T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans Tezi

ACİL BİRİMİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLMALARININ TABURCULUK SONUÇLARINA ETKİSİ

Senanur BAYRAK

DANIŞMAN

DOÇ. DR. NURAY TURAN

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

HEMŞİRELİK ESASLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Eylül, 2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 07.10.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı , Hemşirelik Esasları Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. Nuray TURAN
İstanbul Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nurten KAYA
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Türkinaz AŞTI
Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Senanur BAYRAK

Sevgisini ve desteğini esirgemeyen eşim *Kürşat GÜMÜŞ*'e ve beni yetiştiren, her zaman yanımda olan *anneme, babama* ve *kardeşlerime* ithaf ediyorum.

BÜTÇE DESTEKLERİ

Acil Biriminde Tedavi Gören Hastaların Taburculuğa Hazır Olmalarının Taburculuk Sonuçlarına Etkisi

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimlerim süresince değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan, mesleki bakış açımı genişleten, akademik ve kişisel gelişimime büyük katkı sağlayan ve desteğini her zaman hissettiğim danışmanım, *Doç. Dr. Nuray TURAN* başta olmak üzere,

Eğitimim süresince ilgi, destek ve yardımlarını esirgemeyen, tüm Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim elemenlarına,

Araştırma süresince, değerli katkıları ile veri toplamamı destekleyen İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis ekibime,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalara,

Eğitim sürecim boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, liseden bana kalan dostlarıma,

Hayatımın tüm süreçlerinde olduğu gibi eğitim sürecimde de sonsuz sevgi ve destekleri ile yanımda yer alan, attığım her adımda kendimden emin bir şekilde ilerlememi sağlayan canım annem, babam, kardeşlerim ve eşime,

ve katkıda bulunan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eylül, 2022 Senanur BAYRAK

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ KABUL VE ONAYI.....İİ
BEYAN.....İİİ
BÜTÇE DESTEKLERİ.....V
TEŞEKKÜR.....Vİ
İÇİNDEKİLER.....Vİİ
ŞEKİL LİSTESİ.....İX
TABLO LİSTESİ.....X
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ.....Xİ
ÖZET.....Xİİ
ABSTRACT.....XİV
1. GİRİŞ.....1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE……..4
2.1 ACİL KAVRAMI…….4
2.2.ACİL BİRİMİN TANIMI VE AMACI……5
2.3. ACİL BİRİMİN ORGANİZASYONU……5
2.4. ACİL HEMŞİRELİĞİNİN GELİŞİMİ …….. 6
2.4.1.ACİL HEMŞİRELİĞİNİN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ……6
2.4.2. ACİL HEMŞİRELİĞİNİN ÜLKEMİZDEKİ GELİŞİMİ……7
2.4.3 ACİL BİRİMDE HEMŞİRENİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI…….9
2.5.ACİL BİRİMDE HASTA KABULÜ……....12
2.6.ACİL BİRİMDE TABURCULUK…….....14
2.6.1. ACİL BİRİMDE TABURCULUĞU ETKİLEYEN FAKTÖRLER……..16
2.6.2. ACİL BİRİMDE TABURCULUKTA HEMŞİRENİN ROL VE SORUMLULUKLARI……..18
2.6.3. ACİL BİRİMDE TABURCULUK EĞİTİMİ…….....19
3. YÖNTEM……21
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....21
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....21
3.3. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ.....21
3.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....21
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....22
3.6. ÖRNEKLEM SEÇİM KRİTERLERİ.....22
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....22
3.8. ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI.....25
3.9. ARAŞTIRMA DESENİ.....26

4. BULGULAR.....29
4.1. ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN BİREYSEL, HASTALIK, ACİL BİRİME BAŞVURU VE TABURCULUK SONRASI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR….30

4.2.ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLMA, CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKSİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR…….34
4.3. ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN BİREYSEL, HASTALIK VE ACİL BİRİMİNE BAŞVURU ÖZELLİKLERİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR……..…..38
4.4. ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI ÖZELLİKLERİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULAR…….40
5. TARTIŞMA.....43
5.1.ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN BİREYSEL, HASTALIK, ACİL BİRİME BAŞVURU VE TABURCULUK SONRASI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....……44
5.2. ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLMA, CHARLSON KOMORBİDİTE İNDEKSİ VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI……..……..46
5.3. ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN BİREYSEL VE ACİL BİRİMİNE BAŞVURU ÖZELLİKLERİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI…….50
5.4. ACİL BİRİMİNDE YATAN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI ÖZELLİKLERİNİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA DÜZEYLERİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI……50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....51
KAYNAKLAR.....56
EKLER 61
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....62
ETİK KURUL İZİN YAZISI.....63
KURUM İZNİ YAZILARI.....64
PATENT HAKKI İZNİ.....65
ÖZGEÇMİŞ.....66

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1: Araştırma Deseni……..26

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerinin dağılımı……...…….....30

Tablo 4-2: Hastaların acil birimine başvuru özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı……..…31

Tablo 4-3: Acil birimde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı……32

Tablo 4-4: Hastaların acil birimine başvuru ve taburculuk sonrası yaşam bulgularının dağılımı……33

Tablo 4-5. Hastaların taburculuğa hazır olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulguların dağılımı…….34

Tablo 4-6. Hastaların acil birimine başvuru ve taburculuk sonrası yaşam bulgularının taburculuğa hazır olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve yaşam kalitesi düzeylerine arasındaki ilişkilerin incelenmesi……..35

Tablo 4-7. Hastaların acil biriminde ve taburculuk sonrası EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı……..……...36

Tablo 4-8. Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği, Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) ve Charlson Komorbidite İndeksi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi……37

Tablo 4-9: HastalarıN bireysel, hastalık, acil birimine başvuru özelliklerinin Taburcu Olmaya Hazır Olma ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) düzeylerine etkisine ilişkin bulguların dağılımı…….....39

Tablo 4-10: Hastaların taburculuk sonrası özelliklerinin Taburcu Olmaya Hazır Olma ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) düzeylerine etkisine ilişkin bulguların dağılımı……....…41

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
CEN	: Certified Emergency Nurse (Sertifikalı Acil Hemşireler Grubu)
CCI	: Charlson Komorbidite İndeksi
ENA	: Emergency Nurses Association (Acil Hemşireler Birliği)
EQ-5D-3L	: EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği
IV	: İntravenöz
mmHg	: Milimetre Cıva
RHDS	: Hastaneden Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TDK	: Türk Dil Kurumu
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

Acil Biriminde Tedavi Gören Hastaların Taburculuğa Hazır Olmalarının Taburculuk Sonuçlarına Etkisi

Senanur BAYRAK

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Danışman : Doç. Dr. Nuray TURAN

The Effects of Readiness for Discharge of Patients Treated in the Emergency Unit on Discharge Results

Bu araştırma, acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olmalarının taburculuk sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

Tanımlayıcı ve longitudinal türdeki araştırmanın evrenini İstanbul'da bulunan bir eğitim araştırma hastanesinin Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında acil birimine başvuran hastalar, örneklemini ise 58 hasta oluşturdu. Araştırma verileri; Hasta Bilgi Form, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu, Charlson Komorbidite İndeksi, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L) ve Taburculuk Sonrası Hasta Soru Formu aracılığı ile toplanacaktır. Çalışmanın yapılabilmesi için etik kuruldan (Tarih: 26.02.2021 Sayı: 40837) ve kurumdan (Tarih: 08.03.2021) yazılı izin alındı.

Hastaların yaş ortalamasının 63,88±12,41 yıl, %58,6'sının kadın, %51,7'sinin Beden Kitle İndeksi'ne göre fazla kilolu, %75,9'unun okur-yazar, %79,3'ünün evli, %46,6'sının ev hanımı ve %84,5'inin gelirinin giderini karşıladığı saptandı. %62,1'inin acil biriminde kalma süresinin 10 günden az ve %17,2'sinin ağrı nedeni ile başvurdukları saptandı.

Taburcu Olmaya Hazır Olma, Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçekleri ve Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları sırası ile 5,64±1,19, 6,27±1,18 ve 6,38±3,29 idi. Hastaların acil biriminde EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 58,83±14,57, eve taburcu olan hastaların 30 gün sonra EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 72,17±8,18 olduğu belirlendi. Taburculuk sonrası ev ortamında hastaların EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması acil biriminde tedavi görenlerden anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$). Hastaların BKİ sınıflarına göre Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği ve gelir düzeyine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$).

Hastaların taburculuğa hazır olmadığı, benzer şekilde hemşirelerin hastaların taburculuğa düşük düzeyde hazır olarak değerlendirdikleri ve bunu etkileyen bazı faktörlerin olduğu görüldü. Bu bağlamda acil biriminde taburculuğun hem hasta hem de hemşire açısından güncel rehberler doğrultusunda gözden geçirilmesi önerilebilir.

Eylül, 2022, 2 sayfa.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, acil birim, taburculuk, hasta eğitimi, rol ve sorumluluklar

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

The Effects of Readiness for Discharge of Patients Treated in the Emergency Unit on Discharge Results

Senanur BAYRAK

Istanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Fundamental of Nursing

Supervisor : Assoc. Prof. Nuray TURAN

This study was conducted with the purpose of determining the effects of readiness for discharge of patients treated in the emergency unit on discharge results. Population of the descriptive and prospective study was composed of patients that applied to emergency unit of a training and research hospital in Istanbul in June 2021 – June 2022 period, while its sample was composed of 58 patients calculated with power analysis and that meet inclusion criteria in the study. Study data would be collected using Patient Information Form, Readiness for Hospital Discharge Scale-Patient Self-Assessment Form, Adult Form for Readiness for Hospital Discharge Scale - Nurse Evaluation Short Form, Charlson Comorbidity Index, EuroQoL-General Health Scale (EQ-5D-3L), and Post-Discharge Patient Questionnaire. Written permission was received from the ethics committee and the institution to conduct the study.

It was identified that the mean age of the patients was 63.88±12.41 years, 58.6% were female, 51.7% were overweight according to Body Mass Index, 75.9% were literate, 79.3% were married, 46.6% were housewives, and 84.5% had sufficient income to meet their expenses. It was determined that 62.1% of them had less than 10 days of stay in the emergency unit and 17.2% of them applied to the unit complaining from pain. The mean scores received from the Readiness for Hospital Discharge, Adult Form for Readiness for Hospital Discharge Scales,

and the Charlson Comorbidity Index were 5.64±1.19, 6.27±1.18, and 6.38±3.29, respectively. It was identified that the mean score patients at the emergency. unit received from EuroQoL Quality of Life Scale was 58.83±14.57, and the mean score patients discharged to home after 30 days received from EuroQoL Quality of Life Scale was 72.17±8.18. The EuroQoL Quality of Life Scale mean score of the patients at home after discharge was significantly higher than those treated in the emergency unit. A statistically significant difference was determined in terms of the mean scores received from Adult Form for Readiness for Hospital Discharge according to the Body Mass Index levels of the patients and the Readiness for Hospital Discharge Scale according to income level ($p<0.05$). Consequently, it was observed that the patients were not ready for discharge, similarly, the nurses evaluated readiness for discharge of patients at a low level, and there were some factors affecting this. In this context, it could be recommended that discharge in the emergency unit must be revised in terms of both the patient and the nurse in line with the current guidelines.

September 2022, 2 pages.

Keywords: Nursing, emergency department, discharge, patient education, role and responsibility

1. GİRİŞ

Sağlık kurumları içerisinde en hareketli, yoğun, stresli ve karmaşık birimlerinin başında acil birimler gelmektedir. Acil Birim Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Tebliğ (2009)'e göre; acil birimler genellikle akut hastalıklar, yaralanma, travma ve benzeri durumlarda oluşan sağlık sorunlarında, komplikasyon, morbidite, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastanın, acil birimde hekim, hemşire tarafından değerlendirildiği, tanısının konulduğu, tıbbi müdahale, bakım ve tedavisinin yapıldığı, uygun görülürse kliniklere yatışının veya kurum dışı sevklerin yapıldığı birimlerdir (Özilhanlı ve Akyolcu 2019). Dünya'da 324 milyon nüfuslu Amerika Birleşik Devletleri'nde acil birime başvuruların sayısı yıllık 130 milyon; 53 milyon insanı kapsayan İngiltere'de bu rakam yılda 23-25 milyon civarındadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2017'de yayınladığı rapora göre; Türkiye'de ise acil birime başvuru sayısı genel nüfusun üzerindedir, 2017 yılında Ocak-Ekim arası bu rakam 85 milyon olarak kayıtlara geçmiştir (TÜİK, 2019). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre; özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayrım yapmaksızın kabul etmektedirler (Gordon ve diğ., 2002; Oktay ve diğ., 2003).

Acil birimde bakım ve tedavisinin ardından hastanın eve taburculuğuna veya hastanenin diğer kliniklere yatışına veya başka bir kuruma transferine hekim karar vermektedir. Bu şekilde hastanın bakım ve tedavisinin tamamlanması, yatarak hasta kabulü gerektirmeden acil tıbbi tedaviye izin vererek acil birimlerde oluşabilecek aşırı kalabalığı etkili bir şekilde azaltmaktadır. Ancak özellikle acil birimde tedavi sürelerinin en aza indirilmesi, sağlıklı/hasta bireyin tam iyileşmeden taburcu edilmesine sebep olabilmektedir

Acil birimler, kısa süreli tedavi ve bakımın yönetimi için tasarlandığından, bu birimden taburcu edilen ve kronik rahatsızlıkları olan hastaların eve dönmeye yeterince hazır olup olmadığı yani taburcu edilmeleri belirsizliğini korumaktadır. Bununla birlikte acil birime başvuru yapan hastanın hastaneden taburcu edilmeye hazır olup olmadığının değerlendirilmesi taburculuk sürecinin temel bileşeni olarak kabul edilmektedir.

Taburculuk hazırlığı için acil birimde sürenin kısıtlı olması da hastaların taburculuğa tam hazır olmamalarına sebep olmaktadır (Galvin, Wills ve Coffey, 2017; Weiss ve diğ., 2007).

Taburcu olmaya hazır olma, hastanın hastaneden taburcu olmaya hazır olma hissini arttırmak ve taburcu olduktan sonra tekrarlama ve hastaneye yatış oranlarını azaltmak için birincil stratejidir. Özellikle taburcu olmaya hazır hissetmeyen hastalar, sağlık sonuçlarını etkileyebilecek ve iyileşmeyi geciktirebilecek risklere ve uyum sorunlarına karşı savunmasız olabilmektedir. Weiss ve diğ. (2007)'leri ise; hastaneden taburculuğa hazır olmayı dört alt boyutta toplamışlardır. Bu boyutlar; kişisel durum, bireyin kendini nasıl hissettiği, bilgi; bireyin taburculuğuna, hastalığına, ilaçlarına dair sahip olduğu bilgi düzeyi, baş etme becerisi; bireyin taburcu olduktan sonra günlük gereksinimlerini karşılama yetisi, beklenen destek; bireye maddi ve manevi yardımcı olabilecek birilerinin varlığıdır.

Taburculuk sürecinde; yeterli bilgi verilmeyen taburculuğa hazırlanmamış hastaların, taburculuk sonrası yanlış bakım ve tedavi, yara enfeksiyonu ve anksiyete gibi çeşitli sorunlar ile hastaneye yeniden başvuru yaptıkları belirlenmiştir.

Hastaların bildirdiği taburculuğa hazır olmamaya yönelik risk faktörleri arasında bilişsel bozukluk, depresyon, düşük öğrenim durumu, önceki hastaneye yatışlar, kalıcı semptomlar veya sakatlık yer almaktadır.

Hastaların acil birimden eve taburcu edilmesi, tedavi ve bakım verme sorumluluklarının sağlık hizmeti sağlayıcılarından hastalara ve ailelerine aktarılmasını içermektedir. Bu nedenle, acil birime başvuran hastaların büyük bir bölümü belirli semptomlar ile taburcu edildiğinden taburculuk sonrası tedavi, bakım adımlarına uyması özellikle önemlidir. Taburcu edilen hastanın hastaneden eve geçiş sürecini ve bakımının devam ettirilmesi için sistemli bir şekilde yaklaşmayı da göz önünde bulundurmak gerekir. Taburculuk eğitimi taburculuk sonrası takip ve değerlendirmeyi de içermektedir (Roberts ve diğ., 2010).

Evde bakımın sürekliliğinin sağlanması için bireylere taburculuk eğitimi verilmeli, bu eğitim planlı ve amaca yönelik olmalıdır (Aşiret ve Çetinkaya, 2016). Taburculuğun planlanması hastanın hastaneye başvurusu ile başlayan, mevcut ve olası sorunlar belirlenip ve bunların giderilmesine yönelik yapılan tedavi ve girişimleri kapsayan bir süreçtir. Hastayı biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel boyutları ile bir bütün olarak ele alarak sürekli iletişim içinde olan hemşirelerin hasta kabulünde olduğu gibi taburculuk sürecinde önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Acaroğlu ve Şendir 2012).

Taburculuk eğitimi yalnızca hastanede değil, hastanın hastaneden sonra gideceği yer ile uyumunu da kapsamaktadır (Nargiz, 2005). Pek çok hemşire, hastanın taburculuk hazırlığının çok yönlü olduğu ve fiziksel durum, ilaçlar, kısıtlamalar, toplum kaynakları ve sosyal desteğin anlaşılması dahil olmak üzere sosyal ve psikolojik koşulların bir değerlendirmesini içerdiği

konusunda hemfikirdir. Hemşire tarafından verilen taburculuk eğitimi, öz bakım uygulamalarını arttırır, klinik sonuçları iyileştirir ve bakım maliyetini düşürür. Aynı zamanda bu eğitim, hastaların iyileşme sürecini hızlandırmakta, acil birime yeniden başvurma sıklığını azaltmakta hastaya özgüven vermekte, bakımın kalitesini ve memnuniyetini arttırmaktadır. (Şenyuva ve Taşocak, 2007). Wong El ve diğ. (2012)'nın yaptığı hasta memnuniyeti ile ilişkili çalışmada; hastaların %11'i taburculuk sırasında bakım ve tedavi süreçleri hakkında yeterli bilgi alamadıklarını bildirmişlerdir. Slatyer ve diğ. (2013)'nın çalışmasında, acil servise akut gelişen rahatsızlıklar nedeni ile başvuran hastaların bakım ve tedavilerinin yapıldığı ancak hastalar ve ailelerine taburculuk sürecinde altta yatan sağlık sorunlarını yönetme konusunda sınırlı bilgi verilerek hastaneden taburcu edilmişlerdir. Bunun sonucunda yeniden acil birimlere başvuru yapmışlardır. Lau ve diğ. (2016)'nın çalışmasında ise, 30 günde 85 hastanın (%17) acil servise yeniden başvuru yapan hastaların %17'sinin yaşamını yitirdiği saptanmıştır. Tahibi ve diğ. (2011)'nın çalışmasında önlenebilir tekrarlı acil birimlere başvuruları azaltmak için doğru ve etkili bir taburculuk planlamasının gerekli olduğunu ve taburculuğu sonrası bakım ve tedavinin nerede ve nasıl devam edeceğinin önemini vurgulamışlardır (Tazhibi, Ghanderi ve Tiran, 2011).

Acil birimdeki hızlı tempolu klinik ortam hastanın öğrenmesine elverişli olmayabileceğinden, taburculuk eğitiminin sağlanması zor olabilmektedir. Toplum temelli bir hasta memnuniyeti anketinde, hastaların %11'i acil birimden taburculuğu sırasında tanı, tedavi ve bakım hakkında yeterli bilgi almadıklarını bildirdi.

Hemşireler tarafından taburculuk planlaması ile, taburcu edilecek hasta ve aile üyeleri için hastane ve ev ortamı arasında güvenli geçişe olanak sağlanmaktadır (Yam ve diğ., 2012). Bu süreçte hemşirenin hastayı taburcu olmaya hazır olup olmadığını değerlendirmek hem de bakımın devamlılığını sağlamak (evde veya başka bir sağlık kurumunda) adına çeşitli düzenlemeler yapması gerekmektedir. Acil birimden taburcu edilerek, ev ortamına geçiş sürecinde hasta, ailesi ile sağlık ekibi arasında iletişim ve iş birliğinin sürdürülmesi olumlu sağlık bakım sonuçları açısından önemlidir (Coleman ve Berenson, 2004). Bu kapsamda çalışmanın amacı da acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olmalarının taburculuk sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile planlandı.

