

Acil Servislerde Triyaj Uygulaması

Triage in Emergency Department

PELİN KARAÇAY*
SELVET SEVİNÇ**

ÖZET

Trijaj, bakım için hastaların önceliklerinin belirlenmesi ve sıraya sokulması sürecidir. Triyaj sisteminin başlıca amacı acil, hayatı tehlike içinde olan hastaların çok çabuk tanınmasıdır. Diğer amaçlar, acil serviste hasta akışını düzenlemek, acil tedavi alanındaki yoğunluğu azaltmak, tedavi için daha uygun alan yaratmak ve hasta ve ailelerinin korku ve endişelerini azaltmaktır. Üçlü, dördü ve beşli triyaj sistemleri bulunmakla birlikte gelişmiş ülkelerdeki bugünkü eğilim standardize edilmiş beşli triyaj sistemini kullanmaktır. Bu yazıda, beşli triyaj sistemi, hızlı triyaj tanınması, hastaların triyaj kategorilerine karar verilmesi ve triyaj hemşiresinin nitelikleri değerlendirildi.

Anahtar sözcükler: Acil servis; beş-aşamalı (beşli) triyaj; triyaj; triyaj hemşiresi; triyaj hemşiresinin nitelikleri; triyaj kategorileri.

ABSTRACT

Triage is a process of sorting and prioritizing patients for care. The primary goal of triage system is rapid identification of patients with urgent, life-threatening conditions. Complementary goals include regulating patient flow through the emergency department and decreasing congestion in emergency treatment area, determining the most appropriate area for treatment, and reducing the patients' and their families' fear and anxiety. There are three-level, four-level and five-level triage systems; however the current trend is to adopt a standardized five-level triage in developed country. This article includes five-level triage system, rapid triage assessment, decision-making to the patients' triage categories and triage nurse qualifications.

Key words: Emergency department; five-level triage; triage; triage categories; triage nurse; qualifications of triage nurse.

Trijaj, yaralı ve hastaları o an ki durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırıp, tedavi, bakım ve tahliye konularında önceliklerini belirleme ve sıraya sokma sürecidir.^[1-10]

Trijaj kelimesi Fransızca'da sınıflamak ya da seçim yapmak anlamına gelen "trier" sözcüğünden türetilmiştir. İlk kez Fransız ordusunda yaralı askerlere "açık hastane" ortamı oluşturulmasında kullanılmıştır. Amerikan ordusunda, çatışma yerlerinden uzak hastanelere gönderilecek yaralı askerlerin sınıflandırmalarının yapıldığı merkezi tanımlamak için; II. Dünya Savaşından sonra da tıbbi girişim sonrası savaş alanına dönme olasılığı yüksek olan askerleri belirlemek amacıyla "süreç" anlamında kullanılmıştır. Kore ve Vietnam savaşları süresince günümüzdeki anlamı ile kullanılan triyaj, savaş yıllarından sonra felaket olaylarının dışında ilk kez 1963'te, Amerika Birleşik Devletleri'nde, Yale Newhaven Hastanesi'nin acil servisinde kullanılmıştır.^[1,2,6,10]

Literatürde, triyaj çeşitleri konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bazı yaklaşımlar triyajı günlük, afet ve askeri olmak üzere üç kategoride ele alırken,^[1,6,8] bazıları günlük, askeri, felaket, özel durum ve olay/olgu triyajı olmak üzere beş kategoride^[2] ele almaktadır.

Acil servislerde yapılan günlük triyaj, acil servise başvuran

hastaların, hastalık ya da yaralanmalarının şiddetini belirlemek için kullanılan dinamik bir süreçtir. Tedavide önceliği saptamak için, akutluk derecesi skalalarından biri kullanılır. Acil servis triyajı, hastanın acil servise giriş yapması ile başlar; hastanın gönderileceği bölüm ya da serviste devam eder.^[1,5]

Acil servisler, başvuran her hastaya anında bakabilecek durumda olsaydı triyaj sistemine gerek kalmazdı.^[2] Günümüzde, acil servislere başvuran hasta sayısındaki artış sistemlerin kapasitesini aşmaktadır. Acil servislere, acil olmayan hastaların da başvurmaları, primer tedavi ve bakım birimlerine yeterince ulaşamaması ya da ulaşılmasının çok uzun sürmesi gibi nedenler bu artışta etkili olmuştur.^[6] Acil servislerin iş yükünü artıran bu tür başvurularla baş etmede en etkili yöntem triyaj sistemidir.^[1,6] Bu sistemle, yaşam tehdidi olan hastalar belirlenebilir ve gerekli acil girişimler zaman kaybedilmeden yapılabilir.

