştırma sonuçları doğrultusunda; acil serviste multitravmalı hastaya müdahale edecek hemşirelerin ayrı olması, her vardiya da en az bir deneyimli multitravma hemşiresinin acil serviste bulunması, multitravma ile ilgili hizmet içi eğitim planlamalarının yapılması ve eğitimlerin teorikten daha çok uygulamaya yönelik olması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler : Travma, Multitravma, Acil Hemşiresi, Nitel Araştırma

Bilim Kodu : 1032.01

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

EMERGENCY NURSE'S EXPERIENCES IN CARE OF PATIENTS WITH MULTIPLE TRAUMA: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

Nazlı SÖYLER

**Karabük University
Institute of Graduate Programs
Department of Nursing Science**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Durdane YILMAZ GÜVEN

June 2023, 78 pages

This study, conducted with the aim of determining the experiences of emergency department nurses caring for multitraumatized patients, used a phenomenological approach, one of the qualitative research methods. Seventeen nurses working in the emergency department of a training and research hospital in Karabuk were included in the study. The criterion sampling method was used to select participants, which is one of the purposive sampling methods. The data of the study were collected using the "Personal Information Form" and the "Semi-structured Focus Group Interview", which includes the socio-demographic characteristics of the nurses. Qualitative research methods were used in this study. The phenomenological approach was chosen as the research design. Participants were divided into 5 groups (4-4-3-3 people) according to their appointments. The data obtained during the study were analyzed using the Nvivo program for qualitative data analysis. It was found that 8 of the nurses participating in

the study were between 36 and 45 years old, 11 of them were women, and 12 of them had completed a college degree. In relation to the experiences of emergency paramedics caring for multitraumatic patients, six main themes were created: "human and robotic emotions, connectedness to life, problems during the intervention, definition of pain, management attitude, and expectations". Consistent with the research findings, it is recommended that nurses intervening in the ED for multitraumatic patients should be separated and that at least one experienced multitraumatic nurse should be present in the ED on each shift, that continuing education plans for multitraumatic patients should be established, and that training should be practical rather than theoretical.

Key Word : Trauma, Multitrauma, Emergency Nurse, Qualitative Research

Science Code : 1032.01

TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasının planlanmasında, araştırılmasında, yürütülmesinde ve oluşumunda ilgi ve desteğini esirgemeyen, engin bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yönlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi. Durdane YILMAZ GÜVEN'e teşekkürlerimi sunarım.

Değerli hocalarım Doç. Dr. Sevil GÜLER'e ve Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURNAZ' a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Tez çalışmamda kullanılan görüşmeye katılan Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Hemşirelerine teşekkür ederim.

Tez çalışmam süresince yardımı ve ilgisiyle her zaman yanımda olan sevgili eşim Hüseyin SÖYLER'e, ders çalışmamı sabırla bekleyen canım kızlarım Gül Bilge SÖYLER ve Güneş SÖYLER'e tüm kalbimle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	3
BÖLÜM 2	5
GENEL BİLGİLER	5
2.1. TRAVMA KAVRAMI.....	5
2.1.1. Travmanın Tarihçesi.....	5
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Travma Epidemiyolojisi	6
2.2. TRAVMA ÇEŞİTLERİ.....	6
2.2.1. Kranial Yaralanmalar.....	6
2.2.1. Spinal Kord Yaralanmaları	7
2.2.3. Penetran Travmalar.....	7
2.2.4. Künt Travmalar.....	7
2.3. TRAVMADA SİSTEMİK YANIT	8
2.4. MULTİTRAVMA KAVRAMI.....	9
2.5. MULTİTRAVMALI HASTAYA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM.....	10
2.5.1. Hastane Öncesi Dönem.....	10
2.5.2. Triyaj.....	10

	<u>Sayfa</u>
2.5.3. Birincil Değerlendirme	12
2.5.3.1. Resüsitasyon.....	16
2.5.3.2. Hipovolemik Şok	17
2.5.3.3. Monitörizasyon	18
2.5.4. İkincil Değerlendirme	19
2.6. ACİL SERVİSTE MULTİTRAVMALI HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	20
2.6.1. Acil Serviste Multitравmalı Hastaya Bir Fenomen Olarak Hemşirelik Yaklaşımı	22
BÖLÜM 3	23
GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	23
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	23
3.3. KATILIMCILARIN BELİRLENMESİ	23
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	24
3.4.1. Odak Grup Görüşmesi	24
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	25
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
3.7. GÜVEN DUYULABİLİRLİĞİN SAĞLANMASI.....	27
3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU.....	27
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	27
BÖLÜM 4	28
BULGULAR	28
4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	28
4.2. ACİL HEMŞİRESİNİN MULTİTRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIMINA İLİŞKİN TEMALAR VE ALT TEMALAR.....	29
BÖLÜM 5	46
TARTIŞMA	46
5.1. İLK KARŞILAŞMA VE MÜDAHALE AŞAMASI.....	47
5.2. YÖNETİCİ TUTUMU	53
5.3. BEKLENTİLER.....	54

	<u>Sayfa</u>
BÖLÜM 6	56
SONUÇ VE ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	59
EK AÇIKLAMALAR FORMLAR	70
ÖZGEÇMİŞ	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 2.1. Bedenin stresörlere nöroendokrin tepkisi	9
---	---

ÇİZELGELER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Çizelge 2.2. Glaskow koma skalası skoru	15
Çizelge 4.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=17)	28
Çizelge 4.2. İnsani ve robotik duygular ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler... 29	29
Çizelge 4.3. Yaşama bağlama ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler.....	33
Çizelge 4.4. Müdahale esnasındaki sorunlar ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler	36
Çizelge 4.5. Ağrı tanımlanması ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler	39
Çizelge 4.6. Yönetici tutumu ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler	41
Çizelge 4.7. Beklentiler ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler	42

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASY	: Ateşli silah yaralanmaları
ACEP	: Amerikan acil hekimler birliği
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
ADH	: Antidiüretik hormon
AKG	: Arter kan gazı
CRP	: Kardiyopulmoner resüsitasyon
ENA	: Acil hemşireleri birliği
ES	: Eritrosit süspansiyonu
ESI	: Acil durum şiddet indeksi (Emergency severity index)
FAST USG	: Hızlı ultrasonografi (Focused assessment with sonography in trauma)
GKS	: Glaskow koma skalası
H1, H2, H3...	: Araştırmaya katılan hemşireler
ISS	: Yaralanma şiddet skoru
RTS	: Revize travma skalası
SPO2	: Oksijen satürasyonu
USG	: Ultrasonografi
VTE	: Venöz tromboembolizm

BÖLÜM 1

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Travma, dünya genelinde her türlü koruyucu önlemlere ve teknolojik gelişmelere rağmen, sosyoekonomik kalkınmadan bağımsız bir şekilde meydana gelen, 1-44 yaş aralığında sağlıklı kişilerde en sık görülen ölüm nedenidir [1]. Multitravma ise, Yaralanma Şiddet Skorunda yaralanmanın şiddetinin 16'dan büyük olduğu durumlar olarak tanımlanan, tek veya birden fazla organda yaşamı tehdit eden yaralanmaları ifade etmektedir. Multitravma nedeniyle her yıl dünyada 5,8 milyon insanın yaşamını kaybetmektedir [2]. Yaralanmaya bağlı ölümlerin başta gelen sebepleri; trafik kazaları (%27,1), düşme (%13), kendine zarar verme (%15,9), kişiler arası şiddet (%9,4) olarak saptanmıştır [3]. Ahmed et al. (2020) 935.402 travma hastasıyla yaptıkları çalışmada, hastaların %90'ından fazlasının künt travmaya maruz kaldığını ve en yaygın yaralanma mekanizmasının %43 ile düşme olduğunu belirtmişlerdir [4]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada travma nedeniyle başvuran hastaların yaş ortalaması 19 olarak bulunmuş, travmaya maruziyetin 10 yaş altı ve 20-40 yaş grubu arasında daha sık olduğu, acil servise yapılan tüm başvuruların %10-25'inin travmaya bağlı hasar nedeniyle olduğu rapor edilmiştir [5].

Travma hastalarında morbidite ve mortaliteyi belirleyen temel etken yaralanmadan sonraki birkaç dakika içinde yapılan müdahalelerdir. Ölümlerin yaklaşık %80'i ilk dört saat içinde meydana geldiğinden, multitravma hastalarının hızlı teşhisi ve uygun müdahalesi oldukça önemlidir [6]. Geçen her dakikanın önemli olması nedeni ile zaman kayıpları ve yaklaşımda hata oranlarını en aza indirmek için sistematik bir yaklaşım gerçekleştirilmelidir [7].

Multitравmalı hastalara hastanede ilk müdahale eden sağlık çalışanları acil hemşireleridir. İlk müdahale ve doğru teşhis hayati öneme sahip olduğundan acil serviste çalışan hemşirelerin deneyimli, eğitilmiş ve yüksek stres altında doğru karar verebilme yetisine sahip olması gerekmektedir. Acil servis hemşireleri hastanın gereksinimlerini belirleyip karşılamak, komplikasyonları önlemek ve istenmeyen durumları en aza indirmek için bütüncül bir ekip yaklaşımı ile çalışmaktadır [8]. Bu doğrultuda acil servislerde çalışan hemşirelerin acil hemşireliği ve travma konusunda eğitim almış olmaları gerekmektedir. Sandström et al. (2019) multitравmalı hastalarla yaptıkları çalışmada; sağlık çalışanlarının, bu hastaların ihtiyaçlarını tahmin etme ve onlara daha iyi bakım verebilmeleri için hastalarla yaptıkları görüşmeler sonucunda hastaların ihtiyaçlarını tanımlamak için ortak bir anlayışın gerekli olduğunu, kısa vadeli hedefler belirleyerek hastaların ihtiyaçları hakkında daha kolay fikir edinebileceğini ve onlara rehberlik ederek yardımcı olunabileceğini belirtmişlerdir [9]. Deneyimi az olan ve herhangi bir eğitim almamış olan hemşirelerin acil servislerde, özellikle de travmalı hastalara müdahalede çalıştırılması hem hasta için hem de hemşire için kötü sonuçlar ortaya çıkarabilir. Acil serviste hasta takibi 24 saat boyunca devam ettiği için hemşirelik bakımı, acil sağlık sorunlarını çözümlenmeye yönelik gerekli bilgi ve kanıta dayalı uygulamaları içermelidir [10].

Acil servise gelen travmalı tüm hastalara bütüncül bir yaklaşımda bulunulmalıdır. Öncelikle yaşamı tehdit eden yaralanmaların hızlı bir şekilde belirlenmesi ve tedavisi hedeflenmelidir. Hastanın hava yolu açıklığı, dolaşım durumu ve solunumu değerlendirilmeli, gerekliyse hemen resüsitasyona başlanmalıdır. Ayrıca boyun omurgasının korunması ve stabilizasyonu ile kanama kontrolü sağlanmalıdır. Hastanın nörolojik durumu belirlenmeli, giysileri çıkartılmalı ve travma yaralanmalarının belirlenmesi açısından hastanın tüm vücudu sistematik olarak değerlendirilmelidir [11]. Hastalar kanama, çoklu organ disfonksiyon sendromu ve / veya venöz tromboembolizm (VTE) gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlarla karşılaşma açısından yüksek risk altındadır. Bu nedenle travma sonrası komplikasyonların önceden tahmin edilmesi ve önlenmesi çok önemlidir [12]. Ireland et al. (2017) çalışmasında; travma kursu alan hemşirelerin eğitime katılmadan önce riskli bir hava yolunu yönetme, mevcut sıvı resüsitasyon gereksinimlerini anlama ve hipotermi konusunda güven eksikliği yaşadıklarını bildirmişlerdir. Katılımcılar tarafından

sunulan öneriler arasında, müfredat içeriğinde gelişmiş patofizyoloji ve yanık yaralanması da dahil olmak üzere programı iki güne yaymak ve katılımcıların simüle edilmiş senaryolar kullanarak öğrendiklerini uygulamalarına izin verilmesinin daha etkili olacağını belirtmişlerdir [13].

Ülkemizde acil hemşireliği ile ilgili birçok çalışma bulunmasına rağmen acil hemşirelerinin multitravmalı hastalara karşı yaklaşımlarını, deneyimlerini ve duygularını değerlendiren nitel bir çalışma bulunmamaktadır. Acil hemşirelerinin multitravmalı hasta ile karşılaştıkları durumlarda yaşadıkları güçlükler, deneyimler tespit edilirse, hastalara daha hızlı bakım olanağı sağlayabilmek için kurum yöneticilerine önerilerde bulunulabilir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Amaç: Bu çalışma acil hemşirelerinin multitravmalı hastaya yaklaşımıyla ilgili deneyimlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Sorusu:

Acil serviste çalışan hemşirelerin multitravmalı hastaya yaklaşımları ile ilgili deneyimleri nelerdir?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Acil hemşireliği, uzun süreli sakatlık veya ölümü önlemek için acil tıbbi müdahale gerektiren hastaların tedavisine odaklanan profesyonel tıbbi bakım uzmanlığıdır [14]. Acil serviste hasta takibi 24 saat boyunca devam ettiği için hemşirelik bakımı, acil sağlık sorunlarını çözümlenmeye yönelik gerekli bilgi ve kanıtla dayalı uygulamaları içermelidir [10]. Ülkemizde acil servise yapılan tüm başvuruların %10-25'inin travmaya bağlı hasar nedeniyle olduğu rapor edilmiştir [5]. Literatürde, acil serviste çalışan hemşirelerin multitravmalı hasta yönetiminde yaşadıkları güçlükleri ve sorunları inceleyen, bu hastalara bakım verirken yaşadıkları duygularını ve deneyimlerini belirten herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu noktadan hareketle

çalışmamızda nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemlerinin temel amacı algı ve deneyimlerin ortaya çıkarılmasıdır. Bu yöntemlerden biri olan fenomenolojinin amacı ise yaşanan deneyimin bireyler tarafından anlamlandırılmasıdır [15]. Fenomenoloji araştırma deseni kullanılarak yapılan bu çalışma ile acil serviste çalışan hemşirelerin multitravmalı hasta bakımında yaşadıkları deneyimler belirlenerek gelecekte yapılacak araştırmalara ışık tutacaktır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

2.1. TRAVMA KAVRAMI

Travma, fiziksel veya psikolojik olarak bireye zarar veren veya bireyin hayatını tehdit edici olarak deneyimlediği ve iyilik halinde kalıcı etkiler yapan olayları ya da durumları ifade etmektedir. Sözlükte "travma" kelimesinin tanımı; bir organın veya dokunun yapısını ve şeklini değiştiren bir dış etkinin neden olduğu yaralanma olarak ifade edilmektedir [16]. Travmatik olaylar birçok insanın hayatını olumsuz etkiler. Buna; doğal afetler, insan yapımı felaketler ve savaş gibi büyük olaylar veya araba kazaları, cinsel şiddet, aile içi şiddet ve çete suçları gibi daha küçük olaylar neden olabilir [17]. Travma çok hızlı gelişmesine rağmen, iyileşme ve rehabilitasyon süreci çok uzun zaman alabilir [18].

2.1.1. Travmanın Tarihçesi

Travma ile ilişkili ilk yazılı belgeye Mısır'da, Edwin Smith papirüsünde rastlanmıştır. Bu belgenin M.Ö. 3.000 ve 1.600 yılları arasında yazıldığı düşünülmektedir. Travmalı hastaların tedavisi için yapılan çalışmalar çok eski tarihlere dayanmaktadır. Antik Yunan'da Hipokrat'ın bu çalışmaları yaptığı bilinmektedir. Bu çalışmalar tarih boyunca devam etmiştir. Askeri hekimler, savaş esnasındaki travma deneyimlerini yazarak travma tedavisinin gelişimine katkıda bulunmuşlardır. Hekimlerin yazdığı bu bilgiler günümüze kadar ulaşmıştır. 1853'te Kırım Savaşı sırasında Florence Nightingale, günümüz hemşireliğinin temelini oluşturmuştur. Travma konusundaki araştırmalar, Birinci Dünya Savaşı ile artmıştır. Bu dönemdeki bilime dayalı deneysel araştırmalar sayesinde, travma konusunda daha fazla gelişme sağlanmıştır.

Türkiye'deki gelişmeler ise Cumhuriyet'in ilanından sonra artış göstermiştir. Bu dönemdeki çalışmalar, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde yapılmıştır [19,20].

2.1.2. Dünyada ve Türkiye'de Travma Epidemiyolojisi

Dünyadaki ölümlerin %10'unun travmaya bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Travmaya bağlı komplikasyonların ve ölümlerin yaklaşık %90'ı düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir. Travma ve travmaya bağlı komplikasyonların insidansının 2030 yılına kadar artacağı tahmin edilmektedir. Trafik kazaları dünya çapında ölüme sebep olan üçüncü faktör olarak görülmektedir [21].

Ülkemizde yapılan bir çalışmada travma nedeniyle başvuran hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde; 14 yaş altı ölümlerde %50, 15-24 yaş grubundaki ölümlerde %80, 25-40 yaş grubundaki ölümlerde ise %65 oranında travmadan kaynaklandığı görülmüştür. Türkiye'de acil servise yapılan başvurularda travmaya bağlı başvuru oranı oldukça yüksektir. Bu oranın tüm başvuran hastaların %10-25'ini oluşturduğu bildirilmektedir [5].

2.2. TRAVMA ÇEŞİTLERİ

2.2.1. Kranial Yaralanmalar

Kafatası veya beyinde travma sonrası gerçekleşen, beyin fonksiyonlarında bozulmaya sebep olan yaralanmalara kranial yaralanma denilmektedir. Kafa travmalarının nedenleri arasında ilk sırada kaza sonucu meydana gelen düşmeler, trafik kazaları ve spor yaralanmaları gelmektedir [22]. En tehlikeli ve ölümcül kranial yaralanmaların ateşli silahlı yaralanmalar (ASY) sebebiyle meydana geldiği belirtilmektedir. Ayrıca saldırı, intihar girişimleri ve kazalar günlük hayatta meydana gelen en sık kranial ASY sebeplerindedir. Genellikle en çok etkilenen bölgenin frontal lob olduğu, posterior fossa ve beyin sapının ise en az etkilenen bölgeler olduğu belirtilmiştir [23].

2.2.1. Spinal Kord Yaralanmaları

Spinal kord yaralanmaları, ciddi sonuçlara yol açması nedeniyle yüksek öneme sahiptir. Bu yaralanmalar genellikle 16-30 yaş arasında daha sık görülmektedir. Spinal kord yaralanmaları çoğunlukla motorlu taşıt kazalarından kaynaklanmaktadır. Bu tür vakalarda ilk yardımın doğru ve hızlı yapılması hastaların iyileşme sürecinde olumlu bir etki yapmaktadır [24,25].

2.2.2. Penetran Travmalar

Penetran travmalar, dünyanın pek çok ülkesinde yüksek mortalite ve morbidite nedenidir. Penetran travmalar; yavaş, orta ve hızlı olmak üzere üç gruba ayrılırlar. Yavaş hızlı travmalara örnek olarak; kesici-delici alet yaralanmaları, orta hızlı travmalara ise tabanca ve saçma yaralanmaları gösterilebilir. Hızlı hızlı travmalar grubuna ise askeri silah, otomatik silah ve bomba ile yaralanmalar örnek olarak verilebilir [19,26,27].

Penetran travmalar genellikle ateşli silahlar ile meydana gelen yaralanma ve bıçaklanmalardır. Bunlar; yabancı bir maddenin batması veya saplanması sonucunda meydana gelmektedir. Penetran travmalarda, mermi etki ettiği alanda ve ilerlediği yol boyunca hasar oluşturabilir ve büyük damarları parçalayabilir [28].

2.2.3. Künt Travmalar

Künt travmalar genellikle bir çarpışma sonucu oluşan travmalardır. En sık görülen künt travmalar; motorlu taşıt kazalarında, direksiyona, koltuğa veya emniyet kemerine sıkışma olarak söylenebilir. Ayrıca yüksekten düşme, ağırlık altında ezilme ve bisiklet kazalarında diğer yaygın künt travmalardır. Künt travma sonucunda sternum ve kaburga kırığı, göğüs ağrısı, hemotoraks ve pnömotoraks oluşabilmektedir [28]. Tüm travma vakaları arasında ekstremiteler ve baş-boyun travmaları en çok görülenlerdir. Üçüncü sırada ise göğüs travmaları gelmektedir. Künt travma nedeniyle meydana gelen ölümlerin %25'i göğüs travması kaynaklıdır [29,30].