1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Acil Kavramı

Acil kavramı, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlık bütünlüğünü bozan ve yaşamsal tehlikeye eğilimli durumdaki hasta ve ailesine gereksinim duyduğu tıbbı bakımın acilen verilmesidir. Başka bir ifade ile, bedensel organizasyonun işlevlerini ve bütünlüğünü, yaşamı tehlikeye atacak şekilde bozan etkilere karşı bedenin geliştirdiği yanıtların yetersiz kaldığı durumda acil bakım girişimleri gerektiren durumlardır.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre acil, Hemen yapılması gereken, ivedi, ivedili, evgin, müstacel olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2022). Acil kelimesi, geciktirilmemesi, sonraya bırakılmaması, ivedilikle yerine getirilmesi gereken işler için kullanılmaktadır (Özer, 2021). Acil, aniden gelişen hastalık ya da yaralanma nedeniyle birey, grup ya da toplumun iyilik halini tehdit eden ve kriz olarak algılanan bir durumdur (Çelik 2014; Orkun ve diğ., 2017). Tıbbi anlamda acil; bireyin fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde bulunduğu durumlarda gereksinim duyduğu sağlık bakımının anında verilmesi olarak ifade edilmektedir (Aslan 2020).

Acil sözcüğünün taşıdığı anlamda zamanın iyi değerlendirilmesi önemli bir unsurdur. Acil biriminde çalışan sağlık ekibi üyelerinin acil kavramına ilişkin terimleri aynı anlamda algılamaları gerekmektedir. Acil durum ise, bireyin ilk 24 saat içerisinde müdahalesini zorunlu kılan durumlar ile başka bir sağlık kuruluşuna sevki ya da hemen müdahalenin yapılmadığı durumlarda yaşamın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin oluşacağı durumlar olarak tanımlanmaktadır (Engin ve Yaş, 2021).

2.2.Acil Birimin Tanımı ve Amacı

Acil birimler; sağlık hizmeti sunan kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler tarafından kurulmuş yataklı tedavi kuruluşları bünyesinde yer alan birimlerdir (Aslan 2020). Aynı zamanda bu birimler; acil hastalara ilk yardım, temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği hizmetlerinin verildiği sağlık merkezleri olarak açıklanmaktadır.

Acil birimler, ani meydana gelen hastalıklar, kazalar, yaralanmalar ve benzeri sağlık sorunlarında 7 gün 24 saat ulaşılabilen, gerekli tıbbi yardım ve tedavinin gerçekleştirilmesini amaçlayan birimlerdir (Orkun 2017). Bu birimler, özellikle ölüm veya sakat kalma riski olan, acil bakım arayan her hastanın değerlendirilmesi ve stabilizasyonu için gerekli bilgi ve beceriye sahip nitelikli sağlık çalışanları bulundurmak zorunda olan sağlık birimlerdir. Acil tedaviye gereksinimi olan bireyler, sağlık kurumlarındaki acil birimlerde kabul edilerek bakım ve tedavileri sürdürülmektedir.

2.3. Acil Birimin Organizasyonu

Acil birim, birçok yönüyle diğer birimlerden ayrılmaktadır. Acil birimler fiziksel yapısı; güvenlik, izlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri dikkate alınarak yapılandırılmaktadır. Acil birimler, hasta karşılama-danışma, hasta kayıt, triyaj, hasta muayene odası, resüsitasyon odası, müşahede odaları, izolasyon odası, müdahale odası, bekleme alanı, jinekolojik muayene odalarından oluşmaktadır. Acil birim, 7/24 saat kesintisiz hizmet vermektedir. Öncelikle bu birime getirilen hastalar, yalnız veya şuuru kapalı olabilmektedir. Bu hastalara yapılacak acil girişimlerle ilgili izin alma sorunu sık yaşanan bir durumdur. Farklı derecelerde yaralanmış hastalar aynı anda bu birime gelebilmekte ve önceliklerde sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, acil birimlerin başlıca özellikleri;

- Hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla %8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşıma uygun bağlantısı olan bir konumda kurulmaktadır.

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

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

- Acil birimlerde, acil servisin seviyesine göre asgari standartlarda uygun olarak yeterli sayı ve nitelikte ilk muayene, müdahale ve müşahede odaları ile bekleme salonu; acil servis yanında, acil servis işleyişini aksatmayacak şekilde konumlandırılmış, hasta yakınlarına 24 saat hizmet verebilen kafeterya, anons sistemi, hasta yakını bilgilendirme panosu, personel soyunma giyinme ve personel dinlenme odası, güvenlik odası, kadın ve erkekler için bekleme yeri ile bağlantılı, engellilerin de yararlanacağı şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo bulunur. Nöbetçi uzman tabip, tabip ve diğer sağlık ekibi üyelerinin branş, unvan ve isimlerinin yer aldığı, tercihen ışıklandırılmalı bir levha ile nöbetçi eczaneleri gösterir liste acil servislerin kolaylıkla görülebilecek yerine asılmalıdır (Aslan 2020).

2.4. Acil Hemşireliğinin Gelişimi

2.4.1.Acil Hemşireliğinin Dünyadaki Gelişimi

Tarihsel süreçte acil bakım ile ilgili gelişmeler; İngiltere, Almanya ve daha sonra Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde devam etmiştir. Acil hemşireliği ise, 1960 yılında konuşulmaya başlanmış ve acil hemşirelerinin farklı görev, yetki ve sorumluluklara sahip olmaları ve özel eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır.

1970 yılından itibaren teknolojik gelişmeler hemşirelikte branş hemşireliğinin gelişmesine olanak sağlamıştır. Acil hemşireliği de özel bir hemşirelik branşı olarak, hemşirenin rol ve sorumluluklarına katkı sağlamıştır. ABD'de, 1970 yılında ilk defa, ABD'nde Acil Bölümü Hemşireler Birliği (Emergency Department Nurses Association-EDNA) oluşturulmuştur.

Bu birliğin kurulması ile acil hemşireliğinin standartları tespit edilmesi, eğitim olanaklarını yükseltilmesi sağlanmıştır. Acil hemşireliği, ABD'de 1970'ten itibaren hemşirelikte önemli bir uzmanlık alanı olarak görülmüştür. Acil Bölümü Hemşireler Birliği-EDNA'nin ismi 1985 yılında Acil Hemşireleri Birliği Emergency Nurses Association- ENA şeklinde değiştirilmiştir.

1980 yılından itibaren ABD'de Acil Hemşireliği Sertifika Programları başlatılmıştır. Bu sertifika programlarının geçerlilik süresi dört yıl olmakla birlikte kontrolü Sertifikalı Acil Hemşireler Grubu (Certified Emergency Nurse-CEN) kapsamında yapılmaktadır (Engin 2021; Orkun ve diğ., 2017).

Acil bakım hemşireliği uygulamaları, Oregon gibi birçok eyalette yasalar ile bağımsız hemşirelik girişimlerini düzenleme yetkisi Hemşirelik Birliği'nin sorumluluğundadır.

İngiltere'de 1972 yılında hemşirelik okullarında kaza ve acil hemşireliği olmak üzere iki ayrı eğitim verilmiş ve ilk uluslararası Acil Hemşireliği Konferansı Londra'da 1985'te ve ilk travma kursu ise, 1990 yılında İngiltere'de yapılmıştır. 1990 yılından itibaren, bu eğitimler birleştirilerek Kaza ve Acil Hemşireleri Derneği/ Accident & Emergency Nursing Association ismiyle kurulmuştur. Bu dernek ile birlikte, hemşirelere rutin bir eğitim verilerek acil hemşireliğinde profesyonel bakıma ulaşılmıştır (Orkun ve diğ., 2017).

Ulusal eğitim ve uygulama standartları, hemşireler için American Academy of Nurse Practitioners (AANP) tarafından belirlemiştir. 1992 yılında Uygulama Hemşireliği Sertifika Programı ile master veya daha yüksek düzeyde hemşirelik eğitimi alma ön koşulu ile başlamıştır. Ruhsat alan Uygulama Hemşireleri özellikle tespit edilmiş koşullarda reçete yazabilmiştir.

2.4.2. Acil Hemşireliğinin Ülkemizdeki Gelişimi

1861'de dünya ülkeleri arasında yapılan bir toplantıda; ülkelerin savaş, hastalık salgını ve felaketlerde hatta olağan durumlarda hasta ve yarlılara yardım edebilecek bugünkü Kızılay gibi hizmet sunan sivil toplum örgütünün kurulmasına kararlaştırılmış ve anlaşma yapılmıştır. Osmanlı Devleti de yapılan antlaşmaya katılarak Hilal-i Ahmer Cemiyeti için adımlar atılmıştır. 1877'de Hüsnü Paşa'nın yardımıyla resmi olarak Hilal-i Ahmer Cemiyeti kurulmuştur.

1911'de ilk yardım hizmetlerinin başlamasına yönelik ilk adımlar atılmıştır. Aynı yılda, Dr. Besim Enver Paşa, 6 aylık hemşirelik kursu düzenlenmesini sağlamıştır. 1935 yılında Hilal-i Ahmer Cemiyeti'nin adı Türk Kızılay Derneği şeklinde değiştirilmiştir. 1960'da ise Kızılay tarafından ilk kez yardım kursları açılmış ve St. Jones yardım organizasyonun ilk yardım kitabı Tükçe'ye uyarlanmıştır. Ülkemizde 1972'de, ilk ilkyardım kitabını Prof. Dr. Derviş Manizade yazmıştır.

Ülkemizde son yüzyılda acil birim hizmetlerine önem verilmeye başlanmış ve 1985'te Ankara Numune Hastanesi bünyesinde Hızır Acil Servis Hizmeti devreye girmiş ve bu konuda Sağlık Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, GATA, SSK Hastaneleri'nin bazılarında acil bölümleri kurulmuştur. 1984 yılında ise, Hızır Acil Servi Hizmeti devreye girmiştir.

Tıp alanındaki gelişmeler ile birlikte hemşirelikte de uzmanlık olması gerektiği düşünülerek Türkiye'de Vehbi Koç Vakfı Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) tarafından 1992'de ilk kez acil bakım hemşireleri yetiştirmek amacı ile altı hafta süreyle Acil Bakım Hemşireliği Kursu planlanmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı bünyesinde Acil Hemşireliği Sertifika Programı yapılmaktadır. Bu sertifika programı, teorik eğitim için 15 iş günü (120 saat), uygulama-saha eğitimi için 15 iş günü (120 saat) olmak üzere planlanmıştır. Toplam 30 gün olarak gerçekleştirilen bu program bitiminde teorik ve uygulama sınavları gerçekleştirilmiştir. Bu program ile akut ortaya çıkan fiziksel ya da psikolojik sorunları olan bireylerin, kritik ve karmaşık bakım gereksinimlerini giderecek bilgi, beceride hemşireler yetiştirmek amaçlanmıştır (Engin 2021; Duman 2021).

Bu alanda ilk kitap 1990 yılında Acil Hemşireliği ismi ile İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu tarafından, 1998 yılında Acil Bakım ismi ile Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından ve 1999 yılında Temel İlk Yardım Uygulamaları isimli kitap, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından yayımlanmıştır (Orkun ve diğ., 2017). Öte yandan Türkiye'de Acil Hemşireliği eğitimi lisansüstü düzeyde verilmektedir. Türkiye'de 1996-1997 yıllarında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı oluşturularak, Acil Hemşireliği alanında uzmanlaşmaya gidilmiştir (Orkun ve diğ., 2017). Günümüzde üzere dört üniversitede (2 devlet ve 2 vakıf) Acil Hemşireliği Yüksek Lisans Programı oluşturulmuştur.

Bu üniversiteler; Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Acıbadem Üniversitesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'dir (Engin 2021).

Acil Hemşireliği konusunda ülkemizde sadece bir devlet üniversitesinde doktora programı bulunmaktadır (Ondokuz Mayıs Üniversitesi) bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından, 2003 yılından itibaren ilk olarak kendi bünyesinde yer alan hastanelerde çalışan acil servis hemşireleri de içerecek biçimde toplam 2 ay (teorik ve pratik) olacak şekilde planlanmıştır. Pilot bölge olarak Ankara pilot bölge olarak seçilerek diğer illerde de kursun yapılmasına karar verilmiştir.

2.4.3 Acil Birimde Hemşirenin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Yaşam süresinin artması, hastanede yatış süresinin azalması, demografik yapıdaki değişiklikler ve nüfus artışı sağlık ekibi üyelerini derinden etkilemiştir. Tüm bunların sonucu olarak hastanelerde acil birime başvuran bireylerin artması, acil bakım gereksiniminin artması, acil müdahale prosedürlerindeki gelişmeler acil hizmet alanlarının her açıdan yapılanma gereksinimini ortaya çıkarmıştır (Duman 2021).

Genelde acile başvuran kişilerle ilk karşılaşan sağlık ekibi üyesi hemşirelerdir. Acil hemşireleri, acil bakım ekibinde ayrıcalıklı yere sahiptir. Acil Hemşiresi; acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta veya yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısıdır (Dölek ve diğ., 2005; Yıldırım ve Başer 2019).

Acil birimde hemşire olarak görev yapmak, teknoloji ve ekipman konusunda uzmanlık, sosyal zorluklar konusunda farkındalık ve hastane öncesi sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla çalışma becerisi, yaşam dönemleri hakkında tıbbi ve cerrahi uzmanlık, diğer sağlık ekibi üyeleri ile olumlu etkileşim gibi çeşitli konularda ilgili bilgi ve beceri gerektirmektedir (Duman 2021). Acil bakımda yürütülen hemşirelik rol ve sorumlulukları diğer alanlara göre çeşitli faktörlere bağlı olarak daha kapsamlıdır. Bu faktörler, zamanın sınırlı olması, kişilerin durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, ameliyathane, yoğun bakım gibi diğer bir klinik bakım için aydınlatıcı bilgi gereksinimi olasılığının olmasıdır.

Acil hemşireliği uygulama standartları, ENA tarafından açıklanmıştır. Bu standartlar; acil hemşireleri ile ilgili değerleri ve öncelikleri yansıtır ve aynı zamanda acil hemşireliğinde yapılması gereken uygulamalara yönlendirerek değerlendirilmesi için geniş kapsamlı bir çerçeve oluşturmaktadır.

1954 yılında 6283 sayılı kanun ile ilk Hemşirelik Kanunu çıkarılarak hemşirenin rol ve sorumlulukları belirtilmiştir. 25/4/2007 tarihli ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanunu ile, hemşirelerin çalışma alanlarına göre ayrı bir alan olarak acil hemşireliği ve bu kapsamda rol ve sorumlulukları açıklanmıştır (Hemşirelik Kanunu 2007).

8 Mart 2010 tarihli resmî gazetede yayımlanan son Hemşirelik Kanunu ile hemşirelerin alanlara göre görev ve tanımlarının yapıldığı, Acil birim hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları başlığı kapsamında yer almaktadır. Bu yasa ile birlikte, hemşirelerin çalıştıkları alanlarda uzmanlaşmanın hemşirelikteki önemini ortaya çıkarmıştır (Orkun ve diğ., 2017). Bu kapsamda, hemşirenin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

1. **Hemşirelik bakımına yönelik olan görev yetki ve sorumluluklar**

Hastaların acil birime kabulünü, monitörizasyonu, fiziksel değerlendirmeyi, acil birimde aynı anda bulunan olgular arasında öncelikli olanın belirlenmesini ve kurum içi güvenli hasta naklini/transferini içermektedir. Ayrıca acil birim hemşiresi, periferik intravenöz (İV) kateter ve nazogastrik tüp takar; katater pansumanlarını ve trakeal aspirasyonu yapar; oksijen, buhar tedavisi, gastrik lavaj, rektal tüp, prezervatif sonda/ üriner kateter uygular; gerekirse endotrakeal tüp, trakeostomi, kolostomi, gastrostomi bakımı verir; lavman, sıcak ve soğuk uygulama yapar; perine ve kateter bakımı verir; göğüs tüplerini ve diğer drenaj sistemlerini kontrol eder, drenaj torbalarını değiştirir; yaptığı işlemleri gözlemleri ile birlikte kaydeder. Tüm bunlara ek olarak, infüzyon ve transfüzyon işlemlerini kurum politika ve talimatları doğrultusunda başlatır, izler ve kaydeder, beslenme gereksinimlerini belirler, acil birim enfeksiyonların gelişmesi ve yayılmasının önlenmesi için gerekli önlemler alır ve alınmasını sağlar (Dölek 2021).

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılım

Hekim tarafından gerçekleştirilen invaziv girişimlere katılır, hemşirelik işlevlerini yerine getirir, acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur, acil durumlarda hekimle iş birliği sağlar, uygulanacak tetkikler için hastayı hazırlar, ilgili birime nakli olacaksa veya eve taburculuğu planlanacaksa organize eder (Dölek 2021).

Hemşireler, acemilikten uzmanlığa devam eden her düzeyde çalışabilirler. Acil hemşireleri buna ilaveten acil bakım uzmanlığı uygulamalarında da uzmanlaşmayı tercih etmektedir. Acil hemşireliği, dinamik, değişen, sürekli gelişen ve yaşam boyu öğrenmeyi gerektiren uygulamaları içermektedir. Tüm hemşirelik uygulamaları gibi acil hemşireliği uygulamaları kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ile desteklenmekte ve sürekli güncellenmektedir (Dölek 2021).

Sağlık Kuruluşları Ortak Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization-JCAHO) tarafından tanımlanan acil hemşireliğinin görevleri arasında; 1) Yapılan tüm uygulama ve girişimlerde etik kuralları göz önünde bulundurma ve bu kurallara uyma, 2) Hastanın esas/temel şikâyeti ve tıbbi öyküsü hakkında detaylı bilgi alma ve kayıt tutma, 3) Mevcut duruma odaklanan uygun fiziksel muayeneyi yapma ve kayıt etme, 4) Hastanın ilk tanılaması için uygun radyografik ve laboratuvar tetkiklerini isteme, laboratuvar örnekleri alma ve gönderme, 5) Yaşam bulgularını ölçme ve değerlendirme, 6) Hasta bakım planı hazırlama, 7) Acil girişimde bulunma yer almaktadır (Seyhan 2021).

Acil birime başvuran hastanın, hemşirelik süreci kapsamında kısa sürede tanılanması ve derhal bakım ve tedavinin başlatılması gerekmektedir. Bu süreçte, zaman faktörü temel olduğundan dolayı acil bakım hemşiresinin hümanistik ve holistik bakış açısı ile hastaya yaklaşması önem taşımaktadır. Ayrıca acil birim hemşiresinin özellikle acil birim hizmet içi eğitim programı ve ileri yaşam desteği konularında eğitim alması ve başarılı olması gerekmektedir (Seyhan 2021).

Acil birimde triyaj hemşiresi, hastanın bakım ve tedavisini hangi bölümde alacağına karar vererek doğru hastayı doğru alana yönlendirir. Triyaj, tedavi için acil birime gelen hastaların sınıflandırılma sürecidir. Acil birimlerin devam etmekte olan yoğunluğuyla triyaj hemşirelerinin rolleri de önem kazanmaktadır.

2.5.Acil Birimde Hasta Kabulü

Hasta kabulü, hastanın hastaneye yattığı ilk gün kliniğe ve tedaviye uyumunun sağlanması, endişelerinin azaltılması için yapılan işlemler dizisidir. Hastalar genellikle sağlık bakım sistemine kabul sırasında, kendilerini sağlık profesyonellerinin ellerine teslim ettikleri için yaşamları veya kararları üzerindeki kontrollerini kaybederek, bağımlı hale geleceklerinden korkmakta ve endişe yaşamaktadırlar. Kabul süreci, hastanın kendini iyi hissetmesi için önemlidir (Craven ve Hirnle 2009).