Acil servislerde triyajın uygulanması ile durumu ciddi ve yaşam tehdidi olan hastalar hızla tanımlanabilir;^[1,2,5-7,10] hayatı tehlike durumunda acil girişim yapılabilir; ekip çalışması ve personelin etkin kullanımı sağlanabilir. Öncelikleri belirlemek için kullanılan ilk tanılama işlevleri hasta akışını ve acil servis trafiğini rahatlatır. Sistemin getirdiği düzen ve işleyiş hızı ile hasta ve ailelerinin korkuları hafifler, endişeleri azalır, dolaylı olarak bakım ekibinde de bir sakinlik olur.^[1,2,4-7,10]

* P Karaçay, Uzm. Hemş.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Okutman
Güzelnahçe Sokak No.: 20 34365, Nişantaşı/İstanbul
Tel.: 0 212 311 36 07 Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: pkaracay@ku.edu.tr

** S Sevinç, Yard. Doç. Dr.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Öğretim Üyesi
Güzelnahçe Sokak No.: 20 34365, Nişantaşı/İstanbul
Tel.: 0 212 311 26 08 Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: ssevinc@ku.edu.tr

Triyaj Sınıflama Sistemleri

Halen hastanelerde kullanılmakta olan üçlü, dördü ve beşli triyaj sınıflama sistemleri bulunmakta^[2-5,7-10] birlikte 2003 yılında Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association = ENA) ve Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians = ACEP), geçerlilik ve güvenilirliği daha fazla olduğu için beşli sınıflama sisteminin kullanılmasını önermişlerdir.^[3,5,7,9] Beşli triyaj sistemi ilk olarak 1970'lerde, Avustralya'da, bir grup acil çalışanı tarafından, acil servise gelen hasta sayısındaki artıştan doğan sorunları çözmek için geliştirilmiştir.^[7]

Günümüzde, Avustralya'nın tüm acil ünitelerinde beşli Avustralya Triyaj Skalası kullanılmaktadır.^[3,7,9-12] Kanada'da, önceleri beşli

Avustralya Triyaj Skalası kullanılmış, daha sonra yapılan çalışmalarla bu skalaya temellendirilerek geliştirilen Kanada Triyaj Skalası kullanılmaya başlanmıştır.^[3,7-9] Bu iki skala arasındaki en büyük fark, Kanada sisteminde ciddiyeti aynı olan hastalar için ağır skalası, triyaj zamanı ve hemşirelik değerlendirmelerinin açık bir şekilde tanımlanmış olmasıdır.^[5,7,9] Büyük Britanya'nın bir çok acil ünitesinde beşli^[3,7,9] Manchester Triyaj Skalası, ABD'nin bir kısmı ve bir çok Avrupa ülkesinin acil ünitelerinde de Aciliyet Şiddeti İndeksi^[3,9] kullanılmaktadır. Bu sınıflama sistemleri arasındaki farklılıklar Tablo 1'de verilmiştir. Tabloda görüleceği gibi, kullanılan farklı triyaj sistemleri arasında, triyaj sınıf isimleri ve müdahale edilmesi gereken süreler arasında farklılıklar söz konusudur.

Tablo 1: Beşli Sınıflama Sistemlerinin Farklılıkları ^[3]

Sınıf	Kanada Triyaj Skalası (CTAS= Canadian Triage and Acuity Scale)	Manchester Triyaj Skalası	Avustralya Triyaj Skalası (ATS= Australian Triage Scale)	Aciliyet Şiddeti Endeksi (ESI= Emergency Severity Index)
1	Resüsitasyon (Hemen)	Hemen (Kırmızı) (0 dakika)	Hayati tehlike mevcut (Hemen)	ESI – 1 (Hemen)
2	Çok acil (15 dakika içinde)	Çok acil (Turuncu) (10 dakika içinde)	Yaşam tehdidi yakın (10 dakika içinde)	ESI – 2 (Birkaç dakika içinde)
3	Acil (30 dakika içinde)	Acil (Sarı) (60 dakika içinde)	Yaşam tehdidi olasılığı (30 dakika içinde)	ESI – 3 (Bir saate kadar)
4	Az acil (60 dakika içinde)	Standart (Yeşil) (120 dakika içinde)	Ciddi olma olasılığı (60 dakika içinde)	ESI – 4 (Bekletilebilir)
5	Acil değil (120 dakika içinde)	Acil değil (Mavi) (240 dakika içinde)	Az acil (120 dakika içinde)	ESI – 5 (Bekletilebilir)

Doğru bir triyaj kararı için geçerliliği ve güvenilirliği olan bir triyaj skalası kullanmak önemlidir. Beş sınıflamalı triyaj sistemine göre sınıf adı, tanımı, bu sınıfa giren örnek durumlar ve ne kadar sürede bir yeniden değerlendirilmesi gerektiği yani tanılama sıklığı Tablo 2'de verilmiştir. Tanımlanan bu beş kategori, hastanın tedavi için bir hemşire ya da hekim tarafından görülünceye kadar bekleyebileceği maksimum zamanı belirler. Bu, acil servise yeni gelen ancak triyaj kategorisi daha acil olan bir hastanın, kendisinden erken gelen hastadan daha önce tedavi edileceği anlamına gelir.^[11]

Triyaj Kararı Verilmesi ile İlgili Olgu Çalışmaları

Örnek Olgu 1

Bay R.T. 39 yaşında, taksi şoförü tarafından sabah saat 03.00'de acil servise getirildi. Taksi şoförünün verdiği bilgiye göre, Bay R.T. 15 dakika önce göğsünde ağrı olduğunu ve hastaneye gitmek istediğini söyleyerek taksiye binmiş; acil servise ulaşmadan 5 dakika önce de takside bilincini kaybetmiştir.