2.3. TRAVMADA SİSTEMİK YANIT

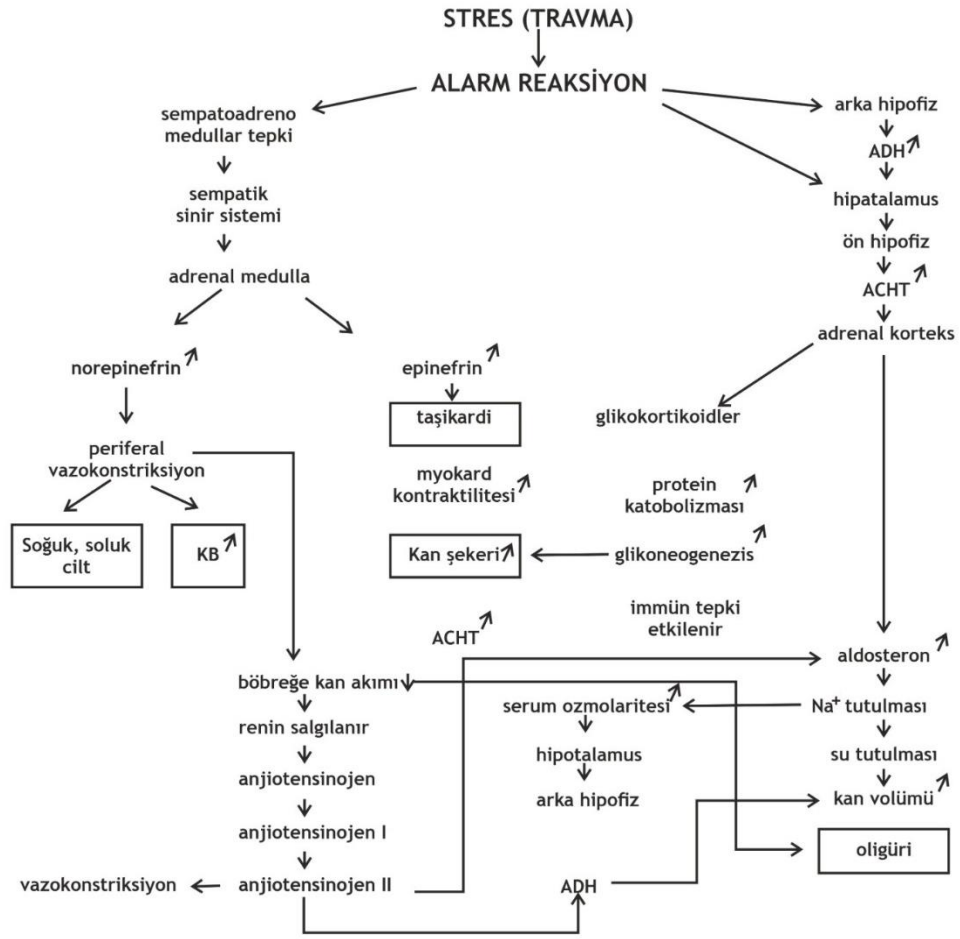
Organizmada travma meydana geldiğinde travmaya karşı tepki oluşturularak, homeostazinin düzenlenmesi ve korunmasına sistematik yanıt denilmektedir [31]. Organizmada travma sonrası meydana gelen hormonal cevap; immünolojik, metabolik ve endokrin değişikliklere sebep olmaktadır [19].

Endokrin yanıt, hipofiz hormonlarının salgılanmasında ve sempatik sinir sisteminin aktivasyonunda artış meydana getirmektedir. Hipofizin ön lobundan adrenokortikotropik (ACTH) ve büyüme hormonları, arka lobundan antidiüretik (ADH) hormon, adrenal korteksten kortizol ve aldosteron gibi katabolik hormonlar salgılanırken, insülin gibi anabolik hormonlar baskılanmaktadır. Bu hormonların etkisi ile böbrek ve kardiyovasküler fonksiyonları etkilenmekte, pankreasta glukagon salgılanmakta ve insülin sekresyonu azalmaktadır [32]. Katabolik hormonların artan etkisine bağlı olarak metabolik yanıt meydana gelmekte, bu durum karbonhidrat, yağ ve protein metabolizmasında değişikliklere neden olmaktadır [33,34].

Metabolik yanıt sırasında taşikardi, takipne, hipertermi, negatif nitrojen dengesinde, protein katabolizmasında, glukoneogenezde, oksijen kullanımında, enerji gereksiniminde artma görülmektedir [35].

İmmünolojik yanıtta ise organizma travmaya karşı sitokinler ve endotel kaynaklı mediyatörler ile tepki vermektedir. Sitokinler travmada; sistemik inflamatuvar cevap sendromu (hipertermi, taşikardi, lökositoz ve hiperventilasyon) gelişmesine neden olmaktadır. Bu durum organizmada koagülasyon ve vazomotor fonksiyonlarının bozulmasına yol açmaktadır [32].

Minör travmalar kısa zamanda onarılmaktadır, majör travmalarda ise çoklu organ bozukluğu ve hastanın ölümü ile sonuçlanabilir. Bu nedenle travmanın sistemik yanıtının nasıl olduğu önemlidir [31]. Bedenin stresörlere nöroendokrin tepkisi Çizelge 2.2’de verilmiştir.



Şekil 2.1. Bedenin stresörlere nöroendokrin tepkisi [36]

2.4. MULTİTRAVMA KAVRAMI

Multitravma; baş-yüz-boyun, göğüs, karın ve uzuvlar olmak üzere 4 bölüme ayrılan insan vücudunun en az iki bölgesini etkileyen travmadır. Ayrıca, birden fazla büyük uzun kemik kırığının meydana geldiği travma da multitravma olarak kabul edilmektedir [37]. Multitravmalı hastaya yaklaşım acil tıp pratiğinin temelini oluşturmaktadır. Travma bakımı, hızlı ve doğru karar alma becerisinin, iyi işleyen travma sistemlerinin ve uzman ekiplerin varlığını gerektirir. Travmalı hastaya bakımda en deneyimli personel bile zorlanabilmektedir. Multitravmalı hasta tedavisinde uygun bir resüsitasyon ile en kritik hastalarda bile fonksiyonel geri dönüş sağlanabildiği belirtilmektedir [5]. Multitravma hastasının acil servise başvurusu ile tedavi süresi başlamaktadır. Hastanın teşhisi konularak ileri tedavi için uygun bölüme

sevk edilmesi ile tedavi süresi sona ermektedir. Bu süreç genellikle acil servisin yoğunluğu ve niteliğinden etkilenmektedir [38].

2.5. MULTİTRAVMALI HASTAYA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Her geçen saniye multitravmalı hasta için çok önemli olduğundan; hasta hızla değerlendirilmeli ve tedavisine başlanmalıdır. Bunun için de sistematik bir yaklaşım gerekmektedir. Bu amaçla multitravma hastasının yönetiminde hastane öncesi dönem, triyaj, birincil değerlendirme, resüsitasyon, ikincil değerlendirme, kesin tedavi ve bakım süreci ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

2.5.1. Hastane Öncesi Dönem

Travma hastalarında mortalite, genellikle acil servise gelmeden önce gerçekleşmektedir. Travma vakalarında tedavi süreci, travmanın şiddetinin yanı sıra resüsitasyonun doğru zamanda ve uygun şekilde yapılmasına bağlıdır [39]. Travmalı hastalarda, hastane öncesi stabilizasyon için kan basıncı ölçülmelidir. Ayrıca, damar yolu açılmalı ve boyunluk takılmalıdır. Travmalı hastalarda taşıma esnasında oluşabilecek olumsuzlukları minimuma indirmek için hasta sırt tahtasına alınmalı ve sabitlenmelidir. Bunun yanı sıra gerekli durumlarda KED yeleği uygulanmalıdır [40,41]. Travmalı hastanın nakil işlemi mümkün olduğunca hızlı ve travma konusunda uzman ekibin bulunduğu bir sağlık kuruluşuna yapılmalıdır. Bu şartlar sağlanamıyorsa en kısa sürede, en yakın sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Ayrıca, hastanın tedavisi için kaza öyküsünün bilinmesi ve sorumlu ekibe aktarılması hayati önem taşımaktadır [19].

2.5.2. Triyaj

Trijaj uygulamaları hastaya yapılan ilk değerlendirme sayesinde acil tedavi ve bakım gereksinimlerinin sınıflandırılmasıdır [42]. Başka bir deyişle, yaralı ya da hastanın bakım ve tedavi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, sağlık kuruluşlarındaki kaynakların doğru ve zamanında kullanılmasına olanak sağlayan sınıflandırma sistemidir [43].

Triyaj kelimesi, Fransızca sıralama, sınıflandırma anlamına gelen trier kelimesinden gelmektedir. Acil servis triyaj uygulamaları zaman içinde önemli ölçüde gelişmiştir. 2000'li yıllarda, Amerikan Acil Hekimler Birliği (ACEP) ve Acil Hemşireler Derneği (ENA), acil servislerde beş aşamalı triyaj sistemlerinin kullanılmasını tavsiye etmiştir. Bu sistemlerin en bilineni Emergency Severity Index (ESI)'dir. ESI'nın en önemli özelliği acil servise gelen hastaların hızlı ve sistematik değerlendirilmesi ile sınıflandırılması şeklindedir. ESI, çok acil hastaları birinci derece, en az acil hastalar ise beşinci derece olarak değerlendirmektedir. Yapılan bu sınıflandırmada amaç hızlı bir şekilde hastaların yaşam fonksiyonlarının normale döndürülmesine yardım edilmesidir [44].

Dünyada kullanılmakta olan çok sayıda ve farklı türde triyaj sistemleri bulunmaktadır. Bunlardan en sık kullanılanlardan biri Revize Travma Skalası (RTS)'dir. Çoklu travmalı hastalarda travmanın durumunu değerlendirirken RTS ve ISS (yaralanma şiddet skoru) en sık kullanılan skorlamalardır. Bu skorlar, yaralanma durumu ve ölüm ile ilişkilidir [44].

Triyajda iki temel esas vardır. İlk olarak hasta sayısının az, sağlık görevlisi sayısının fazla olmasıdır. Bu durumda: hayati tehlikesi bulunan ve çoklu organ hasarı olan hastalara öncelik verilmesidir. İkinci olarak; hasta sayısının fazla, sağlık görevlisi sayısının az olmasıdır. Bu durumda ise; yaşama şansı en fazla olan hastalara ve müdahalesi kısa sürecek olan hastalara öncelik tanınması gerekmektedir. Özellikle doğal afet gibi yaralı sayısının çok fazla olduğu durumlarda triyaj yapılması hayati önem taşımaktadır [19]. Lokermen et al. (2022) çalışmasında travmalı hastalarda hastane öncesinde yapılan triyajın hastaların hayatta kalma şanslarını artırmak için çok önemli olduğunu belirtmiştir [45].

16 Ekim 2009'da Sağlık Bakanlığı'nın yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulaması ile ilgili usul ve esasları tebliğine göre; Triyaj uygulamasının doktor veya hemşire, sağlık memuru, acil tıp teknisyeni ve benzeri nitelikteki sağlık personeli tarafından yapılması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca, bu tebliğde muayene, tetkik, tedavi, tıbbi ve cerrahi girişimler için triyaj uygulaması gerektiği bildirilmiştir.

Hastaların öncelik sırasına göre kırmızı, sarı ve yeşil renkler olarak üç bölüme ayrılmıştır [46].

2.5.3. Birincil Değerlendirme

Hasta ile ilk karşılaşıldığından akut acil durumları saptamak için ilk değerlendirme yapılır. Hastanın anamnezi alınır, monitöre bağlanır, pulse oksimetre ve kan basıncı monitörize edilerek yaşamsal bulgular toplanır [47].

Travma karmaşık bir süreçtir; travmalı hastaya yapılan ilk ve ikincil değerlendirme sık sık tekrarlanmalıdır. Hastanın klinik durumuna göre uygun tedaviler düzenlenmelidir. Detaylı fizik muayene birincil ve ikincil değerlendirme olarak iki gruba ayrılır [48].

Birincil değerlendirme sırasında travma hastasında ABCDEFG algoritmasına göre olgular kontrol edilmelidir [38].

A- Airway: Havayolunun sağlanması (servikal immobilizasyon ile)

B- Breathing: Solunum ve ventilasyon

C- Circulation: Dolaşım ve kanama kontrolü

D- Disability: Nörolojik durum

E- Exposure: Elbiselerin çıkartılması

F- Foley sonda (mesane sondası)

G-Gastrik sonda

A- Airway: Havayolunun sağlanması ve servikal immobilizasyon:

Travma hastalarında ilk ve mutlak yapılması gereken uygulama, hastanın havayolunu açık tutmaya çalışmaktır. Bu müdahaleyi yaparken de hastanın servikal vertebra yaralanmalarında spinal kordun zedelenmemesine dikkat edilmelidir [47]. Havayolu açıklığında ilk aşama, ağız içi temizliğini yaparak yabancı cisim, kan ve benzeri tıkaçıcı maddelerin uzaklaştırılması sağlanmalıdır. Bilinci açık olmayan travmalı hastalar kendi havayolu açıklığını sağlayamayacağı için havayolu açıklığı sağlık personeli tarafından sağlanması gereklidir. Havayolunu açmada başlıca kullanılan

manevralar çene itme ve çeneyi kaldırma uygulamalarıdır. Ayrıca hava yolu açıklığını sağlamada ağız içine veya burundan airway yerleştirilmesi yapılmalıdır [49].

B- Breathing: Solunum ve ventilasyon:

Travmanın ilk değerlendirmesi sırasında, hastanın hava yolunu kontrol etmek için hızlı karar verilmelidir. Solunumun var olup olmadığı kontrol edilmelidir. Mekanik ventilasyon gerekiyorsa , akut akciğer hasarını , akciğer enfeksiyonunu ve mortaliteyi azaltmak için 6-8 cc/kg sabit hacimde başlatılmalıdır [21,50]. Hastanın tanısının bir an önce konulması gerekmektedir. Ayrıca gerekli müdahalelerin hızlı bir şekilde yapılması hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle hasta, hava yolu obstrüksiyonu, tansiyon pnömotoraks, masif hemotoraks, açık toraks yaralanması, kardiyak tamponad ve yelken göğüs gelişmesi açısından değerlendirilmelidir [48].

C- Circulation: Dolaşım ve kanama kontrolü:

Akut ciddi kanamaya bağlı hipovolemiye hemodinamik yanıt klasik olarak daralmış nabız basıncı ve soğuk nemli deri, azalmış kapiller geri dolun süresi, zayıf periferik nabız gibi azalmış perfüzyon bulguları ve taşikardidir. Devamında oligüri, düşük santral venöz oksijen basıncı görülür ve ileri evrede hipotansiyon ve azalmış bilinç düzeyi oluşur. Travma öyküsü olan soğuk ve taşikardik olan tüm hastalar diğer sebepler dışlanana kadar hemorajik şok olarak kabul edilmelidir [51].

Bu durumu engellemek için hızlı bir şekilde 16 G kanüllerle iki adet damar yolu açılmalı, eğer zaman yeterliyse acil olarak santral bir damar yolu da açılmalıdır. Aort yaralanmalarından şüpheleniliyorsa eko-kardiyografi ile hızlı ve kolayca tanı koyulabilmektedir. Hastanın tedavisinde; kristaloidler, vazodilatörler ve inotropolar kullanılmalı ve tedavi hızla başlatılmalıdır. Eğer hastada arter veya ven kesileri bulunuyorsa tampon ve turnike uygulanmalıdır. Kanaması olan hastalarda ise acilen kristaloid mayi başlanmalıdır. Eğer mümkünse aynı kan grubundan ya da alternatif olarak 0 Rh(-) kan grubu hazırlanmalıdır [52].

Hemorajik şok evrelemesine göre 3. veya 4. grup hastalar ya da sıvı resüsitasyonuna geçici yanıt veren/az yanıt veren ya da vermeyen hastalarda kan ya da kan ürünleri kullanılmalıdır. Kan ürünleri erken kullanılırsa aşırı kristaloid kullanımı dolayısıyla mortalite azalır [53]. Eritrosit süspansiyonu (ES) kanamada en sık kullanılan kan ürünüdür. Ancak hemorajik şokta ya da devam eden kanamada tek başına kullanılması hemostaz sağlamada çok az fayda sağlar ve doku oksijenasyonunu sağlamada yararlı olmayabilir. Kanama kesin kontrol edilmişse 10 mg/dl'nin altındaki hemoglobin değerlerinde ES verilmemelidir. ES transfüzyonu verilmesi için ortak fikir hemoglobin düzeyinin 6-7 mg/dl arasında olmasıdır [51,54].

D- Disability: Nörolojik durum:

Glaskow koma skalası hastanın bilinç düzeyi hakkında hızlı, güvenilir ve kolay bilgi alabildiğimiz bir skaladır. Bu terim, ilk kez 1974 yılında, İskoçya Glaskow Üniversitesi'nde Teasdale ve ark. tarafından oluşturulmuştur. Göz açma, motor yanıt ve sözel yanıt olmak üzere üç değişkenden oluşmaktadır. Puanlama en kötüden en iyiye doğru 3 ile 15 puan arasında değişmektedir [55]. Hastanın nörolojik değerlendirmesi hızlı bir şekilde yapılmalı, bilinç düzeyi değerlendirilmelidir. Ayrıca, entübasyon endikasyonlarına dikkat edilmeli, hastanın solunum ve dolaşımı stabil hale getirilmelidir [52]. Çalışmalar, hastaların gözbebeği boyutunun ve ışığa tepkisinin değerlendirilmesinin nörolojik değerlendirmenin temel bir parçası olduğunu göstermektedir [56,57].

Çizelge 2.1. Glaskow koma skalası skoru [53].

Gözlerin açıklığı	Spontan	4
	Sesli uyararla	3
	Ağrılı uyararla	2
	Yanıt yok	1
Sözlü yanıt	Oryante	5
	Konfüze	4
	Anlamsız sözcükler	3
	Anlamsız sesler	2
	Yanıt yok	1
	Motor yanıt	Sözlü emirlere uyma
Ağrının lokalize edilmesi		5
Ağrıyla çekme		4
Ağrıyla fleksör yanıt		3
Ağrıyla ekstansör yanıt		2
Yanıt yok		1
Glaskow koma skoru		3-15
GKS 13-15 : Hafif beyin hasarı		
GKS 9-12 : Orta derece beyin hasarı		
GKS ≤8 : Ciddi beyin hasarı		

E- Exposure: Elbiselerin çıkartılması:

Travma hastalarının tamamen soyunuk olması gizli lezyonların ve görülmeyen yaralanmaların gözden kaçırılmaması için önemlidir. Gözden kaçan yaralanmalar hastanın kaybedilmesine neden olabilir [58]. Birçok travma yaralanması ilk değerlendirmede saptanmamaktadır. Bu nedenle hemşireler tarafından hasta değerlendirmesinin dikkatle yapılması oldukça önemlidir [59]. Bunun için; hastanın tüm elbiseleri çıkarılmalı, aksilla, genital bölge ve sırt gibi görülmesi zor vücut bölgeleri de değerlendirmeye dahil edilmelidir. Soyulan hastanın hipotermiye girmemesine dikkat edilmelidir. Özellikle adli olaylarda bu işlem öncesi kayıtlar

tutulduğundan emin olunmalı ve mümkünse elbiselerin dikiş yerinden kesilmesi sağlanmalıdır [60].

Vücut ısı, genellikle tüm hastalar için rutin olarak ölçülen en önemli yaşamsal belirtilerden biridir. Çalışmalar, hipotermiğin travma hastalarında olumsuz etkileri olduğunu ve hastayı ısıtmanın resüsitasyon sonuçlarını iyileştirmede büyük etkisi olduğunu göstermiştir [21,50]. Hemşireler, hastaların vücut sıcaklığını belirli aralıklarla gözlemlemelidir. Aktif ve pasif ısıtma yöntemleri ile ısı kaybını önleyerek, hastanın ısınmasını sağlamalıdır. Bir çarşaf veya battaniye kullanarak, vücut yüzeyinin oda ortamına maruz kalmasını en aza indirmeyi amaçlamalıdır. Tek bir battaniyenin katmanı bile ısı kaybını %30 oranında azaltabilmektedir. Ayrıca, hastaya verilecek olan infüzyonlar ve kan transfüzyonları mutlaka ısıtılarak verilmelidir [61].

F- Foley Sonda

Hastada, üretra yaralanması olduğu düşünülen durumlarda mesane sondası takmaya uğraşılmamalıdır. Çünkü, üriner sistem daha fazla tahriş edilebilir. Hastaya mesane sondası uygulanmadan önce mutlaka genital ve rektal muayene yapılması gerekmektedir. Ayrıca, hastaya verilen sıvının ve idrar çıkışının takibi hastanın durumu için oldukça önemlidir [52].

G- Gastrik Sonda

Hasta stabil hale geldikten sonra, aspirasyon riskini önlemek için nazogastrik sonda takılmalıdır. Bilinci kapalı hastaya nazogastrik sonda takılamıyorsa orogastrik yol da tercih edilebilir. Sonda takılırken serebral yaralanmalara yol açacak manevralar yapılmamalıdır [52].

2.5.3.1. Resüsitasyon

Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR), solunumu ya da kan dolaşımını durmuş bir kişiye dışarıdan yapılan destekleyici müdahalelerdir [62]. Multitравmalı olgularında durumu kötüleşen hastalarda yaşamsal belirtiler hızlıca kontrol edilmelidir. Bilinç, solunum ve

karotid nabız değerlendirilmelidir. Eğer kardiyak arrest düşünülüyorsa; resüsitasyon ekibi ve ekipmanları hazırlanmalıdır. İleri bir hava yolu gerekiyorsa, trakeal entübasyon kullanılmalıdır. Hastaya oksijen verilmeli ve etkili ventilasyon sağlanana kadar CPR'a (kardiyopulmoner resüsitasyon) devam edilmelidir. Her nabız kontrolünde göğüs basısı uygulayan kişi değiştirilmelidir. Eğer defibrilasyon uygulanacaksa pedler yapıştırılıp defibrilatör açılmalıdır. Yeterli sayıda yetkin personel varlığında ileri yaşam desteği uygulanmalıdır. Eğer hastada yaşam belirtileri varsa; gerekliyse resüsitasyon ekibi çağırılmalı ve ekipmanlar hazır bulundurulmalıdır. Hastanın ABCDE değerlendirilmesi yapılmalı ve tehlike anlaşılmalıdır. Hastaya yüksek akımlı oksijen verilmeli, monitörize edilmeli ve damaryolu açılmalıdır [63].