Acil birimlerde hasta kabulü, ayaktan, evden, polis ile sevk ile veya ambulans ile yapılmaktadır. Acil birimlere her türlü hastalık ve yaralanmayla başvurular yapılmakta ve ön değerlendirmeden geçerek hasta, acil birime kabul edilmektedir. Hastanın uygun birime kaydı yapılarak, triyaj hemşiresine yönlendirilmektedir. İlk tanılama, hemşirelik sürecinin ilk adımı olmakla kalmayıp, bir müdahaleye duyulan gereksinimi belirlemede kilit noktadır. Tanılama süreci boyunca rutin olarak subjektif ve objektif veriler toplanır, kaydedilir ve uygun alana yönlendirilir.

Güvenilir ve kaliteli bir hemşirelik bakımı süreci bu süreci olumlu etkileyebilir (Craven ve Hirnle 2009). Birçok durumda, hastanın yakınlarından biri hasta ile gelmektedir. Hemşire, hasta ve ailesinin gereksinimlerini belirlerken, hasta kabulü sırasında veya sonrasında yanında olup olmaması gerektiğine karar vermektedir (Taylor, 2008).

Günümüzde her geçen gün acil birimlere başvuran hasta sayısı artarken, acil birim sayısı azalmaya devam etmektedir. Acil birimler daha yoğun olmakla birlikte, %50'sinin tam kapasitede veya kapasitesinin üzerinde çalıştığı raporlanmaktadır.

Hasta Karşılama ve Yönlendirme:

Hasta Karşılama ve Yönlendirme Görevlisi, acil birime gelen hasta ve ailesini karşılamakta ve yönlendirmektedir. Görevliler, yılda en az bir kez olmak üzere, kişilerarası iletişim, etik, hasta hakları ve sorumlulukları, hasta memnuniyetine yönelik eğitimlerini tamamlamaktadır.

112 ve sedye ile acil birime gelen hastalar, doğrudan sarı odaya alınmaktadır. Bu hastalar için, ilk tanılama ve gerekli tıbbi müdahale yapılarak hastanın stabilizasyonu sağlanmaktadır. Bu kapsamda Acil Sağlık Hizmetleri Sunum Genelgesi içeriği ve İl Acil

Sağlık Hizmetleri-ASKOM kararları eksiksiz uygulanmaktadır. Bu kapsamda durumu kritik olup hayati tehlikesi bulunan hastalar ise kırmızı odaya alınmaktadır.

Hekim tarafından muayene edilen hastaların, acil birimdeki tedavileri derhal başlatılmaktadır. HBYS ye kaydı yapılarak barkotları, acil sekreterleri hazırlamaktadır. Yakınları olmayan hastaların işlemleri acil elemanları tarafından yürütülmektedir.

Hastanın yaşam bulguları hemşire tarafından alınarak sisteme kaydedilmektedir. Hasta, muayene odası veya kabinlerde nöbetçi acil hekimi tarafından muayene edilmektedir. Hastalar, Hasta Kabul Birimi'nden acil muayene kaydını yaptırarak başvurabilmektedir.

Acil Poliklinik Hasta Kabulü ve Kayıt İşlemleri:

Yeşil Oda'da muayene olan hastaların; hekim tarafından reçeteleri yazılmakta ve genel durumu iyi olan hastalar, polikliniğe yönlendirilmektedir.

Sarı Oda'ya yönlendirilen tedavi ve bakımları başlatılan hastaların değerlendirme sonucu, yatışına karar verilen hastalara uygun renkte kimlik tanımlayıcı bilezik takılarak müşahedeye alınmaktadır. Bu hastalar arasında, teşhis ve tedavi sonucuna göre ayaktan tedavi kararı verilenlerin tedavisi hekimler tarafından düzenlenerek taburcu edilmektedir. Hekim kararına göre hastalar servise veya Yoğun Bakım Ünitesi'ne (YBÜ) yatırılmaktadır. Transfer edilen ilgili bölümlerde boş yatak bulunmadığı durumlarda, 112 Koordinasyonu ile hastanın transferi gerçekleştirilmektedir.

Acile müracaat eden ve travma ya da adli vaka kapsamındaki hastalar için Genel Adli Muayene Raporu ilgili hekim tarafından doldurularak imzalanmakta ve böylece kayıtlara geçmektedir. Adli vaka kapsamındaki hastalar için, polise bilgi verilmektedir. Hastanın geliş saati, kimlik bilgileri, geliş sebebi ilgili adli vaka bölümüne kaydedilmektedir. Adli vaka dosyası oluşturularak bir kopyası polise teslim edilmekte ve dosyanın orijinali hastane arşivinde saklanmaktadır.

Hastaların kayıt işlemleri, acil sekreteri aracılığı ile resimli kimlik ile kimlik kontrolü, sosyal güvence sorgulama ile beraber hasta kabul kaydını gerçekleştirmektedir. Acil Sağlık Hizmetleri Birimi'ne başvuran her hasta kaydedilmekte, acil (kırmızı) hastalara ise başlangıçta kimlik sorgulanmadan müdahale edilmektedir. Diğer işlemler, hasta hayati tehlikeyi atlattığında tamamlanmaktadır.

Yabancı Uyruklu Hastaların Kabulü ise, benzer şekilde Hasta Kayıt Birimi tarafından pasaport ve kimlik bilgileri ile yapılmaktadır. Ücretlendirme ise, acil birimde hastaların bakım ve tedavileri sonlandırıldıktan sonra yapılmaktadır. Adli yabancı uyruklu hasta ve mülteci olduğunu ispatlayan hastalara ise kurum tarafından herhangi bir ücretlendirme yapılmamaktadır. Acil birime başvuran Suriyeli hastaların ise; Başbakanlık Genelgesi'ne göre Suriyeli hastaların pasaport ve kimlik bilgileri alınarak ve herhangi bir ücretlendirme yapılmadan kayıtları gerçekleştirilmektedir (https://catalcadh.saglik.gov.tr).

2.6.Acil Birimde Taburculuk

Sağlık sistemleri üzerinde artan ekonomik baskıyı azaltmak ve maliyetleri düşürmek için, birçok hastanenin özellikle acil birimlerde hastaların kalış sürelerini kısaltarak, hastaların erken taburcu edilmesi görüşünü benimsemektedir. Sonuç olarak, hastaların taburculuk için hazırlanma süresi azalmış ve birçok hasta ihtiyaçları tam olarak karşılanmadan veya durumları tamamen düzelmeden taburcu edilmektedir. Aslında endişe verici bir şekilde Harrison, Greysen, Jacolbia, Nguyen ve Auerbach (2016), taburculuk için en az bir engel olmasına (örn., örneğin iyileşme planlarını anlama eksikliği veya başkalarının yardımı olmadan kendi kendine bakım yapamama vb.) rağmen hastaların %90'ının taburcu edildiğini göstermiştir. Ayrıca Forster, Murff, Peterson, Gandhi ve Bates (2003)'ın araştırmasında, hastaların %19'unda taburcu olduktan sonraki 3 hafta içinde komplikasyonların geliştiği tespit edilmiştir. Literatürde, taburcu olmaya hazır olmanın yeniden kabul olasılığını ve hatta ölümle sonuçlandığı vurgulanmaktadır (Kaya ve diğ., 2017). Bu nedenle özellikle, acil birimde hastaların taburcu olmaya hazır olup olmadıklarını değerlendirmek, güvenliklerini, memnuniyetlerini ve fiziksel, duygusal ve sosyal sonuçlarını sağlamak giderek daha da önem kazanan bir konu olmaktadır (Weiss, Ryan ve Lokken, 2006; Weiss ve diğ., 2007).

Taburculuk, bireyin hastaneden ayrıldıktan sonra bakımın sürekliliğini sağlamak amacı ile planlanan, birey merkezli, interdisipliner bir süreçtir. Literatürde, taburculuğuna hazır oluşluk kavramı; eve gitmeye yani hastaneden ayrılmaya hazır oluşluk olarak tanımlanmaktadır.

Hastanın taburculuk planın başlatılması, hasta acil birime kabul edildiği andan itibaren başlatılmaktadır. Taburculuğun amacı; taburculuğun en iyi koşullarda olmasını kolaylaştırmak, özel işlemleri öğretmek ve tedavi/ bakım planını açıklamaktır. Hastanın

taburcu edilme türleri arasında ise; hastanın planlı olarak taburcu edilmesi, hastanın başka bir üniteye transferi, hastanın kendi isteği ile taburcu olması ve ölüm yer almaktadır.

Bireyin taburculuk sürecinde tüm sağlık ekibi üyeleri yer almalıdır. Taburcu etmede karar ve yasal sorumluluk hekime aittir. Acil birim hemşireleri ise; hasta ve hasta yakınlarına vereceği taburculuk eğitimleri ile hastanın evde yaşam kalitesini arttıracak biçimde bakım almasını sağlamaktadır.

Hastaneden eve geçiş süreci, hasta ve ailesi için oldukça hassas bir dönemdir. Hastanın eve taburculuğu sonrasında ilk günler; hastalık yönetimi açısından hasta ve ailesi için birtakım güçlüklerle karşılaşabilecekleri stresli bir dönemdir. Hasta kabulünden itibaren hemşirelik öyküsü ve hastanın bakım engellerine göre hastanın taburcu olma gereksinimleri belirlenir. Ev ortamındaki bakım ve tedaviler, sağlık değişiklikleri sonucu kısıtlılıklar ve olası komplikasyonlar açısından hasta ve hasta yakınlarının sağlık öğretim gereksinimleri acil birim hemşireleri tarafından tanımlanmaktadır. Tüm bunlar ele alındığında, hasta ve ailesinin evde kendi gereksinimlerini karşılayabilecek düzeyde gerekli bilgi ve becerilere sahip olacak biçimde taburcu edilmesi son derece önemlidir.

Hastanın eve taburculuğunda eşyalarının toparlanması ve korunması, hastanın taburcu edilirken nakil aracına götürülmesine yardım gibi çeşitli eylemlerde çeşitli sağlık çalışanları görev almaktadır (Özden ve diğ., 2020).

Taburcu etme sürecinde son yıllarda hemşire ve hasta açısından yardımcı olan METHOD yaklaşımı kullanılmaktadır. METHOD; İlaçlar (Medicine), Ortam /Çevresi (Environment), Tedavi (Treatment), Sağlık Eğitimi (Health Education), Ayaktan takip (Outpatient) ve Diyet (Diet) adımlarından oluşmaktadır.

2.6.1. Acil Birimde Taburculuğu Etkileyen Faktörler

Acil birimde taburculuk zamanının belirlenmesi, duygusal hazır oluşluk ve hastane politikaları ile ilgili bir konudur. Hazır oluşluk kararının alınabilmesi için; fonksiyonel yeterlilik, evde öz-bakım için hazır oluşluk, sosyal desteğin varlığı, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik gibi psikososyal faktörler ve taburculuk sonrasıyla ilgili bilgi sahibi olmak son derece önemlidir. Ancak özellikle günümüzde erken taburculuk hasta memnuniyetini artırması ve maliyeti azalttığı için tercih edilmektedir.

Hastaya eve gitmeye hazır olduğunu ifade edebilmek için; fiziksel olarak yetebilirliği, evde kendi kendine bakım verebilme yetisi, evde bakabilecek kişilerin varlığı, gerekli durumlarda sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bireyin taburculuğa dair hiçbir sorusunun ve sorununun kalmaması gereklidir (Altıntuğ ve Ege, 2013). Bu bağlamda, acil birimde taburculuğu ve taburculuğa hazır oluşluğu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Taburculuk planında hasta ve ailesi için risk oluşturan başlıca etmenler arasında; bakım ve tedavi konusunda bilgi eksikliği, kronik bir hastalığın yeni tanılanması, majör ve radikal cerrahi girişimler, hastalık sürecinin uzaması, sosyal izolasyon, ruhsal değişiklikler, evde bakımın karmaşık olması, finansal kaynakların olmaması, danışmanlık hizmetlerinin bulunmaması, terminal hastalıklar yer almaktadır (Knier ve diğ., 2015),

Taburculuk sürecini etkileyen diğer olumsuz faktörler arasında; hastanın kültürü, yaşı ve eğitim durumu ve sosyokültürel özellikleri, sağlık ekibi üyeleri ile etkileşimin az olması, sağlık ekibi üyeleri arasındaki iletişim eksikliği, yetersiz ve gecikmiş değerlendirmeler ve sistemden kaynaklı sorunlar yer almaktadır. Tüm bunlara ek olarak, eğitim sırasında hastanın ağrısının olması veya yorgun olması ile ilişkili dikkat eksikliği, taburculuğun yarattığı stres veya kaygı, tıbbi bilgilerin karmaşıklığına bağlı korku, bilgi fazlalığı, bilgilerin zamanlaması ve çalışanların kısıtlı zamanı nedeniyle eğitimin hızlıca yapılması gibi nedenler, bu grupta taburculuğu olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Bobay ve diğ., 2010; Şendir ve diğ., 2012; Mabire ve diğ., 2015).

Yapılan çalışmalarda, taburculukta hastalara verilen eğitimin taburculukta hastaların hazır oluşluk algısını etkileyen önemli bir değişken olduğu belirtilmektedir (Knier ve diğ., 2015). Taburculuk eğitiminde, Hasta ve ailesinin gereksinimi olan konularda sınırlı bilgi verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Günümüzde, bu eğitimlerin istendik düzeyde olmadığı ve belirlenen bilgi ve beceri kazandırılmadan hasta ve ailesinin taburcu edildikleri görülmektedir (Keskin 2019).

Özellikle hastanın gereksinimlerinin dikkate alınmaması ve hastaya özgü taburculuğun planlanamaması sonucunda, ev ortamında hasta ve yakınlarının komplikasyonlarla baş edememesi sonucu tekrarlı acil birime başvurular ve hasta yatışları ortaya çıkmaktadır (Knier ve diğ., 2015; Keskin 2019).

Tüm bu etmenlere ek olarak hastanelerin acil birimlerinin belirli özellikleri de hastaların taburcu edilmelerinde hazır oluşluğu etkileyen temel unsurlar olduğu görülmektedir

(Mabire ve diğ., 2015). Hasta ve ailesinin acil birimde çalışan sağlık ekibi üyeleri ile etkileşimlerinin az olmasında; yabancı bir ortamda bulunma, sağlık ekibi üyelerinin zamanlarının sınırlı olması, aynı sağlık bakım profesyonu tarafından bakımın sürdürülmemesi gibi nedenler yer alabilmektedir (Maloney ve Weiss 2008). Literatürde, hastaların taburcu edilme sürecinde sağlık ekibi üyeleri tarafından yeni durumuna ilişkin gerekli bilgilendirilmediğini vurgulanmaktadır (Knier ve diğ., 2015). Özellikle buna erken erken taburculuk da eklenince, hemşireler tarafından zaman faktörü nedeni ile hastanın gereksinimi olan bakım ve eğitimin sınırlı verilmesine ve bunun sonucunda ise hasta ve ailesinin taburculuğa ilişkin hazır oluşlarının istendik düzeyde olmadığı vurgulanmaktadır (Burucu ve Akın 2017; Özel 2010).

Taburculuk eğitimi hem hastanın hem de evde bakım verecek olan aile üyelerinin yeni yaşama uyumda temel ihtiyacıdır. Bu nedenle, hasta ve yakınları taburculuğa hazırlanmalı ve bilgi ve beceriye yönelik gereksinimlerine yanıt olacak düzeyde bilgi verilmelidir (Duran ve Gürhan, 2012; Keskin 2019).

2.6.2. Acil Birimde Taburculukta Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

Taburculuk planı, hastanın mevcut sağlık bakım kurumu içinde veya dışında, bir bakım düzeyinden başka bir bakım düzeyine taşımasını içermekte ve bu süreç, hastaneden eve taburcu olmayı içermektedir. Taburculuk planı, hastaya çeşitli nedenlerle daha uzun hizmet vermeyi gerektirmiyorsa, evde bakım için önemlidir. Taburculuk planı, hasta ve ailesi ile iş birliğine dayalı bir fonksiyon olarak yapılandırılmalıdır. Sıklıkla çıkışı planlayan, hastaya bakım veren hemşiresidir. Kapsamlı bir taburculuk eğitimi tüm problemleri çözmese de hastanın acile tekrar başvuru olasılığını azaltmakta, bakımın devam etmesini sağlamaktadır (Özen 2012).

Taburculuk eğitimi ise bakımın sürekliliğini sağlamak için sağlık ekibinin tüm üyelerinin koordinasyonlu bir şekilde birlikte çalışmasını gerektiren dinamik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Pethybridge 2004). Sağlık ekibi üyeleri içinde hemşire, disiplinler arası iş birliğinin sağlanmasında, taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulanmasında önemli bir role sahiptir (Weiss ve diğ., 2011).

Taburculuk sürecinde; hastayı ve aile üyelerini bilgilendirme ve gelişebilecek sorunlara yönelik gerekli önlemleri almalarını sağlama, hastayı ve çevresini taburculuk

sonrasına hazırlama, taburculuk sonrasında hastanın ve ailesinin gereksinimlerini karşılamak için gerekli kaynakları değerlendirme ve sağlama, taburculuk eğitimi hemşirenin sorumlulukları kapsamında yer almaktadır (Bowles ve diğ., 2003). Taburculuk eğitim planlamasında hemşirenin rolleri tarama, tanılama, danışmanlık, kaynaklara ulaşma ve hasta/ailenin eğitimi şeklinde ifade edilmektedir (Özen 2012). Ayrıca, hasta ve ailesinin gereksinimine göre gerekli bilgi ve becerilerinin kazandırılmasında da hemşire görev almaktadır (Tan ve diğ., 2013).

Acil birimden taburcu olan hastanın gereksinimlerinin karşılanmasında, hemşireler, bireyin bağımlı rolden, daha bağımsız bir rol değişimini göz önüne alır. Hastalar, acil birimden beklenen bakım sonuçları karşılandığında ve hasta ya da ailesi gerekli bilgi ve beceri konusunda ev ortamı için yetkin olduğunda taburculuğu sağlanmaktadır (Potter ve Perry 2005).

Taburculuk eğitim planlama sürecinde; odaklanma, her fırsatta eğitim, bireyselleştirilmiş eğitim ve sağlık ekibi üyeleri ile iş birliği içinde yapılan eğitim olmak üzere hasta ve ailesi için dört komponent yer almaktadır. Geçiş sürecinde danışmanlık yapacak hemşirenin temel rolü kapsamında, hasta ve bakım vericileri hastalık yönetiminde aktif rol alma konusunda cesaretlendirmek, ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile yaşanabilecek sorunların çözümünde hasta ve ailesine yardım etmek bulunmaktadır (Savcı ve Bilik 2015).

Çağdaş hemşirelik rolleri içerisinde yer alan eğitici ve danışmanlık rolleri ile hemşire, sağlığın korunmasında sağlığın korunmasında sekonder ve tersiyer bakımdaki sorumluluklarını, gereksinimlere yanıt verebilen etkin bir taburculuk eğitimi ile yerine getirmeleri gerekmektedir (Birol 2005). Bu eğitimle hemşire, hastanın fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, yaşam biçimindeki değişikliklere ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemi kullanmalarını sağlayarak, kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardımcı olmaktadır (Yıldız ve diğ., 2015). Taburculuk eğitim planlamasının başarılı olabilmesi için en önemli nokta, hasta ve bakım veren kişiler arasındaki bilgi değişimidir. Bu sebeple, hemşire ve hemşirelik süreci taburculuk eğitiminin önemli bir parçasıdır. Taburculuk eğitimini etkin bir şekilde vermek için; hastaların yaşayacakları ev ortamında süreci yakından izlemek, komplikasyon gelişmeden normal yaşamlarına dönmelerini sağlamak, genel yaşam aktivitelerinin etkilenme düzeyini belirlemek ve bunlara

yönelik uygulamaları geliştirmek hemşirelerin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Yalçın ve diğ., 2015).