Objektif veriler: Tansiyon (TA) alınmıyor; nabız 48/dk ve zayıf; solunum 8/dk ve yüzeysel, SpO₂: %89.

Beşli sınıflama sistemine göre Bay R.T.'nin triyaj kategorisi Sınıf I olmalıdır; çünkü hastanın durumu değerlendirildiğinde bilinci kapalı, yaşam bulguları normal sınırların dışında (düşük) olup hastaya hemen girişimde bulunulmaz ise hayati tehlike söz konusudur. Bu hastanın hızlı bir şekilde triyaj değerlendirmesinin yapıp acil müdahale odasına alınması, gerekli acil tedavi ve bakımın başlatılması gerekir.

Örnek Olgu 2

Bayan B.Y. 43 yaşında; iki saat önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu.

Subjektif veriler: Hasta, sayısal skalaya göre 5 şiddetinde, keskin ve sürekli karın ağrısı olduğunu; ağrının, göbek çevresinde başladığını daha sonra sağ alt kadrana lokalize olduğunu ifade ediyor. İshali, bulantı ve kusması olmadığını söylüyor.

Objektif veriler: Ribound (+), karında distansiyon yok, TA: 150/85mmHg, N: 88/dk, Sol: 20/dk, vücut ısı 38.1°C (OR), SpO₂:%98.

Beşli sınıflama sistemine göre, Bayan B.Y.'nin triyaj kategorisi Sınıf III'tür; çünkü hastanın ağrısının göbek çevresinde başlayıp daha sonra sağ alt kadrana lokalize olması ve ribound'un (+) olması hastada akut apandisit olasılığını düşündürmektedir.

Yaşam bulgularında yaşamı tehdit edebilecek bir durum söz konusu değildir ancak hastaya girişimde bulunulmaz ise durumunun kötüleşme olasılığı vardır.

Bu hastalara Tablo 2'de belirtilen süre içinde müdahale edilmesi gereklidir. Ayrıca, hastalar belirtilen sıklıkta yeniden değerlendirilir, elde edilen veriler doğrultusunda belirlenen triyaj kategorileri gözden geçirilir ve gerekirse kategori değişikliği yapılır.

Tablo 2: Beş Sınıflamalı Triyaj Sistemi Skalası^[3,7,11,12]

Sınıf	Tanım	Örnek Durumlar	Tanımlama Sıklığı
Resüsitasyon 1	Hastanın yaşamını tehdit eden ve hemen müdahale edilmesi gereken durumlardır. Müdahale edilmez ise hasta kaybedilir.	<ul style="list-style-type: none"> Nabız ve/veya solunumun olmaması Büyük travmalar Şok (hipotansiyon ve/veya taşikardi, sepsis), Bilinç kaybı (zehirlenme, aşırı ilaç alımı, santral sinir sistemi olayları vb nedeniyle) Şiddetli solunum sıkıntısı Kontrol edilemeyen kanama <p>* Tipik sınıf 1 hastaları, yanıt vermeyen, yaşam bulguları alınamayan ya da stabil olmayan hastalardır.</p>	Sürekli
Çok acil 2	Hızlı tıbbi müdahale yapılması gereken, potansiyel yaşam tehlikesi olan durumlardır. Hastanın, görme, yürüme gibi fonksiyonlarını ya da uzvunu kaybetme riski vardır. Önlemek için çok acil tıbbi ya da cerrahi tedavi yapılması gereklidir.	<ul style="list-style-type: none"> Açık kırıklar Şiddetli ağrı (kalp krizi ile ilişkili olabilecek göğüs ağrısı) Ciddi kafa travması GIS kanamaları Şiddetli astım atağı ya da dispne Özellikle şiddetli alt batin ağrısı ile olan şiddetli vajinal kanama Ciddi enfeksiyonlar Şiddetli baş ağrısı 	10-15 dk'da bir
Acil 3	Acil girişim gerektiren durumlardır; ancak yaşamı tehdit eden bir durum yoktur. Müdahale edilmez ise kötüleşme potansiyeli vardır.	<ul style="list-style-type: none"> Kafa travması (uyanık, yanıt veren hasta) Orta şiddette astım, orta derecede dispne Solunum sıkıntısı gibi ciddi belirtilerle birlikte olmayan göğüs ağrısı Şiddetli ya da orta derecede akut ağrı (ağrısı olan hastanın kötüleşme riski olabilir) İki yaş altındaki hastalarda görülen kusma ya da ishal 	Her 30 dk'da bir
Daha az acil 4	Acil girişim gerektirmeyen ama acil çalışanlarının becerilerini gerektiren durumlardır. Akut fakat kötüleşme olasılığı olmayan durumlardır. Kronik bir durumun akut hali olabilir.	<ul style="list-style-type: none"> Küçük yaralanma ya da travmalar (sistemik etkiler ya da uzuv / fonksiyon kaybı söz konusu değilse) Karın ağrısı (yaşam bulguları normal sınırlarda ise) Ani olmayan ya da migren gibi nedenlerle olan baş ağrısı Üst solunum yolu enfeksiyonu Dehidratasyon bulgusu olmadan olan kusma ya da ishal Üriner enfeksiyon Ciltte kızarıklık, kaşıntı vb. 	Her 60 dk'da bir
Acil değil 5	Hastanın birkaç saat ya da daha fazla beklemesinde tıbben bir sakınca olmayan durumlardır.	<ul style="list-style-type: none"> Minör travmalar (abrazyon, kontüzyon, laserasyonlar) Öksürük, soğuk algınlığı Hamilelik ya da şiddetli ağrı olmadan olan vajinal kanamalar İshal olmadan olan kusma 	120 dk'da bir