Havayolunun tehlikeye girdiği durumlarda, endotrakeal entübasyon veya yardımcı solunum yolu teknikleri kullanılmaktadır. Genellikle tercih edilen havayolu tekniği endotrakeal entübasyondur. Uzun süreli kullanıma uygun, kolayca çıkarılabilen cerrahi olmayan kesin havayoludur [47]. Hemşireler ilk değerlendirmede endotrakeal entübasyon ihtiyacını değerlendirmelidir. Entübasyon için gerekli aletleri hazırlamalıdır. Endotrakeal boyut tahmini, bu değerlendirmenin önemli bir bileşenidir [21,64]. Yatak yüksekliği rahat bir seviyeye ayarlanmalı, ön oksijenizasyon sağlanmalıdır. Gerekiyorsa orofarenks aspire edilmeli ve endotrakeal tüp yerleştirilmelidir. Ventilasyon ayarları hastanın kliniğine, yaşına, kilosuna göre düzenlenmelidir [47].

2.5.3.2. Hipovolemik Şok

Travma hastasının uygun bakımı, hız ve verimlilik gerektiren multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Travma hastasına ilk müdahale eden ekibin, radyoloji doktoru ile koordineli çalışarak şoktaki hasta için hızlı karar verme beceresine sahip olması gerekir. Multitravma vakalarında, birincil değerlendirmede, hayati organları korumak ve kanın yeterli gaz değişimine ve oksijenlenmesine izin vermek ve dolaşımdaki kan hacmini korumak için acil müdahale gerektirebilecek, ölümcül ancak tedavi edilebilir yaralanmaların saptanmasına öncelik verilmelidir [65].

Hipovolemik şok, travmalı hastalarda en önemli ölüm sebebi olup dakikalar veya saatler içerisinde dolaşım sistemindeki kan volümünün hızlı bir şekilde kaybıyla karakterize bir durumdur [49]. Bu aşamada önce nabız kontrolü yapılır. Hastada oluşan kaybın miktarı, hipovolemik şok tablosu göz önüne alınarak her iki dirsek antekübital bölgeden geniş damar yolu açılarak uygun kan tetkikleri için numune gönderilmelidir. Bolus olarak intravenöz kristaloid infüzyonu başlanmalı ve gerektiği durumda grup spesifik veya 0 Rh(-) kan istemi yapılmalı ve hastaya vakit kaybetmeden kan transfüzyonu uygulanmalıdır. Hipovolemik şok durumunda, hastaya 1000 ml intravenöz kristaloid infüzyonu verilmesine rağmen şok durumu devam ediyorsa grup spesifik veya 0 Rh(-) kan ürünleri verilmelidir [66]. Arter kan gazı (AKG), hastanın metabolik durum, oksijenasyon ve ventilasyonunun değerlendirilmesine olanak sağlayan ölçümlerin tamamıdır. Kan gazı; pH'ı değerlendirmek ve kan gazlarını monitörize etmek için ölçülmektedir. Asit-baz bozukluklarını saptayıp yorumlamak için kullanılmaktadır. Şok nedenlerini anlamak ve takip etmek için bu testler acil servisler de çok yararlı olmaktadır. Güncel yayınlanan rehberlerde; kritik hastaların değerlendirilmesi ve tedavi yönetiminde; kan gazları, elektrolitler, laktat, baz defisiti sonuçlarının değerlendirilebildiği hızlı test cihazları önerilmektedir [55].

2.5.3.3. Monitörizasyon

Monitörizasyonun kelime anlamı izlemektir. Tıpta monitörizasyon ise hastanın yaşamsal fonksiyonlarının izlenmesi ya da takip edilmesidir. Fizyolojik değişkenlerin, modern kateterler ve elektronik kateterizasyon cihazları ile ölçülmesi ve kaydedilmesi işlemine monitörizasyon denilmektedir [67]. Monitörizasyonun temel amacı; tanı, takip ve tedavinin analiz edilmesidir. Bu amaçla; invaziv olmayan ve invaziv olan monitörizasyon yöntemleri kullanılır. Vital bulgular, idrar debisi, mekanik ventilasyon, kan gazları, hematolojik ve biyokimyasal parametreler, koagülasyon, sıvı girdi çıktıları, fizik muayene bulguları gibi pek çok sayısal ve subjektif veri monitörize edilebilir [68]

2.5.4. İkincil Değerlendirme

Birincil değerlendirme tamamlandıktan sonraki aşama olan ikincil değerlendirmede, hastanın anatomik bölgeleri incelenerek gerekli tanı testleri istenmektedir [38]. İkincil değerlendirmede dikkat edilmesi gerekenler; hastanın şikayet ve semptomlarının sorgulanması, hastada alerji bulunup bulunmadığı, herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı, kronik hastalıkların ve tıbbi öykünün sorulması, son oral alımın ne zaman olduğu ve hastanın olayı kısaca anlatması şeklindedir [60].

İkincil değerlendirmede 'SAMPLE' kısaltması kullanılabilir.

- Syntoms (Semptomlar): Şikâyet ve semptomların sorgulanması
- Allergies (Alerjiler): Hastaların herhangi bir maddeye karşı alerjisinin sorgulanması
- Medication (İlaçları): Hastaların kullandığı ilaçların sorgulanması
- Post Medical History (Tıbbi Geçmişi): Geçmiş tıbbi öykülerinin ve kronik hastalıklarının sorgulanması
- Last Oral Intake (Son oral alımı): Hastaların son oral alımlarının sorgulanması
- Events (Olay): Hastalardan kısaca olayı anlatması istenir [47,69].

Travma hastalarında laboratuvar testleri şüphelenilen durumlara göre yapılmalıdır. Bununla birlikte hastaların tedavisini değiştirecek testlerle sınırlı olmalıdır. Eğer hasta doğurganlık çağında ise gebelik testi mutlaka istenmelidir. Transfüzyon gerekebilecek hastalarda ise kan grubu istemi yapılmalıdır. Multitravma hastalarında, hastanın transfüzyon ihtiyacı klinik duruma göre belirlenmelidir. Akut travma hastalarında genel koagülasyon testleri yapılmalıdır [58].

Travma vakalarında muayene protokolünde görüntüleme olarak FAST USG, (focused assessment with sonography in trauma, travmada sonografi ile odaklanmış değerlendirme), röntgen ve tomografi yer alır. Tetkik ve tedavi süresince hastanın vital parametreleri sürekli olarak kontrol edilir [47].

2.6. ACİL SERVİSTE MULTİTRAVMALI HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Acil, aniden gelişen hastalık ya da yaralanma nedeniyle kişi, grup ya da toplumun iyilik halini etkileyen ve kriz olarak anlaşılan bir durumdur. Tıbbi anlamda acil ise, kişinin fiziksel ve ruhsal yönden problem yaşadığı durumlarda gerekli olan sağlık bakımının anında kişiye sunulmasıdır [70].

Acil hemşireliği, uzun süreli sakatlık veya ölümü önlemek için acil tıbbi müdahale gerektiren hastaların tedavisine odaklanan profesyonel tıbbi bakım uzmanlığıdır [14]. Öncelikle acil servis çalışanları olmak üzere tüm personelin hızlı karar vermesi oldukça önemlidir. Ayrıca verilen kararların doğru olması hayati önem taşımaktadır. Multitravma kaynaklı ölüm ve yaralanmanın azaltılması multidisipliner ve sistematik bir yaklaşım gerektirir [5]. Multitravması olan bir hastanın tedavisine katılan, hemşirelik tanılarını planlayıp, bakımını uygulayan hemşireler travmanın oluşma nedenini ve mekanizmasını bilmelidir. Travmanın mekanizmasının bilinmesi; yaralanma şeklinin belirlenmesi, hastaya tanı konulmasında yardımcı olması ve klinik sonuçların tahmin edilmesinde oldukça önemlidir [34].

Acil servise solunum sıkıntısı ile başvuran hastalarda ve kritik hastaların tanı ve tedavisinde yol gösterici olması açısından oksijen satürasyonu (SPO2) önemli bir değişkendir [71]. Birincil değerlendirmede hastanın monitörizasyonu sağlanmalı ve ilk hayati bulguları alınıp kaydedilmelidir. Damar yolunun açılması, ilk laboratuvar tetkiklerinin alınması, ultrasonografi (USG) ve görüntüleme yöntemlerinin tespiti ile hayati tehdit eden durumlara karşı entübasyon, kanamaya direkt bası, kan ve sıvı resüsitasyonu gibi gerekli girişimler yerine getirilmelidir [60]. Hemşirelik müdahalelerinden önemli bir unsur da hastaların kilo ölçümüdür. Hastanın ağırlığının hesaplanması, gereken ilaç miktarının belirlenmesinde önemli bir faktör olduğundan, yanlış ağırlık tahmini hastalar için ciddi sorunlara yol açabilmektedir [72].

Hastaların değerlendirmesinde karşımıza çıkabilecek iki ana sorun hipotermi ve koagülopatidir. Şok veya çevresel etkenlerin sebep olduğu hipotermi, travma hastalarının resüsitasyonunu ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Ayrıca morbidite ve

mortaliteyi de arttırmaktadır. Hipotermi asidozu şiddetlendirebilir, kan viskozitesini arttırabilir. Bu nedenle travma hastalarında intravenöz sıvılar ısıtılmalı ve hastalar hipotermiden korunmak için örtülmelidir [58]. Tamer ve Karadağ (2020) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çoğunun “servise geldiğinde hastanın vücut sıcaklığını ölçme”, “servise geldiğinde hastanın vücut sıcaklığını kaydetme” ve “düzenli aralıklarla hastanın vücut sıcaklığını ölçme” uygulamalarını her zaman yaptıkları sonucuna ulaşmıştır [73]. Durmaz vd. (2022) çalışmasında hemşirelerin hem hipotermi hem de hipertermi ile girişim/uygulamada yetersizliklerinin olduğunu, giderilmesi gereken bazı bilgi eksikliklerinin bulunduğunu belirtmiştir [74].

Tedavi sürecinin ikincil değerlendirme aşamasında olguların baştan sona detaylı olarak muayene edilmesi, hasta öyküsünün detaylı bir biçimde alınması ve birincil değerlendirmede elde edilen vital bulgular eşliğinde tekrar değerlendirme yapılması gerekir [38]. Multitravma hastaları kas, kemik ve sinir hasarı gibi çoklu ağrı kaynağı nedeniyle tedavi ve bakımın zor olduğu hastalardır [75,76]. Travmanın çeşidi, büyüklüğü, bölgesi, ağrının subjektif doğası ve organizmanın ağrıya verdiği tepki gibi etkenler hastalarda farklı oranlarda ağrı yaşanmasına sebep olmaktadır [77]. Ağrının değerlendirmesinden, farmakolojik analjezi ve farmakolojik olmayan analjezi yöntemlerinin uygulanmasından hemşireler sorumludur [78,79]. Farmakolojik analjezilerden ağrının giderilmesinde kuvvetli ve zayıf opioidler kullanılmaktadır. Kuvvetli opioidler sedatif etki sağlamaktadırlar. Fakat, solunum depresyonu, aşırı sedasyon, halüsinasyon gibi yan etkileri de bulunmaktadır. Zayıf opioidler, orta şiddetli akut ve kronik ağrının kontrolünde etkili olduğu için travma hastalarında da çoğunlukla kullanılmaktadır [80]. Farmakolojik olmayan analjezinin travma ağrısındaki rolü ise; analjeziklerin etkinliğini arttırmak, analjeziklere olan ihtiyacı azaltmaktır [76,81].

Hastanın ağrısını anlatamayacağı durumlarda (bilincinin kapalı olması, alkollü olması, uyuşturucu madde almış olması) hemşireler travmalı hastanın ağrısını değerlendirmekte zorlanmaktadır [82]. Böyle hastalarda travmanın etkisiyle anksiyete ve ajitasyon gelişebilmektedir. Ayrıca, hastanın ağrıyı algılamasında bozulmalar görülebilmektedir. Bunlar karşısında ağrının doğru biçimde değerlendirilebilmesi için hemşirelerin mesleki bilgi birikiminin ve iletişim

becerilerinin gelişmiş olması gerekmektedir. Hastanın ağrıyı azaltmaya yönelik davranışları, aktivite durumu, sürekli pozisyon değiştirme isteği ya da aynı pozisyonda kalma isteği, yüz ifadesi, hastanın çeşitli seslerle verdiği ifadeler gibi özelliklerin gözlenmesi oldukça önemlidir [83].

Acil servise başvuran kritik durumdaki hastaların yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık çalışanlarının bu gereksinimlere yönelik farkındalıklarının artması ve karşılanması yönündeki hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilmektedir. Sucu vd. (2009) acil servisteki çoğu hasta yakınının hasta hakkında bilgilenme ve hastanın bakımına katılma ile ilgili gereksinimlerini kendi kişisel ve fiziksel gereksinimlerinden daha önemli bulduklarını belirtmiştir [84].

2.6.1. Acil Serviste Multitramalı Hastaya Bir Fenomen Olarak Hemşirelik Yaklaşımı

Tüm dünyada acil servisler hastalar için kesintisiz hizmet sunmaktadır. Hastanelerin ön kapısı olarak tanımlanan acil servisler özellikle hayat kurtarıcı ve acil duruma müdahaleyi gerektirdiğinden hastalara ilk bakımın uygulandığı bölümlerdir. Her yaştan her türlü hastanın başvurduğu ve yoğun tempoda çalışılan, stres düzeyi yüksek bu birimlerde çalışan hemşireler çalışma saatleri içerisinde birçok duygu karmaşası yaşamaktadır [85,86]. Literatürde acil serviste multitramalı hastaya bakım veren hemşirelerin duygularını ve deneyimlerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Nitel araştırma yöntemlerinden biri olan fenomenolojinin amacı yaşanan deneyimlerin anlamlandırılmasıdır. Fenomenolojik yaklaşımlar bir grup bireyin ortak deneyimlerini vurgulamakta ve betimlemenin ötesine geçerek bir süreç veya evrene ilişkin kuramsal açıklamaları ortaya koymaktadır. Bu çalışmada, acil hemşirelerinin multitramalı hastada bakım deneyimleri fenomenolojik olarak incelenecektir.

BÖLÜM 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, nitel araştırma yöntemleri kullanılarak yapılmıştır. Araştırma deseni olarak fenomenolojik yaklaşım benimsenmiştir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırma verileri araştırmacı tarafından Ekim- Kasım 2021 tarihleri arasında, Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde toplanmıştır. Kurum 1967 yılında Karabük Devlet Hastanesi olarak kurulmuş olup, 07.01.2013 tarihinden itibaren Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak 525 yatağı ile hizmet vermektedir. Acil serviste 27 hemşire, 10 ebe, 8 acil tıp teknisyeni, 9 toplum sağlığı teknisyeni ve 1 ortopedi teknikeri çalışmaktadır. Üçüncü düzey acil servis hizmeti sunan hastane, bölge hastanesi olması, günlük multitravmalı hasta girişinin beşten fazla olması ve şehirde multitravmaya sebebiyet verebilecek ağır sanayinin yoğun olması nedeniyle tercih edilmiştir.

3.3. KATILIMCILARIN BELİRLENMESİ

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde toplamda 27 hemşire çalışmaktadır. Katılımcıların seçiminde amaçlı örneklem türlerinden olan ölçüt örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışma acil serviste çalışan, multitravmalı hasta bakımı konusunda en az 1 (bir) yıl deneyimli olan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşirelerle planlanmıştır. Acil serviste çalışan hemşirelerden 5 tanesi 1 yıldan daha az süredir acil serviste çalıştığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu doğrultuda çalışmaya katılmayı kabul eden 17 hemşire ile

yapılmıştır. Literatürde nitel çalışmalarda örneklem sayısının belirlenmesinde araştırma sorularına verilen cevapların doygunluk noktasına ulaşmasına göre genellikle 5-25 kişinin yeterli olduğu bildirilmektedir [87,88].

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma verilerinin toplanmasında multitravmalı hastalara bakım veren acil hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerinin belirlendiği “Kişisel Bilgi Formu” (cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, haftalık çalışma süresi, meslekte çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi, mesleği kendi isteğiyle seçme durumu, acil serviste kendi isteğiyle çalışma durumu, daha önce multitravmalı hastaya bakım verme durumu, acil servise hangi sıklıkla multitravmalı hasta geldiği, multitravmalı hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim alma durumu) ve “Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşmesi” ile veriler toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesinde sorular açık uçlu ve literatür bilgisine bağlı kalınarak hazırlanan 8 sorudan oluşmaktadır (EK-2). Yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesinde yöneltilen soruların kapsam geçerliliği için üç farklı üniversitede hemşirelik alanında nitel araştırmalar yapan öğretim üyelerinden uzman görüşü alınmıştır.

3.4.1. Odak Grup Görüşmesi

Odak grup görüşmesi önceden belirlenmiş direktifler doğrultusunda yapılan, görüşülen bireylerin öznelliklerini ön planda tutan, katılımcıların söylemlerini ve bu söylemlerin toplumsal bağlamına dikkat edilmesi gereken nitel veri toplama tekniğidir. Odak grup görüşmelerinin amacı; bireylerin önceden belirlenmiş bir konu hakkında bakış açıları, deneyimleri, düşünceleri, duyguları, algıları, alışkanlıkları ve tutumlarına dair derinlemesine, çok boyutlu ve detaylı nitel bilgi edinmektir [89].

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya başlamadan önce katılımcılara araştırmacı tarafından çalışmanın amacı ve önemi anlatılarak onamları alınmıştır. Elde edilen bilgilerin hiçbir şekilde isim belirtilmeden kodlamalarla araştırmada kullanılacağı açıklanarak dijital ses kayıtları alınacağı, paylaştıkları bilgilerin gizli kalacağı, ses kaydını istedikleri zaman kapatabilecekleri ile ilgili açıklama yapılmıştır. Bu amaçla; araştırma sorularının uygunluğu ve ses kayıt cihazının kontrolünü sağlamak amacıyla örneklem grubuna benzer özellikte olan iki hemşire ile pilot görüşmeler yapılmış olup, yarı yapılandırılmış odak grup görüşmelerinde yöneltilecek sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerle, odak grup görüşmeleri öncesinde randevu alınarak görüşme tarihleri planlanmıştır. Odak grup görüşmelerinde katılımcı sayısı 6-12 kişi olması gerekmektedir [89]. Ancak, acil serviste çalışan hemşire sayısının sınırlı sayıda olması ve acil servisin doğası gereği gruplar 3-4 kişi olarak belirlenmiştir. Katılımcılar, randevu tarihlerine göre 5 gruba (4-4-3-3-3 kişi şeklinde) ayrılmıştır. Veriler klinik içerisinde görüşme ve ses kaydı yapmaya uygun olan bir görüşme odasında gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmelerine katılan hemşireler genellikle aynı vardiya saatleri içerisinde çalışan ve genellikle aynı hasta gruplarına bakım veren hemşirelerden oluşmaktadır. Bu nedenle görüşmelerde samimi bir ortam sağlanmış olup, hemşireler duygularını ve deneyimlerini rahat bir şekilde ifade etmişlerdir. Odak grup görüşmelerine başlamadan önce katılımcılardan kişisel bilgi formunu doldurmaları istenmiştir. Ardından yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşmeler karşılıklı aynı düzeyde oturularak, aktif dinleyerek, soru formları yardımıyla yönlendirilmiştir. Acil hemşireleri ile yapılan görüşmeler veri doygunluğu sağlanıncaya kadar sürmesi planlanmış ve yaklaşık 50 dakika öngörülmüş olup, gruptaki birey sayısına bağlı olarak; en kısa görüşme 30 dakika, en uzun görüşme 52 dakika sürmüştür. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşmeler araştırmacılar tarafından (NS, DYG) bilgisayar ortamına Microsoft Word programında rapor edilmiştir.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Görüşme sonrası elde edilen veriler ses kayıt cihazından Microsoft Word belgesine aktarılmış ve toplam 27 sayfa veri elde edilmiştir. Verilerin analizinde tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Tematik analiz, nitel veri toplama teknikleriyle oluşturulan veriler ile ayrıntılı bir yorumda bulunabilmek için yapılmaktadır. Bu yöntem sayesinde; temalar, ilginç ve anlamlı kalıplar oluşturulabilmektedir [90].

İlk kodlayıcıdan (NS) sonra ikinci bir kodlayıcı (DYG) tarafından veriler bağımsız olarak tekrar kodlanmıştır. Her iki kodlayıcı tarafından aynı ve farklı olan kodlar belirlenerek, veriler karşılaştırılarak ortak kodlar belirlenmiştir. Veriler iki araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Fikir birliği sağlanarak her bir cümle ve cümleden çıkabilecek kodlar oluşturulmuştur. Araştırmacılar bir araya gelerek ortak bir kod listesi oluşturmuştur. Kodlar belirlendikten sonra alt temalar ve temalar oluşturulmuştur. Ardından görüşme verileri yorumlanarak rapor haline getirilmiştir. Bu çalışmada, veri setinin oluşturulması, sınıflandırılması, kodlanması, analiz edilmesi ve raporlanmasında kullanılan Nvivo nitel veri analizi yazılımı tercih edilmiştir.