2.6.3. Acil Birimde Taburculuk Eğitimi

Taburculuk hazırlığı, taburculuk eğitimi ve taburculuğun planlamasının bir bölümüdür ve bireyin ve yakınlarının sağlık kuruluşundan ayrılma yetilerinin tahminini yapan çok faktörlü ve sistemli bir program olarak ifade edilmektedir. Taburculuk hazırlığının değerlendirilmesinde; fizyolojik stabilite, birey ve yakınlarının öz bakımı yerine getirebilme yeterliliği, öz-yeterlik algısı, sosyal desteğin olması ve sağlık-sosyal kaynaklara erişim olmak üzere beş alt başlık önemli ölçüt olarak kabul edilmektedir (Titler ve Petit 1995).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) taburculuk eğitim sürecini; hastayı kendisi, aile üyeleri ya da bir kurum tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç olarak tanımlamaktadır (ANA 2015).

Taburculuk eğitimi ile hasta ve ailesinin hastaneye kabul edildiği andan itibaren tüm aşamalarda gereksinim duyulan bakım ve tedavinin uygulanması amaçlamaktadır (Yalçın ve diğ,, 2015). İyi bir taburculuk eğitim süreci; koordine olmuş, erken başlatılmış, hastanın oluşabilecek sorunlarla mücadele becerilerini geliştiren, hastayı, ailesini ve diğer bakım verenleri içine almış olmalıdır. Bu eğitim, sözlü olabileceği gibi kitapçık vb. eğitim materyalleri aracılığı ile yazılı da gerçekleştirilebilir (Birol 2005; Özen 2012).

Günümüzde, taburculuk eğitiminin, hastanın fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri doğrultusunda planlanan uygun öğretim yöntemlerinin uygulandığı bir eğitim olması önem kazanmaktadır (Yıldız ve diğ., 2015; Turhan 2012).

Taburculuk eğitim süreci; hemşirenin hastanın taburcu edilme sürecinde gereksinimlerinin ve sorunların belirlenmesi, planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarını kapsamalıdır (Öztürk ve diğ., 2011). Tüm aşamaların eksiksiz olarak gerçekleştirilebilmesi için eğitim; hastanın hastaneye kabulü ile başlatılmalı ve bu süreçte aile üyelerin de kapsamalı, taburcu edilme ve evde bakım ile devam etmelidir (Kantaroğlu 2007; Keskin 2019; Şenyuva ve Taşocak 2007; Şendir 2012).

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuk sırasında, taburculuğa hazır olmaları ile ilişkili faktörleri ve taburculuk sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve longitudinal türde gerçekleştirildi.

2.2. Araştırma Soruları

1. Acil biriminde tedavi gören hastaların bireysel ve hastalık özellikleri nedir?
2. Acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olma düzeyleri nedir?
3. Acil biriminde tedavi gören hastaların bireysel ve hastalık özellikleri, taburculuğa hazır olma düzeyini etkiler mi?
4. Acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olma düzeyi ile taburculuk sonuçları arasında ilişki var mıdır?

2.3. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmanın bağımsız değişkeni, acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olma algıları; bağımlı değişkeni, taburculuk sonuçları olarak değerlendirildi.

2.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Haziran 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin Acil Birimi'nde gerçekleştirildi. Bu birimde 35 hasta yatağı bulunmaktadır.

2.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde yer alan T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim araştırma hastanesinin Acil Birimi'ne başvurarak yatışı yapılan hastalar oluşturuldu. Çalışmanın örneklemi ise; G*Power 3.0.10 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; %80 güç, %5 hata payı ve 0,375 etki büyüklüğü ile toplamda en az 58 olarak belirlendi (N=58).

2.6. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar;

- 18 ve üzerinde olması,
- İletişimi engelleyecek herhangi bir sorununun olmaması,
- Acil serviste en az 8; en fazla 12 saat kalıyor olması,
- Acil birimine başvurusunun kabul edilmiş olması ve yatışının yapılması,
- Daha önce var olan, teşhisi koyulmuş en az bir kronik hastalığının (kardiyovasküler hastalık, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser, diyabet, vb.) olması,
- Acil biriminden hastanın evine taburcu edilmesi olarak belirlendi.

Araştırma kapsamına alınmama kriterleri ise;

- Acil birimine başvuran hastanın 18 yaşından küçük olması,
- İletişimi engelleyecek herhangi bir sorununun olması,
- Acil serviste 8 saatten az kalması,
- Daha önce var olan, teşhisi koyulmuş en az bir kronik hastalığının olmaması,
- Acil birimine yatışı yapılan hastanın başka bir kuruma ya da servise sevk edilmesidir.

2.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri; Hasta Bilgi Formu, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu, Charlson Komorbidite İndeksi, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L) ve Taburculuk Sonrası Hasta Soru Formu aracılığı ile toplandı.

Hasta Bilgi Formu (Ek-1): Araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda (Özhanlı ve Akyolcu 2019; Siow ve diğ., 2017; Slatyer ve diğ., 2013) hazırlanan bu form, hastanın yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, öğrenim durumu gibi bireysel ve hastalık özelliklerini içeren 8 soru; hastanede ne kadar süre kaldığı ve daha önce hastanede yatma deneyiminin olup olmaması, kronik hastalığının olup olmaması ile ilgili 4 soru olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu (Ek-2): Weiss diğ. (2006) hastaların taburcu olmaya hazır olup olmadıklarını ölçmek için hastaneden taburcu olmaya hazır olma ölçeği (RHDS) adı verilen 22 maddelik bir ölçek geliştirmiştir. Daha sonra Weiss, Costa, Yakusheva ve Bobay (2014), sekiz madde ve dört alt ölçek içeren bu ölçeğin (RHDS/SF) kısa bir formunu geliştirdi. 2018'de Kaya ve diğerleri tarafından Türkçe uyarlaması yapılmış ve hemşire versiyonu ile paralel sorulara sahip olan bir ölçektir. Hastaların taburculuğa hazır olmasının kendisi tarafından değerlendirildiği ölçek, sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu likert tipinde bir ölçek üzerinden verilmektedir. Ölçeğin orijinalinde Cronbach alfa değeri 0,9 iken; Türkçe geçerlilik Cronbach alfa değeri 0,74 (Kaya ve diğ., 2017)'tür. Bu çalışmada ise, Cronbach alfa değeri 0,721 bulundu.

Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu (Ek-3):Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği ilk önce 2006 yılında Weiss ve Piacentine (2006) tarafından 21 maddelik olarak geliştirilmiştir. Daha sonra Weiss ve diğerleri (2014) tarafından ölçeğin hasta ve hemşire için kısa şekli geliştirilmiştir. Ölçeğin, 2020 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirliği Manar Arslan tarafından yapılmıştır. Hastaların taburculuğa hazır olmasının ona bakım veren hemşiresi tarafından değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş olan kısa versiyonu sekiz madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; fiziksel durum (2 madde), bilgi (2 madde), algılanan başa çıkma yeteneği (2 madde) ve beklenen destek (2 madde) şeklinde belirtilmiştir. Ölçek; 10'lu Likert tipi bir ölçek olup, ölçekten alınan puan ortalaması 9-10 aralığında ise, taburcu olmaya çok fazla hazır, 8-8,9 ise fazla hazır, 7-7,9 arasında ise orta hazır, 7'nin altındaysa düşük hazır olarak değerlendirilmektedir. Hastanın bulunduğu birimden ayrılmadan 4 saat önce, bu formun doldurulması gerekmektedir. Ölçeğin orijinalinde taburculuğa hazır olma ölçeği Cronbach

alfa değeri 0,75 olarak saptandı (Aslan 2020). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,72 bulundu.

Charlson Komorbidite İndeksi (Ek-4):Charlson Komorbidite İndeks (CCI) skor sistemi 1987'de Charlson ve diğerleri tarafından komorbid hastalık durumlarını sınıflayarak ve ağırlığını ölçerek mortaliteyi tahmin etmek için oluşturulmuş bir mortalite belirtecidir. Kolay ve hızlı uygulanabilir olması ve mortaliteyi öngörmedeki başarısı yaygın olarak kullanılmasını sağlamıştır. İndeks 1– 6 arasında puanlandırılmış 19 tıbbi durum içermekte olup total skor 0–37 arasında değişir. İndeksin gelişim aşamasında her bir hastalık için mortalite 12 ay içinde bir rölatif mortalite riskine çevrilmiştir. Puanlama her bir durumun rölatif riskine göre kararlaştırılmıştır. Örneğin RR <ise 1 puan, RR ≥1,5 – 2,5< ise 2 puan, RR ≥2,5 – 3,5< ise 3 puan ve iki durum için (metastatik solid tümör ve AIDS) ise 6 puan olarak kararlaştırmıştır. Puanlanan durumlar sonucunda ortaya çıkan skorlar toplam komorbidite skorunu elde etmek için kullanılabilir. CCI artan yaş için adapte edilebilir. CCI'nın doğrulama fazında yaş bir komorbid durumdan ölüm için bağımsız bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Artan yaşın 38 etkisini hesaplamak için 50 yaştan sonra her dekad için CCI skoruna 1 puan eklenebilir. CCI'nin temel kısıtlılıkları yalnızca indekste listelenen 19 durumdan alınan verileri içermesi, malign olmayan hematolojik hastalıkların (örneğin, anemi gibi) dışlanması ve 6 ayın altındaki sonuçlar için prediktif yeteneğinin azalmasıdır. CCI kolay kullanımı, hızlı puanlama, diğer indekslerden ayrılabilirliği ve yaygın kullanımı açısından önerilmektedir (Abul 2009). Yaşa göre ayarlanmış CCI puanlarına dayanarak, hastaları düşük riskli (puan: 0-5), sınırda (puan: 6-7) ve yüksek riskli gruplar (puan 8) olarak sınıflandırıldı.

EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L) (Ek-5): 1987 yılında beş Avrupa merkezinden araştırmacılar, hastalığa özgü olmayan bir ölçek geliştirmek ve uygulanabilirliğini test etmek amacı ile bir araya gelerek EuroQol grubunu oluşturdu. Sonuçta geliştirilen EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği beş farklı boyutu (hareket, öz-bakım, olağan işler, ağrı/ rahatsızlık ve anksiyete/ depresyon) içeren betimleyici bir sistemden oluştu. Her bir boyut; sorun yok (1), bazı sorunlar var (2), aşırı sorunlar var (3) olmak üzere üç düzeyde derecelendirilmekte ve ölçeği yanıtlayan bireylerden sadece birini seçebilecekleri ifade edilmektedir. Böylece sağlık durumunun sonuçları beş sabit numara ile ifade edilebilmektedir. Örneğin, 21132 ifadesi, hareket yönünde bazı sorunların olduğunu, öz-bakım ve olağan işlerde sorunların olmadığını, aşırı ağrı/ rahatsızlık deneyimlendiğini, orta derecede anksiyete/ depresyon olduğunu gösterir.

Aynı zamanda ifadesi, hesaplanarak veya grubun yayınladığı tablodan yararlanılarak bir puana dönüştürülebilir. Bu puan EQ-5DSKOR olarak adlandırılır (Brooks 1996; Kaya 2002; Kaya ve diğ., 2007; Bolol ve diğ., 2010). Ölçeğin farklı ülkelerde uygulanabilme özelliğinde olması, EuroQol grubunun amaçlarından birini oluşturur. Bu nedenle, bireylerin subjektif sağlık algılarını ifade edebilecekleri, hayal edebildikleri en iyi sağlık durumunun 100, en kötü sağlık durumunun ise 0 olduğu, kalibre edilmiş vertikal termometre şeklinde bir vizüel analog skala ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin bu bölümünden elde edilen veri EuroQolVAS olarak adlandırılır. EuroQol kısa ve sade oluşunun yanı sıra sağlığa ilişkin yaşam kalitesini geçerli ve güvenilir bir Şekilde ölçtüğüne ilişkin verilerin bulunduğu bir ölçek olarak değerlendirilir. EuroQol grubu, anketin Türkçe versiyonunu yayımlandı (Brooks 1996; Kaya ve Babadağ 2004). Ölçeğin EuroQol tarafından hesaplanmış Cronbach alfa değeri bulunmamakla birlikte uluslararası çalışmalarda bildirilen Cronbach alfa değerinin 0,80 üzerinde olduğu görülmektedir (Reenen ve Janssen 2015). Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri (Hastane) 0,811; (Ev) 0,832 bulundu.

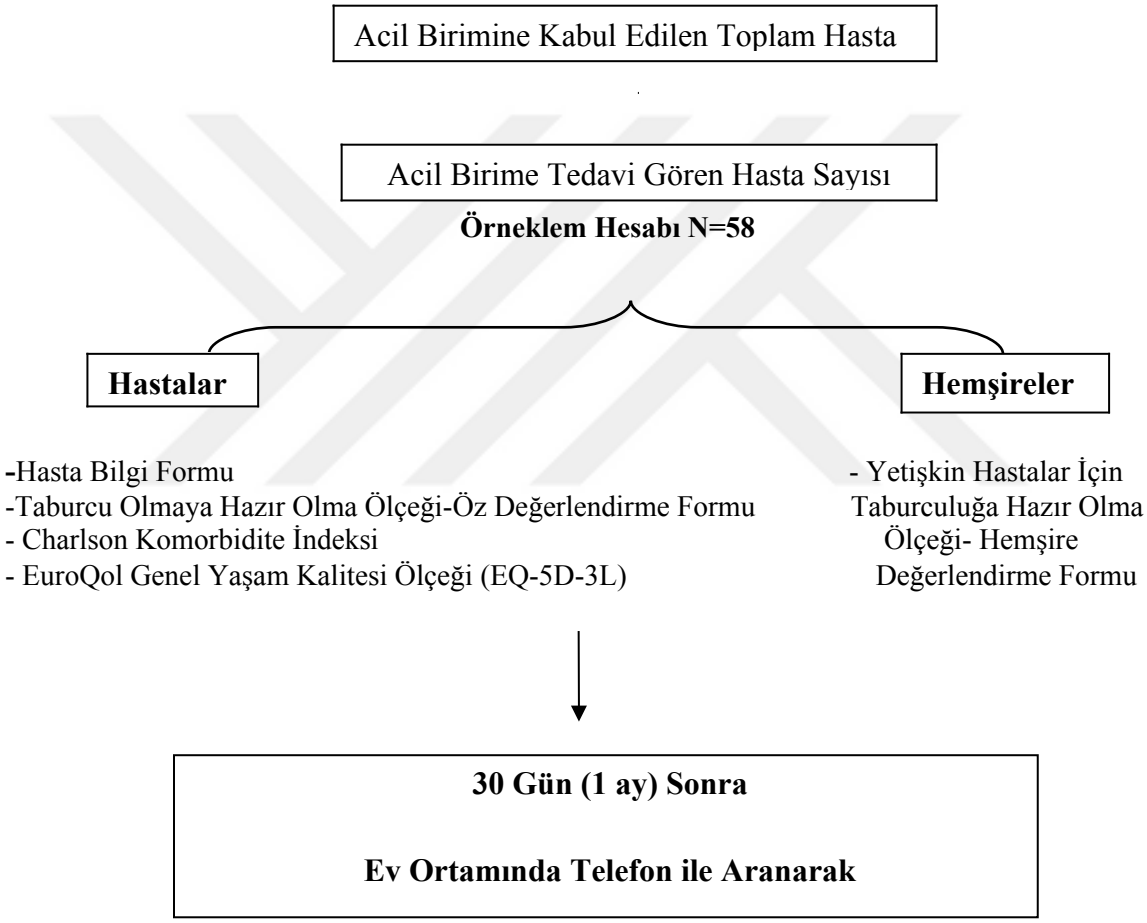
Taburculuk Sonrası Hasta Soru Formu (Ek-6): Acil birimden eve taburcu edilen hastaların, taburculuk süreci araştırmacılar tarafından METHOD yaklaşımına göre hazırlanmış soru formu ile değerlendirildi.

2.8. Araştırmanın Uygulanması

Acil biriminde yatışı yapılan ve örneklem kriterlerini karşılayan hastalara araştırmacı ile Hasta Bilgi Formu, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği-Hasta Öz Değerlendirme Formu Charlson Komorbidite İndeksi ve EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L) doldurulacaktır. Bu hastalara bakım veren acil hemşirelere, hastaların taburculuğa hazır oluşunu değerlendirmek üzere, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Formu uygulandı.

Eve taburcu edilen hastalar, 1 ay (30 gün) sonra araştırmacı tarafından telefon ile aranarak, Taburculuk sonrası Hasta Soru Formu ve EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (EQ-5D-3L) uygulanacak ve taburculuk sonuçları değerlendirildi.

2.9. Araştırma Deseni



Şekil 1: Araştırma Deseni

Araştırmanın Etik ve Yasal Yönü

- Araştırma ile ilgili İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alındı (Tarih: 08/03/2021; Sayı: E-74839299-604.02).
- Çalışmanın yapılabilmesi için bir Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'dan (Tarih: 26.02.2021; Sayı: 40837) etik kurul onayı alındı.
- Araştırmada kullanılacak olan Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği'nin Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan yazarlardan yazılı izin alındı.
- Araştırmaya gönüllü bir şekilde kabul ederek katılan hastalara; araştırmanın amacı, içeriği, süresi ve hastadan ne istendiği, oluşturulan verilerin ne yapılacağı Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile açıklanarak, kendi rızasıyla ve gönüllülük esası doğrultusunda, araştırmaya katılmaları için aydınlatılmış yazılı ve sözlü onayları alındı.

3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Güçlü yönleri

Araştırma verilerinin tutarlı olabilmesi için, hastaların acil birime kabulünden taburculuğuna kadar olan süreçte, aynı klinik hemşiresi tarafından bakım ve eğitim verilerek gerçekleştirildi

Sınırlılıklar

Araştırmanın örneklemini tek bir klinikte yatan hastalar oluşturduğu için genellemenin yapılamaması araştırmanın sınırlılığını ortaya koymaktadır.

3.10. Araştırma Sürecinde Karşılaşılan Durumlar

Olumlu Durumlar

- Araştırmanın, araştırmacının çalıştığı kurumda yapılması, veri toplama sürecinde hastalara ulaşmada kolaylık sağladı.
- İlgili kurumda çalışan diğer sağlık ekibi üyeleri, araştırma sürecinde destek oldu.
- Hastaların, araştırmaya istekli ve gönüllü katılımları, verilerin toplanmasını ve araştırmanın yürütülmesini kolaylaştırdı.

Olumsuz Durumlar:

- Araştırmanın sürdürüldüğü kurumda pandemi nedeni ile izinlerle ilişkili yaşanan sorunlardan dolayı hedeflenen örneklem sayısına planlanan zamanda ulaşılamadı.
- Hastaları taburculuğundan 1 ay sonra tekrar iletişime geçildiği halde, her hastaya telefon ile ulaşılamaması nedeni ile veri toplama süresi planlanan zamanda tamamlanamadı.

3. BULGULAR

Bu bölümde, acil biriminde yatan hastaların taburculuk sırasında, taburculuğa hazır olmaları ile ilişkili faktörleri ve taburculuk sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve longitudinal türde gerçekleştirilen çalışmada elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu.

Araştırmanın bulguları;

1. Acil biriminde yatan hastaların bireysel, hastalık acil birime başvuru ve taburculuk sonrası özelliklerine ilişkin bulgular
2. Acil biriminde yatan hastaların taburculuğa hazır olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular
3. Acil biriminde yatan hastaların bireysel, hastalık ve acil birimine başvuru özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgular
4. Acil biriminde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgular olmak üzere 4 bölümde ele alındı.

3.1. Acil Biriminde Yatan Hastaların Bireysel, Hastalık Acil Birime Başvuru ve Taburculuk Sonrası Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölüm, acil birimde yatan hastaların bireysel, hastalık, acil birime başvuru ve taburculuk sonrası özelliklerine ilişkin bulguları içerdi (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4).