Triyaj Değerlendirmesi

Hasta acil servise geldiğinde, durumun ciddiyetini belirlemek, hayati tehlike varlığını ya da görünmeyen yaşamı tehdit edebilecek durumları tanımlamak için “hızlı değerlendirme” yapılır ve görme, işitme, koklama duyuları kullanılarak hastanın hayati tehlikesi olup olmadığı saptanır.^[5,7]

1. Birincil tanılamada, hastanın yaşamını tehdit edebilecek havayolu (Airway), solunum (Breathing), dolaşım (Circulation) sorunu ve herhangi bir rahatsızlık ya da yetersizlik (Disability) varlığı olup olmadığı yani ABCD değerlendirilir.^[1,3,5,6,12] ABCD’yi hızlı bir şekilde değerlendirmek için bakılacaklar:^[3]

- * **A- Hava yolu:** Konuşabiliyor mu? (Konuşabiliyorsa, hava yolu açıktır.)
- * **B- Solunum:** Solunumu sesli mi? Solunum sıkıntısı var mı? (Solunumu sessiz ve çaba gerektirmiyor ise, solunum normaldir.)
- * **C- Dolaşım:** Uyanık ve oryante mi? (Uyanık ve oryante ise, beyin oksijenlenmesi yeterlidir.)
 - Kapiller geri dolum 1-2 sn mi? (Eğer ≤2 sn ise ekstremiteler kanlanması iyidir.)
 - Cilt rengi açık pembe mi? (Pembe ise dolaşım normaldir.)
 - Radial nabız hissedilebiliyor mu? (Hissediliyorsa sistolik kan basıncı en az 80 mmHg)

ABC ile ilgili bir sorun varsa kardiyopulmoner resüsitasyona başlanır:

- Yetişkinlerde: 30 kalp masajı-2 yapay solunum siklusunda^[13]
- Çocuk ve bebeklerde; 15 masaj-2 solunum (tek kurtarıcı 30 masaj-2 solunum şeklinde yapabilir.)^[13]

ABC ile ilgili bir sorun yoksa tanılamaya devam edilmelidir.^[3]

* **D- Rahatsızlık ya da yetersizlik:**

- Mental, fiziksel ve nörolojik bir rahatsızlık ya da ağrı var mı?
- Soruları uygun şekilde cevaplıyor mu? (cevaplıyor ise, uyanık ve yüksek olasılıkla oryante)
- Tüm ekstremitelerini hareket ettirebiliyor mu? (ettirebiliyorsa, fiziksel yetersizlik yok)
- Beden dili rahat olduğunu gösteriyor mu?
- Ciddi bir rahatsızlıktan yakınıyor mu?
- Daha önce geçirdiği ciddi bir hastalığı var mı?

2. Birincil tanılamada hastanın yaşamını tehdit edebilecek bir durum yoksa **ikincil tanılamaya** geçilir. İkincil tanılama sırasında sorgulanacaklar:

- İsim, yaş, cinsiyet ve hastaneye geliş şekli^[1,2,4,10]
- Ana şikayet ve bu şikayetin öyküsü:^[1-6,10] Hastanın şikayeti ile ilgili belirti-bulgular, sistematik yaklaşımı içeren PQRS^[1,3,6,10] ya da OLD CART^[3] hatırlatıcı skalalarından biri kullanılarak araştırılır ve kaydedilir.

P= Provokes	: Uyarıcı / artıran faktörler
Q= Quality	: Nitelik
R= Radiation	: Yayılım
S= Severity	: Şiddet
T= Timing	: Zaman

O= Onset of symptoms	: Semptomların başlaması
L= Location of symptoms	: Semptomların yeri
D= Duration of symptoms	: Semptomların süresi
C= Characteristics of symptoms described by patient	: Hasta tarafından tanımlanan semptomların karakteristikleri
A= Aggravating factors	: Artıran faktörler
R= Relieving factors	: Azaltan faktörler
T= Treatment administered before arrival and outcome	: Gelmeden önce yapılan tedavi ve sonuçları

* Tjpsord-Klinkhammer and Andreoni, 1998.