Çalışmanın geçerliği ve güvenilirliği sağlanması açısından çalışma açık ve anlaşılır bir şekilde rapor edilerek, katılımcılar ve diğer veri kaynakları açık olarak belirtilmiştir. Ayrıca; araştırmaya birden fazla araştırmacı dahil edilerek,

- Elde edilen veriler betimsel bir sistematikte araştırma raporunda sunulmuş,
- Uzman görüşleri alınarak araştırmanın bakış açısı ve eleştirel yorum yetisi güçlendirilmiş,
- Katılımcılara ve uzmanlara bu görüşmelerin doğruluğu teyit ettirilmiştir,
- Toplanan verilerin analizinde araştırmacılardan farklı nitel araştırma konusunda uzman bir akademisyen tarafından kodlama yapılarak kod güvenirliliği sağlanmış,
- Araştırma için Nitel Yöntem Yazım Rehberi kullanılarak belli bir kavramsal çerçeveye bağlı kalınarak çalışılmıştır.

3.7. GÜVEN DUYULABİLİRLİĞİN SAĞLANMASI

Nitel araştırmalarda, araştırmacının paradigmasının ve araştırma deseninin geçerlik ve güvenilirlik ölçütü seçiminde önemli etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğinin sağlanmasında nitel araştırmalarda benimsenen birkaç yöntemden faydalanılarak, iç geçerliğinin (inandırıcılık) ve güvenilirliğinin (tutarlılık) sağlanması için “üçgenleme” tekniği kullanılmıştır. Çalışmanın dış geçerliğinin sağlanması (nakledilebilirlik) için ise “zengin ve yoğun tanımlama yapma tekniği” kullanılmıştır [91].

3.8. ARAşTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışmaya başlamadan önce gerekli olan etik kurul izni Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (E-77192459-050.99-67598 sayı ve 2021/655 Nolu Karar Tarih: 01.10.2021) alınmıştır (EK-3). Daha sonra Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nden kurum izni (E-98024045-604.01.02 sayı ve 10.11.2021 tarih) alınmıştır (EK-4). Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü hemşirelere çalışmanın amacı ve önemi anlatılarak Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’nu (EK-5) doldurmaları istenmiştir. Araştırmaya katılan her bir katılımcı için “H1, H2, H3.... “şeklinde kod verilmiştir.

3.9. ARAşTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin deneyimleriyle sınırlıdır. Genellenemez.

BÖLÜM 4

BULGULAR

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Çizelge 4.1. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=17)

Değişkenler		n
Cinsiyet	Kadın	11
	Erkek	6
Yaş	18-27	2
	28-35	7
	36-45	8
Öğrenim durumu	Ortaöğretim	5
	Lisans	12
Medeni Durum	Evli	11
	Bekar	6
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	11
	Hayır	6
Haftalık çalışma süresi (saat)	40	3
	40 +	14
Meslekte çalışma süresi (yıl)	1-5	3
	6-10	3
	11-20	5
	20+	6
Acil serviste çalışma süresi (yıl)	1-5	5
	6-10	5
	11-20	7
Mesleğinizi kendi isteği ile seçme durumu	Evet	16
	Hayır	1
Acil serviste kendi isteği ile çalışma durumu	Evet	16
	Hayır	1
Daha önce travmalı hastaya bakım verme durumu	Evet	17
	Hayır	0
Çalıştığınız acil servise gelen travmalı hasta sıklığı (günlük)	1-5	7
	5+	10
Multitrammalı hastaya yaklaşım ile ilgili herhangi bir eğitim alma durumu	Evet	4
	Hayır	13
Multitrammalı hastaya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	17
	Hayır	0

Çizelge 4.1’de araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Katılımcıların 11’inin kadın, 8’inin 36-45 yaş arasında, 12’sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 11’inin evli ve çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Katılımcıların 14’ünün haftalık çalışma süresinin 40 saatten fazla olduğu, 6’sının 20 yıldan fazla süredir hemşirelik yaptığı, 7’sinin 11-20 yıldır acil serviste çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların 16’sının mesleği kendi isteği ile seçtiği ve acil serviste kendi isteğiyle çalıştığı görülmektedir. Araştırmaya katılanların tamamı daha önce travmalı hastaya bakım verdiklerini belirtirken, 10’u acil servise günlük 5 ve üstü sayıda multitravmalı hasta geldiğini beyan etmişlerdir. Hemşirelerin 4’ü multitravmaya yaklaşımla ilgili bir eğitim aldığını ifade ederken, katılımcıların tamamı multitravmalı hastaya yaklaşımla ilgili hizmet içi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünmektedir.

4.2. ACİL HEMŞİRESİNİN MULTİTRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIMINA İLİŞKİN TEMALAR VE ALT TEMALAR

Çizelge 4. 2. İnsani ve robotik duygular ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler

Ana tema	Alt tema	İfadelendirme
İnsani ve robotik duygular	İlk karşılaşmada hissedilenler	Pozitif düşünme
		Empati
		Soğukkanlılık
		Kanıksamak
		Üzüntü ve moral bozukluğu
		Kaygı
		Panik olma
	Resüsitasyon esnasında hissedilenler	Profesyonel yaklaşım
		Kaygı ve endişe
		Üzüntü ve duygusallık
		Hassasiyet
		Konsantrasyon
		Soğukkanlılık

Çizelge 4.2’de araştırmaya katılan hemşirelerin insani ve robotik duyguları ile ilişkili ana tema ve alt temalar yer almaktadır.

Ana tema: İnsani ve robotik duygular

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “insani ve robotik duygular” teması altında, “ilk karşılaşmada hissedilenler” ve “resüsitasyon esnasında hissedilenler” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. “İlk karşılaşmada hissedilenler” alt temasında hemşireler; “pozitif düşünme, empati, soğukkanlılık, kanıksamak, üzüntü, moral bozukluğu, kaygı, panik olma ve profesyonel yaklaşım” ifadelendirmelerini, “resüsitasyon esnasında hissedilenler” alt temasında ise; “kaygı, endişe, üzüntü, duygusallık, hassasiyet, konsantrasyon ve soğukkanlılık” ifadelendirmelerini kullanmışlardır. Hastaları gördüklerinde hem hemşirelik uygulamalarını yapmayı hem de bu uygulamaları doğru ve hızlı bir şekilde gerçekleştirmeye çalıştıkları görülmektedir. Hemşireler, hastaların durumu karşısında üzüntü duyup panik olurken aynı zamanda onların etkili bakım sunabilmek için de soğukkanlı ve profesyonelce yaklaşımları gerektiğini ifade etmişlerdir. Aynı zamanda hemşirelerin tüm uygulamalarında kendi duyguları, iç sesleri ve önceki deneyimleriyle de özdeşleştikleri görülmektedir. Bu doğrultuda, oluşturulan alt temalara ilişkin hemşirelerin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

Alt tema 1. İlk karşılaşmada hissedilenler:

“Yani yaklaşırken dikkatli olmaya çalışıyorum. Önce bütün olarak ele alıyorum, başından ayak parmağına kadar inceliyoruz... Kollarını, bacaklarını, sırtını... Mümkün olduğunca incitmeden (gülümsedi). Beni en çok etkileyen çocuk hastalar oluyor. (H1)

“...Panik hissedersen hastaya yardımımız dokunmaz. Ama... iş kazaları çok kötü geliyor.” (H2)

“... panik hissetmiyoruz alıştık artık acil personeli olarak. Zaten panik hissedersen yanlış yaparsın. Mecburen gayet soğukkanlı davranıyoruz. Beni çocuk trafik kazaları çok etkiliyor.” (H3)

“Ben acile yeni başladığımda çok panik oluyordum ama şu an alışınca hastalara soğukkanlı davranıyorsunuz. Tecrübelerdikçe (gülümsedi). Beni en çok iş kazaları etkiliyor. Onların birçoğu multitravmalı geliyor. Yaş olarak da genç grup oluyorlar, trajik kazalar oluyor. Bir de çocuk hastalar...” (H4)

“Ben 2001 yılında trafik kazası geçirdim. Yani o anda ne hissettiysem gerçekten gelen insanın da o şekilde hissettiğini düşünüyorum. Ben çok korkmuştum mesela öleceğimi falan düşünmüştüm (yutkundu). Benim baya sıkıntılarım vardı. Omurgam kırılmıştı üç yerinden ve daha bir sürü kırıklarım vardı. Yani sıkıntılı bir durum... zor bir durum. Çok duygusal oluyorsunuz, herkesi yanınızda istiyorsunuz. Hiç kimse gitmesin, hep yanımda kalsınlar durumu oluyor yani. Ağrılarınız çok fazla oluyor, zor yani gerçekten zor bir durum. Allah kimseye yaşatmasın.” (H5)

“Yıllanmış hemşireyiz artık bir şey hissetmiyoruz. Sadece bir an önce hastaya müdahale etmek istiyoruz. Yani duygularımızı bir kenara bırakıp, hastanın hayatını kurtarmaya, travmasını düzeltmeye, ona yardımcı olmaya çalışıyoruz.” (H6)

“Karşı taraf adına gerçekten üzülüyorum. Karşımda dayanılmaz ağrılar, acılar çeken bir insan... Özellikle obez insanları gördüğümde daha da etkileniyorum. Kiloluların ne çektiğini gördüğüm için... Benim en büyük korkularımdan biridir kırık, düşme, bu şekilde bir travma yaşamak. Elimden geleni yapmaya çalışıyorum. Sadece tedavi değil. Onun haricinde hastanın yanına gidip yanındayız, geçecek, müdahale edilecek, az kaldı vs. Ama işte bunun da bir sınırı var. Bazen öyle bir ortam oluyor ki bu empati birden sempatiye dönüşebiliyor. O çizgiyi korumak çok önemli.” (H7)

“İşe başladığım ilk zamanlarda daha duygusal oluyordum. Hasta yakınlarıyla oturup ağladığımı bile biliyorum (güldü). Şimdi daha profesyonel davranıyorum. Ne kadar hızlı hareket edersek o kadar iyi onlar için. Çocuklar olduğu zaman daha duygusal oluyoruz tabi. Anneleri yaralı oluyorlar... Onlarla ilgilendiğimizi, sabaha kadar şurada salladığımızı biliyoruz. Altılarını değiştirip, mama bulduğumuzu, diğer servislerden biberon bulduğumuzu, getirttiğimizi hatırlıyorum yani (gözleri doldu).” (H8)

“Ben yaklaşık olarak 27 yıldır çalışıyorum sağlık camiasında. Bunun 20 yılı acillerde geçti. Her zamanki gibi kaygı, üzüntü ve moral bozukluğu hissediyorum tabi ki.” (H9)

“... ilk başta tabi ki eğer çok büyük bir travmaya tedirgin oluyoruz. Olmuyoruz dersek yalan olur. Olmazsak sıkıntı bence...” (H11)

“Çok fazla empati kurmamaya çalışıyorum. Eğer empati kurarsam o hastaya yardımcı olamayacağımı düşündüğüm için olabildiğince soğukkanlı davranmaya çalışıyorum. Bu da hastaya yaklaşımı, hastaya yaptığım girişimsel işlemleri daha da kolaylaştırıyor.” (H12)

“Acil serviste karşılaştığımız hastalarda öncelikli ilkemiz zarar vermemek. Yani genel yaklaşım olarak benim için diğer hastalardan bir farkı yok. Sadece travma hastasında hastanın anamnezinin daha dikkatli sorgulanması gerekiyor.” (H13)

“... üzüyoruz tabi genellikle ciddi bir travmalar geliyor. Onlara üzüyor insan. İlk başlardaki yaklaşımım daha farklıydı. Ama şimdi daha profesyonelce üzüyorsunuz yani (gülümsedi) öyle söyleyebilirim.” (H16)

“İlk olarak hastaların durumunu görünce üzüyorum. Benim de bir yakınımın başına gelse nasıl olur diye? Bu tarzda bir hasta geldiğinde özellikle beni o çok etkiliyor (yutkundu, gözleri doldu). Ama soğukkanlılığımı koruyup mesleki olarak profesyonel bir şekilde hastaya yaklaşmaya çalışıyorum.” (H17)

Alt tema 2. Resüsitasyon esnasında hissedilenler:

“O an soğukkanlı olmaya çalışıyorsunuz. Bunun ekip başı doktor. Daha çok yardım ediyoruz, ekipmanı hazırlıyoruz... O yüzden mümkün olduğunca soğukkanlı olmaya çalışıyoruz.” (H2)

“Diğer hastalara yaklaştığımız gibi yaklaşıyoruz. Aynı yani hissiyat olarak bir değişiklik olmuyor.” (H5)

“Hastalık durumu yok, daha önce bir öyküsü yok. Kurtulur ümidiyle daha çok yardım etme isteği duyuyoruz, hep beraber seferber oluyoruz, daha seri hareket ediyoruz.”
(H8)

“Hastaya resüsitasyon yaparken düşündüğüm tek şey hastanın hayata geri dönmesi. Bunu yaşarken kaygı, endişe, üzüntü...” (H10)

“Eğer çocuk değilse benim için hiçbir sıkıntı olmuyor. Ama çocuksa bir anne olarak hassasiyet gösterebiliyorum. Eğer o hassasiyeti gösteriyorsam zaten o alanda durmuyorum. Çünkü böyle durumlarda işini yapabilmek için soğukkanlı olmak gerekiyor.” (H11)

“Mesela bir trafik kazası geldiği zaman biz CPR uygularken açık kırığı olduğunda kanyor, hareket ediyor, sabitleyemiyoruz.... Dikkatli davranmamız gerekiyor.” (H12)

“Burada dikkat etmemiz gereken önce kendini koru kaidesi... Genelde multitravmalı hastalar kanamalı hastalar olduğu için koruyucu ekipmana daha çok dikkat etmek gerekiyor.” (H13)

“Üzülüyoruz. Bazen çok ciddi travmalar geliyor. Özellikle çalıştığımız bölgede orman şehri olduğu için... Orman işleri, ezilmeler o tür hastalar çok geliyor bize. İster istemez etkileniyorsun.” (H16)

“(Yutkundu, gülümsedi) Ben biraz duygusal bir insanım sanırım ondan kaynaklı biraz etkiliyor beni açıkçası. Çünkü (yutkundu) hastaların o durumunu görünce beni biraz kötü etkiliyor. Ama soğukkanlı bir şekilde yaklaşmaya çalışıyorum.” (H17)

Çizelge 4.3. Yaşama bağlama ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler

Ana tema	Alt tema	İfadelendirme
Yaşama bağlama	Hazırlık aşaması	Ön hazırlık
		Malzeme hazırlığı
		İlaç hazırlığı
	Müdahale aşaması	Damar yolu açma
		Hayati durum ve bilinç kontrolü
		Sabitleme ve pansuman
		CPR yapılması
		Doktor orderi ve serum takma
		Monitörizasyon ve vital kontrolü

Çizelge 4.3’de araştırmaya katılan hemşirelerin yaşama bağlama ile ilişkili ana tema ve alt temalar yer almaktadır.

Ana tema: Yaşama bağlama

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “yaşama bağlama” teması altında, “hazırlık aşaması” ve “müdahale aşaması” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. “Hazırlık aşaması” alt temasında “ön hazırlık, malzeme hazırlığı ve ilaç hazırlığı” ifadelendirmeleri, “müdahale aşaması” alt temasında ise “damar yolu açma, hayati durum, bilinç kontrolü, sabitleme, pansuman, CPR yapılması, doktor orderi, serum takma, monitörizasyon ve vital kontrolü” ifadelendirmeleri kullanılmıştır. Hemşirelerin hazırlık ve müdahale aşamasında ekip halinde ve hızlı bir şekilde hareket ettikleri görülmektedir. Tüm bunları yaparken de etik kodlara bağlı kalarak hastanın daha fazla zarar görmesini engelleyerek vücut bütünlüğünü korumaya çalıştıkları belirlenmiştir. Bu doğrultuda; oluşturulan alt temalara ilişkin hemşirelerin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

Alt tema 1. Hazırlık aşaması:

“...tahtamızı, boyunluğumuzu hazırlarız. Kesili bir yaraysa, kanaması varsa pansuman malzemelerini hazırlayıp bekliyoruz.” (H1)

“...mesela doktor adrenalin hazırlayalım der, ya da şunu hazırlayın der biz onu hazırlarız. Ya da önceden resüsitasyon masasını hazırlarız.” (H2)

“Öncelikli olan hastanın hayati fonksiyonları... Biz damar yolunu açarız. Ekipmanları hazırlarız. Entübasyonu doktor yapar. Biz ona yardımcı oluruz. Sonra doktor başlar CPR a. Ama yorulduğu zaman hemşire yardım etmek zorundadır...” (H11)

“Damar yollarını açıyoruz, sabitlemelerini yapıyoruz. Omurga tahtasını hazırlıyoruz. Tomografide vs.de yanında oluyoruz. Tedavilerini uyguluyoruz.” (H16)

“Hastanın sedyeye güvenli bir şekilde transferini sağlıyoruz. Boyunluk, omurga tahtası vs. onları hazırlıyoruz. Daha sonra hastanın üzerindeki kıyafetleri çıkarıyoruz ki daha kolay müdahale edelim...” (H17)

Alt tema 2. Müdahale aşaması:

“112 damar yolunu açarak geliyor ama yine de kontrol etmek zorundasın. Açık olmuyor bazen. Hasta kanamalıysa eğer iç kanaması varsa en büyük sorun damar yoludur. Ben hemen damar yolunu açıp kanlarını alırım ve hekim ne istiyorsa o kanları doldururum... Yani hasta normal geldiyse sıkıntı yokta, bilinci yoksa çok büyük sıkıntı oluyor...” (H11)

“İlk başta geniş bir damar yolu açmamız gerekiyor. Çünkü hasta eğer şoka girerse mayilerini, ilaçlarını hızlı bir şekilde yapmamız için ya da ilaçlı bir film, kontrastlı bir film çekilecekse büyük bir damar yoluna ihtiyaç duyduğumuz için öncelikle gri ya da pembe bir damar yolu açmamız gerekiyor. Sonrasında doktorun orderlarıyla beraber mayi takıyoruz, vitallerine bakıyoruz, monitörize ediyoruz. Eğer hasta arrestse doktor entübe ediyor. Biz de entübasyonunu sabitleyoruz...” (H12)

“...Önce monitorizasyon. Sağlam ve büyük, minimal pembe olmak üzere iki adet damar yolu... Hastanın kardiyak ya da solunum arresti varsa entübasyon ve CPR. Onun dışında hekimin vermiş olduğu ordera uygun olarak tedavisini yapıyoruz ve CPR süreci gerçekleşiyor.” (H13)

“Başımızda zaten sürekli uzman hekimimiz oluyor. Onun talimatıyla resüsitasyona başlayabiliyoruz. Hemşire olarak ne gerekiyorsa yapıyoruz. Süturlarında doktora yardım ediyoruz, sondasını takmaya yardım ediyoruz. Serumlarını takıyoruz. Hastayı sabitleyoruz...” (H15)

“Önce tabi ki hastanın solunumu ve dolaşımı önemlidir bizim için. Onlar varsa zarar vermemek adına hastayı sabitlemeye çalışıyoruz.” (H15)

“Aktif bir damaryolu açıyoruz. Olabildiğince geniş branülle açmaya çalışıyoruz. Hastanın gerekli olan kan tetkikleri alınıyor. Daha sonrasında gerekli olan görüntülenme tetkikleri neyse onlar yapılıyor.” (H17)

“...sıvı takviyesine başlıyoruz o an. Doktor orderıyla tedavilerini yapıyoruz... Hastanın açık kırık vs. bir şeyi varsa vücut bütünlüğünü koruyabilmemiz için hastanın güvenliğini sağlıyoruz.” (H17)

“Bence travmayı sabitlemek en önemlisi... Özellikle omurga travmalarında ne kadar az hareket ederse o kadar iyi...” (H16)

“Multitravma geliyor deyince kafamdaki şekli bellidir yani. Mutlaka altından sürprizler çıkabilecek bir hastadır ve bu hastanın bir an önce tespit edilmesi gerekir. Yani özellikle uzuvlarının, boynunun... yani genel vücudunun mutlak suretle tespit edilmesi bizim için çok önemli ve hayati... Bu atellerle olur, tahtayla olur, kemerlerle olur. Ama mutlaka stabil hale gelmesi gerekiyor ve biz bu stabiliteyi yatışa kadar devam ettirmek zorundayız.” (H9)

Çizelge 4.4. Müdahale esnasındaki sorunlar ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler

Ana tema	Alt tema	İfadelendirme
Müdahale esnasındaki sorunlar	Hasta kaynaklı sorunlar	Bir an önce müdahale isteği
	Hasta yakını kaynaklı sorunlar	Ağrılarının giderilmesi isteği
		Ajitasyon ve gerginlik
		Stres

Çizelge 4.4’de araştırmaya katılan hemşirelerin müdahale esnasındaki sorunlar ile ilişkili ana tema ve alt temalar yer almaktadır.