Tablo 4.1. Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerinin dağılımı (N=58)

Değişken		**n**	**%**
Yaş sınıfları	<65 yaş ≥65 yaş	27 31	46,6 53,4
Yaş ortalaması	[$\bar{X} \pm$ S.S.→63,88±12,41 (yıl)]		
Cinsiyet	Kadın Erkek	34 24	58,6 41,4
BKİ sınıfları	Zayıf Normal Fazla kilolu Obez	4 10 30 14	6,9 17,3 51,7 24,1
BKİ ortalaması	[$\bar{X} \pm$ S.S.→27,38±5,43 (kg/m^2)]		
Öğrenim durumu	Okuryazar değil Okuryazar İlköğretim Ortaöğretim	4 44 9 1	6,9 75,9 15,5 1,7
Medeni durum	Evli Bekar	46 12	79,3 20,7
Meslek	Memur İşçi Emekli Serbest meslek Ev hanımı	2 6 19 4 27	3,4 10,3 32,8 6,9 46,6
Sağlık güvencesi	SGK Özel sağlık sigortası Sağlık güvencesi yok	55 1 2	94,8 1,8 3,4
Gelir düzeyi	Gelir gideri karşılıyor Gelir gideri karşılamıyor	49 9	84,5 15,5

Tablo 4.1'e göre hastaların bireysel ve hastalık özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; yaş ortalamasının 63,88±12,41 yıl ve %53,4'ünün (n=31) 65 yaş ve üzerinde olduğu belirlendi.

Hastaların %58,6'sının (n=34) kadın, %51,7'sinin (n=30) Beden Kitle İndeksi'(BKİ)'ne göre fazla kilolu ve BKİ ortalamasının $63,88\pm12,41\ kg/m^2$, %75,9'unun (n=44) okuryazar ve %79,3'ünün (n=46) evli, %46,6'sının (n=27) ev hanımı, %94,8'inin

(n=55) sağlık güvencesinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olduğu ve %84,5 (n=49)'inin gelirinin giderini karşıladığı saptandı (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Hastaların acil birimine başvuru özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (N=58)

Değişken		**n**	**%**
Acil biriminde kalma süresi	<10 saat	36	62,1
	≥10 saat	22	37,9
Acil birimine başvurma deneyimi	Var	58	100,0
	Yok	0	0
Acil birimine başvurma nedeni	Hipertansiyon	3	5,2
	Anemi	7	12,2
	Ağrı	10	17,2
	Anksiyete bozukluğu	1	1,7
	Dispne	8	13,9
	Pnömoni	3	5,2
	Konstipasyon	1	1,7
	Hiperglisemi	1	1,7
	Düşme	5	8,7
	Şüpheli hastalık	2	3,4
	Gastroenterit	2	3,4
	Kalp ritim bozukluğu	3	5,2
	Kolelitiazis	1	1,7
	Bulantı ve kusma	1	1,7
	Vertigo	2	3,4
	Yumuşak doku bozukluğu	3	5,2
	Senkop	2	3,4
	Hipertermi	2	3,4
	Hipoglisemi	1	1,7

Tablo 4.2'ye göre hastaların acil birimine başvuru özelliklerine ilişkin bulguları incelendiğinde; hastaların %62,1'inin (n=36) acil biriminde kalma süresinin 10 günden az, tamamının (n=58) acil birimine başvuru deneyiminin olduğu belirlendi.

Acil birimine başvuru nedenleri değerlendirildiğinde, hastaların %17,2'sinin (n=10) ağrı nedeni ile başvurdukları saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Acil birimde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı (N=58)

Değişken	Evet/Hayır	n	%
Ev ortamının yeni duruma uyarlanması		19	32,8
		39	67,2
Ev ortamında yapılabilecek aktivite varlığı		23	39,7
		35	60,3
Evde tedaviye uyum sağlamada sorun yaşama		29	50,0
		29	50,0
Evde bakımı sürdürmede sorun yaşama		30	51,7
		28	48,3
Evde komplikasyonlarda sorun yaşama		48	82,8
		10	17,2
Ev planının eline verilmesi/açıklanması		8	13,8
		50	86,2
Sağlık ve hastalık konusunda bilgilendirilme		50	86,2
		8	13,8
Tıbbi yardım talebi konusunda bilgilendirilme		56	96,6
		2	3,4
Tıbbi yardım talep/ulaşmada sorun yaşama		11	19,0
		47	81,0
Takip randevusunun eline verilmesi/yazılması		4	6,9
		54	93,1
Diyete uygun menüler planlama/örnek verilme		8	13,8
		50	86,2
Diyete uyum sağlamada sorun yaşama		26	44,8
		32	55,2
Ek hastalık gelişimi/varlığı		0	0
		58	100,0

Acil birimde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-3'de verildi. Buna göre; hastaların %67,2'sinin (n=39) ev ortamının yeni durumuna uyarlanmadığını, %60,3 (n=35)'inin ev ortamında yapılabilecek aktivitelerin olmadığını, %50'sinin evde tedavide ve %51,7'sini (n=30) bakımı sürdürmede sorun yaşadıkları, %82,8'inin (n=48) evde komplikasyonlarda sorun yaşadığını ve %86,2'sinin (n=50) yeni durumu ile ilgili ev planının açıklanmadığını ifade etti.

Hastaların %86,2'sinin (n=50) sağlık ve hastalık konusunda, %96,6'sının (n=56) tıbbi yardım talebi konusunda bilgilendirildiğini, %81'inin (n=47) tıbbi yardım talep/ulaşmada sorun yaşamadığını, %93,1'inin (n=54) takip randevusunun eline yazılı verilmediğini, %86,2'sının diyete uygun menüler planlanmadığını, %55,2'sinin (n=32) diyete uyum sağlamada sorun yaşamadığını ve tamamında ek hastalık gelişmediği belirlendi (Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Hastaların acil birimine başvuru ve taburculuk sonrası yaşam bulgularının dağılımı (N=58)

	Hastane yatışı		Taburculuk sonrası		Analiz*
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [Min-Max]	Olasılık
Sistolik kan basıncı	154,02±36,49	146,5 [96,0-269,0]	148,00±20,81	150,0 [90,0-184,0]	Z=-1,097 p=0,2743
Diyastolik kan basıncı	80,36±16,98	80,0 [37,0-134,0]	77,29±6,29	80,0 [60,0-92,0]	Z=-1,167 p=0,243
Nabız	92,50±33,25	84,0 [60,0-255,0]	86,19±15,07	84,0 [60,0-120,0]	Z=-1,419 p=0,156
Solunum	20,59±0,99	20,0 [20,0-24,0]	20,14±,83	20,0 [18,0-22,0]	Z=-2,416 **p=0,016**

**Wilcoxon testi (Z-tablo değeri)*

Tablo 4.4'e göre hastaların acil birimine başvuru sonrası yaşam bulgularının dağılımı incelendiğinde; sistolik kan basıncı ortalamasının 154,02±36,49 mmHg (min.-max.: 96-269), diyastolik kan basıncı ortalamasının 80,36±16,98 mmHg (min.-max.: 37-134), nabzın 92,50±33,25 dk. (min.-max.: 60-255) ve solunumun 20,59±0,99 dk. (min.-max.:18-22) olduğu belirlendi.

Hastaların taburculuk sonrası yaşam bulgularının dağılımı incelendiğinde; sistolik kan basıncı ortalamasının 148,00±20,81 mmHg (min.-max.: 90-184), diyastolik kan basıncı ortalamasının 77,29±6,29 mmHg (min.-max.: 60-92), nabzın 86,19±15,07 dk. (min.-max.: 14-60) ve solunumun 20,14±0,83 dk. (min.-max.:18-22) olduğu belirlendi (Tablo 4.4).

Hastaların acil birime yatışı ile taburculuk sonrası sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$). Ancak hastaların acil birime yatışı ve taburculuk sonrası solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,416$; $p=0,016$). Hastaların acil birime başvuru sırasındaki solunum sayısı, taburculuk sonrasına göre anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p<0,05$).

4.2.Acil biriminde yatan hastaların taburculuğa hazır olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular

Bu bölümde, acil biriminde yatan hastaların taburculuğa hazır olma düzeylerine ilişkin bulgular yer aldı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hastaların taburculuğa hazır olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulguların dağılımı (N=58)

Ölçekler	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği	5,64	1,19	5,8	3,3	7,8
Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu	6,27	1,18	6,4	3,4	8,3
Charlson Komorbidite İndeksi	6,38	3,29	6,0	1,0	15,0
EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil Biriminde)	58,83	14,57	60,0	31,0	81,0
EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Taburculuk Sonrası)	72,17	8,18	71,0	53,0	88,0

S.S.:Standart Sapma Min.:Minimum Max.:Maksimum

Tablo 4.5'e göre Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalamasının 5,64±1,19 (min.-max.:3,3-7,8) ve Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalamasının ise 6,27±1,18 (min.-max.:3,4-8,3) idi.

Charlson Komorbidite İndeksi'nin 6,38±3,29 (min.-max.:1.0-15,0) olduğu görüldü. Acil biriminde tedavi gören hastaların EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 58,83±14,57 (min.-max.:31,0-81,0) ve eve taburcu olan hastaların 30 gün sonra EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 72,17±8,18 (min.-max.:53,0-88,0) olduğu belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların acil birimine başvuru ve taburculuk sonrası yaşam bulgularının taburculuğa hazır olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve yaşam kalitesi düzeylerine arasındaki ilişkilerin incelenmesi (N=58)

Korelasyon* (N=58)		**Acil Birime Başvuru**			
		Sistolik kan basıncı	*Diyastolik kan basıncı*	*Nabız*	*Solunum*
Taburcu Olmaya Hazır	*r*	-0,227	-0,022	-0,055	-0,165
Olma Ölçeği	*p*	0,086	0,869	0,682	0,216
Yetişkin Hastalar İçin	*r*	-0,121	0,002	-0,135	0,141
Taburculuğa Hazır Olma	*p*	0,366	0,987	0,313	0,290
Charlson Komorbidite	*r*	-0,080	-0,254	-0,045	-0,137
İndeksi	*p*	0,548	0,054	0,737	0,304
EuroQol Genel Yaşam	*r*	-0,022	0,229	0,189	0,113
Kalitesi Ölçeği (Acil Birim)	*p*	0,870	0,084	0,155	0,339
EuroQol Genel Yaşam	*r*	-0,038	0,089	-0,073	0,072
Kalitesi Ölçeği (Ev)	*p*	0,776	0,505	0,585	0,592
		Taburculuk sonrası			
		Sistolik kan basıncı	*Diyastolik kan basıncı*	*Nabız*	*Solunum*
Taburcu Olmaya Hazır	*r*	-0,237	-0,227	0,187	0,001
Olma Ölçeği	*p*	0,072	0,086	0,160	0,994
Yetişkin Hastalar İçin	*r*	**-0,298**	**-0,292**	-0,048	-0,122
Taburculuğa Hazır Olma	*p*	**0,023**	**0,026**	0,720	0,362
Charlson Komorbidite	*r*	-0,041	-0,049	**-0,300**	-0,196
İndeksi	*p*	0,762	0,716	**0,022**	0,140
EuroQol Genel Yaşam	*r*	**-0,362**	-0,244	0,158	0,138
Kalitesi Ölçeği (Acil Birim)	*p*	**0,005**	0,065	0,235	0,303
EuroQol Genel Yaşam	*r*	**-0,271**	-0,088	0,056	0,088
Kalitesi Ölçeği (Ev)	*p*	**0,040**	0,513	0,670	0,506

**Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.*

Tablo 4.6'ya göre hastaların taburculuk sonrası sistolik kan basıncı ile Yetişkin Hastalar için Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği hastane ve ev puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Hastaların Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği acil birime başvuru ve taburculuk sonrası ev puanları arttıkça, taburculuk sonrası sistolik kan basıncı azalmaktadır. Aynı şekilde, hastaların Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği hastane ve ev puanları azaldıkça, taburculuk sonrası sistolik kan basıncı artmaktadır.

Taburculuk sonrası diastolik kan basıncı ile Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlendi ($p<0,05$). Yetişkin hastalar için taburculuğa hazır olma puanları arttıkça, taburculuk sonrası diastolik kan basıncı azalmaktadır. Aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puanları azaldıkça, taburculuk sonrası diastolik kan basıncı artmaktadır.

Taburculuk sonrası hastaların nabız ile Charlson Komorbidite İndeksi puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Hastaların Charlson Komorbidite İndeksi puanları arttıkça, taburculuk sonrası nabız sayıları azalmaktadır. Benzer şekilde, hastaların Charlson Komorbidite İndeksi puanları azaldıkça, taburculuk sonrası nabız sayısı artmaktadır (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların acil biriminde ve taburculuk sonrası EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların dağılımı (N=58)

Değişken	Acil biriminde		Ev		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği	58,83±14,57	60,0 [20,5]	72,17±8,18	71,0 [11,0]	Z=-5,608 **p=0,000**

**Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Wilcoxon test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.*

Tablo 4.7'ye göre hastaların acil biriminde ve taburculuk sonrası ev ortamında EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (Z=-5,608; p=0,000). Taburculuk sonrası ev ortamında EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının, acil biriminde tedavi gören hastaların puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 4.8. Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği, Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu ve Charlson Komorbidite İndeksi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi (N=58)

Korelasyon*		**Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği**	**Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu)**
Charlson Komorbidite	*r*	-0,224	-0,357
İndeksi	*p*	0,091	**0,007**
EuroQol Genel Yaşam	*r*	0,569	0,586
Kalitesi Ölçeği (Acil Birim)	*p*	**0,000**	**0,000**
EuroQol Genel Yaşam	*r*	0,281	0,460
Kalitesi Ölçeği (Ev)	*p*	**0,032**	**0,000**

**Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.*

Tablo 4.8'e göre hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (r=0,569; p=0,000). Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalaması artmaktadır. Aynı şekilde, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalaması azalacaktır.

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (r=0,281; p=0,032). Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalaması artmaktadır. Aynı şekilde, hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalaması azalmaktadır.

Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) ile Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (r=-0,357; p=0,007). Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalamaları arttıkça, Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları azalmaktadır. Aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalaması artmaktadır.

Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği -Hemşire Değerlendirme Kısa Formu puan ortalaması ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (r=0,586; p=0,000). Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalaması artacaktır. Aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalaması azalacaktır.

Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (r=0,460; p=0,000). Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalaması artacaktır. Aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalaması azalacaktır.

4.3. Acil biriminde yatan hastaların bireyse, hastalık ve acil birimine başvuru özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgular

Bu bölümde, hastaların bireysel, hastalık, acil birimine başvuru ve taburculuk sonrası özelliklerinin Taburcu Olmaya Hazır Olma ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) düzeylerine etkisine ilişkin bulguların verildi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Hastalarım bireysel, hastalık, acil birimine başvuru özelliklerinin Taburcu Olmaya Hazır Olma ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu düzeylerine etkisine ilişkin bulguların dağılımı (N=58)

Değişken			**Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği**		**Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği**	
		n	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan,[IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan,[IQR]
Yaş sınıfları	<65 yaş	27	5,85±1,03	6,0 [1,5]	6,57±1,12	6,8 [1,4]
	≥65 yaş	31	5,45±1,29	5,6 [2,4]	6,00±1,19	6,3 [1,7]
İstatistiksel analiz* Olasılık			t=1,301 p=0,199		t=1,882 p=0,065	
Cinsiyet	Kadın	34	5,54±1,22	5,6 [2,0]	6,25±1,21	6,4 [1,7]
	Erkek	24	5,78±1,15	6,1 [1,9]	6,29±1,16	6,5 [1,8]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-0,696 p=0,489		t=-0,103 p=0,918	
BKİ sınıfları	Zayıf/normal (1)	14	6,30±1,13	6,5 [1,2]	6,80±1,02	6,9 [1,3]
	Fazla kilolu (2)	30	5,46±1,11	5,5 [1,9]	6,30±1,20	6,6 [1,8]
	Obez (3)	14	5,33±1,21	5,6 [2,1]	5,67±1,09	5,9 [1,5]
İstatistiksel analiz Olasılık Fark			F=0,416 p=0,662		F=3,511 p=0,037 [1-3]	
Öğrenim düzeyi	Okuryazar/değil	48	5,52±1,21	5,6 [2,0]	6,14±1,21	6,4 [1,6]
	İlk/ortaöğretim	10	6,20±0,94	6,4 [1,5]	6,88±0,85	7,1 [1,3]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-1,677 p=0,099		t=-1,820 p=0,074	
Medeni durum	Evli	46	5,61±1,19	5,8 [1,9]	6,15±1,21	6,3 [1,7]
	Bekar	12	5,75±1,23	5,9 [2,3]	6,70±0,99	7,0 [1,2]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-0,371 p=0,712		t=-1,427 p=0,159	
Çalışma durumu	Çalışıyor	12	5,61±1,00	6,0 [1,7]	6,36±1,14	6,7 [1,9]
	Çalışmıyor	46	5,64±1,24	5,7 [2,1]	6,24±1,21	6,4 [1,7]
İstatistiksel analiz* Olasılık			t=-0,069 p=0,945		t=0,317 p=0,752	
Gelir düzeyi	Gelir ≥ Gider	49	5,45±1,17	5,6 [2,1]	6,07±1,17	6,3 [1,7]
	Gelir <Gider	9	6,63±0,75	6,6 [1,4]	7,33±0,56	7,4 [0,9]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-3,895 p=0,001		t=-5,047 p=0,000	
Acil birimde kalma	<10 gün	36	5,55±1,26	5,7 [2,0]	6,28±1,38	6,7 [2,0]
	≥10 gün	22	5,78±1,07	5,9 [1,6]	6,23±0,79	6,4 [1,1]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-0,712 p=0,480		Z=-0,738 p=0,461	

**Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Independent Sample-t test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ANOVA test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskall-Wallis H test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.*

Tablo 4.9'a göre BKİ sınıflarına göre Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildi (F=3,511; p=0,037). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojen olması dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; zayıf/normal BKİ sınıfında olanlar ile obez BKİ sınıfında olanlar arasında anlamlı farklılık belirlendi. Zayıf/normal BKİ sınıfında olanların yetişkin hastalar için Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalamaları, obez BKİ sınıfında olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Gelir düzeyine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi (t=-3,895; p=0,001). Geliri giderini karşılamayanların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması, geliri giderini karşılayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Gelir düzeyine göre Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldü (t=-5,047; p=0,000). Geliri giderini karşılamayanların yetişkin hastalar için Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması, geliri giderini karşılayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti.