- Alerjileri:^[1-6,10] İlaç, besin ve lateks alerjisi olup olmadığı sorgulanır.
- Kullandığı ilaçlar:^[1-6,10] Kullanılan ilaçların alışı sıklığı, miktarı ve reçete edilmeyen ama kullanılan ilaçlar olup olmadığı sorulur.
- Özgeçmiş:^[1-6,10] Sahip olduğu herhangi bir kronik hastalık ya da geçirdiği herhangi bir ameliyat olup olmadığı araştırılır.
- Aşılari:^[1-6,10] On sekiz yaşından küçük hastalarda tüm çocukluk çağı aşılari; 18 yaşından büyük hastalarda son dT (difteri - tetanoz) aşısı sorgulanır. Ayrıca, yaşlı bireylere grip ve pnömoni aşısı yapıp yapılmadığı sorulur.
- Boy ve kilo: Pediyatrik olgularda boy ve kilo ölçülür.^[2] Tüm hastalarda vücut ağırlığı ve beslenme sorgulanır.^[1,3,4,6,10]

“Son 3 gündür ne yediniz?” “Son zamanlarda, isteğiniz dışında beş ya da daha fazla kilo kaybettiniz mi?”

“Uyguladığımız özel bir diyet var mı?” “En son ne zaman bir şeyler yediniz ya da içtiniz?” ...

- İnfeksiyon:^[1,3,6] Son zamanlarda infeksiyöz bir hastalık geçirilip geçirilmediği ve seyahat edilen ülkeler hakkında bilgi alınır.
- Alkol, sigara ve madde kullanımı^[3,5]
- Ağrı değerlendirmesi^[3,5]
- Glasgow Koma Skalası (GKS), özellikle kafa travması geçirmiş ya da bilinç düzeyi değişikliği olan tüm hastalar için değerlendirilmelidir.^[2,3]
- Doğurganlık çağında olan her kadına son adet tarihi ve eğer kadın hamile ise kaçınıcı gebelik olduğu, isteğe bağlı ya da spontan düşük olup-olmadığı sorulur.^[1-6,10]

Triyaj Sırasında Bilinmesi Gereken Kurallar^[4,10]

- Daima duyduğunuz zannettiğiniz sözleri geçerli sayın. Hastalar bazen sizin ne duymak istediğinizi düşünür, onları söylerler.
- Ne görülüyor? Genellikle görünenler hikayenin tamamı değildir. Sözel ve sözel olmayan ipuçlarına dikkat edin.
- Şu an ki soruna kazanın neden olduğunu kabul etmeyin, tersi de olasıdır.
- Uygulayıcılar gerektiği kadar dikkatli bir tanılama ve değerlendirme yapmış olsalar bile, psikosomatik hastaların çoğu organik bozukluklardan ölürlere.
- Hastanın semptomlarına neden olabilecek en kötü nedenleri araştırın ve girişim için plan yapın.
- Doğurganlık yaşındaki bir kadın, hamilelik olasılığının olmadığını söylüyorsa ona inanılır, ama yine de gebelik testi yaptırılır.
- Eğer hasta “hasta” görünüyorsa, büyük olasılıkla hastadır. Eğer hasta görünmüyorsa, “hasta değildir” yargısına varmayın.

Triyaj Kaydı

Triyaj sisteminde kayıtlar, bilgisayar ortamında geliştirilmiş kullanımı kolay ve sınıflama sistemlerini içeren bir program ile yapılabileceği gibi triyaj formu altında bir form geliştirilerek de yapılabilir. Bu kayıtlar acil dosyasına konmalı ve hastanın gideceği bölüme gönderilmelidir. Kayıt sırasında kullanımı kolay bir sistem olması nedeniyle “SOAPIE / SOAPIER Modeli” kullanılabilir.^[1,3,4,6,10]

Triyaj Kayıtları: SOAPIER Modeli

S= Subjective Data (Subjektif Veriler) : Hastanın söylediği ve sorulara verdiği yanıtlar^[3,4,10]

O= Objective Data (Objektif Veriler) : Triyaj yapanın hastanın durumunu değerlendirmesi^[3,4,10]

A= Analysis of Data (Verilerin Analizi)^[3,4,10]

P= Plan (Planlama) Oda numarasını da içermelidir.^[3,4,10]

I= Implementation /Interventions (Uygulama/ Girişimler)^[3,4,10]

E= Evaluation (Değerlendirme)^[3,4,10]

R= Reassessment (Yeniden Değerlendirme)^[3]