Ana tema: Müdahale esnasındaki sorunlar

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “müdahale esnasındaki sorunlar” teması altında “hasta kaynaklı sorunlar” ve “hasta yakını kaynaklı sorunlar” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. “Hasta kaynaklı sorunlar” alt temasında “bir an önce müdahale isteği, ağrılarının giderilmesi isteği”

ifadelendirmeleri, “hasta yakını kaynaklı sorunlar” alt temasında “ajitasyon, gerginlik ve stres” ifadelendirmeleri kullanılmıştır. Hemşireler; hastaların ağrıları, kırıkları ve açık yaraları sebebiyle hareket edemediklerini, aynı zamanda korku ve panik içinde bulduklarını ifade etmişlerdir. Multitравmalı hastaların ağrılarının giderilmesi hızlı ve kolay olmadığından hasta yakınları da gerginleşmektedir. Hemşireler; hasta yakınlarının hem hastanın durumunu öğrenmek hem de bir an önce iyileşmesini istedikleri için hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına zorluk çıkardıklarını hatta hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu nedenle hemşireler hastaya müdahale ederken güven içinde çalışmak istediklerini, bu sayede daha etkin hizmet verebileceklerini ve stres düzeylerinin azalacağını ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda; oluşturulan alt temalara ilişkin hemşirelerin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

Alt tema 1. Hasta kaynaklı sorunlar:

“Çok şiddetli ağrısı oluyor zaten. Kırık ağrısı gerçekten dayanılması zor bir ağrı. Yani ben onu yaşadım biliyorum. O yüzden etrafınıza pek vakıf olamıyorsunuz. Kesinlikle kendinizi düşünüyorsunuz. Bu ağrı bir an önce geçsin mantığında yaklaşıyorsunuz.” (H5)

“Zaten hasta kendiyile uğraşiyor. Hasta yaşadığı yüksek ağrıdan ötürü bir an önce ağrımı kesin, müdahale edin, ne olacaksa olsun gibi yaklaşıyor...” (H7)

Alt tema 2. Hasta yakını kaynaklı sorunlar:

“Hasta yakınları beni çok irrite ediyor. Yani hasta yakınlarının işini yaptırmama derecesinde size müdahil olmaları bence multitравmalara yaklaşımı önüyor. Görüyoruz Türkiye’de özellikle multitравmaya yaklaşımda hemşirelerimiz darp ediliyor, doktorlarımız darp ediliyor...” (H10)

“Bizim hasta bazında çok bir sıkıntımız olmuyor ama travmalı hastanın hasta yakını biraz daha ajite oluyor. Ne kadar kırmızı alan biraz daha izole bir alan olsa da bizim hasta yakını ile ilgili sıkıntımız oluyor.” (H13)

“Hasta yakınlarına laf anlatmaktan hastaya müdahale etmekte zorlanıyoruz.” (H14)

“Burada yaşadığımız büyük bir problemde hasta yakınlarıyla ilgili oluyor. Biz hasta yakınlarını travma odasına ya da resüsitasyon odasına alamıyoruz. Almamaya çalışıyoruz. Ama ısrar ediyorlar. Girmeye çalışıyorlar. Bazen burada ufak tefek sorunlar yaşanabiliyor. Burada güvenliğimiz var, polisimiz var, müdahale ediyorlar ama bazen zor durumda kalabiliyoruz. Bununla ilgili insanların biraz daha bilinçlendirilmesi gerekiyor. Bilinçli insanlar zaten bunu yapmıyor, bunu bilinçsiz insanlar yapıyor. Bir de hasta yakını psikolojisi tabii ki etkiliyor şahısları.” (H15)

“Hasta yakınları heyecanla ve o anlık yaşadıkları panikle bizim müdahale etmemizi zorlaştırıyorlar. Hastane güvenliği devreye girip hasta yakınlarını biraz daha durdurmaya çalışıyorlar.” (H17)

“Hasta yakınları daha çok ajite oluyor. Neden hala yapılmadı, neyi bekliyoruz... Hasta sakinleşene kadar zaten o stres, o gerginlik devam ediyor.” (H3)

“Hastadan ziyade hasta yakını çok darlıyor.” (H5)

“Şu an mesela iki, iki buçuk yıldır uğraştığımız bir covid var. Daha bir hafta on gün önce ağaçtan düşmüş kırığı olan bir hastaya dört buçukta yatışı verildi, bütün köylü ziyarete geliyor... sarı alan da ziyaret gibi bir şey olabilir mi? anlatıyorsun anlamıyor. Ben o anda hastayı covidden korumaya çalıştığımı söylüyorum. Zaten yatan hastadan sürüntü alınıyor. Ertesi gün bildirim grubunda gördüm ki hastanın testi pozitif. Belirtisiz, hastanın kendisi covid. Ama içeriye girip çıkan... Ben hastayı korumaya çalışırken düşünün asıl kaynak hastaymış. Elimden geleni yaptım. Güvenlikten de destek aldım, doktora söyledim ama hiçbir şekilde müdahale edemedik. Zaten bir tık üstüne çıktığında gerginlik çıkıyor, çatışma çıkıyor.” (H7)

“...Benim ailem özellikle de annem doktoru çok darlamıştı. Gerçekten çok darlamıştı. Yapabileceğimiz daha üst seviyede bir şey varsa onu yapalım açısından darlamıştı. Çünkü ilk 24 saat mi ne çok önemliymiş iç kanama açısından, değerlendirilmesi için... ileri merkeze götürülmesi gerekiyorsa götürelim, sanki orada daha iyi doktorlar

varmış düşüncesi oluşuyor ya hep insanda. Oraya buraya götürülmesi gerekiyorsa götürelim, edelim...Her gün ama her gün istisnasız baya darlamışlardı. (H5)

“Ben multitravmalı olanlarda hasta yakınlarını hiç kale almıyorum. Çünkü o panik normal bir şey değil. Hayatın olağan akışından saparak bambaşka bir hayata geçtiklerinden dolayı ben hasta yakınlarını anlayabiliyorum. Çünkü şöyle düşün bir trafik kazası gelmiş. Evine gönderiyordu eşini ama bir anda eşinin kırmızı alanda sedyede yattığını düşünün...” (H9)

Çizelge 4.5. Ağrı tanımlanması ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler

Ana tema	Alt tema	İfadelendirme
Ağrı tanımlanması		Hekim değerlendirmesi
		Gözlem
		Hasta ile iletişim

Çizelge 4.5’de araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı tanımlaması ile ilişkili ana tema ve ifadelendirmeler yer almaktadır.

Ana tema: Ağrı tanımlanması

“Ağrı tanımlanması” temasında “hekim değerlendirmesi, gözlem ve hasta ile iletişim” ifadelendirmelerini kullanmışlardır. Ağrı, hoş gitmeyen olumsuz bir durumu ifade etmesine rağmen multitravmalı hastalarda durumu değerlendirmesi yapmak, travma nedeniyle ortaya çıkan sekelleri tespit etmek açısından oldukça önemlidir. Bu doğrultuda hemşireler bilinci açık, konuşabilir durumdaki hastalara ağrıyan bölgeyi sorabildiklerini ve tedavi konusunda daha kolay yardımcı olabildiklerini belirtmişlerdir. Bilinci açık olmayan ya da konuşamayan hastalarda ise; hemşirelerin gözlemlerinin önemini vurgulamışlardır. Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda bu konudaki deneyimleri aşağıdaki şekildedir:

“Genelde travmalı hastalar çok ağrılı geliyorlar zaten. Ağrıda ajitasyon yapıyor. Mümkün olduğu kadar bir an önce ağrısını kesmeye yönelik tedavi yapıyoruz.” (H4)

“Ağrı kontrolünü genelde uzman hekimimiz yapar burada, acil uzmanı yapar. Hasta stabil olduktan sonra biz yapmaya başlarız ağrı kontrolünü. Her 15- 20 dk bir hastanın yanına mutlaka gidilir, ağrısının olup olmadığı sesli olarak sorulur. Eğer sesli yanıt veremeyecek bir hastaysa mutlaka elle bazı uzuvlarını tutarak veya temasla hastaya zarar vermeyecek şekilde kontrolünü yaparız. Hastanın çıkardığı sesler bizim için çok önemlidir. Çünkü konuşamayabilir hasta. Hastanın uzuvlarındaki değişim de önemlidir. İlk gördüğün bir elin yarım saat sonra rengi değişmiş olabilir. Bu bize ağrıyla ilgili bir sürü tüyolar verebilir. Ama hasta konuşuyorsa birebir iletişime geçip neresinde ne olduğunu, hangi tarafının ağrıdığını sorarız. Bazı hastalara ağrısının belli bir süre devam edeceğini söyleriz. Çünkü her ağrıyı bir anda kesmek istemeyiz. Özellikle multitravmalarda ağrı ile teşhise gidebiliriz. O yüzden özellikle karın bölgesi, göğüs bölgesi ağrıyan hastalara daha dikkatli yaklaşıyoruz.” (H9)

“Genelde ağrı kontrollerini doktorlar yapıyor ama hastanın bilinci açıksa soruyoruz sol kolunda hassasiyet var mı, sol kolunda ağrı var mı buranda ağrı var mı... diye soruyoruz.” (H12)

“Hekimden hekime ilaç uygulaması değişiyor. Bazı hekimler narkotik analjezik tedavisi yapar, bazıları nonsteroid tedavisi uygular. Bazısı omuz çıkığı vardır oturtmak ister. Herhangi bir analjezik veya sedatize bir ilaç kullanmaz. Öyle işlem gerçekleştirir. Bunlar tamamen bizim dışımızda doktorun vermiş olduğu ordera bağlı durumlar...” (H13)

“...Ağrıyı sözel olarak ifade ediyorlar, şuram ağrıyor veya bu şekilde. Bir de zaten yüz ifadelerinden, beden dilinden, jest ve mimiklerinden de anlayabiliyoruz. Hastaların travmaya bağlı oluşan kırıkları veya diğer ağrılı durumları çok fazla olduğu için müdahale ederken zorlanıyoruz. Çünkü canını daha fazla yakmak istemiyorsun, böyle daha ince davranmaya çalışıyoruz. Hem ağrılarını fazla oluyor bu hastaların, hem vücut bütünlüğü bozulduğu için daha özenli davranmaya çalışıyoruz.” (H17)

Çizelge 4.6. Yönetici tutumu ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler

Ana tema	Alt tema	İfadelendirme
Yönetici tutumu		Öncelik tanıma
		Acil müdahale
		Hekim sayısı
		Fiziki şartlar

Çizelge 4.6’da araştırmaya katılan hemşirelerin yönetici tutumu ile ilişkili ana tema ve ifadelendirmeler yer almaktadır.

Ana tema: Yönetici tutumu

“Yönetici tutumu” ana temasında “öncelik tanıma, acil müdahale, hekim sayısı, fiziki şartlar” ifadelendirmeleri kullanılmıştır. Multitравmalı hasta bakımı multidisipliner yaklaşımı gerektirmektedir. Bununla birlikte bu tip hastalar öncelikli hasta grubuna girdikleri için sadece acil servislerde çalışan sağlık profesyonellerinin değil, aynı zamanda kurum yöneticilerini de ilgilendirmektedir. Hastanenin fiziki şartları, kurumda çalışan hekim sayısı, hastanın ilgili birime/kuruma nakli uygun bir şekilde sağlandığında hastalar daha etkili ve güvenli bakım alabilmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda bu konudaki deneyimlerine ilişkin ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

“Öncelik her zaman onlarda, multitравmalı hastalarda. Yani diğer hastalar bekletilir.” (H2)

“...büyük bir travmalı durumsa hastane yönetimi de başhemşirelik de gelip sahaya inip durumlarının nasıl olduğunu sorup öğrenmeye çalışıyorlar.” (H17)

“Ben ivedilikle gerekenin yapıldığını düşünüyorum.” (H4)

“En ufak bir şeyde çağırıldığı an buradalar. Sabahlara kadar ameliyat devam ediyor mesela. Ameliyathane de keza bu konuda gayet donanımlı. Bence çok çabuk müdahale ediliyor. Kendi hastanemizi diğerleriyle kıyasladığımda özellikle bu tarz hastalarla daha çok ilgileniyor. Sürekli asistanlarımız var...” (H7)

“Hastanemiz acil servisi olarak hem personel bilgi beceri yeterliliği hem de teknik ekipman açısından hem de hekimlerin hasta yaklaşımı açısından herhangi bir sorunumuz yok. Yapılan müdahalelerin, teknik ekipman ve personelin yeterli olduğu kanısındayım. Acil servis içerisinde teknik olarak 8\24 vardiyasında hemen hemen 17 kişi hizmet veriyoruz. Yani gerek gördüğümüzde tüm alanlarımızdaki personelden kırmızı alana, resüsitasyon odasına destek alıyoruz.” (H13)

“Yöneticilerimiz bize çok destek oluyorlar. Hiçbir sıkıntı yaşamıyoruz. Ne istersek tedarik ediyorlar.” (H15)

“Tüm yöneticiler ve çalışanlar bu konuda gerçekten çok iyi. Yani imkanlar neyse o. Sonuna kadar. Şu anda biz mesela yeni bir hastanedeyiz ve fiziki şartlarımız o kadar kötü değil. Elimizde travmayla ilgili eğitim araştırma hastanesi olmamız sebebiyle gerçekten çok büyük imkanlar var. Bu konuda bir eksiğimizin olduğunu düşünmüyorum. Daha donanımlı hastanelerle acil servisteki kırmızı alanın arasında çok fazla fark olduğunu zannetmiyorum açıkçası.” (H9)

“Yani her şeyin eskisinden daha iyi olduğunu düşünüyorum. Önceden doktor sayıları çok azdı... Beyin cerrahi uzmanının olmadığını düşün, bir genel cerrahın olmadığını düşün... Ama şimdi hepsi var. Hastanın doktora ulaşımı gerçekten sağlıyor.” (H11)

Çizelge 4. 7. Beklentiler ile ilişkili alt temalar ve ifadelendirmeler

Ana tema	Alt tema	İfadelendirme
Beklentiler		Personele eğitim verilmesi
		Güvenlik zafiyetinin giderilmesi
		Deneyimsiz personelin acil serviste çalıştırılmaması
		Müdahale alanının izole olması
		Fiziki şartların iyileştirilmesi

Çizelge 4.7’de araştırmaya katılan hemşirelerin beklentileri ile ilişkili ana tema ve ifadelendirmeler yer almaktadır.

Ana tema: Beklentiler

“Beklentiler” ana temasında “personeler eğitim verilmesi, güvenlik zafiyetinin giderilmesi, deneyimsiz personelin acil serviste çalıştırılmaması, müdahale alanının izole olması, fiziki şartların iyileştirilmesi” ifadelendirmeleri kullanılmıştır. Acil serviste çalışan hemşireler multitravmalı hastalara daha etkili bakım verebilmek için eğitimin önemini vurgulamışlardır. Multitravma kavramının daha net bir şekilde ortaya konulması, müdahalelerde öncelik sıralamasının daha iyi yapılabilmesi için eğitimin önemi kaçınılmazdır. Aynı zamanda işe yeni başlayan hemşirelerin henüz mesleki farkındalığının oluşmamış olması, olağandışı durumlarda nasıl hareket etmesi gerektiğini bilmemesi zaman kaybına neden olmaktadır. Bununla birlikte hemşirelerin bakımını üstlendikleri hastalarda, hasta yakınları tarafından sürekli olarak sorulara maruz kalması işleyişi aksatmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda bu konudaki deneyimlerine ilişkin ifadeleri aşağıdaki şekildedir:

“Multitravmalı hastalara bakım için hizmet içi eğitim verilmeli. Hastane olarak ya da acil servis olarak bunu yapmaları uygun olur. Çünkü sürekli yeni hemşire arkadaşlar geliyor, yeni mezun arkadaşlar geliyor, hepsi görmemiş oluyor. Her zaman nöbetler de karşılaşmayadabiliriz. Bunu eğitimle karşılayabiliriz bence.” (H12)

“...Bence multitravmalı hastalar için acil personellerine eğitim verilmesi gerekiyor. Tek eksiğin bu olduğunu düşünüyorum... acile başlayan personellere özellikle başlamadan önce hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Eğitim alıp eğitimle yaptıklarını pekiştirebilirsin. Acilde çalışabilirsin, öyle daha iyi oluyor. Ama hiç eğitim almadan direk gördüğünüzde sıkıntı olabiliyor. En azından eğitimde anlatılıyor. Eğer etkili ve verimli bir eğitimse önce teorik sonra pratik güzel oluyor, güzel pekişiyor...” (H3)

“Bizim buradaki tek sıkıntımız ildeki tek hastane olmamız. Çoklu travmalarda, çoklu kazalarda peş peşe aynı vakaların veya iki taraflı karşılıklı olaylarda iki karşı tarafın aynı hastaneye getirilmesinden kaynaklanan sıkıntılarımız var. Bir de sistemin tamamen otomasyon, bilgi işlem üzerinden dönmüş olması sebebiyle, hastanın kaydı

süresince tahlili gitti mi, kanı alındı mı?... Yani her şey yapılıyor ama hastanın kimlik bilgisine ulaşamadığınız sürece işlemlerini yapamıyorsunuz.” (H13)

“Bazı birimlerde uzmanımız olmayabiliyor. Hasta sevk oluyor. Bu da hasta için zaman kaybı. Hem hasta için hem hasta yakınları için sıkıntılı bir durum. Her şey dört dörtlük olmadığı için sevk durumlarımız oluyor.” (H16)

“Bence bizim hastanemizdeki en büyük sıkıntı giriş- çıkışı engelleyemediği için güvenlik sorunudur. Biz her hastada içeride bir tane hasta yakınının kalmasına müsaade ediyoruz ki arada uygun oldukça kendi aranızda değişebilirsiniz diye de bilgi veriyoruz. Bu her hastaya yapılıyor. Ama buna rağmen sarı alanın önünde iki güvenlik görevlisi var ama içeriye gireni çıkkanı bitmiyor.” (H7)

“Hastane ile ilgili bir problem, sevk problemi. Bu çok önemli bir problem. Büyük travmalarda ilk düşündüğümüz şey zaten göğüs yaralanmaları, iç organ yaralanmaları... bizim için çok önemlidir. Bir göğüs yaralanması çıktığı zaman hangi uzmanımız olursa olsun müdahale etmede sıkıntı yaşıyor ve hasta direk sevk oluyor.” (H9)

“...Başka bir sorunumuz da Türkiye genelinde acil servislerin daha korumasız alanlar olması. Açık alanlar olması... Hem herkesçe kolay ulaşılabilir alanlar olması sebebiyle o karmaşadan biraz sıkıntılıyız. Yer yer basında da görüyoruz. Ben hiç görmedim ki poliklinikte veya bir serviste bir sağlık çalışanı darp edildi veya bir hekim darp edildi şeklinde bir haber okumuyoruz. Münferit olayları değerlendirdiğimizde bunların %80'i acil servislerde gerçekleşiyor. Bunun içinde acil servislerin daha korunaklı yerler olması için hem Sağlık Bakanlığının hem hastane yönetiminin bu konuda daha duyarlı olması gerektiğini düşünüyorum. Yani otoparktaki bir arabanın bir sağlık personelinden daha değerli olduğunu düşünmüyorum ben. Onun için otoparka güvenlik koymak yerine acil servise güvenlik artırılabilir...” (H13)

“Bu hastalar sarı alan ya da kırmızı alana geliyorlar, alanımız biraz dar. Multitравmalı hastaları alabileceğimiz daha geniş, rahat çalışabileceğimiz bir ortam olsa, diğer hastalar bu hastaları görmemiş olurlar. Hem bizde daha rahat çalışırız.

Hem hasta yakınlarının müdahalesi çok fazla olmayacak... Rahat bir ortam sağlanabilirse hastaya müdahale için bizim açımızdan daha iyi olurdu.” (H17)

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Multitravma; dört bölümden oluşan insan vücudunun en az iki bölgesinin etkilenmesi sonucunda oluşmaktadır. Ayrıca iki veya daha fazla büyük uzun kemik kırığının olduğu travmalar da multitravma olarak kabul edilmektedir [92,93]. Yetişkinlerde meydana gelen engelliliğin en önemli sebebi multitravmadır ve dünyada her yıl 50 milyondan fazla insan multitravmadan etkilenmektedir [94,95]. Multitravma vakaları en çok motorlu araç kazalarından kaynaklanmakta ve genellikle genç erkekleri etkilemektedir [96]. Çoklu travma hastalarının ilk bakım yeri acil servistir. Acil servisin amacı, yaşamı tehdit eden ciddi yaralanmaları olan hastaları hızlı bir şekilde tespit etmek ve doğru sırayla tedavi etmektir. Ancak çoklu travmatik yaralanmaların organize, sistematik ve kanıta dayalı tedavisi, yüksek düzeyde ilk yardım bilgisi ve deneyimi gerektirmektedir [69,97,98]. İnci (2020) çalışmasında; hemşirelerin bakım kavramını daha çok hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması olarak tanımladıklarını belirtmiş, bununla birlikte acil servislerin yoğun olması, hasta sirkülasyonunun fazla olması ve hastaların kısa süreli acil serviste kalmalarının hemşirelik bakımını olumsuz yönde etkileyen ve hemşirelik bakımını engelleyen faktörler olarak gördüklerini bildirmiştir [99]. Bu bölümde acil servis hemşirelerinin multitravmalı hastalara bakım verirken yaşadıkları deneyimler tartışılacaktır.