4.4. Acil biriminde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgular

Bu bölümde, acil biriminde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgular sunuldu (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Hastaların taburculuk sonrası özelliklerinin Taburcu Olmaya Hazır Olma ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma- Hemşire Değerlendirme Kısa Formu düzeylerine etkisine ilişkin bulguların dağılımı (N=58)

Değişken			**Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği**		**Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği**	
		n	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan,[IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan,[IQR]
Evde yeni duruma uyarlanma	Evet	19	5,64±1,24	5,6 [1,5]	6,36±1,43	6,8 [2,1]
	Hayır	39	5,63±1,18	5,9 [2,1]	6,22±1,07	6,4 [1,5]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=0,040 p=0,968		Z=-0,813 p=0,416	
Evde aktivite varlığı	Evet	23	5,77±1,21	6,3 [1,9]	6,40±1,21	6,5 [1,9]
	Hayır	35	5,55±1,18	5,8 [2,3]	6,18±1,17	6,4 [1,6]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=0,675 p=0,502		t=0,672 p=0,504	
Tedaviye uyum sağlamada sorun	Evet	29	5,59±1,22	5,6 [2,3]	6,22±1,20	6,3 [1,6]
	Hayır	29	5,69±1,18	5,9 [1,9]	6,31±1,19	6,6 [1,9]
İstatistiksel analiz* Olasılık			t=-0,315 p=0,754		Z=-0,304 p=0,761	
Bakımı sürdürmede sorun yaşama	Evet	30	5,42±1,24	5,3 [2,4]	6,11±1,13	6,1 [1,6]
	Hayır	28	5,87±1,10	6,1 [1,4]	6,43±1,24	6,6 [1,7]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-1,440 p=0,156		Z=-1,246 p=0,213	
Komplikasyonlarda sorun yaşama	Evet	48	5,58±1,20	5,7 [2,2]	6,16±1,15	6,3 [1,6]
	Hayır	10	5,89±1,15	6,3 [1,1]	6,79±1,23	7,1 [1,4]
İstatistiksel analiz Olasılık			Z=-0,753 p=0,452		t=-1,545 p=0,128	
Ev planının eline verilmesi/açıklanması	Evet	8	5,48±0,81	5,5 [1,6]	6,27±0,86	6,3 [1,7]
	Hayır	50	5,66±1,24	5,9 [2,1]	6,27±1,24	6,4 [1,9]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=-0,385 p=0,701		t=-0,005 p=0,996	
Sağlık/hastalık bilgilendirilme	Evet	50	5,57±1,13	5,7 [1,9]	6,25±1,08	6,4 [1,5]
	Hayır	8	6,06±1,53	6,5 [3,0]	6,36±1,79	7,3 [3,1]
İstatistiksel analiz* Olasılık			t=-1,096 p=0,278		t=-0,164 p=0,874	
Tıbbi yardım talep/ulaşmada sorun	Evet	11	5,99±1,27	6,4 [2,1]	6,77±1,16	7,0 [1,5]
	Hayır	47	5,55±1,17	5,6 [1,9]	6,14±1,17	6,4 [1,6]
İstatistiksel analiz* Olasılık			t=1,096 p=0,278		t=1,594 p=0,117	
Diyet menüler planlama/örnek	Evet	8	5,19±1,34	4,9 [2,4]	6,20±1,27	6,5 [1,6]
	Hayır	50	5,71±1,16	5,9 [2,0]	6,28±1,18	6,4 [1,9]
İstatistiksel analiz* Olasılık			t=-1,153 p=0,254		t=-0,164 p=0,871	
Diyete uyum sağlamada sorun	Evet	26	5,78±1,25	5,8 [2,3]	6,39±1,24	6,6 [1,9]
	Hayır	32	5,52±1,14	5,8 [1,9]	6,16±1,14	6,3 [1,8]
İstatistiksel analiz Olasılık			t=0,852 p=0,398		t=0,761 p=0,450	

**Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Independent Sample-t test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ANOVA test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskall-Wallis H test (χ^2-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.*

Tablo 4.10'a göre hastaların taburculuk sonrası özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmedi ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Acil birimde yatan hastaların taburculuk öncesi ve sonrası bakımında, hemşire aktif rol almaktadır. Acil birimde tedavi gören hastalara taburculuğa ilişkin hemşirelik uygulamaları ile hastanın yaşam kalitesinin artarak taburcu edilmesine katkı sağlamaktadır. Acil birime başvuru yapan hastanın hastaneden taburcu edilmeye hazır olup olmadığının değerlendirilmesi, taburculuk sürecinin temel bileşenlerindendir. (Galvin, Wills ve Coffey, 2017) Evde bakımı sürdürebilmek için hastaların taburculuğa hazır oluşlukları sağlanmalıdır. (Aşiret ve Çetinkaya, 2016). Hastanın taburculuğa hazır oluşluklarını etkileyen faktörler ile hastanın bireyselleştirilmiş bakımını hümanistik ve holistik bakış açısıyla ele alınmalıdır.

Bu bilgiler ışığında, çalışma acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olmalarının taburculuk sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirildi.

Araştırmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda dört başlık altında tartışıldı.

5.1. Acil Biriminde Yatan Hastaların Bireysel, Hastalık, Acil Birime Başvuru ve Taburculuk Sonrası Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Acil Biriminde Yatan Hastaların Taburculuğa Hazır Olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Acil Biriminde Yatan Hastaların Bireysel, Hastalık ve Acil Birimine Başvuru Özelliklerinin Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Acil Biriminde Yatan Hastaların Taburculuk Sonrası Özelliklerinin Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.Acil Biriminde Yatan Hastaların Bireysel, Hastalık, Acil Birime Başvuru ve Taburculuk Sonrası Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen hastaların yaş sınıfları ve ortalaması, cinsiyet, BKİ sınıfları ve ortalaması, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sağlık güvencesi ve gelir düzeyine ilişkin bulgular tartışıldı (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3 ve Tablo 4.4).

Hastaların bireysel ve hastalık özellikleri değerlendirildiğinde, yaş ortalamasının 63,88±12,41 yıl, %53,4'ünün 65 yaş ve üzerinde, %41,4'ünün erkek, BKİ ortalamasının 27,88±5,43 kg/m2 (fazla kilolu) ve %17,3'ünün BKİ'ne göre normal kiloda olduğu saptandı. Benzer araştırmaların bulgularına bakıldığında, Karsandı (2021)'nın çalışmasında, hastaların yaş ortalamasının 48.76 ±18.66, %44'ünün cinsiyetinin erkek, Yüksel (2020)'in çalışmasında ise yaş otalamasının 41,4 yıl ve %59,2'inin cinsiyetinin kadın, Danç (2019)'ın çalışmasına göre hastaların BKİ ortalamasının 31,87±4,484 (obez) olduğu belirlendi. Araştırmanın bu bulguları örneklemin özelliğinden kaynaklanmaktadır.

Hastaların %75,9'unun okuryazar ve %79,3'ünün evli, %46,6'sının ev hanımı, %94,8'inin sağlık güvencesinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olduğu ve %84,5'inin gelirinin giderini karşıladığı saptandı (Tablo 4.1). Danç (2019)'un çalışmasına göre hastaların %98,2 sinin sağlık güvencesinin SGK olduğu, Alper Ay (2020)'ın çalışmasına göre ise hastaların %45,5'inin medeni durumunun evli oldu görülmüştür. Araştırmanın bu bulguları yapılan çalışmalarla paralellik göstermekte olup, Türk toplumunun yapısını yansıtmaktadır.

Acil birime başvuru özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde, hastaların %62,2'i acil birimde 10 saatten az kaldığı belirlendi (Tablo 4.2). Araştırmaya katılan hastaların tamamının ise daha önce acil birime başvurusunun olduğu görüldü. Atalan (2018)'ın yaptığı çalışmaya göre, araştırmaya katılan hastaların tamamının (%100) hastanede kalış süresinin 10 saatten az olduğu saptandı. Bu çalışmada, hastaların %17,2 'si ağrı, %13,9'u dispne şikayeti ile acil birime başvurdukları tespit edildi. Benzer çalışmalar incelendiğinde de acil birime başvuru nedeninin en yüksek oranla ağrı olduğu saptandı. (Bedel, 2018).

Acil birimde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerine ilişkin bulgulara göre hastaların %32,8'inin ev ortamının yeni durumuna uyarlandığı, %39,8'inin taburculuk sonrası ev ortamında yapılabilecek aktivitelerinin olduğu, %50'sinin evde tedavide ve %51,7'sini kendi bakımını sürdürmede sorun yaşadıkları ve %82,8'inin evde gelişebilecek komplikasyonlarda sorun yaşadığı saptandı (Tablo 4.3).

Kaya ve diğerlerinin (2018) çalışmasında yaş ilerledikçe taburculuk sonrası ev ortamında hastaların yapılabileceği aktivitelerin daha az olduğu görüldü. Bobay ve diğerlerinin (2010) yaptıkları çalışma ise, ileri yaşlardaki hastalar kendi bakımlarını sürdürmede sorun yaşadıklarını ifade etti. Yapılan araştırmalar ile paralel olan araştırma bulgusu, taburculuk sonrası hastaların ev ortamının yeni duruma uyarlanmasında yaş değişkeninin önemli olduğunun vurgulamaktadır.

Hastaların %96,6'sı taburculuk sonrası tıbbi yardım talebi konusunda bilgilendirildiğini ve %81'i tıbbi yardıma ulaşmada sorun yaşamadığını ifade etti. Durmuş (2009)'un yaptığı çalışmaya göre acil birimlerin yoğunluk oranının fazla olmasının, hastaların yeterli bilgi ve eğitimi almalarında etkisi bulundu. Hastane yoğunluğunun fazla olması, hekim ve hemşire tarafından hastaya ayrılan süreyi de kısaltmaktadır ve hastayı bilgilendirmek için ayrılan süre de kısalmaktadır. Çalışmada hastaların çoğunun, taburculuk sonrası yardıma ulaşmada sorun yaşamadıkları görüldü. Araştırmanın bu bulgusu acil birimde çalışan sağlık ekibi üyelerinin rol ve sorumluluklarına sahip çıktığını göstermesi adına sevindiricidir.

Bu çalışmada hastaların acil birime başvurularında ilk kez değerlendirilen yaşam bulgularında, hastane yatışı ve taburculuk sonrası sistolik, diastolik kan basıncı ve nabız açısından karşılaştırıldığında fark görülmemiştir. Acil birime başvuru sırasında ölçülen solunum sayısı, taburculuk sonrası ev ortamında ölçülene göre daha yüksektir. (Tablo 4.4). Yaşam bulguları olarak adlandırılan beden sıcaklığı, nabız, solunum hızı, kan basıncı ve oksijen satürasyonu gibi fizyolojik göstergeler, bireyin sağlık durumunun belirlenmesinde rol oynayan temel göstergeler arasında yer almaktadır (Çakırcalı, 2012). Yaşam bulgularının takibi, evrensel olarak, herhangi bir sağlık bakım kurumunda sağlıklı/hasta birey üzerinde gerçekleştirilen en basit, en kolay, en uygun maliyetli ve en kritik değerlendirmede kullanılan uygulamalarından biridir (Alshehry ve diğ., 2021; Prgomet ve diğ., 2016). Aksel ve diğerlerinin (2014) yaptığı çalışmada hastaların acil birime başvuru sırasında ölçülen solunum sayısının ortalama 14/dk olduğu ifade edilmiştir. Tedavi alıp, taburcu olan hastaların solunum

sayıları ise taburculuk öncesine göre daha yüksek bulunmuştur. Çağlar (2020)'ın çalışmasına göre taburculuk sonrası kaydedilen solunum sayısının daha düşük olduğu saptandı.

Taburculuk öncesi ve sonrası kaydedilen yaşam bulguları yapılan bazı çalışmalarda, araştırmanın bu bulgusuna göre farklı sonuçlanırken, bazılarıyla paralellik göstermiştir. Acil birimin amacı hastaların gereksinim duyduğu bakım ve tedavinin sağlanarak en kısa zamanda taburcu edilmesidir. Acil servisler, günün her saati sağlık hizmeti veren, acil ve ani durumdaki birçok hastanın hızlı bir şekilde değerlendirildiği ve tıbbi hizmetlerin verildiği özel birimlerdir (Mersinoğlu ve Öztürk, 2015). Acil birime genellikle hastalar, yaşam bulgularındaki ani değişimlerle başvuru yapmaktadır. Taburcu etme kararı; hastanın sorumlu hekimi tarafından, hastanın sağlık durumu ve bakımı veya taburcu edilme sonrası bakım ihtiyaçları dikkate alınarak verilir. Bu nedenle taburculuk öncesi ve sonrası yaşam bulguları farklılık görülmesi beklenen bir sonuçtur.

5.2. Acil Biriminde Yatan Hastaların Taburculuğa Hazır Olma, Charlson Komorbidite İndeksi ve Yaşam Kalitesi Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde acil birimde yatan hastaların taburcu olmaya hazır olma durumları ve yaşam kalitesi düzeylerine ilişkin bulgular yer aldı (Tablo 4.5).

Acil birimde hastalara yönelik bakımın önemli bir bileşeni olan taburculuk, hastanın uygun zamanda taburcu edilmesine olanak verecek bir planın geliştirilmesi ve taburculuk sonrası yeterli destek ve hizmetin sağlanmasını içermektedir. Taburculuk planlaması, hastanın taburcu olmaya hazır oluşluğuna göre sağlık ekibi üyeleri tarafından değerlendirilmektedir (Weiss ve diğ., 2007). Yetişkin hastalar için Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği'nden alınan puanların 0-10 arasında değiştiği (0'a yakın taburculuğa daha az hazır) ve ölçek puan ortalamasının 5,64±1,19 olduğu belirlendi. Hastaların taburculuğa hazır olma durumları, ortalamanın üzerinde olduğu ifade edildi. Taburculuğa hazır olma kavramı ilk olarak hastanın gerçeklerle yüzleşmeye hazır olma duygusu olarak tanımlanmıştır. Taburculuğa hazırlık, hastaneden taburcu edilecek hastanın hazır olma durumunun desteklenmesi ve taburculuk sonrası yeniden yatışların azaltılması için büyük önem taşımaktadır (Aslan 2020). Araştırmanın bu bulgusu hastaların taburculuğa daha hazır olduğunu göstermektedir.

Aynı zamanda bu bulgu, hastaların taburculuk sonrası tıbbi yardım talebi konusunda bilgilendirilmesini ve tıbbi yardıma ulaşmada sorun yaşamadığı bulgusunu desteklemektedir. Hastaların taburculuğa hazır olmaları acil birimde taburculuk sürecini ne kadar etkili bir şekilde sürdürüldüğünü göstermektedir.

Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu puan ortalamasının ise 6,27±1,18 olduğu saptandı (Tablo 4.5). Acil birim hemşireleri, hastalarla diğer sağlık profesyonellerinden daha fazla etkileşim içindedirler ve taburculuk değerlendirmesinde hemşirelerin görüşü çok önemlidir. Hemşirelerin, hastalar taburcu olmadan önce taburculuk sürecinde ve sonrasında yaşanan sorunları düzeltmede etkisi fazladır. Taburculuğa hazırlık durumunun hemşireler tarafından değerlendirilmesinin, hasta öz değerlendirmesinden daha güçlü sonuçlar ortaya koyduğu ve taburculuk hazırlık durumunun değerlendirilmesinin hastaların sağlık okuryazarlığı ve evdeki sosyal yaşam durumuna göre değiştiği belirtilmektedir (Aslan 2020). Hastaların taburculuğa hazır olma durumuna ilişkin hemşirelerin görüşlerini almak, risk faktörlerini azaltarak acile tekrar başvuruyu azaltabilmektedir (Weiss, Costa, Yakusheva ve Bobay, 2014). Weiss (2011)'in yaptığı çalışmaya göre bu ortalamanın 8,31±1,53 olduğu bulgulanmış ve hemşire formu ile hasta formu arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunduğu görülmüştür. Bobay ve diğerlerinin (2010) yaptığı çalışmada hastanın taburculuğa hazır bulunuşluğunda hemşirelerin değerlendirmesini, hastaların kendilerinden daha yüksek olarak değerlendirmiştir. Keskin (2019) çalışmasında, hastaların %51,2'sinin taburcu olmaya hazır olmadığını ifade etmiştir. Araştırmanın bu bulgusu yapılmış olan bazı çalışmalara benzerlik göstermekle birlikte çalışmanın güçlü yanı olarak değerlendirilebilir.

Charlson Komorbidite İndeksine (CCI) göre hastaların komorbidite düzeyleri 1-15 arası puan verilerek ortalaması 6,38±3,39 olduğu saptandı (Tablo 4.5). Komorbidite, iki veya daha fazla hastalığın belirli bir zaman dilimde birlikte bulunmasıdır (Ungan ve Özdemir, 2017). CCI, yaş ve komorbiditelerin toplamını özetleyerek mortalite riski yüksek hastaların belirlenmesine yardımcı olmaktadır. CCI, komorbid hastalıktan ölüm riskini tahmin etmek için doğrulanmış, basit ve kolayca uygulanabilen bir yöntemdir ve yaygın şekilde kullanılmaktadır (Quan ve diğ., 2011). Kaya ve diğerlerinin (2016) yaptığı çalışmaya göre, CCI puanı 8-10 olan hastaların, tekrar hastaneye başvurma hızı %50 olarak saptandı. Sabaz ve diğerlerinin (2021) araştırmasında, CCI değerlendirmesindeki her bir puanlık artışın mortalite olasılığını artırdığı belirlendi. CCI mortalite gelişen hastalarda, hayatta kalan hastalara göre

daha yüksek olduğu görüldü. Araştırmanın bu bulgusuna göre toplam CCI puanı taburculuk sonrası acil birime yeniden başvuruyu etkileyen risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Acil birimde tedavi gören hastaların EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 58,83±14,57, eve taburcu edilen hastaların 30 gün sonraki puan ortalaması ise 72,17±8,18 idi (Tablo 4.5). Ölçeğe göre, hastalar kendi sağlık algılarını subjektif olarak değerlendirir, en iyi sağlık durumları 100, en kötü sağlık durumlarını ise 0 olacak şekilde puanlandırır (Turan, 2012). Araştırmaya göre eve taburcu olan hastaların yaşam kalitesi düzeyi, acil birimde kaldıkları süreçteki yaşam kalitesi düzeyine oranla daha yüksekti. Yaşam kalitesi dinamik, değişken bir kavramdır. Literatürde yaşam kalitesini etkileyen biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve politikoekonomik pek çok faktör olduğundan tanımlanması zor bir kavram olduğu belirtilmektedir. Yaşam kalitesi birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır (Turan ve Aştı, 2016). Bireyin hastalık/ rahatsızlığı ne olursa olsun bireyin yaşam aktivitelerini bağımsız bir şekilde yerine getirememesi, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları, hastaların fiziksel iyilik halinin bozulmasına ve yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olmaktadır. Acil birimden eve taburcu olan hastaların 30 gün sonra EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

Tablo 4.6'ya göre hastaların taburculuk sonrası sistolik ve diastolik kan basıncı ile Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği acil birim ve ev puanları arasında negatif yönde bir ilişki belirlendi. Hastaların Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği acil birime başvuru ve taburculuk sonrası ev puanları arttıkça, taburculuk sonrası sistolik ve diastolik kan basıncının azaldığı saptandı. Yaşam bulguları olarak adlandırılan; kan basıncı, nabız, solunum ve vücut sıcaklığı, bireyin sağlık durumunun göstergeleridir. Yaşam bulguları; yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite, çevre ısısı, duygusal durum, ağrı ve ilaçlardan etkilenmektedir (Şendir ve Turan, 2021). Hastaların, ev ortamına geçmesi ile günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi kolaylaşmaktadır (Nettina ve diğ., 2013). Bu durumda hastaların fizyolojik parametrelerine dolayısıyla sistolik ve diastolik kan basıncının düzenlenmesine katkı sağlamaktadır.

Taburculuk sonrası hastaların Charlson Komorbidite İndeksi puanları arttıkça, taburculuk sonrası nabız sayıları azalmaktadır. (Tablo 4.6). Dakikada ölçülen nabız sayısı (kalp atım hızı) hastanın ruh haline ve fiziksel aktivitelerine bağlıdır (Jouven ve diğ., 2009). Hastaların taburculuk öncesi hastane ortamında yapabileceği fiziksel aktiviteler sınırlıdır, bu da hastanın hemodinamiğini etkilemektedir. Taburculuk sonrası hastanın iyilik hali ile yapabileceği aktiviteler artmakta ve buna bağlı olarak yaşam bulguları stabil olmaktadır. Araştırmanın bu bulgusuna göre vücudun hareket ettirilmesi, nabız ve kan basıncı değerlerinin düzenlenmesine katkı sağlamaktadır.

Araştırmanın bu bulgusuna göre, taburculuk sonrası ev ortamında EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması, acil biriminde tedavi gören hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Puanın yüksek olması, yaşam kalitesi düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çetin ve diğerlerinin (2011) yaptığı çalışmada, çeşitli tanılarla hastaneye kabul edilmiş hastaların, tedavinin hemen sonrasında ağrı ve yaşam kalitelerindeki değişim olarak değerlendirildi. Hastaların bakım ve tedavi sonrası EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları, bakım ve tedavi öncesine göre daha yüksek bulundu. Kara ve diğerlerinin (2019) çalışmasında da hastalara, bakım ve tedavi uygulandıktan sonra yaşam kalitesi düzeylerinin arttığı ifade edildi. Araştırmanın bu bulgusu hastaların, bakım ve tedavi sonrası şifa halinde taburcu olmalarının yaşam kalitesini artırdığı ve yaşam kalitesi düzeylerini olumlu yönde etkilediğini göstermekle birlikte yapılan çalışmalarla paraleldi.

Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) ve EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki belirlendi (Tablo 4.8). Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği-Hemşire Değerlendirme Kısa Formu puan ortalamaları arttıkça, Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamalarının azaldığı ifade edilirken, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev, Acil birim) puan ortalamaları arasında pozitif yönde ilişki olduğu görüldü. Araştırmanın bu bulgusu hastaların, acil birim ve taburculuk sonrası ev ortamında yaşam kalitesi düzeyleri ve Charlson Komorbidite İndeksi yüksek olduğunda, kendilerini taburcu olmaya daha hazır hissetmeleri ile açıklanabilir.