Acil Servislerde Triyaj Uygulayıcıları

ENA Standartlarına (1999) göre triyaj, acil serviste en az 6 ay deneyimi olan profesyonel hemşireler tarafından yapılır.^[1,3,5,6] Türkiye Acil Tıp Derneği (TATD) tarafından oluşturulan Acil Servis Standartları'nda triyajı kimin uygulayacağı “Acil servise başvuran her hastanın triyajı, mutlaka bu konuda eğitim almış, bilgili ve deneyimli bir personel (hemşire ve/veya paramedik) tarafından yapılmalıdır. Triyajda çalışan kişiler, acil servis tıbbi sorumlusunun sürekli denetimi altında olmalıdır.” şeklinde belirtilmiştir.^[14]

Geçmişte servis sekreterleri, hasta kabul memurları, yardımcı hemşireler, teknisyenler, profesyonel hemşireler, hekimler gibi farklı kişiler tarafından uygulanmış olan acil servis triyajı günümüzde birçok ülkede genellikle profesyonel hemşirenin sorumluluğundadır.^[1,2,6-8,10-12] Bununla birlikte, triyaj uygulayıcılarının klinik yeterlilik koşulları, uygun eğitim standartları hakkında bilgi sınırlıdır. Örneğin: İsviçre’de eğitim durumu ve klinik deneyim çok önemli olsa da acil kliniklerde triyajı daha az kalifiye personel uygulamaktadır.^[8]

Triyaj çoğunlukla hemşireler tarafından yapılmakla birlikte, sadece hekimlerin ya da hekim ve hemşirenin birlikte sorumluluk aldığı uygulamalar da bulunmaktadır.^[6] Akyolcu ve arkadaşlarının^[15] İstanbul’da, 2 üniversite, 4 devlet, 2 SSK ve 3 özel olmak üzere toplam 11 hastanede, 71 hemşire ile yaptıkları bir araştırmada, hemşirelerin sadece %12.7’si çalıştıkları birimlerde triyaj hemşiresi olduğunu belirtmiş; hastanın acil birimlerde ilk karşılaştığı kişiler sorusuna hemşirelerin %42.3’ü hekim ve hemşire, %28.2’si hemşire, %23.9’u ise hekim yanıtı vermiştir. Hastayı ilk değerlendiren kişilerin ya sadece hekim (%43.7), ya hekim ve hemşire birlikte (%36.6) ya da sadece hemşire (%19.7)

olduğu görülmüştür. Aynı zamanda, araştırma kapsamına alınan hemşirelerin sadece %39.4'ü acil hasta tanılmasında Değerlendirme Formu/Skala kullanıldığını belirtmiştir. Yine İstanbul'da, Erol^[16] tarafından 2 SSK, 2 devlet, 1 üniversite hastanesinde yapılan başka bir çalışmada, birinde kısmen olmak üzere hastanelerin tümünde triyaj uygulandığı ancak belirli bir sınıflama sistemi kullanılmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan 5 hastanenin üçünde triyaj alanında hekimlerin, ikisinde hemşirelerin görev yaptığı saptanmıştır.

Triyajın en önemli bölümü karar vermedir. Hastaları olmaları gereken sınıftan bir alt sınıfa yerleştirme, hastaların güvenliğini tehlikeye sokarken; olmaları gereken sınıftan bir üst sınıfa alınmaları da kaynakların erken tükenmesine neden olabilir.^[9] Öyleyse, triyaj hemşirelerinin belirli niteliklere sahip olması gerekir. ENA, triyaj hemşiresinin en az 6 ay acil hemşireliği deneyimi olmasını, triyaj konusunda eğitim programını tamamlamış olmasını, temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, travma hemşireliği ve pediyatrik acil kurslarını başarı ile tamamlamış olmasını ve acil hemşireliği sertifikasına sahip olmasını önermektedir.^[1,5,6] Ülkemizde ise TATD tarafından belirlenen acil servis standartlarında da acil hemşiresinin yeterli bilgi ve deneyime sahip olması gerektiği vurgulanmaktadır.^[14]

Tamı konmamış ya da bir travma sonrası acil üniteye başvuran stresli, endişeli hasta ve ailelerinin ilk karşılaştığı sağlık profesyoneli triyaj hemşiresidir. Triyaj hemşiresi, hasta ve ailelerinin kriz anında gösterebilecekleri tepkileri bilerek nazik, anlayışlı ve sağduyu ile onlara gereken desteği sağlarken, aynı zamanda gerekli verileri toplayabilmeli, fizik değerlendirme yapabilmeli, sonuçları yorumlayıp, sakin ve hızlı bir şekilde triyaj kararını verebilmeli ve bu kararın yaşamsal belirleyici olduğunun farkında olmalıdır. Acil ünitesinin karışık, kalabalık, gürültülü ve stresli ortamında bile sakin bir şekilde çalışabilmelidir. Kritik düşünme ve sorun çözme becerisine sahip olmalı ve tüm sağlık ekibi ile iyi bir iletişimi olmalıdır.^[1,4-6]