Tartışma 3 bölümden oluşmaktadır.

- İlk karşılaşma ve müdahale aşaması
- Yönetici tutumu
- Beklentiler

5.1. İLK KARŞILAŞMA VE MÜDAHALE AŞAMASI

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “insani ve robotik duygular” teması altında, “ilk karşılaşmada hissedilenler” ve “resüsitasyon esnasında hissedilenler” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. Katılımcılar multitravmalı hastalarda dikkat ve konsantrasyonun önemini vurgulamışlardır. Tümkaya (2020) çalışmasında, acil serviste çalışan hemşirelerin dikkat ve konsantrasyonlarının diğer birimlerde çalışanlara göre azaldığını belirtmiştir. Bunun sonucunda hata yapma olasılığının artabileceğini ve hasta bakımında risk oluşturabileceğini vurgulamıştır [100]. Ayrıca, uzun çalışma saatleri ve gece mesaieleri hemşirelerin dikkat ve konsantrasyonlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Toros (2020), çalışmasında mesai saatlerinin fazlaşması ve gece mesailerinin hemşirelerde yorgunluk ve uyku durumunu olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bu durumun ayrıca, reaksiyon süresini uzattığı ve müdahaleyi zorlaştırdığını vurgulamıştır [101]. Çalışmamızda literatüre paralel olarak uzun çalışma saatleri ve gece nöbetlerinin tüm hemşirelerin dikkat ve konsantrasyonunu olumsuz yönde etkilediği sonucuna varılabilir. Ayrıca multitravma hastalarının bakımında dikkat ve konsantrasyon önemli bir parametredir. Hastalarda ani durum değişiklikleri çok hızlı bir şekilde meydana gelmektedir. Dikkat ve konsantrasyonun azalması hastanın yaşamını tehlikeye atabilir. Bunun yanı sıra acil servislerin iş yükü ve stres bakımından daha yoğun olması nedeniyle acil serviste çalışan hemşirelerin bu durumdan daha fazla etkilendiği düşünülmektedir.

Acil servisler yapısı gereği karmaşık, kaotik ve stresli ortamlardır. Çalışmada katılımcılar multitravmalı hasta ile karşılaşma esnasında panik olunması durumunda hastaya katkı sağlayamayacaklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, soğukkanlı ve sakin olmak zorunda olduklarını, böylece daha iyi bir tedavi hizmeti verebileceklerini ifade etmişlerdir. Bilik (2015) çalışmasında, acil servislerde kaotik ortamın genel olarak oluşabildiğini ve bu ortamda hemşirelerin sürekli strese maruz kaldıklarını bildirmiştir [102]. Multitravma gibi kompleks bir vakada panik olan hemşireler bakımı aktif bir şekilde sağlayamayabilir. Bu nedenle acil servis hemşirelerinin kaotik ortamlarda soğukkanlı olması ve hızlı karar vermesi son derece önemlidir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin deneyimleri bu ifadeyi doğrular niteliktedir.

Acil serviste çalışan hemşireler bilgileri, deneyimleri ve donanımlarıyla acil durumların tamamıyla başederken, insani yönlerinin etkilenmemesi mümkün değildir. Katılımcılar bir başka önemli hissiyat olarak empati kurmayı ifade etmişlerdir. Fakat, empatinin duygusallıkla birleşip sempatiye dönüşmemesi gerektiğini ve bu sınırın iyi belirlenmesi gerektiğini aktarmışlardır. Empatik eğilimi yüksek olan hemşirelerin multitravmalı hastaya bakım verirken profesyonellikten uzaklaşması söz konusu olabilir. Bu nedenle katılımcılarda empati ve sempati kavramları arasındaki farkındalığın oluşmuş olması sevindirici bulgudur.

Katılımcılar multitravmalı hasta ile karşılaşma esnasında daha önce edindikleri tecrübelerin önemli olduğunu ve tedavinin seyrini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir. Durukan vd. (2010) yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin kurumda çalışma süreleri arttıkça psikolojik olarak daha fazla güçlendiklerini belirtmiştir [103]. Katılımcılar bu şekilde bir hasta ile karşılaştıklarında insani duygularının öne çıktığını ve hastanın durumuna üzüldüklerini belirtmiş, ancak tecrübe kazandıkça duygu ve düşüncelerinde duygusallıktan profesyonelliğe geçiş olduğunu vurgulamışlardır. Kritik hasta bakımının sağlandığı acil servislerde çalışan hemşirelerin etkili bakım vermeleri için duygusallıktan uzaklaşarak profesyonel tutum sergilemesi önemli bir parametredir. Bu nedenle acil servislerde tecrübeli hemşirelerin çalışmasının profesyonel yaklaşımı olumlu yönde etkileyeceği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “yaşama bağlama” teması altında, “hazırlık aşaması” ve “müdahale aşaması” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. Katılımcılar genel olarak hazırlık aşamasında; müdahale ve tedavi için gerekli olan malzemelerin hazırlanması gerektiğini bildirmişlerdir. Ayrıca, diğer önemli bir hususun hastanın sabitlenmesi olduğunu, bu sayede yapılacak müdahalenin daha etkili olacağını ifade etmişlerdir. Multitravmalı hastaya yaklaşım genel olarak karmaşık bir süreçtir. Öncelikle acil servis çalışanlarının ve tüm personelin doğru ve hızlı karar vermesi oldukça önemlidir [5]. Multitravma hastalarının tedavisinde personel arasındaki başarılı bir koordinasyon ve multidisipliner yaklaşım ile hastalar hayatta tutulabilir [104]. Ülkemizde her yıl binlerce insan hastalık, afet, trafik kazası, iş ve ev kazaları nedeniyle ölmekte veya sakat kalmaktadır. Araştırmalara göre ölümlerin yarısı ilk yarım saat içinde gerçekleşmektedir [105]. Bu sebeple triyaj; acil

tıbbi bakımda önemli bir rol oynar ve uygun öncelik sırasını benimsemek çok önemlidir. Etkili triyaj, acil hastaları belirleyebilir ve hastaların iyileşme oranlarını artırabilir. Ek olarak, doğru triyaj kaynak israfını önleyebilir. Basit triyaj ve hızlı tedavi protokolü dünya çapında yaygın olarak kullanılmaktadır [106]. Trijaj genellikle hemşireler tarafından yapılmaktadır [107]. Çalışmamızda katılımcılar acil serviste triyaj yapıldığını fakat multitravmalı hastaların triyaj alanına girmeden travmanın şiddetine bağlı olarak sarı ya da kırmızı alana alınıp müdahale edildiğini belirtmişlerdir. Multitravma yaralanmalarında oluşabilecek hasta yoğunluğu hastane kapasitesinin üzerinde olabilir. Var olan sağlık personelinin hastane kaynaklarını uygun şekilde kullanabilmesi için triyaj büyük önem taşımaktadır. Bu durumda, herkes için her şeyi yapmak düşüncesi yerine çok sayıda yaralı için en iyisini yapmak düşüncesi ön plana çıkar. Bu durum, geçmişten günümüze çoklu yaralanma olaylarında bakış açısında değişime sebep olmuştur [44]. Elmelech et al. (2022) acil servis hemşirelerinin deneyiminin triyaj kararı vermeye etkisini inceledikleri çalışmada deneyimli hemşirelerin yetersiz triyaj eğiliminde olduğunu, daha az deneyimli hemşirelerin ise aşırı triyaj eğiliminde olduklarını ifade etmişlerdir [108]. Yang et al. (2023) acil servis hemşireleri ile yaptıkları çalışmada; katılımcıların triyaj karar verme becerilerinin düşük seviyede olduğunu bildirmiş, hemşirelerin triyaj becerilerini geliştirmek için eğitim planlaması yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir [109]. Malak et al. (2022) 125 hemşire ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %88,8'inin yeterli triyaj bilgisine sahip olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmada, triyaj bilgisi, acil servis deneyimi ve triyaj eğitim kursuna katılımın birbirleriyle pozitif ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir [110]. Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğu literatürü destekler nitelikte triyajın önemli olduğunu ve multitravmalı hastaya müdahale konusunda eğitim alınması gerektiğini belirtmişlerdir.

İkinci alt tema olan müdahale aşamasında ise; katılımcıların çoğunluğu öncelikle damar yolu açılması gerektiğini söylemişlerdir. Müdahale edilecek hastanın multitravmalı olmasından dolayı zaman geçtikçe dolaşımı bozulabileceğinden damar yolunun mümkün olan en kısa zamanda açılması hayati önem taşımaktadır. Travmalı hastalarda hastane öncesi dönemde ön hazırlık olarak; hava yolu açılması, dolaşım ve kanama kontrolünün yapılması, hasta sabitlenmesi, damar yolu açılması, kan basıncı ölçümü yapılması ve gerekli olduğunda KED yeleşimi uygulaması yapılmalıdır [40,111].

Ancak bu ön hazırlık işlemleri bazı durumlarda ambulansda yapılamamakta ve bu işlemler acil servis personeli tarafından yapılmaktadır. Multiravmalı hastanın tedavisinde hayati öneme sahip olan bu ön hazırlık işlemlerinin acil servis öncesinde yapılmasının tedavide başarı oranını artıracığı düşünülmektedir. Müdahale aşamasındaki hayati konulardan bir diğerinin de hastanın sabitlenmesi olduğu katılımcıların çoğu tarafından belirtilmiştir. Bu işlemin hastanın hayati fonksiyonlarının devamlılığı ve doku bütünlüğü açısından öneminin hemşireler tarafından destekleniyor olması sevindirici bir bulgudur.

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “müdahale esnasındaki sorunlar” teması altında “hasta kaynaklı sorunlar” ve “hasta yakını kaynaklı sorunlar” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. Katılımcılar müdahale esnasındaki en büyük sorunun hasta yakınlarından kaynaklandığını belirterek, hasta yakınlarının multiravmalı hastaya müdahaleyi zorlaştırdıklarını ve çalışanları strese soktuklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, bazı durumlarda hasta yakınları tarafından fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını beyan etmişlerdir. Havva ve Babacan (2014) tarafından yapılan çalışmada; hasta ve sağlık personelinin %35-%74 oranında şiddet olaylarına tanık olduğunu belirterek, şiddet olayının öncelikle sözlü olarak başladığını ve bu duruma acil servis çalışanlarının daha çok maruz kaldığını ifade etmiştir. Araştırmacılar hasta yada hasta yakınından kaynaklanan şiddet olaylarında cezai işlemin uygulanacağını ve ne olursa olsun şiddet olaylarının tolere edilmeyeceğini medya ve diğer iletişim araçları ile duyurulmasının şiddetin azaltılmasına yardımcı olacağını düşünmektedirler [112]. Sucu vd. (2009) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise; acil serviste kritik hasta yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesinin ve buna yönelik personelin farkındalığının artırılmasının acil servislerdeki bakımın kalitesini ve hasta yakınlarının memnuniyetini arttırabileceğini ifade etmişlerdir [84]. Öztaş (2018) çalışmasında; acil servislerin tüm dünyada en fazla şiddete maruz kalan birimler olduğunu vurgulanarak, çalışmaya katılan sağlık personelinin çalışma hayatı boyunca en az bir kez şiddete maruz kaldığını ve şiddet uygulayanların çoğunluğunun hasta yakınları olduğunu belirtmiştir [113]. Ras'ın (2023) acil servis hemşirelerine karşı şiddet ile ilişkili son on yılda yapılan çalışmalarını incelediği literatür incelemesinde hemşirelere yönelik şiddetin sebebi olabilecek faktörlerin hemşirenin deneyim düzeyinin düşük olması, hizmet kalitesinin düşük

olması, hasta beklentilerinin karşılanamaması, bakımda veya bekleme süresindeki gecikmeler, bakımdaki hatalar, ağrı şiddeti, hastanın ölümü, yüksek iş yükü ve aşırı kalabalık olduğu belirtilmiştir [114]. Acil servisteki sözlü ve fiziksel şiddetin incelendiği çalışmada, çalışma süresince neredeyse her gün bir şiddet vakası gerçekleştiği ve 5 aylık dönemde toplam 130 şiddet bildirimini kaydedildiği belirtilmiştir. Şiddet uygulayan bireylerin çoğunlukla erkek, şiddete maruz kalanların çoğunun hemşire olduğu bildirilmiş, şiddet olaylarının en az %37'sinin sarhoş olan veya psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaları içerdiğini, %44'ünün sözlü iken %22'sinin fiziksel olduğu belirtilmiştir [115]. Boles et al.(2023) acil servisteki şiddet olaylarına en fazla hemşirelerin maruz kaldığını ifade etmişlerdir [116]. Gressia et al. (2022) çalışmalarında, hastanelerdeki şiddet vakalarının azaltılması için şiddetin normalleşmesinin ortadan kaldırılması gerektiğini vurgulamış, ayrıca her türlü şiddete karşı eğitim ve öğretim programlarının artırılması gerektiğini ve üst düzey yöneticilerin şiddete maruz kalan personeli koruması ve yeterli desteği sağlaması gerektiğini ifade etmişlerdir [117]. Şimşek'in (2015) acil servislerin uygunsuz kullanımını araştırdığı çalışmada, acil servisin uygunsuz kullanımının acil hastaların tedavisinin aksamasına ve çalışanların motivasyonunun düşmesine yol açtığını belirtmişlerdir [118]. Bu bilgiler doğrultusunda acil servisteki şiddet olaylarında mağdurların genellikle hemşireler olduğu, acil servislerin yoğun olması, hasta beklentilerinin karşılanmaması, iş yükünün fazla olması ve acil servislere başvuru sayısının fazla olması gibi faktörlerin şiddet nedeni olduğu söylenebilir. Şiddet korkusu ile çalışan hemşirelerin motivasyonlarının azalacağı, kritik hasta bakımında hem hastanın durumu hem de şiddete maruz kalma korkusu ile anksiyete düzeylerinin yükseleceği ve bu nedenle verimli ve etkili bakım veremeyecekleri aşıkardır. Bu nedenle acil servislerin güvenli çalışma ortamı haline getirilmesi hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından önemli bir faktördür.

Katılımcılarla yapılan görüşmeler doğrultusunda, hasta yakını ve sağlık personeli arasındaki iletişimin ve hoşgörünün artırılması ile sağlıkta şiddet olaylarının azalacağı belirtilmiştir. Ayrıca, herhangi olumsuz bir durumda şiddet olayını gerçekleştiren kişi ya da kişilere beyaz kod verileceği ve bunun sonucunda kişi ya da kişilerin adli para cezası veya hapis cezası alabileceği bildirilmelidir. Böylelikle bu durumun caydırıcı olacağı ve şiddet olaylarını azaltacağı öngörülmektedir. Çalışmamıza katılan

hemşireler bu konuda iki önemli sorundan bahsetmişlerdir. Bunlardan ilkinin hasta yakınlarının acil servise girmesinden, ikincisinin ise insanların bu konularda bilgi eksikliğinden kaynaklandığını aktarmışlardır. Katılımcıların görüşleri doğrultusunda; acil servisin daha izole olması, çalışanların müdahale sırasında daha verimli çalışmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca, herhangi olumsuz bir duruma karşın güvenlik personelinin acil servise yakın konumda olması çalışanların kendilerini daha güvende hissettirecektir.

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “ağrı tanımlaması” teması altında “hekim değerlendirmesi”, “gözlem” ve “hasta ile iletişim” olmak üzere üç ifade ile oluşturulmuştur. Ağrının kişinin fiziksel, zihinsel sağlığını ve yaşam kalitesini etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle ağrı yönetimi ve kontrolü hasta bakımında çok önemli bir hedefdir. Hastaların ağrılarının yeterince değerlendirilmemesi, yönetilememesi ve buna göre müdahale edilememesi hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir [119]. Katılımcıların büyük çoğunluğu ağrı tanımlamasını hekimin yaptığını bildirmişlerdir. Hemşirelerin ise hasta stabil duruma geldikten sonra belirli aralıklarda hastada ağrı kontrolü yaptığını ve bu işlemin hastanın tedavisinde hayati önem taşıdığını belirtmişlerdir. Ancak, ağrı kontrolünde hasta sözlü olarak cevap veremeyecek durumda ise fiziksel kontrolün çok dikkatli yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Çalışmaya katılan hemşireler bu konuda hastaların ajite olduğunu ve bunun sonucunda yapılacak tedavi ile ağrılarının hemen kesilmesini talep ettiklerini bildirmişlerdir. Omotosho et al. (2023) 115 hemşire ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin büyük çoğunluğunun ağrı yönetimi konusunda yetersiz bilgiye (%60.9) ve olumsuz bir tutuma (%69.6) sahip olduklarını belirtilerek, acil serviste çalışan hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu bildirilmiştir [119]. Admassie et al (2021) acil hemşireleri ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin ağrı tedavisine yönelik bilgi ve tutum puanlarının %52.8 olduğunu bildirmişlerdir. Acil hemşirelerinin daha önceki ağrı yönetim tecrübeleri, ağrı ile ilgili aldıkları eğitimler ve iş deneyimlerinin ağrı yönetimi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir [120]. Achaliwie et al. (2023) yaptıkları literatür çalışmasında; birçok hemşirenin ağrıya karşı yetersiz bilgiye ve zayıf bir tutuma sahip olduğunu ve bu durumun eğitim ile geliştirilebileceğini ifade etmişlerdir [121]. Ağrı yönetimini belirleyen birçok unsur bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; hemşirelerin iş tecrübesi,

ağrı ile ilgili bilgi seviyeleri ve aldıkları eğitimlerdir. Literatürde ağrı yönetimi ile ilgili benzer çalışmalar bulunmaktadır [122–127]. Kiverta et al. (2022) hemşireler ile yaptıkları çalışmada; hemşirelerin %58'i ağrı değerlendirme ölçekleri kullanmadan ağrıyı güvenilir bir şekilde değerlendirebildiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca ağrı skalalarının çoğuna aşına olmadıklarını ve günlük pratikte rutin olarak kullanmadıklarını bildirmişlerdir [128].

Çalışmamızda benzer şekilde katılımcılar ağrı değerlendirmesinde skala kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Multitravmayla gelen hastaların çoğunlukla ağrılı olduklarını belirterek, sözel yanıt verebilen hastalara ağrı kontrolü yapmanın ve müdahale etmenin daha kolay olduğunu, sözel yanıt veremeyen hastaların ise çıkardığı seslerden, uzuvlarındaki değişimlerden ağrıyı yönetebildiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca multitravmalı hastalara doktor orderıyla genellikle farmakolojik tedavi uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra; sağlık sistemindeki hatalı uygulamalardan kaynaklanan hukuki süreçlerin en önemli sebebi hastanın yeterince gözlemlenmemesidir. Hastanın devamlı gözlem altında olması gerekiyorsa ilgili sağlık personelinin hastayı devamlı bir şekilde gözlemlemesi ve takip etmesi gerekmektedir [129]. Multitravmalı hastalarda ağrı yönetiminde hemşirelerin rolü, hasta ile daha uzun vakit geçirmeleri ve planlanan tedaviye yanıtı gözlemeleme açısından oldukça önemlidir. Bununla birlikte multitravmalı hastaların bakımında hastanın durumunu değerlendirmek amacıyla ağrı değerlendirilmesi önemli bir göstergedir. Bu nedenle hemşireler, hastaları ağrı ile ilgili bilgili olduklarına ve ağrılarını uygun olan en kısa sürede etkili bir biçimde tedavi edileceğine inandırmalıdır. Bu doğrultuda acil servislere çalışan hemşirelere multitravmalı hastalarda ağrı yönetimi, kullanılabilir skalalar ve nonfarmakolojik ağrı kontrolü ile ilgili eğitimler düzenlenmelidir.

5.2. YÖNETİCİ TUTUMU

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “yönetici tutumu” teması altında “öncelik tanıma”, “acil müdahale”, “hekim sayısı” ve “fiziki şartlar” olmak üzere dört ifade ile oluşturulmuştur. Çalışmaya katılan hemşireler acil serviste her zaman multitravmalı hastaya öncelik verdiklerini ve ivedilikle tedaviye

başlandığını belirtmişler. Ayrıca bu durumlarda hastane yönetiminin de acil servise gelerek multitravmalı hastanın durumunu yakından takip ettiklerini bildirmişlerdir. Acil durumlarda hastane yöneticilerinin sahada hemşirelerin yanında olduklarını göstermeleri çalışanların motivasyonlarını arttırabilir. Bununla birlikte kendilerini güvende hissetmelerini ve ulaşılabilecek diğer imkanların daha hızlı teminini sağlayabilir. Katılımcılar, acil serviste hekim sayısının yeterli olduğunu ve yeni bir hastane olmasına karşın personel sayısı açısından çok iyi durumda olduklarını ifade etmişlerdir. Son olarak hastanenin fiziki şartlarının çok iyi olduğunu ve herhangi bir multitravmalı hastanın mesai saatleri dışında da rahatlıkla ameliyatlarının yapılabildiğini söylemişlerdir. Özaslan'ın (2021) acil hemşirelerinin iş güvenliği ve mesleki risklerini incelediği çalışmada, iş güvenliğinin yetersiz olduğunu bildirmiş, çalışanların güvenliğini etkileyen faktörlerin fiziki ortam, 24 saat çalışma, yetersiz personel ve ekipman olarak sıralamıştır [130]. Bu doğrultuda çalışmanın literatür ile benzer sonuçlar gösterdiği, fiziki şartların ve personel sayısının acil servis çalışanlarının memnuniyeti ve iş güvenliği için önemli olduğu sonucuna varılabilir. Çalışmamıza katılan hemşirelerinin bu konudaki görüşlerinin olumlu olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca fiziki şartların ve hekim sayısının yeterli olması nedeniyle acil servisteki multitravmalı hastaların tedavisindeki başarı oranının artabileceği düşünülmektedir.