5.3. Acil Biriminde Yatan Hastaların Bireysel, Hastalık ve Acil Birimine Başvuru Özelliklerinin Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, acil biriminde yatan hastaların bireysel, hastalık ve acil birimine başvuru özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgular incelendi (Tablo 4.9). Zayıf ve normal BKİ sınıfında olanların yetişkin hastaların Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. BKİ, bireyin ideal kilosunu görebilmesi ve hangi ağırlık kategorisinde olduğunu öğrenebilmesi açısından kullanılan bir formüldür ve kg/m2 hesabı yapılarak değerlendirilir. Hastanın taburculuk sonrası ev ortamına uyum sağlaması ve yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için, var olan sorunla başa çıkmada hareket aktivitesi ve BKİ doğrudan etkilidir. Altuntuğ ve Ege (2013) yaptıkları çalışmada hastaların %92,5'i eve gitmeye hazır olduğunu ifade etti. Çelik ve diğerleri (2014)'nin yaptıkları çalışmada hastaların %21,7'si kendilerini eve gitmeye hazır olmadıklarını belirtti. Araştırmanın bu bulgusu yapılan çalışmalarla farklılık göstermekle birlikte BKİ'nin taburculuğa hazır olmayı etkileyen önemli bir değişken olduğunu doğrulamaktadır.

Araştırmanın bu bulgusuna göre geliri giderini karşılamayan hastaların taburcu olmaya hazır olma ölçeği puanları, geliri giderini karşılayanlara göre daha yüksekti (Tablo 4.9). Tükel ve diğerleri (2014)'nin yaptığı çalışmada gelir yüzeyi yüksek olan hastaların, düşük olanlara göre hastaneden daha memnun ayrıldıkları ve bu durumun da taburculuğa hazır olmalarını etkileyen önemli bir değişken olduğu belirlendi. Gelir düzeyi yüksek ve taburcu olmaya hazır olan hastaların yeni durumlarını ev ortamına uyarlamada sorun yaşamadıklarını ve yaşam aktivitelerini bu nedenle kolaylıkla gerçekleştirebileceğini düşündürdü.

5.4. Acil Biriminde Yatan Hastaların Taburculuk Sonrası Özelliklerinin Taburculuğa Hazır Olma Düzeylerine Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, acil biriminde yatan hastaların taburculuk sonrası özelliklerinin taburculuğa hazır olma düzeylerine etkisine ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.10).

Hastaların taburculuk sonrası özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Araştırmadaki bu bulguların örneklemin özelliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil biriminde tedavi gören hastaların taburculuğa hazır olmalarının taburculuk sonuçlarına etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve longitudinal türde gerçekleştirilen bu çalışmada;
Araştırmanın sonucunda;

- ✓ Hastaların %58,6'sının (n=34) kadın, %51,7'sinin (n=30) Beden Kitle İndeksi' (BKİ)'ne göre fazla kilolu ve BKİ ortalamasının $63,88\pm12,41\ kg/m^2$, %75,9'unun (n=44) okuryazar ve %79,3'ünün (n=46) evli, %46,6'sının (n=27) ev hanımı, %94,8'inin (n=55) sağlık güvencesinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olduğu ve %84,5 (n=49)'inin gelirinin giderini karşıladığı,
- ✓ Hastaların acil birimine başvuru özelliklerine ilişkin bulguları incelendiğinde; hastaların %62,1'inin (n=36) acil biriminde kalma süresinin 10 günden az, tamamının (n=58) acil birimine başvuru deneyiminin olduğu,
- ✓ Acil birimine başvuru nedenleri değerlendirildiğinde, hastaların %17,2'sinin (n=10) ağrı nedeni ile başvurduklarını,
- ✓ Hastaların %67,2'sinin (n=39) ev ortamının yeni durumuna uyarlanmadığını, %60,3 (n=35)'inin ev ortamında yapılabilecek aktivitelerin olmadığını, %50'sinin evde tedavide ve %51,7'sini (n=30) bakımı sürdürmede sorun yaşadıkları, %82,8'inin (n=48) evde komplikasyonlarda sorun yaşadığını ve %86,2'sinin (n=50) yeni durumu ile ilgili ev planının açıklanmadığını,
- ✓ Hastaların %86,2'sinin (n=50) sağlık ve hastalık konusunda, %96,6'sının (n=56) tıbbi yardım talebi konusunda bilgilendirildiğini, %81'inin (n=47) tıbbi yardım talep/ulaşmada sorun yaşamadığını, %93,1'inin (n=54) takip randevusunun eline yazılı verilmediğini, %86,2'sının diyete uygun menüler planlanmadığını, %55,2'sinin (n=32)diyete uyum sağlamada sorun yaşamadığını ve tamamında ek hastalık gelişmediği,
- ✓ Hastaların acil birimine başvuru sonrası yaşam bulgularının dağılımı incelendiğinde; sistolik kan basıncı ortalamasının 154,02±36,49 mmHg (min.-max.: 96-269), diyastolik kan basıncı ortalamasının 80,36±16,98 mmHg (min.-max.: 37-134), nabzın

92,50±33,25 dk. (min.-max.: 60-255) ve solunumun 20,59±0,99 dk. (min.-max.:18-22) olduğu,

- ✓ Hastaların taburculuk sonrası yaşam bulgularının dağılımı incelendiğinde; sistolik kan basıncı ortalamasının 148,00±20,81 mmHg (min.-max.: 90-184), diyastolik kan basıncı ortalamasının 77,29±6,29 mmHg (min.-max.: 60-92), nabzın 86,19±15,07 dk. (min.-max.: 14-60) ve solunumun 20,14±0,83 dk. (min.-max.:18-22) olduğu,
- ✓ Hastaların acil birime yatışı ile taburculuk sonrası sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı; ancak hastaların acil birime yatışı ve taburculuk sonrası solunum sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu,
- ✓ Hastaların acil birime başvuru sırasındaki solunum sayısı, taburculuk sonrasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- ✓ Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalamasının 5,64±1,19 (min.-max.:3,3-7,8) ve Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalamasının ise 6,27±1,18 (min.-max.:3,4-8,3) olduğu,
- ✓ Charlson Komorbidite İndeksi'nin 6,38±3,29 (min.-max.:1.0-15,0) olduğu görüldü. Acil biriminde tedavi gören hastaların EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması 58,83±14,57 (min.-max.:31,0-81,0) ve eve taburcu olan hastaların 30 gün sonra EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 72,17±8,18 (min.-max.:53,0-88,0) olduğu,
- ✓ Hastaların taburculuk sonrası sistolik kan basıncı ile Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği acil birim ve ev puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildiği, hastaların Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği acil birime başvuru ve taburculuk sonrası ev puanları arttıkça, taburculuk sonrası sistolik kan basıncının azaldığı ve aynı şekilde, hastaların Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği acil birim ve ev puanları azaldıkça, taburculuk sonrası sistolik kan basıncının arttığı,
- ✓ Taburculuk sonrası diastolik kan basıncı ile Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması arttıkça, taburculuk sonrası diastolik kan basıncının azaldığı; aynı şekilde, Yetişkin

Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, taburculuk sonrası diastolik kan basıncının arttığı,

- ✓ Taburculuk sonrası hastaların nabız ile Charlson Komorbidite İndeksi puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, hastaların Charlson Komorbidite İndeksi puanları arttıkça, taburculuk sonrası nabız sayılarının azaldığı; benzer şekilde, hastaların Charlson Komorbidite İndeksi puanları azaldıkça, taburculuk sonrası nabız sayısının arttığı,
- ✓ Hastaların acil biriminde ve taburculuk sonrası ev ortamında EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, taburculuk sonrası ev ortamında EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının, acil biriminde tedavi gören hastaların puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- ✓ Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalaması artmaktadır. Aynı şekilde, Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalaması azaldığı.
- ✓ Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendiği, hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamasının arttığı, aynı şekilde, hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamasının azaldığı,
- ✓ Yetişkin Hasta Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) ile Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamaları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalamaları arttıkça, Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamalarının azaldığı, aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması azaldıkça, Charlson Komorbidite İndeksi puan ortalamasının arttığı,

- ✓ Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldüğü, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Hastane) puan ortalamasının arttığı, aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Acil birim) puan ortalamasının azaldığı,
- ✓ Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) ile EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması arttıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamasının arttığı, aynı şekilde, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği (Hemşire Değerlendirme Kısa Formu) puan ortalaması azaldıkça, EuroQol Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ev) puan ortalamasının azaldığı,
- ✓ BKİ sınıflarına göre Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ($F=3,511$; $p=0,037$), anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için varyansların homojen olması dikkate alınarak yapılan Tukey ikili karşılaştırmalar sonucunda; zayıf/normal BKİ sınıfında olanlar ile obez BKİ sınıfında olanlar arasında anlamlı farklılık olduğu, zayıf/normal BKİ sınıfında olanların yetişkin hastalar için Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalamaları, obez BKİ sınıfında olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- ✓ Gelir düzeyine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ($t=-3,895$; $p=0,001$), geliri giderini karşılamayanların Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması, geliri giderini karşılayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,
- ✓ Gelir düzeyine göre Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ($t=-5,047$; $p=0,000$), geliri giderini karşılamayanların yetişkin hastalar için Taburculuğa Hazır

Olma Ölçeği puan ortalaması, geliri giderini karşılayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu,

- ✓ Hastaların taburculuk sonrası özelliklerine göre Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği ve Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görüldü.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- ✓ Hasta ve yakınlarının taburculuk öncesi ve sonrası, bakım ve tedavi hakkında bilgilendirilmesinin önemi konusunda özellikle bu süreçte yer alan sağlık ekibi üyelerinde farkındalığının artırılması ve bu kapsamda eğitimlerin düzenli olarak planlanması,
- ✓ Taburculuk eğitiminde, hasta ve yakınlarının gerekli bilgi ve becerilerinin sağlık ekibi üyeleri tarafından kazandırılarak eve taburcu edilmesi,
- ✓ Taburculuk sonrası evde bakımda gerekli bakım ve tedavi hizmetlerinin sağlanabilmesi için ilgili kurum ve kuruluşlarla iletişimin sağlanması ve sürdürülmesi,
- ✓ Hemşirelerin, acil birime kabul ve taburcu edilme süreci konusunda bilgi ve becerilerini sürekli güncellemeleri; kongre, sempozyum, seminerlere katılmaları,
- ✓ Taburculuk sonrası acil birime tekrar başvuruları ve gelişebilecek komplikasyonları önlemeye yönelik randomize kontrollü çalışmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abul R., 2019, Charlson Komorbidite Indeksinin akut pulmoner emboli ciddiyeti ve prognozu ile ilişkisi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.

Acaroğlu R., Şendir M., 2012, Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları, *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 20 (1), 10-16.

Aksel G., Kavalcı C., Kılıçlı E., Fındık M., Kavalcı G., 2017, Deli bal zehirlenmesi: olgu sunumu, *Hakemli Olgu Dergisi*, 3, 790.

Alper Ay., Yenihayat U., 2020, 112 Acil sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının incelenmesi, *İşletme Bilimi Dergisi*, 8 (3), 399-425.

Altuntuğ K., Ege E., 2013, Sağlık eğitiminin annelerin taburculuk hazır olması, doğum sonu yaşanacak ve yaşam etkisi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 45-56.

Alshehry A. S., Cruz J. P., Bashtawi M. A., Almutairi K.O., Tumala R. B., 2021, Nursing students' knowledge, competence and attitudes towards vital signs monitoring during clinical practice, *Journal of Clinical Nursing,* 30(5-6), 664-675.

Altuntuğ K., Ege E., 2013, Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi, *Hemar-G*, 15 (2), 45-56 .

Aşiret G,, Çetinkaya F., 2016, Bakım verenlerin evde bakım hizmetlerinden beklentileri, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(4), 120-125.

Aslan M., 2020, Yetişkin Hastalar İçin Taburculuğa Hazır Olma Ölçeği - Hemşire Değerlendirme Kısa Formu'nun türkçe geçerlik ve güvenirliği, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(7), 202-214.

Atalan A , Dönmez C, Atalan Y,, 2018, Yüksek eğitimli uzman hemşire istihdamı ile acil servislerde hizmet kalitesinin yükseltilmesi için simülasyon uygulaması: türkiye sağlık sistemi, *Marmara Fen Bilimleri Dergisi*, 4, 318-338.

Bedel C, Tomruk Ö.; 2018, Bir üniversite acil servisine başvuran geriatrik hastaların özellikleri, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 393-399.

Birol L., 2005, *Hemşirelik süreci*, 7. Baskı Etki Matbaası, İzmir, 14-15.

Bobay, K. L., Jerofke, T. A., Weiss M. E., Yakusheva O., 2010, Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge, *Geriatric Nursing*, 31(3), 178-187.

Bowles K. H., Naylor M. D., Foust J. B., 2003, Hospital discharge referral decision making: a multidisciplinary perspective, *Applied Nursing Research*, 16(3), 134-143.

Brent L., Coffey A., 2013, Patient's perception of their readiness for discharge following hip fracture surgery, *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 17(4), 190–198.

Burucu, R., Akın, B., 2017, Gebeliğin üçüncü trimestrında gebelere verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır oluşluk düzeyine etkisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), 25-35.

Cakırcalı E., Atabek A., Karadağ A., 2014, *Yaşamsal Bulgular Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri*, Adana, Nobel Kitabevi, 580-619.

Charlson ME., Pompei P., Ales KL., MacKenzie R., 1987, A new metod of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development y validation, *J Chron Dis*, 40, 373– 383.

Coleman E., Berenson R., 2004, Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care, *Annals of Internal Medicine,* 141(7), 533-536.

Craven R. F., Hirnle, C. J., 2009, *Fundamentals of Nursing*, Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 6, 529-530

Çağlar A., 2020, Mentol zehirlenmesi: sıradışı bir olgunun sunumu, *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(2), 7-9.

Çakırcalı E., 2012, *Yaşamsal bulgular: hemşirelik esasları hemşirelik bilim ve sanatı içinde*, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s: 612-6141.

Çelik A. S., Türkoğlu N., Pasinlioğlu T., 2014, Annelerin doğum sonu hastane taburculuğuna hazır oluşluk düzeylerini etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 1-7.

Çetin A., Özdemir O., Haghari F., Taşoğlu Ö., 2011, Fizik Tedavi Programlarının Ağrı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi, *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 58, 99-102.

Danç, E., 2019, Ortopedi servisinde cerrahi girişim geçiren hastaların hareket düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi, Yüksek Lisans, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.

Dölek M, Turaba F, Akbinar C, Sezgin B, Aksu H, Solak İ., 2005, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil servis biriminde yatan hastaların memnuniyet düzeyinin incelenmesi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 5(3), 122-127

Dölek Ü., Aksel G., İslam M., Algın A., Eroğlu S., Yaşar G., Ademoğlu E., 2021, Covid-19'lu orta ila ağır hasta hastalar için mortalitenin erken tahmin edicileri, *Amerikan Acil Tıp Dergisi*, 45, 290-296.

Duman L., Armağan H., Cesur Ö., Karaibrahimoğlu A., Bilaloğlu E., Hatip A., Savaş M., 2021, Çocuklar ve yetişkinler arasında apandisitin epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin karşılaştırmalı analizi, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 27(5), 526-533.

Duran S., Gürhan, N., 2012, Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 26 (1), 39-44.

Engin S., Yaş H., 2021, Edirne İl Sağlik Müdürlüğü'ne bağlı yataklı tedavi kurumlarında yatan hasta beklenti ve algıları üzerine bir inceleme*, Trakya Üniversite Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(2), 665-686

Fedai T., Çetin M., Teke A., 2010, Tedavi sürecindeki gereksiz değişkenlerin pareto analizi ile değerlendirilmesi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(3), 184-190.

Forster A., Murff H., Peterson J., Gandhi T., Bates D., 2003, The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital, *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 161-167.

Galvin E.C., Wills, T., Coffey A., 2017, Readiness for hospital discharge: A concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2547-2557.

Gordon JA., Marx J., Hockberger R., Walls R., 2002, The social role of emergency medicine, Rosen's emergency medicine, concepts and clinical practice, 3(5), 2063.

Harrison J., Greysen R., Jacolbia R., Nguyen A., Auerbach A., 2016, Not ready, not set discharge: Patient-reported barriers to discharge readiness at an academic medical center, *Journal of Hospital Medicine*, 11(9), 610-614.

https://catalcadh.saglik.gov.tr., Erişim Tarihi: 10 Haziran 2022

Jouven X., Empana J. P., Escolano S., Buyck J. F., Tafflet M., Desnos M., 2009, Relation of heart rate at rest and long-term (>20 years) death rate in initially healthy middle-aged men, *Am Journal Cardiol*, 103, 279–283.

Kantaroğlu Ö., Yıldırım İ., Ceyhan M., 2007, Halkın (bir üniversite çocuk hastanesine başvuran hasta yakınlarının) avian influenza (kuş gribi) konusunda bilgi ve bilinç düzeyi, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,* 50, 180-185.

Kara M., Kara T., 2019, Tip 2 diyabet tanılı hastalarda uygulanan tedavi yöntemi ile hastalardaki tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki, *Med Bull Haseki*, 57, 377-385.

Karsandı A., Özkan S., Dibek K., Arslan E., 2021, Kalabalık acil servislerde hasta değerlendirme sürelerinin tanıya etkisi, *Phnx Med J*., 3(1), 5-10.

Kaya S., Güven G., Teleş M., Aydan S., Korku C., Kar A., 2018, Taburculuğa hazır olmanın boyutları: belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 21(2), 305-334.

Kaya S., Guven G., Teleş M., Korku C., Aydan S., Kar A., Kartal N., Koca G., Yıldız A., 2018, Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form, *J Nurs. Manag*., 26, 295–301.

Kebapçı A,, Akyolcu N., 2011, Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi, *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(2), 59-67.

Keskin A., 2019, Yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır oluşluklarına etkisi, Yüksek Lisans, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar.

Knier S. L., Stichler J., Ferber L., 2015, Catterall K., Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge, *Rehabilitation Nursing*, 40(1), 30-39.

Lau D., Padwal RS., Majumdar SR., Pederson JL., Belga S., Kahlon S., 2016, Patientreported discharge readiness and 30-day risk of readmission or death: A prospective cohort study, *Am J Med*, 129(1), 89-95.

Lo S. M., Choi Y., Wong L., Lee Y., Yeung D., Chan S., 2014, Effectiveness of emergency medicine wards in reducing length of stay and overcrowding in emergency departments, *International Emergency Nursing*, 22(2), 116-120.

Mabire C., Cofey A., Weiss M., 2015, Readiness for Hospital Discharge Scale for older people: psychometric testing and short form development with a three-country sample, *Journal of Advanced Nursing*, 71(11), 2686-2696.

Maloney L., Weiss M., 2008, Patients' perceptions of hospital discharge informational content, *Clinical Nursing Research*, 17(3), 200-219

Mersinlioğlu G., Öztürk H., 2015, Acil servise başvuran hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi*, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* 2(2), 70-82.

Nargiz S., 2005, Perkutan nefrolitotomi sonrası hastaların taburculuk aşamasındaki bilgi gereksinimleri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Nettina S. M., Msn A. B., Nettina S. M., 2013, *Respiratory fonction and therapy. In: Lippincott Manual of Nursing Practice*, 10th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins, 204-250.

Oktay C., Cete Y., Eray O., Pekdemir M., Gunerli A., 2003, Appropriateness of emergency department visits in a Turkish university hospital, *Croat Med J*., 44(5), 585-591.

Orkun N., Eşer İ., Çelik G., 2017, Acil hemşireliği tarihi, *Journal of Vocational School of Health Service*, 5(1), 16-25.

Özden F., Arik A., Tuğay N., 2020, Ortopedik fizyoterapi alanında güncel telerehabilitasyon yaklaşımları, *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 354-60.

Özel S., 2010, Cerrahi girişim geçiren hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi, , Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özen H., 2012, Gelir düzeyindeki yeterliliğin örgütsel stres üzerindeki etkileri: TBMM Basın Ve Halkla Ilişkiler Müdürlüğü çalışanları üzerinde bir araştırma, *Uluslararası Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8, 183-202.

Özilhanlı Y., Akyolcu N., 2019, Satisfaction of patients with triage and nursing practice in emergency departments, *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 49-60.