Triyaj hemşirelerinin karar vermelerini etkileyen faktörlerle ilgili kesin veri bulunmamakla birlikte doğru triyaj kararı ile kişisel özellikler arasında bir ilişki olup olmadığını saptamaya çalışan bir çalışmada, 423 triyaj hemşiresi araştırma kapsamına alınmış ve 18 senaryo verilmiştir. Hemşirelerin doğru sınıflama oranının ortalama %58 (%22 ile %89 arasında) olduğu ve doğru triyaj kararı ile kişisel özellikler arasında bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır.^[17]

Triyaj kararı ile hemşirelerin deneyimleri arasında bir ilişki olup olmadığının saptamaya çalışan kalitatif bir çalışmada,^[18] hemşireler deneyimleri arttıkça triyaj kararını verirken kendilerine daha çok güvendiklerini ve triyaj kararını rahatlıkla alabildiklerini; hastaların spesifik bir şikayeti olmadığı zamanlarda deneyimin çok önemli olduğunu, böyle zamanlarda hastayı hep bir üst kategoriye aldıklarını; subjektif veri olan sezgilerini triyaj kararını verirken kullandıklarını, hatta bazen triyaj kararının onların altıncı hissine bağlı olduğunu, böyle bir şey hissettiklerinde o hastaya öncelik tanıdıklarını; triyaj kararını vermelerinin kendilerine çok fazla otonomi verdiğini ve doyum aldıklarını; yazılı rehberlerin triyaj kararını vermekte onlara referans olduğunu ama bazen de karşılaştıkları tüm durumların rehberdeki durumlar

ile örtüşmediğini ve daha çok deneyimsiz bir hemşire iken kullandıklarını ifade etmişlerdir. Yine bu çalışmada hemşireler, bölünmelerin, zaman kısıtlılığının ve eğitim eksikliğinin triyaj kararı sürecini olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

Sonuç olarak, hasta başvurusunun planlanmadığı, bazen birçok hastanın aynı anda geldiği acil servislerde, tedavi ve bakım önceliğinin hangi hastaya verileceğine karar vermek önem kazanmaktadır. Bu amaçla kullanılan üç, dört, beş kategorili triyaj sistemleri bulunmaktadır. Özellikle, gelen hasta sayısı fazla olan, aynı anda iki ve daha fazla hasta başvuran acil servisler, hasta akışının sağlanması, hasta güvenliği ve personelin etkin kullanımını açısından kullanacağı sistemi ve kendi standartlarını belirlemelidir. Triyajdan sorumlu olan kişilerin bilgi ve deneyimi, acil servise gelen hastaları hızla değerlendirip tanımlayabilmesi ve başarılı bir triyaj yapabilmesi için temel ölçütüdür. Bilgi ve deneyim, doğru triyaj kararı vermeyi etkilediğinden kurumlar, triyajdan sorumlu olan kişilerin eğitimine ve bu alanda gelişmelerine önem vermeli, onları desteklemelidir.

KENDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME

OLGU ALI MALARI

Aşağıda verilen olgu çalışmalarını beş sınıflamalı triyaj sistemini kullanarak kendi kendimize çözelim. Daha sonra, verilen yanıtlar ile karşılaştıralım.

Olgu 1

Bay A.Y. 56 yaşında, 10 dakika önce başlayan ve uykudan uyandıran şiddetli göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvuruyor.

Subjektif veriler: Bay A.Y., basıncı tarzında, sol kola vuran ve hareketle değişmeyen şiddetli göğüs ağrısı olduğunu ifade ediyor.

Objektif veriler: Terleme ve yüzde solukluk var. TA: 130/90mmHg; N:96/dk ritmik, dolgun; S:18/dk düzenli; vücut ısısı: 35.6°C (aksillar); SpO₂: %97.

Beşli sınıflama sistemine göre, Bay A.Y.'nin triyaj kategorisini belirleyiniz. Bu kategoriye seçme nedeninizi açıklayınız.

Triyaj kategorisi :

Nedeni :

Olgu 2

Bay C.A. 27 yaşında. İki gün önce başlayan üşüme, titreme ve boğaz ağrısı şikayetleri ile acil servise başvurdu.

Subjektif veriler: Bay C.A. sayısal skalaya göre 3 şiddetinde, yutkunmakla artan, yanıcı tarzda boğaz ağrısı olduğunu ifade ediyor.

Objektif veriler: Titremesi var. TA:100/60mmHg; vücut ısısı: 38.2°C (OR); N:98/dk; SpO₂:%96.

Beşli sınıflama sistemine göre, Bay C.A.'nin triyaj kategorisini belirleyiniz. Bu kategoriye seçme nedeninizi açıklayınız.

Triyaj kategorisi :

Nedeni :

Olgu 3

Bayan M.A. 65 yaşında. Yaklaşık 1 yıldır akciğer kanseri tanısı ile tedavi görmekte olan Bayan M.A. kan transfüzyonu yapılması için acil servise başvurdu. Elinde, hekimi tarafından yazılmış olan kan transfüzyonu yapılma istemini gösterir belge var.