5.3. BEKLENTİLER

Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “beklentiler” teması altında “personelle eğitim verilmesi”, “güvenlik zafiyetinin giderilmesi”, “deneyimsiz personelin acil serviste çalıştırılmaması”, “müdahale alanının izole olması” ve “fiziki şartların iyileştirilmesi” olmak üzere beş ifade ile oluşturulmuştur. Bu bölümde yapılan görüşmelerde katılımcıların birçoğu personele multiravma ile ilgili eğitim verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Hizmet içi eğitim programlarında planlama yapılırken çalışanların bilgi düzeylerinin belirlenmesi eğitim planı açısından yararlı olacaktır. Bununla birlikte hemşirelerin beklentilerinin sorgulanması, istek ve gereksinimlerinin göz önünde bulundurulması eğitimin etkinliğini arttıracaktır. Özellikle multitravma gibi yönetilmesi zor olan durumlarda etkili eğitim

yöntemlerinin kullanılması, eğitimlerin sağlık profesyonellerine uygun saatlerde yapılması, eğitimlerde sürekliliğin sağlanması hasta bakım kalitesini arttırabilir.

Katılımcıların bir diğer beklentisi ise güvenlik zafiyetinin giderilmesidir. Bu durumun ana sebeplerinden birinin de acil servisin izole olmamasından kaynaklandığını ve bu durumdan oldukça rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Söyük ve Kurtuluş (2017) acil servis çalışanlarının yaşadığı zorlukları belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında mevcut güvenlik önlemlerinin yetersiz olduğunu belirtmiştir [131]. Benzer bir çalışmada acil serviste zor hastaların yönetimi incelenmiş, kaba ve saldırgan tutumlu hastaların tedavisindeki en önemli zorluğun personelin güvenlik endişesi duyması olarak belirtilmiştir [132]. Çalışma bulguları literatür ile benzerlik göstermekle birlikte, acil servislerdeki güvenlik sorununun çözülmesi ile birlikte hemşirelerin zarar görme korkusu azalacağından hastalara daha verimli bakım sunabilecekleri söylenebilir.

Katılımcıların en çok şikayetçi olduğu konulardan bir tanesi de acil serviste deneyimsiz personel (doktor, hemşire ve sağlık memuru) çalıştırılmasıdır. Acil servislerde genellikle yeni mezun olmuş ve deneyimsiz hemşirelerin çalıştırılması bakım hizmetlerinin devamlılığını olumsuz etkilemekte ve iş yükünü arttırmaktadır. Acil servislerdeki ilk müdahalenin hayati öneme sahip olduğu düşünüldüğünde, acil servis hemşiresinin acil hasta bakımı konusunda özelleşmesi ile daha profesyonel bakım sağlanacağı kaçınılmazdır. Çalışmamıza katılanların görüşleri doğrultusunda; deneyimsiz personelin multitravmalı hasta ile karşılaştığında müdahale açısından sıkıntı yaşayabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, acil serviste yeni çalışmaya başlayan hemşireler belirli bir süre boyunca deneyimli hemşirelerin gözetiminde oryante edilmelidir. Hemşirelikte branşlaşmanın giderek önem kazandığı göz önüne alındığında, uzun süredir acil servislerde çalışan ve acil hemşireliği sertifika programına katılan hemşirelerin çalışması bakımın kalitesini arttıracaktır. Ayrıca acil hemşireliği sertifika programlarının belirli aralıklarla, hemşirelerin çalıştıkları hastanelerde açılması ve sertifikasyonların geçerliliği için yenileme programları uygulanmalıdır.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

Multitравmalı hastaya acil hemşiresinin yaklaşımının incelendiği nitel çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Katılımcıların 8'inin 36-45 yaş arasında, 11'nin kadın ve 12'sinin lisans mezunu olduğu görülmüştür.
- Katılımcılar arasında meslekte çalışma süresi on yıldan fazla olanların sayısının 11, acil serviste on yıldan fazla çalışanların ise 7 kişi olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin 13'ünün multitравmalı hastaya yaklaşım ile ilgili eğitim almadığı fakat, tamamının eğitim alınması gerektiğini düşündüğü belirlenmiştir.
- Katılımcıların 10'u, Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis birimine günlük 5'in üzerinde multitравmalı hasta geldiğini belirtmiştir.
- Acil hemşiresinin multitравmalı hastaya yaklaşımına ilişkin altı adet ana tema oluşturulmuştur.
- Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “insani ve robotik duygular” teması altında, “ilk karşılaşmada hissedilenler” ve “resüsitasyon esnasında hissedilenler” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. “İlk karşılaşmada hissedilenler” alt temasında; pozitif düşünme, empati, soğukkanlılık, kanıksamak, üzüntü ve moral bozukluğu, kaygı, panik olma, profesyonel yaklaşım ifadelendirmeleri kullanılmıştır. “Resüsitasyon esnasında hissedilenler” alt temasında ise kaygı ve endişe, üzüntü ve duygusallık, hassasiyet, konsantrasyon, soğukkanlılık ifadelendirmeleri kullanılmıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “yaşama bağlama” teması altında, “hazırlık aşaması” ve “müdahale aşaması” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. “Hazırlık aşaması” alt temasında; ön hazırlık, malzeme hazırlığı, ilaç hazırlığı ifadelendirmeleri kullanılmıştır. “Müdahale aşaması” alt temasında ise damar yolu açma, hayati durum ve bilinç kontrolü,

sabitlenme ve pansuman, CPR yapılması, doktor orderi ve serum takma, monitörizasyon ve vital bulguların kontrolü ifadelendirmeleri kullanılmıştır.

- Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “müdahale esnasındaki sorunlar” teması altında “hasta kaynaklı sorunlar” ve “hasta yakını kaynaklı sorunlar” olmak üzere iki alt tema oluşturulmuştur. “Hasta kaynaklı sorunlar” alt temasında; bir an önce müdahale isteği, ağrılarının giderilmesi isteği ifadelendirmeleri kullanılmıştır. “Hasta yakını kaynaklı sorunlar” alt temasında ise ajitasyon ve gerginlik, stres ifadelendirmeleri kullanılmıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “ağrı tanımlaması” ana temasında; hekim değerlendirmesi, gözlem, hasta ile iletişim ifadelendirmeleri kullanılmıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “yönetici tutumu” ana temasında; öncelik tanıma, acil müdahale, hekim sayısı, fiziki şartlar ifadelendirmeleri kullanılmıştır.
- Araştırmaya katılan hemşirelerle yapılan görüşmeler sonucunda “beklentiler” ana temasında; personele eğitim verilmesi, güvenlik zafiyetinin giderilmesi, deneyimsiz personelin acil serviste çalıştırılmaması, müdahale alanının izole olması, fiziki şartların iyileştirilmesi ifadelendirmeleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Multitравmalı hastalara daha etkin ve verimli müdahale edebilmek için acil serviste deneyimli hemşirelerin çalıştırılması,
- Mesleğe yeni başlayan hemşirelerin, acil servisten önce mesleki deneyim kazanmaları için diğer kliniklerde çalıştırılması,
- Çalışan güvenliğini sağlamak ve şiddet olaylarını önlemek amacıyla acil serviste güvenlik önlemlerinin artırılması,
- Acil serviste multitравmalı hastaya müdahale edecek hemşirelerin ayrı olması ve her vardiya da en az bir deneyimli multitравma hemşiresinin acil serviste bulunması,
- Multitравma ile ilgili hizmet içi eğitim planlamalarının yapılması ve eğitimlerin teorikten daha çok uygulamaya yönelik olması,
- Acil serviste acil hemşireliği sertifikası olan hemşirelerin çalıştırılması,

- Acil hemşirelerine psikolojik destek verilmesi,
- Multitravmaya ilişkin deneyimlerin daha da güçlendirilmesi için yapılacak çalışmaların daha büyük gruplarla, multidisipliner olarak yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bingol, O., Ayrik, C., Kose, A., Bozkurt, S., Narcı, H., Ovla, D., and Duce, M. N., "Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients", *Turkish Journal Of Emergency Medicine*, 15 (3): 116–121 (2015).
2. Peden, M., McGee, K., Sharma, G., "The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries. Geneva: World Health Organization, 5.", (2002).
3. "World Health Organization", *Global Health estimates (GHE)*, 2015.
4. Ahmed, N., Mathew, R. O., Kuo, Y. H., and MD, A. A., "Risk of severe acute kidney injury in multiple trauma patients: Risk estimation based on a national trauma dataset", *Injury*, 51 (1): 45–50 (2020).
5. Yazlamaz, N., "Multitravma hastalarında bilgisayarlı tomografi ile vena kava inferior düzleşme indeksi ölçümünün klinik sonlanıma etkisi ve şok parametreleri ile karşılaştırılması", *Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Eskişehir, 5-26 (2019).
6. Torabi, M., Mazidi Sharaf Abadi, F., and Baneshi, M. R., "Blood sugar changes and hospital mortality in multiple trauma", *American Journal Of Emergency Medicine*, 36 (5): 816–819 (2018).
7. Van Natta, T. L., J. A. M., "Injury scoring and trauma outcomes", *Trauma, 4th Edition*, New York: McGraw-Hill 72 (2000).
8. Dündar, G.Y., Türkmen, A., Akyolcu, N., "Acil servislerde görülen ortopedik travmalar ve hemşirelik bakımı", *Journal Of Academic Research In Nursing*, 6 (2): 375–380 (2020).
9. Sandström, L., Engström, Å., Nilsson, C. and Juuso, P., "Experiences of suffering multiple trauma: A qualitative study", *Intensive And Critical Care Nursing*, 54: 1–6 (2019).
10. Eroğlu, N., "Acil servise başvuran hastaların hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirmesi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 20 (2/3): 13–21 (2018).
11. Parke, B., Beath, A., Slater, L. and Clarke, A. M., "Contextual factors influencing success or failure of emergency department interventions for cognitively impaired older people: a scoping and integrative review", *Journal of Advanced Nursing*, 67(7):1426-48 (2011).

12. Peng, G., Wang, Q., Sun, H., Gan, L., Lu, H., Deng, Z., Sun, J. and Deng, J., "Development and prospective validation of a novel risk score for predicting the risk of lower extremity deep vein thrombosis among multiple trauma patients", *Thrombosis Research*, 201: 116–122 (2021).
13. Ireland, S., Cross, R., Decker, K. and Mitra, B., "Perceptions of an educational programme for registered nurses who work at non-major trauma services in Victoria, Australia: The Nursing Emergency eXternal Trauma Programme", *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20 (3): 131–138 (2017).
14. Çelik, S., "Acil hemşireliği", *Journal Of ADEM*, 1: 44–46 (2020).
15. Tekindal, M., Arsu, Ş. O., "Nitel araştırma yöntemi olarak fenomenolojik yaklaşımın kapsamı ve sürecine yönelik bir derleme", *Ufkun Ötesi Bilim Dergisi*, 20 (1): 153–172 (2020).
16. Bayram, S., Duman, R., Demirtaş, B., "Üç İnsan, bir olay, üç farklı travmatik deneyim süreci", *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 1 (1): 165–182 (2018).
17. Çamaş, G., Anayurt, A., "Travma mağdurlarına yönelik grup müdahaleleri", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14 (2): 143–151 (2022).
18. AbbasKhalifa, G., "Travma yönetimi: küresel bir bakış açısı", *Turkish Journal Of Resuscitation*, 1 (3): 117–118 (2022).
19. Yiğit, R., "Acil servise başvuran pediatrik multitravmalı hastalarda injuriy severity score'na (ISS) göre ortalama trombosit hacmi (Mpv), nötrofil lenfosit oranı (Nlr) ve platelet enfosit oranı(Plr) değerlerinin rognoz ve mortalite ile ilişkileri", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Diyarbakır, 3-45 (2019).
20. Taviloğlu, K., "Travmaya genel yaklaşım", *Nobel Kitabevi*, İstanbul, 298-299 (2002).
21. Malekifar, E., Khalili, R., Sadat Moayed, M., Tayeb Moradian, S. and Mahmoudi, H., "Auditing the status of prioritization of nursing actions in the trauma emergency department", *International Emergency Nursing*, 64: 101215 (2022).
22. Durak, F., "Pediatrik kafa travmalı hastalarda beyin bilgisayarlı tomografi endikasyonları", *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (Özel Sayı-1) 21. Mersin Pediatri Günleri Bildiri Kitabı: 67–72 (2022).
23. İzci, Y., Tehli, Ö., "Terörde ve savaşta kranial ve spinal kord yaralanmaları", *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33: 21–39 (2017).
24. Tator, C. H., "Strategies for recovery and regeneration after brain and spinal cord injury", *Injury Prevention : Journal Of The International Society For Child And Adolescent Injury Prevention*, 8 Suppl 4 (Suppl 4): IV33-6 (2002).

25. Akdemir, H., Duran, L., Kuruoğlu, E., Katı C., "Management of spinal trauma in emergency department", *Journal*, 30 (4): 285–289 (2013).
26. Macpherson, A. K., Schull, M. J., "Penetrating trauma in Ontario emergency departments: a population-based study", *CJEM*, 9 (1): 16–20 (2007).
27. Ateşçelik, M., Gürger, M., "Acil servise künt travma ile başvuran hastaların incelenmesi", *Fırat Tıp Dergisi*, 18 (2): 103-108 (2013).
28. Karadakovan, A., Aslan, F., "Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım", *Nobel Kitabevi*, (2011).
29. Demetriades, D. and Velmahos, G .C., "Penetrating injuries of the chest: indications for operation", *Scandinavian Journal Of Surgery : SJS : Official Organ For The Finnish Surgical Society And The Scandinavian Surgical Society*, 91 (1): 41–45 (2002).
30. Sırmalı, M., Büyükcam, F., Çavuş, U., Kesim, A., Çevik, M., Yılmaz, M. S., Köroğlu, D. B., Karakılıç, M. E., Afacan, M. A., "Acil servise başvuran künt toraks travma vakalarının incelenmesi", *Kocatepe Tıp Dergisi*, 13 (1): 1–7 (2012).
31. Bağ, M., "Laporoskopik ve açık splenektominin travmaya sistemik stres yanıtı bakımından karşılaştırılması", *Tıpta Uzmanlık Tezi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*, İstanbul, 5-7 (2005).
32. Desborough, J. P., "The stress response to trauma and surgery", *British Journal Of Anaesthesia*, 85 (1): (2000).
33. Burton, D., Nicholson, G. and Hall, G., "Endocrine and metabolic response to surgery", *Continuing Education In Anaesthesia, Critical Care And Pain*, 4 (5): (2004).
34. Annak, M. İ., Bulut, H., "Çoklu travma fizyolojisi ve hemşirelik bakımı: olgu sunumu", *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*, 2 (1): 105–116 (2021).
35. Şimşek, T., Uzelli, H., and Cantürk, N. Z., "Travmaya cevap ve metabolik değişiklikler: posttravmatik metabolizma", *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 30: (2014).
36. Luckmann, J., Soransen, C. K., "Medical-Surgical Nursing, Aphychophysiologic Approach", 3 rd. Ed. Ed., *Saunders Co.*, Philadelphia: W.B., (1987).
37. Ertekin, C., "Multipl travmalı hastaya yaklaşım", *Yoğun Bakım Dergisi*, 2 (2): 77–87 (2002).
38. İslamova, Ş., "Yetişkin çoklu travmalı hastalarda görülen servikal yaralanmaların değerlendirilmesi: beş yıllık analiz", *Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Konya, 2-38 (2020).

38. Stoica, B., Paun, S., Tanase, I., Negoii, I., Chiotoroiu, A., Beuran, M., "Probability of survival scores in different trauma registries: a systematic review", *Chirurgia*, 111 (2): 115–119 (2016).
40. Uçaroğlu, B., Kavalcı, C., Ceyhan, M. A., Hakbilir, O., "112 Ambulansı ile acil servise getirilen çoklu travma hastalarına yapılan girişimlerin değerlendirilmesi", *Cerrahi Sanatlar Dergisi*, 11 (2): 25–28 (2018).
41. Çebi, G. E., Akman, C., "Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının travma hastalarına yaklaşım ölçeğinin geliştirilmesi", *Hastane Öncesi Dergisi*, 7 (2): 141–158 (2022).
42. Ataseven, T. M., Akın, S., "Triyaj uygulamalarında hemşirelerin rolleri", *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3 (2): 170–174 (2016).
43. Akyolcu, N., "Acil birimlerde triyaj", *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15 (58): (2007).
44. Yıldırım, A. Ö., Bozbek, M., and Urfa, S., "Afet durumunda triyaj ve acil servis yönetimi", *TOTBİD Dergisi*, 21 (3): 260–267 (2022).
45. Lokerman, R. D., Waalwijk, J. F., Van der Sluijs, R., Houwert, R. M., Leenen, L. P. H. and Van Heijl, M., "Evaluating pre-hospital triage and decision-making in patients who died within 30 days post-trauma: A multi-site, multi-center, cohort study", *Injury*, 53 (5): 1699–1706 (2022).
46. "İnternet: Sağlık Bakanlığı, "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkındaki Tebliği'", <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>, (2009).
47. İmal, E., "Acil servise motosiklet kazası ve araç içi trafik kazası nedeniyle başvuran hastaların travma skorlarının ve prognozunun karşılaştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Manisa, 7-20 (2022).
48. Kaya, A. K., "Künt toraks travmalı olgularda travma şiddeti ile skapula kırığı ilişkisinin araştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Kırıkkale, 2-10 (2016).
49. Sönmez, C., "Acil servise başvuran multitravma hastalarında mortaliteyi belirlemede klinik ve laboratuvar özelliklerin incelenmesi", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Ankara, 9-12 (2022).
50. Ahmadi, K., Taleshi, Z., Jokar, A., Poryyaghub, M., Bayaat, F., Maghsoudi, L. and Maghsoudi, M., "Effect of Advanced Trauma Life Support (ATLS) Program on Nurse's Performance in Simulated Trauma Model", *Alborz University Medical Journal*, 6: 173–178 (2017).

51. Karapınarlı, B., "Multitravma ile acil servise gelen hastalarda perfüzyon indeksinin hasta prognozuna etkisi", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Ankara, 3-12 (2016).
52. Gül, S. H., "Süleyman demirel üniversitesi tıp fakültesi hastanesi acil servisi'ne başvuran düşme olgularının değerlendirilmesi", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Isparta, 2-19 (2018).
53. "Advanced trauma life support (ATLS®): the ninth edition.", *The Journal Of Trauma And Acute Care Surgery*, 74 (5): 1363–1366 (2013).
54. Somand, D. M. and Kevin, R. W., "Fluid and blood resuscitation in traumatic shock", Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 8e, *McGraw-Hill Education*, New York, NY, 69–74 (2016).
55. Kutlu, S., "Hastaneye yatırılan acil travma hastalarında kan gazı laktat ve baz açığı değerlerinin prognostik önemi", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Konya, 4-25 (2021).
56. Smith, J., Flower, O., Tracey, A. and Johnson, P., "A comparison of manual pupil examination versus an automated pupillometer in a specialised neurosciences intensive care unit", *Australian Critical Care*, 33 (2): 162–166 (2020).
57. El Ahmadieh, T. Y., Bedros, N., Stutzman, S. E., Nyancho, D., Venkatachalam, A. M., MacAllister, M., Ban, V. S., Dahdaleh, N. S., Aiyagari, V., Figueroa, S., Olson, D. M. and Aoun, S. G., "Automated Pupillometry as a Triage and Assessment Tool in Patients with Traumatic Brain Injury", *World Neurosurgery*, 145: e163–e169 (2021).
58. Demirayak, Ö. F., "Multitravma hastalarında yaralanma şiddet skoru, ters şok indeksi ve laktat seviyesinin yoğun bakımda kalış süresi ve mortaliteyi öngörmedeki değerinin karşılaştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Konya, 3-26 (2022).
59. Garvey, P., Liddil, J., Eley, S. and Winfield, S., "Trauma tactics: Rethinking Trauma education for professional nurses", *Journal Of Trauma Nursing*, 23 (4): 210–214 (2016).
60. Eroğlu, N., "Acil servise travma nedeniyle başvuran ve kırık saptanan geriatrik hasta grubunda pandemi dönemindeki değişimin araştırılması", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Ankara, 9-12 (2022).
61. Gözde, K. H., "Postoperatif hipotermi ve hemşirelik bakımı", *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (1): 20–24 (2021).
62. Aslan, N., Durgun, Y., Durmuş, E., Yürümez, Y., Güner, N. G., "Kardiopulmoner resüsitasyon eğitimine etki eden faktörler: sakarya örneği", *Phoenix Medical Journal*, 5 (1): 38–41 (2023).

63. Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C. and Nolan, J. P., "European resuscitation council guidelines 2021: adult advanced life support.", *Resuscitation*, 161: 115–151 (2021).
64. Brown, C. V. R., Inaba, K., Shatz, D. V, Moore, E. E., Ciesla, D., Sava, J. A., Alam, H. B., Brasel, K., Vercruyssen, G., Sperry, J. L., Rizzo, A. G. and Martin, M., "Western Trauma Association critical decisions in trauma: airway management in adult trauma patients", *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 5 (1): e000539 (2020).
65. Soyugüzel, M., "Travma hastalarına çekilen abdominal tomografi görüntülerinin acil tıp asistanı tarafından akut travma patolojilerini değerlendirme düzeyi", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Afyonkarahisar, 17-40 (2022).
66. "American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support. 10th ed. Chicago", *American College Of Surgeons*, (2018).
67. Coşar, A., Eskin, B., "Yanık hastalarında hemodinamik monitörizasyon", *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 9: 1–2 (2011).
68. Kesici, S., Bayrakçı, B., "Yoğun bakım hastalarının monitorizasyonunda gelişmeler", *Türkiye Klinikleri J Pediatr*, 7: 43–48 (2011).
69. Gökmen, M., "Acil servise başvuran multitravma hastalarında doku satürasyon cihazı ölçümleriyle kan ürünü ihtiyacı ve mortalite öngörülebilir mi?", Tıpta Uzmanlık Tezi, *Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi*, Konya, 4-25 (2022).
70. Orkun, N., Eşer, İ., Çelik, G. G., "Acil hemşireliği tarihi", *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 5 (1): 16–25 (2017).
71. Gürmen, E. S., Tulay, C. M., "Saturasyon – Tırnak Cilası ve İki Farklı Cihaz", *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9 (2): 239–242 (2022).
72. Nasiri, E., Emadi, S. A., Edrisi, A. M., Esmaeeli, R., and Jafari, H., "Estimation of actual total weight for anesthetized patients by use of head weight TT", *Journal Of Mazandaran University Of Medical Sciences*, 19 (72): 45–51 (2009).
73. Tamer, F., Karadağ, M., "Cerrahi hemşirelerinin istenmeyen perioperatif hipotermi bakımına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi", *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12 (1): 19–29 (2020).
74. Durmaz, M., Kurşun, Ş., Burucu, R., "Hemşirelerin cerrahi hastalarında normotermi sürdürülmesi hakkındaki bilgi durumları ve uygulamaları: nitel bir çalışma örneği", *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1): 38–50 (2022).

75. Duman, A., Bacakođlu, G., Akpınar, O., Türkdogan, K., Karabacak, M., K. M., "Acil servise başvuran travma olgularının değerlendirilmesi", *SDÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 21 (2): 45–48 (2014).
76. Özveren, H., Özdemir, S., Faydalı, S., "Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları", *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory*, 7 (4): 99–105 (2016).
77. Aslan, F. E., "Ağrı: doğası ve kontrolü.1.Baskı. Ankara:", *Akademisyen Yayınevi*, Ankara (2014).
78. Acar, K., Demir, F., Aslan, F. E., Acar, H., "Cerrahi sonrası ağrı insidansı ve analjezik kullanım miktarının belirlenmesi", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2): 89–95 (2016).
79. Şenyüz, Y. K., Koçaşlı, S., "Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı", *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (2): 90–95 (2017).
80. "Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management.", *Anesthesiology*, 116 (2): 248–273 (2012).
81. Tura, İ., Erden, S., "Travma ağrisinin kontrolü: multimodal analjezi ve hemşirenin rolleri", *Selçuk Sağlık Dergisi*, 2 (2): 151–167 (2021).
82. Çimen, A., Özyalçın N. S., "Travma Hastasında Ağrı Tedavisi", *Nobel Tıp Kitabevi*, 235–243 (2006).
83. Aygin, D., Var, G., "Travmalı hastanın ağrı yönetimi ve hemşirelik yaklaşımları", *Sakarya Tıp Dergisi*, 2 (2): 61–70 (2012).
84. Sucu, G., Cebeci, F. and Karazeybek, E., "The needs of the critical patients' relatives in the emergency department and how they are met", *Turkish Journal Of Trauma And Emergency Surgery*, 15 (5): 473–481 (2009).
85. Wiman, E., Wikblad, K., Idvall, E., "Trauma patients' encounters with the team in the emergency department--a qualitative study.", *International Journal Of Nursing Studies*, 44 (5): 714–722 (2007).
86. Dahlen, I., Westin, L., Adolfsson, A., "Experience of being a low priority patient during waiting time at an emergency department.", *Psychology Research And Behavior Management*, 5: 1–9 (2012).
87. Başkale, H., "Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi", *Journal*, 9 (1): 23–28 (2016).
88. Çetinkaya, A., Özsoy, S. A., "Nitel araştırma hemşirelik alanından örnekler", *Çukurova Nobel Tıp Kitabevi*, Ankara, 93-130 (2021).

89. Çokluk, Ö., Oğuz, E., Yılmaz, K., "Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi", *Kuramsal Eğitimbilim Dergisi*, 4 (1): 95–107 (2011).
90. Kalafatoğlu, Ş., "Covid-19 salgınında uzaktan eğitim: sinema ve televizyon yüksek lisans öğrencilerinin deneyimi", *İletişim Çalışmaları 2022, Eğitim Yayınevi*, İstanbul, 30-34 (2022).
91. Merriam, S. B., "Nitel Araştırma (Turan, S, Çev.)", *Nobel Akademik Yayıncılık*, Ankara, 199-228 (2018).
92. Ertekin, C., "Multiple travmalı hastaya yaklaşım", *Yoğun Bakım Dergisi*, 2 (2): 77–87 (2002).
93. Polat, O., Ekinçi, S., "Multi Travmalı Hastaya Yaklaşım", *Türkiye Klinikleri Ear Nose And Throat*, 1 (4): 1–7 (2008).
94. Seattle, W. I., "Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) Findings from the Global Burden of Disease Study 2017", (2018).
95. Lendrum, R. A. and Lockey, D. J., "Trauma system development", *Anaesthesia*, 68 (s1): 30–39 (2013).
96. Dur, A., Koçak, S., Sönmez, E., Civelek, C., "Yoğun bakım biriminde izlenen çoklu travma hastalarında mortaliteye etki eden faktörler", *Dicle Tıp Dergisi*, 40 (2): 177–182 (2013).
97. Liu, J., Masiello, I., Ponzer, S. and Farrokhnia, N., "Can interprofessional teamwork reduce patient throughput times? A longitudinal single-centre study of three different triage processes at a Swedish emergency department", *BMJ Open*, 8 (4): (2018).
98. Kashani, P. and Saberinia, A., "Management of multiple traumas in emergency medicine department: A review", *Journal Of Family Medicine And Primary Care*, 8 (12): (2019).
99. İnce, S., B. S., "Perceptions of Emergency Nurses Towards Nursing Care", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (1): 23–30 (2020).
100. Tümkaya, E., "Acil serviste çalışan hemşirelerin dikkat ve konsantrasyon düzeyleri", Yüksek Lisans Tezi, *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Gaziantep, 18-30 (2020).
101. Toros, E., "Uzun çalışma saatlerinin hemşirelerin dikkat, yorgunluk ve uyku kalitesine etkisi", Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Edirne, 26-70 (2020).
102. Bilik, Ö., "Acil hemşireliğinin görünmeyen yüzü: insan olarak ben neler yaşıyorum?", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18 (2): 155–161 (2015).

103. Durukan, S., Coşkun, E., Akyürek, Ç., "Hacettepe üniversitesi erişkin hastanesinde çalışan hemşirelerin örgütsel güven, güçlendirme ve bağlılık düzeylerinin belirlenmesi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 15 (3): 411–434 (2010).
104. Günertem, O. E., Budak, A. B., Tikici, D., Hekimoğlu, B., Acar, F., Birben, B., Tümer, N.B., Tekeli, Kunt A., Özışık, K., G. S., "Çoklu travma olgusunda multidisipliner yaklaşımın etkinliği", *Turkish Journal Of Clinics And Laboratory*, 9 (4): 348–350 (2018).
105. Tura, I., E. S., "Evidence-based recommendations for some non-cardiopulmonary resuscitation first aid applications", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17 (2): 205–212 (2022).
106. Lin, Y. K., Chen, K. C., Wang, J. H. and Lai, P. F., "Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage", *The American Journal Of Emergency Medicine*, 53: 99–103 (2022).
107. Xu, S., Yang, Q., Xie, M., Wang, J., Shan, A. and Shi, F., "Work experience of triage nurses in emergency departments during the prevalence of COVID-19", *International Emergency Nursing*, 56: 101003 (2021).
108. Levis-Elmelech, T., Schwartz, D. and Bitan, Y., "The effect of emergency department nurse experience on triage decision making", *Human Factors In Healthcare*, 2: 100015 (2022).
109. Yang, J., Wan, X., Yu, P. and Li, X., "Factors affecting the triage decision-making ability of emergency nurses in Northern China: A multi-center descriptive survey", *International Emergency Nursing*, 67: 101264 (2023).
110. Malak, M. Z., Mohammad AL-Faqeer, N. and Bashir Yehia, D., "Knowledge, Skills and Practices of Triage among Emergency Nurses in Jordan", *International Emergency Nursing*, 65: 101219 (2022).
111. Alemdaroğlu, K. B., Subaşı, Ö. İ., "Deprem yaralanmalı çoklu travma hastasına yaklaşım", *TOTBİD Dergisi*, 21 (3): 268–275 (2022).
112. Öztürk, H., Babacan, E., "The Violence Applied to Health Personnel Working at Hospitals by Patients/ Their Families: The Causes and Factors Regarding Violence", *Journal Of Health And Nursing Management*, 1 (2): 70–80 (2014).
113. Öztaş, İ., "Acil servis hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları ve baş etme yöntemlerinin belirlenmesi", Yüksek Lisans Tezi, *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Gaziantep, 1-40 (2018).
114. Ras, I. A., "The factors that affect violence against nurses in emergency departments", *Heliyon*, 9 (3): e14306 (2023).

115. Doehring, M. C., Curtice, H., Hunter, B. R., Oaxaca, D. M., Satorius, A., Reed, K., Beckman, A., Vaughn, T. and Palmer, M., "Exploring verbal and physical workplace violence in a large, urban emergency department", *The American Journal Of Emergency Medicine*, 67: 1–4 (2023).
116. Boles, J. M., Maccarone, D., Brown, B., Archer, A., Trotter, M. G., Friedman, N. M. G., Chittams, J., Mazzone, L., Ballinghoff, J., Burchill, C. N. and Cacchione, P. Z., "Nurse, provider, and emergency department technician: perceptions and experiences of violence and aggression in the ED", *Journal Of Emergency Nursing*, 49 (3): 431–440 (2022).
117. Gressia, R. G. G., Usman, S., Kamil, H., Syarif, H., and Susanti, S. S., "'Why do nurses do not report': A qualitative study of underreported workplace violence (WPV) in emergency department (ED)", *Enfermería Clínica*, 32: 1–5 (2022).
118. Şimşek, P., "Acil servis sağlık çalışanlarının acil servislerin uygunsuz kullanımına ilişkin görüşleri", Yüksek Lisans Tezi, *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Trabzon, 38-39 (2015).
119. Omotosho, T. O. A., Sey-Sawo, J., Omotosho, O. F. and Njie, Y., "Knowledge and attitudes of nurses towards pain management at Edward Francis Small Teaching Hospital, Banjul", *International Journal Of Africa Nursing Sciences*, 18: 100534 (2023).
120. Admassie, B. M., Ferede, Y. A., Lema, G. F. and Ayen, B., "A survey study on knowledge and attitude towards pain management and associated factors among emergency Nurses, 2021. Multi-center cross-sectional study", *International Journal Of Surgery Open*, 47: 100548 (2022).
121. Achaliwie, F., Wakefield, A. B. and Mackintosh-Franklin, C., "Does Education Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, Skills, and Practice in Relation to Pain Management? An Integrative Review", *Pain Management Nursing*, 24 (3): 273–279 (2023).
122. Admassie, B. M., Lema, G. F., Ferede, Y. A. and Tegegne, B. A., "Emergency nurses perceived barriers to effective pain management at emergency department in Amhara region referral hospitals, Northwest Ethiopia, 2021. Multi-center cross sectional study", *Annals Of Medicine And Surgery*, 81: 104338 (2022).
123. Al-Maaitah, E. I., Abdel Razeq, N. M. and Obeidat, H. M., "Nurses' improved provision of infants' procedural pain assessment and management with non-pharmacological interventions following a training program in Jordan", *Journal Of Neonatal Nursing*, 29 (2): 356–360 (2023).
124. Slatyer, S., Myers, H. and Kelly, M. A., "Understanding Nurse Characteristics that Influence Assessment and Intention to Treat Pain in Postoperative Patients: An Integrative Literature Review", *Pain Management Nursing*, 23 (5): 663–671 (2022).

125. Achaliwie, F., Wakefield, A. B. and Mackintosh-Franklin, C., "The impact of education on the knowledge and attitudes of Ghanaian nurse tutors towards the assessment and management of pain in children: A quantitative study", *Nurse Education Today*, 121: 105680 (2023).
126. Ozawa, M., Yamashita, K. and Kawano, R., "Effectiveness of a Virtual Program on Nurses' Pain-Related Knowledge and Pain-Measurement Skills", *Pain Management Nursing*, 23 (6): 720–727 (2022).
127. Kasımoğlu, N., Baş, G. N., "Hemşire/ebelerin çocuklarda ağrı yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamaları", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31 (5): 349–359 (2022).
128. Treiman-Kiveste, A., Pölkki, T., Kalda, R. and Kangasniemi, M., "Nurses' perceptions of infants' procedural pain assessment and alleviation with non-pharmacological methods in Estonia", *Journal Of Pediatric Nursing*, 62: 156–163 (2022).
129. Eskreis, T. R., "Seven Common Legal Pitfalls in Nursing", *American Journal Of Nursing*, (1998).
130. Özasan, Y., "Acil servis hemşirelerin iş güvenliği mesleki riskleri ve bildirim durumları", Yüksek Lisans Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, 62-65 (2021).
131. Söyük, S., Kurtuluş, S. A., "Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (4): 44–56 (2017).
132. Çıkrıklar, H., Yürümez, Y., Yücel, M., Aslan, N., Engindeniz, Z., Cebicci, H., Altuntaş, M., "Acil serviste zor hastaların yönetimi", *Sakarya Tıp Dergisi*, 6 (1): 20–26 (2016).

EK AÇIKLAMALAR

FORMLAR

EK-1 Veri Toplama Formu

Bu çalışmada acil hemşirelerinin multitravmalı hastaya bakım verirken karşılaştıkları güçlükler, multitravmalı hasta ilgili deneyimlerini paylaşmaları amaçlanmaktadır. Çalışma yüksek lisans tez çalışmasıdır. Vermiş olduğunuz bilgiler sadece çalışma için kullanılacaktır. Çalışmadan istediğiniz zaman ayrılabilme hakkınız vardır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN, Hemşire Nazlı SÖYLER

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Cinsiyet (1) Kadın (2) Erkek

2- Yaş

3- Öğrenim durumu (1) Lise (2) Lisans (3) Lisans Tamamlama (4) Lisansüstü

4- Medeni Durum (1) Evli (2) Bekar

5- Çocuk sahibi olma durumu (1) Evet (2) Hayır

6- Haftalık çalışma süresi (1) 40 saat (2) 40-64 saat (3) 64 saat ve üstü

7- Meslekte çalışma süresi (yıl olarak belirtiniz)

8- Acil serviste çalışma süresi (yıl olarak belirtiniz)

9- Mesleğinizi kendi isteğinizle mi seçtiniz? (1) Evet (2) Hayır

10- Acil serviste kendi isteğinizle mi çalışıyorsunuz? (1) Evet (2) Hayır

11- Daha önce travmalı hastaya bakım verdiniz mi? (1) Evet (2) Hayır

12- Çalıştığınız acil servise hangi sıklıkla travmalı hasta geliyor?

13- Multitravmalı hastaya yaklaşım ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? (1) Evet
(2) Hayır

a. Cevabınız evetse bu eğitimin içeriğinden bahseder misiniz?

b. Cevabınız evetse bu eğitimi nerede aldınız?

c. Cevabınız evetse bu eğitim kim tarafından verildi?

d. Cevabınız evetse bu eğitim ne kadar sürdü?

14- Multitravmalı hastaya yaklaşımla ilgili hizmetiçi eğitim almanın gerekli olduğunu düşünüyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır

EK-2 Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

1. Acil serviste çalışırken multitravmalı bir hasta ile karşılaştığınızda neler hissediyorsunuz?
2. Multitravmalı hastaların triyaj uygulaması nasıl olmalıdır?
3. Multitravmalı hastada resüsitasyon sırasında neler hissedersiniz?
4. Multitravmalı hastada resüsitasyon sırasında hemşirelik yaklaşımı nasıl olmalıdır?
5. Multitravmalı hastalara yaklaşımınız nasıldır?
6. Multitravmalı bir hastanın bakımında hemşirelik bakımı nasıl olmalıdır?
 - a. Multitravmalı bir hastanın bakımında hangi hemşirelik girişimleri ön plana çıkıyor?
 - b. Multitravmalı bir hastanın bakım gereksinimlerini karşılarken yaşadığınız herhangi bir sorun var mı? Varsa neler?
 - c. Multitravmalı hastada ağrı kontrolünü nasıl yapıyorsunuz? (skala kullanımı, tamamlayıcı tedavi, farmakolojik tedavi)
 - d. Multitravmalı hastada GKS değerlendirmesini nasıl yapıyorsunuz?
7. Acil serviste multitravmalı bir hasta için hastanenizin veya yöneticilerinizin yaklaşımı nasıldır?
8. Multitravmalı hastaya ülkemizde ve çalıştığınız kurumdaki acil yaklaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?

EK-3 Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul İzni

Tarih ve Sayı: 01.10.2021 - E.67598



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-67598
Konu : 2021/655 Nolu Karar

01.10.2021

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz "**Multitramalı Hastaya Acil Hemşiresinin Yaklaşımı: Nitel Bir Çalışma**" başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: BSVKZMDYLE

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/karabuk-universitesi-ebys>

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük

Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Telefon: (370) 418 9446

Unvanı: Sürekli İşçi

e-Posta: guoretik@karabuk.edu.tr İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/guoretik>

Kep Adresi: karabukuniversitesi@hs01.kep.tr



EK-4 Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurum izni

Karabük Üniversitesi Evrak Tarih ve Sayısı: 10.11.2021-79868



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-98024045-604.01.02
Konu : Tez Çalışması Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 04/11/2021 tarihli ve E-27105693-622.03-78571 sayılı yazı.

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nazlı SÖYLER' in Dr. Öğr. Üyesi Dürdane YILMAZ GÜVEN danışmanlığında yürütülecek olan "Multitравmalı Hastaya Acil Hemşiresinin Yaklaşımı: Nitel Bir Çalışma" konulu tez çalışmasını Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, kişisel veri kapsamına giren bilgiler paylaşılmamak kaydıyla Müdürlüğümüze bağlı Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabileceği talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Ahmet SARI
İl Sağlık Müdürü

Ek:
1- Tez Çalışması (12 Sayfa)
2- Komisyon Toplantı Formu (1 Sayfa)

Dağıtım:
Karabük Üniversitesi Rektörlüğü (Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)
T.C. Sağlık Bakanlığı Karabük Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

5000 Evler 75. Yıl Mah. Mahallesi 20. Cad. 17. Sok. No:4 Merkez/KARABÜK
Telefon: 03704333126 Faks No: 0370 4338160
e-Posta: E.TaskiranAkbiyik@saglik.gov.tr İnternet Adresi: karabuk.es@saglik.gov.tr

Bilgi için: Elif TAŞKIRAN
AKBIYIK
HEMŞİRE
Telefon No: (0 370) 433 31 26

EK-5 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Durdane YILMAZ GÜVEN tarafından yürütülen “Acil Hemşirelerinin Multitравmalı Hastada Bakım Deneyimleri: Fenomenolojik Bir Çalışma” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Kişisel bilgi formunda 14, yarı yapılandırılmış odak grup görüşmesi formunda 8 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Veri toplama formuna vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma
Sorumlusu

Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN

Araştırmanın Amacı:

Çalışmada; acil hemşirelerinin multitravmalı hastaya bakım verirken karşılaştıkları güçlükler ve multitravmalı hasta ile ilgili deneyimlerini paylaşmaları amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Süresi: Ekim- Kasım 2021

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 12-18 kişi

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Durdane YILMAZ GÜVEN,
Hemşire Nazlı SÖYLER

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ölkemiz ve/veya ölkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönnüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönnüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırıcı tarafından saklanacaktır.

ÖZGEÇMİŞ

Nazlı SÖYLER, ilk, orta ve lise öğrenimini Karabük'te tamamladı. 2009 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Trabzon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde üniversite hayatına başladı. 2013 yılında üniversiteden mezun oldu. Aynı yıl Diyarbakır Selahaddin Eyyubi Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başladı. 2018 yılında başladığı Sinop Üniversitesi Disiplinler arası Çevre Sağlığı Yüksek Lisans öğrenimini 2020 yılında tamamladı. 2017 yılından beri Sinop/ Gerze Devlet Hastanesi'nde meslek hayatını devam ettirmekte ve aynı zamanda 2020 yılından beri Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine devam etmektedir.