Öztürk H., Dilek Ç., Sevilay H., 2011, Hastaların dahiliye ve cerrahi kliniklerinde hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerini değerlendirmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi,* 4(4), 153-158.

Quan H., Li B., Couris CM., Fushimi K., Graham P., Hider P., 2011, Updating and validating the Charlson Comorbidity Index and score for risk adjustment in hospital discharge abstracts using data from 6 countries, *Am J Epidemiol*, 173, 676-82.

Pethybridge J., 2004, How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England, *Journal of Interprofessional Care,* 18(1), 29-41.

Potter P. A., Perry A. G., 2005, *Hemşireliğin Temelleri*, Elsevier Mosby, 6, 1198-1227.

Prgomet M., Cardona-Morrell M., Nicholson M., Lake R., Long J., Westbrook J., Braithwaite J., Hillman K., 2016, Vital signs monitoring on general wards: clinical staff perceptions of current practices and the planned introduction of continuous monitoring technology, *International Journal for Quality in Health Care*, 28(4), 515-521.

Radovanovic D., Seifert B., Urban P., Eberli F. R., Rickli H., Bertel O., 2014, Validity of Charlson Comorbidity Index in patients hospitalised with acute coronary syndrome Insights from the nationwide, *Amis Plus Registry*, 100, 288-94.

Reenen, M. V., Janssen B., 2015, EQ-5D-5L User guide basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument, EuroQOL: Rotterdam, The Netherlands.

Roberts K., Kawut S., Krowka M., Brown R., Trotter J., Shah V., Peter I., Tighiouart H., Mitra N., Handorf E., Zacks S., Fallon M., 2010, Genetic risk factors for hepatopulmonary syndrome in patients with advanced liver disease, *Journal of Gastroenterology*, 139(1), 130-139.

Sabaz M, Aşar S,; 2021, Yoğun bakım ünitesinde takip edilen koronavirüs hastalığı-2019 hastalarında Charlson Komorbidite İndeksi ve pnömoni şiddet indeksinin mortalite ile ilişkisi, *Turk Journal Intensive Care,* 19, 33-41.

Savcı A., Bilik Ö., 2015, Hemşirelik bakımı ile modelin buluşması: total diz protezi uygulanan hastalarda roy uyum modeline göre yapılandırılmış sürekli bakım, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(2), 145.

Seyhan A., Usul E., 2021, Koah acil tıbbi muayene ile acil servise başvuruda bulunulması, *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 54(1), 112-116.

Siow E., Lo S.M., Yeung K.L., Yeung K., Yeung, R.S., Choi C., Chair Y., 2019, Factors and post-discharge outcomes associated with patients' readiness for discharge from the emergency medicine ward: a prospective study, *International Emergency Nursing*, 26,1-7.

Slatyer S., Toye C., Popescu A., Young J., Matthews A., Hill A., 2013, Early re-presentation to hospital after discharge from an acute medical unit: perspectives of older patients, their family caregivers and health professionals, *J Clin Nurse*, 22(3-4), 445-55.

Şenyuva E., Taşocak, G., 2007, Hemşirelerin hasta eğitimi etkinlikleri ve hasta eğitim süreci, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 7(15), 100-105.

Tan M., Özdelikara A., Polat H., 2013, Hasta hastahanenin caddesi, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,* 1(21), 1-8.

Taylor S. E., 2008, Hypothesis testing. in: boslaugh s, mcnutt l-a, encyclopedia of epidemiology*, California: SAGE Publications*, s: 515-16.

Tazhibi M., Ghaderi L., Tirani M., 2011, Causes of readmission of patients to Alzahra Hospital, *Journal of Research in Health Care*, 7(1),101.

Titler M. G., Petit D. M., 1995, Discharge readiness assessment, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(4), 64-74.

Topal, E.F., Şenel, E., Topal, F., Mansuroğlu, C., 2013, Hasta memnuniyeti araştırması: bir devlet hastanesinin acil kliniğine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri, *Cumhuriyet Tıp Dergisi,* 35(2), 199-205.

Turan N., Aştı T., 2016, The effect of abdominal massage on constipation and quality of life, *Gastroenterology Nursing*, 39(1), 48-5.

Turan, N., Çulha, Y., Arıkan E. N., 2022, Hemşirelerin eğitim düzeyi, gece vardiyasında çalışma ve yaşam bulguları takibi arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Ordu University J. Nurs. Stud.,* 5(2).

TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması, OECD Helath Data, 2019
(Erişim Tarihi: 28.09.2020).

Tükel B., Acuner A., Önder Ö., Üzgül A., 2004, Ankara Üniversitesi İbn–İ Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (genel cerrahi anabilim dalı örneği), *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 57(4), 205-214.

Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2017 Yılı Ocak-Ekim Dönemi Acil Servislere İlişkin Veriler, 2017 (Erişim Tarihi : 01.10.2020)

Ungan M., Özdemir G., 2017, Depresyon ve komorbid bozukluklar, *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Özel Konular*, 8(1), 76.

Utlu, N., 2016, Hastane ortamında hemşirelerin etik yaklaşımı ve etik ikilemler, *İstanbul Aydın Üniversitesi Dergisi*, 8(29), 17-35.

Weiss, M., Yakusheva O., Bobay K., 2010, Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization, *Medical Care*, 48(5), 482-6.

Weiss ME., Piacentine L. B., Lokken L., Ancona J, Archer J., Gresser S., 2007, Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients, *Clin Nurse Specialist*, 21(1), 31.

Weiss M. E., Piacentine L. B., 2006, Psychometric properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale, *Journal of Nursing Measurement*, 14(3), 163-80.

Weiss M. E., Costa L., Yakusheva O., Bobay K. L., 2014, Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital, *Health Services Research*, 49(1), 304–317.

Wong, E. L., Coulter A., Cheung A. W., Yam C., Yeoh E., Griffiths S. M., 2012, Patient experiences with public hospital care: first benchmark survey in Hong Kong, *Hong Kong Med J*, 18(5), 371-80.

Yalçın S., Arpa Y., Cengiz A., Doğan S., 2015, hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209.

Yam, C.H., Wong, E.L., Cheung, A.W., Chan, F.W., Wong, F.Y., Yeoh E., 2012, Framework and components for effective discharge planning system: a delphi methodology, *BMC Health Services Research Am J Med*, 129(1), 89-95.

Yıldırım B., Başer A. O., 2019, Acil servis tıbbi sosyal hizmet müdahaleleri, müracaatçı profili ve sosyal hizmet mülakatında dikkat edilmesi gereken durumlar, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 30(1), 286-308.

Yıldız D., Yılmaz A., Köksal A., Özdemir O., Yılmaz Ş., Koçak M., Hızlı Ş., Andıran N., Günbey S., 2015, Bir eğitim araştırma hastanesi çocuk acil kliniğine başvuran olguların değerlendirilmesi, *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 9(1), 18-21.

Yüksel A., 2020, Erişkin acil servise başvuran hasta profili, tanı kodları ile triaj yönünden değerlendirilmesi, *Anatolian J Emerg Med*., 3(2), 37-41.

Zimmerman E., Woolf S. H., 2014, Understanding the relationship between education and health, Discussion Paper, Institute of Medicine, Washington.

EKLER

EK 1

Anket No: **İletişim Numarası:**

1. Yaş (Yıl olarak):……

2. Cinsiyeti: 1) Kadın ( ) 2) Erkek ( )

3. Boy:…….. cm. Kilo:……kg BKI:

4. Eğitim durumunuz: 1. ( )Okur-yazar değil 2.( )Okur-yazar
2. ( ) İlköğretim 3.( ) Ortaöğretim
4. ( ) Yükseköğretim ve üstü

5. Medeni durumunuz: 1. ( )Evli 2. ( )Bekar/Dul/Boşanmış

6. Mesleğiniz: 1. ( ) Memur 2. ( ) İşçi
3. ( ) Emekli 4. ( ) Serbest meslek
5. ( ) Ev hanımı 6. ( ) Öğrenci
7.Diğer( )……..

7. Sağlık güvenceniz: 1. ( ) SGK 2. ( ) Özel sağlık sigortası
3. ( )Sağlık güvencesi yok

8. Gelir durumunuz: 1. ( )Gelir gideri karşılıyor 2. ( ) Gelir gideri karşılamıyor

9. Acil biriminde kalma süresi:…….

10. Acil birimine başvurma deneyimi: 1.( ) Var 2.( )Yok

11. Tıbbi tanısı:……

12.Kronik hastalıkları:……

EK 2

TABURCU OLMAYA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ©

HASTA ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

Hissettiklerinizi en iyi ifade eden rakamı yuvarlak içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir. Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınız ancak tamamen de o şekilde hissetmediğiniz anlamına gelmektedir.

Sorular	Cevaplar
1. Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değilim — Tamamen hazırım
2. Bugünkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji — Yüksek enerji
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok — Her şeyi biliyorum
4. Eve gitmenizin ardından uymanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikrim yok — Her şeyi biliyorum
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacağım — Son derece iyi karşılayabileceğim
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacağım — Son derece iyi yapabileceğim
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç — Çok
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç — Çok

EK 3

YETİŞKİN HASTALAR İÇİN TABURCULUĞA HAZIR OLMA ÖLÇEĞİ

HEMŞİRE DEĞERLENDİRME FORMU ©

Hastaneye yatmış olan hastanızın taburculuğa hazır oluşunu değerlendirmeniz istenmektedir. Lütfen formu hastanın bulunduğunuz birimden ayrılmadan 4 saat önce doldurunuz. Lütfen cevabınızı daire içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10'lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10'un ne anlama geldiğini göstermektedir. Hissettiklerinizi en iyi ifade eden 0 ve 10 arasındaki rakamı seçiniz. Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınız ancak tamamen de o şekilde hissetmediğiniz anlamına gelmektedir.

1. Hastanız eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar **hazır**?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hazır değil — Tamamen hazır
2. Hastanızın bugünkü **enerjisini** nasıl tanımlarsınız?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Düşük enerji — Yüksek enerji
3. Hastanız eve gittikten sonra **dikkat etmesi gereken sorunlarla** ilgili ne kadar bilgi sahibidir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikri yok — Her şeyi biliyor
4. Hastanız eve gittikten sonra **uyması gereken kısıtlamalarla** (yapabileceği şeyler ve yapmasına izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgiye sahiptir?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiçbir fikri yok — Her şeyi biliyor
5. Hastanız evde olmanın gerektirdiklerini ne kadar iyi **karşılayabilecek**?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Karşılayamayacak — Son derece iyi karşılayabilecek
6. Hastanız evde **kendi kişisel bakımını** (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabilecek?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Yapamayacak — Son derece iyi yapabilecek
7. Hastanız eve gittikten sonra, ihtiyacı olursa, **kişisel bakımına** ne kadar **yardımcı** olunacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç — Çok
8. Hastanız ihtiyaç duyması halinde **tıbbi bakım** gereksinimleri (tedaviler, ilaçlar) konusunda ne kadar **yardım** alacak?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Hiç — Çok

EK 4

Charlson Komorbidite İndeksi

Komorbidite	Ağırlıklı puan*
Miyokard infarktüsü; konjestif kalp yetmezliği; periferal vasküler hastalık; serebrovasküler hastalık; demans; kronik akciğer hastalığı; konnektif doku hastalığı; ülser; hafif karaciğer hastalığı; diabetes mellitus	1
Hemipleji; orta/ağır böbrek yetmezliği; diyabet (hedef organ hasarı +); neoplazi; lösemi/lenfoma	2
Orta veya ağır karaciğer hastalığı	3
Metastatik solid tümör; AIDS	6

* Toplam puan her bir komorbid durumun birbirine eklenmesiyle elde edilir. Kırk yaş üzerindeki her 10 yıl için bi puan eklenir (50-59: 1 puan, 60-69: 2 puan gibi).

EK 5

EQ-5D-3L Genel Yaşam Kalitesi Ölçeği

(1990 EuroQol Group EQ-5D-3L)

Hastanın Adı Soyadı: ..... Tarih: ../../....

Size en çok uyan ifadeye çarpı işareti koyun

A - Hareket	
❑1	Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum
❑2	Yürürken bazı güçlüklerim oluyor
❑3	Yatalağım
B - Öz-bakım	
❑1	Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum
❑2	Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor
❑3	Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim
C - Olağan aktiviteler (örneğin, iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)	
❑1	Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum
❑2	Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor
❑3	Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim.
D - Ağrı / rahatsızlık	
❑1	Ağrı veya rahatsızlığım yok
❑2	Orta derecede ağrı veya rahatsızlarım var
❑3	Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlarım var
E - Anksiyete/Depresyon	
❑1	Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim
❑2	Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk
❑3	Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk

1990 EuroQol Group EQ-5D™

Bugünkü sağlık durumunuzu bize kolayca belirtmeniz için hemen aşağıya termometreye benzer bir ölçek çizdik. Sağlık durumunuz mükemmel ise 100'ü çok çok kötü ise de 0'ı işaretleyecek şekilde bugünkü sağlık durumunuzun nasıl olduğunu belirtecek şekilde çizgi çizmenizi istiyoruz.



Toplam Puan: .....

EK 6

Taburculuk Sonrası Hasta Soru Formu

Anket No:

1. Yaşam bulguları: Kan Basıncı:……mmHg

Nabız:……/dk

Solunum:……../dk

2. Ev ortamının yeni durumuna göre uyarlanma durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

3. Ev ortamında yapabileceği aktivite varlığı: 1.( )Var 2.( ) Yok

4. Ev ortamında tedaviye uyum sağlamada sorun yaşama durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

5. Ev ortamındai bakımını sürdürmede sorun yaşama durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

6. Ev ortamında gelişebilecek komplikasyonları yönetmede sorun yaşama durumu:

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

7. Evde izleyeceği programı yazılı olarak eline verme ve açıklama durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

8. Sağlık ve hastalık durumu konusunda bilgilendirme durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

9. Tıbbi yardımı nereden ve kimden alacağı konusunda bilgilendirme durumu:

1.( ) Evet 2.( ) Hayır

10. Tıbbi yardımı talep etme ve ulaşma konusunda sorun yaşam durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

11. Takip için verilen klinik randevunun yeri, tarihi, saati yazılı olarak eline verilme durumu:

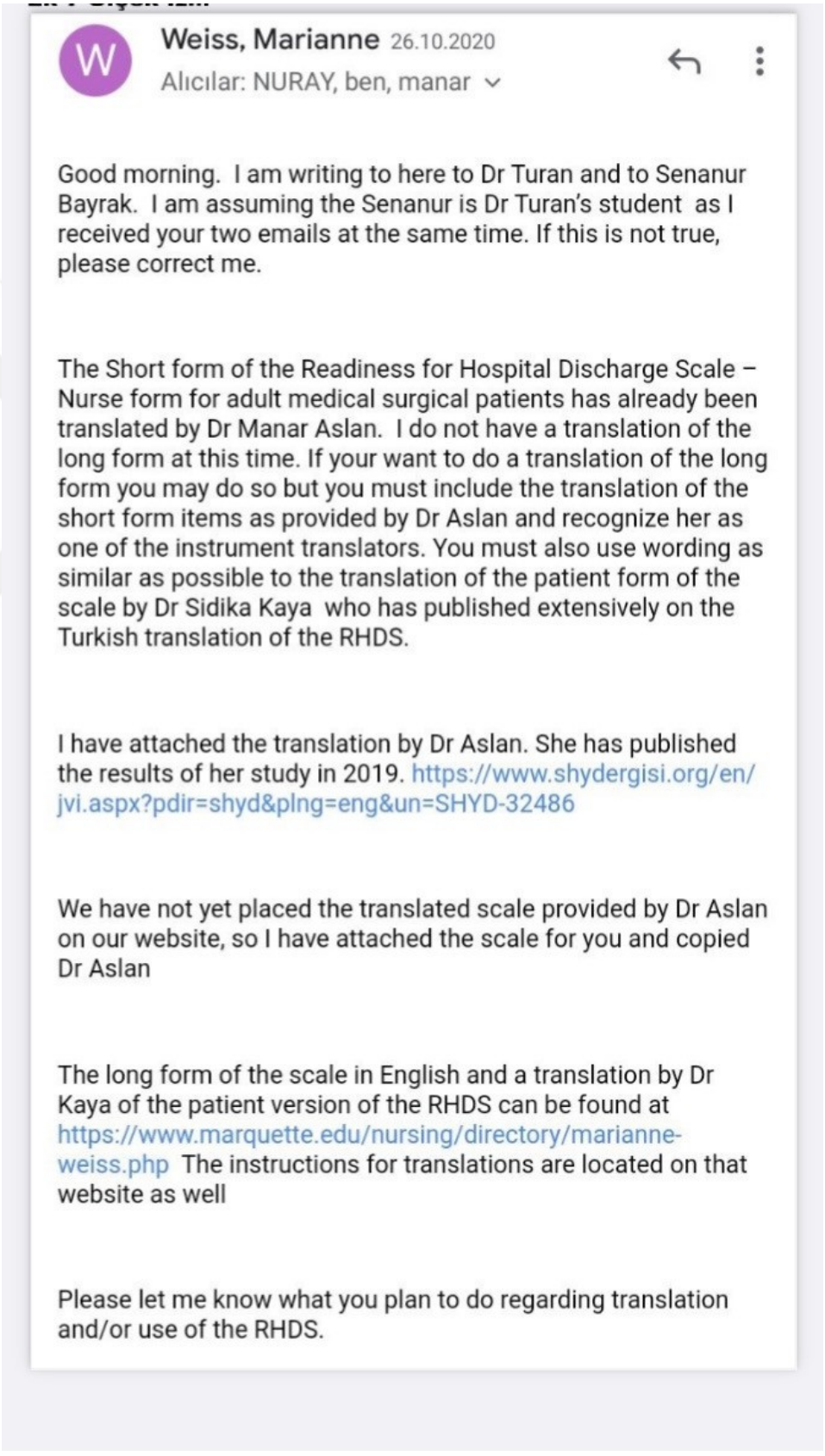
1.( ) Evet 2.( ) Hayır

12. Diyete uygun menüler planlama, yazılı örnekler verilme durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

13. Diyete uyum sağlamada sorun yaşam durumu: 1.( ) Evet 2.( ) Hayır

14. Ek hastalık gelişimi/varlığı. 1.( ) Evet (Belirtiniz……) 2.( ) Hayır

EK 7. ÖLÇEK İZNİ



Weiss, Marianne 26.10.2020
Alıcılar: NURAY, ben, manar

Good morning. I am writing to here to Dr Turan and to Senanur Bayrak. I am assuming the Senanur is Dr Turan's student as I received your two emails at the same time. If this is not true, please correct me.

The Short form of the Readiness for Hospital Discharge Scale – Nurse form for adult medical surgical patients has already been translated by Dr Manar Aslan. I do not have a translation of the long form at this time. If your want to do a translation of the long form you may do so but you must include the translation of the short form items as provided by Dr Aslan and recognize her as one of the instrument translators. You must also use wording as similar as possible to the translation of the patient form of the scale by Dr Sidika Kaya who has published extensively on the Turkish translation of the RHDS.

I have attached the translation by Dr Aslan. She has published the results of her study in 2019. https://www.shydergisi.org/en/jvi.aspx?pdir=shyd&plng=eng&un=SHYD-32486

We have not yet placed the translated scale provided by Dr Aslan on our website, so I have attached the scale for you and copied Dr Aslan

The long form of the scale in English and a translation by Dr Kaya of the patient version of the RHDS can be found at https://www.marquette.edu/nursing/directory/marianne-weiss.php The instructions for translations are located on that website as well

Please let me know what you plan to do regarding translation and/or use of the RHDS.

EK 8

EK 9

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

ACİL BİRİMİNDE TEDAVİ GÖREN HASTALARIN TABURCULUĞA HAZIR OLMALARININ TABURCULUK SONUÇLARINA ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%9	%8	%2	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	jag.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
4	Submitted to Eastern Mediterranean University Öğrenci Ödevi	<%1
5	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
6	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
7	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1
8	www.cocukergen2020.com İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

KURUM İZNİ YAZILARI

ÖZGEÇMİŞ