Objektif veriler: Hb:10g/dl, Htc: %32g/dl,

TA: 110/60mmHg, N:84/dk, S:14/dk, vücut ısısı:36.8 °(OR), SpO₂:%97

Beşli sınıflama sistemine göre, Bayan M.A.'nin triyaj kategorisini belirleyiniz. Bu kategoriye seçme nedeninizi açıklayınız.

Triyaj kategorisi :

Nedeni :

KAYNAKLAR

1. Bracken J. Triage. In: Newberry L, editor. ENA Sheehy's emergency nursing principles and practice. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2003. p. 75-83.
2. Qureshi K, Veenema TG. Disaster triage. In: Veenema TG, editor. Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological and radiological terrorism and other hazards. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2007. p. 161-76.
3. Zimmermann PG, Herr R. Triage nursing secrets. St. Louis: Mosby Elsevier; 2006.
4. Olgun N, Kuşoğlu S. Triage. İçinde: Şelimen D, editör. Acil bakım kitabı. 3. basım. İstanbul: Yüce Yayım; 2004. s. 59-87.
5. Gilboy N, Travers D. Triage. In: Hoyt KS, Selfridge-Thomas J, editor. ENA Emergency nursing core curriculum. 6th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2007. p. 28-50.
6. Akyolcu N. Acil birimlerde triyaj. İ.Ü.F.N. Hem Derg 2007;15:7-17.
7. Trevey-Pagel E. A five level emergency triage system. Point of View 2003;42:4-6.
8. Göransson KE, Ehrenberg A, Ehnfors M. Triage in emergency departments: national survey. J Clin Nurs 2005;14:1067-74.
9. Fernandes CMB, Tanabe P, Gilboy N, Johnson LA, McNair RS, Rosenau AM, et al. Five-level triage: a report from the ACEP/ENA Five-level Triage Task Force. J Emerg Nurs 2005;31:39-50.
10. Rice M, Abel C. Triage. In: Sheehy SB, editor. Emergency nursing principles and practice. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1992. p. 67-76.
11. http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-ahca-sooph-outs_emergency (Australian Health Care Agreements: Emergency departments) (Erişim tarihi: 08.10.2007).
12. Considine J, LeVasseur SA, Charles A. Development of physiological discriminators for the Australasian Triage Scale. Accid Emerg Nurs 2002;10:221-34.
13. Baskett P, Nolan J (editör). Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2005 Resüsitasyon Kılavuzu. [Çeviri editörü: Çertuğ A] 3. baskı, İstanbul: Logos Yayıncılık; 2008.
14. <http://www.tatd.org.tr/solmenu/komisyonlarimiz/acilservisstandart.htm> (Türkiye Acil Tıp Derneği, Acil Servis Standartları) (Erişim tarihi: 26.07.2004).
15. Akyolcu N, Öztekin D, Çelik S. Acil birimlerde triyaj kimler tarafından ve nasıl uygulanıyor? İstanbul Üniversitesi FNHYO Dergisi 2006;15:1-13.
16. Erol S. Triyaj uygulanan ve uygulanmayan hastanelerde acil servis sonuçlarının karşılaştırılması. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yayınlanmamış yüksek lisans tezi; 2005.
17. Göransson KE, Ehrenberg A, Marklund B, Ehnfors M. Emergency department triage: is there any link between nurses' personal characteristic and accuracy in triage decisions? Accid Emerg Nurs 2006;14:83-8.
18. Chung JY. An exploration of accident and emergency nurse experiences of triage decision making in Hong Kong. Accid Emerg Nurs 2005;13:206-13.

KENDİ KENDİNİ DEĞERLENDİRME OLGU ALI MALARI (YANITLAR)

<p>Olgu 3 Trijaj kategorisi: Sıfır V Nedeni: Bayan M.A.'nın kronik bir hastalığı ve kronik anemisi mevcut; Nedeni: Bayan M.A.'nın kronik bir hastalığı ve kronik anemisi mevcut; Yaşamı bu ilgilendiği stabil; 2 saat ya da daha fazla beklemesinde tıbben sakınca yok. Bu nedenle hasta, sıfır V kategorisine alınır.</p>
<p>Olgu 2 Trijaj kategorisi: Sıfır IV Nedeni: Bay C.A. genç bir hasta; 2 gündür devam eden şikayetleri üst solunum yolu enfeksiyonunu düşündürmektedir. Ateşi dışındaki yaşam bulguları normal sınırlar içindedir. Hastanın 1 saat kadar beklemesinde sakınca yoktur (durumunun kötüleşmesine neden olmaz). Bu yüzden hasta sıfır IV kategorisine alınır.</p>
<p>Olgu 1 Trijaj kategorisi: Sıfır II Nedeni: Bay A.Y.'nin şikayetleri tipik miyokard infarktüsü şikayetleri olduğu için bu hastaya 10-15 dk içinde müdahale edilmez ise hayati tehlike riski vardır.</p>